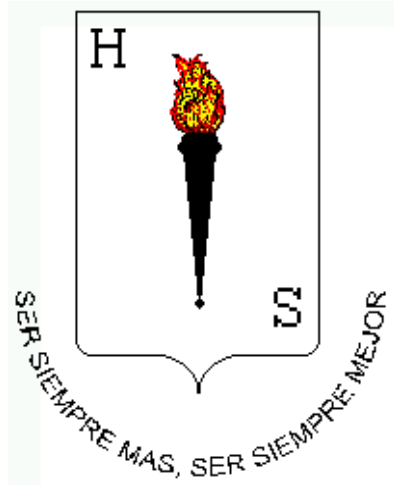


ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE
NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE 8722



TESIS

CUIDADO EMOCIONAL EN PACIENTES CON ABORTO ESPONTANEO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

AZYADÉ RODRÍGUEZ CORONA

ASESORA DE TESIS:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**CUIDADO EMOCIONAL EN PACIENTES CON
ABORTO ESPONTANEO**

ÍNDICE

RESUMEN	III
INTRODUCCIÓN	IV
CAPÍTULO I DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	- 1 -
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	- 2 -
1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	- 4 -
1.3 OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN.....	- 4 -
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	- 4 -
1.5 VIABILIDAD	- 4 -
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....	- 5 -
2.1 CIENCIAS DE LA SALUD.....	- 6 -
2.2 MEDICINA.	- 6 -
2.2.1MEDICINA PALIATIVA.	- 6 -
2.2.2 TANATOLOGÍA.	- 7 -
2.2.3 PSICOLOGÍA.	- 8 -
2.3 EMOCIONES.....	- 8 -
2.4 ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.	- 20 -
2.4.1 ÓRGANOS EXTERNOS.....	- 21 -
2.4.2 ÓRGANOS INTERNOS.....	- 25 -
2.5 EMBARAZO O GRAVIDEZ.....	- 27 -
2.6 ABORTO.....	- 27 -
2.6.1 ABORTO ESPONTANEO.....	- 28 -
2.6.2 AMENAZA DE ABORTO	- 28 -
2.6.3 ABORTO INEVITABLE.....	- 28 -
2.6.4 ABORTO INCOMPLETO.....	- 28 -
2.6.5 ABORTO DIFERIDO	- 29 -
2.6.6 ABORTO HABITUAL.....	- 29 -
2.6.7 ABORTO INDUCIDO.....	- 29 -
2.7 PROCESO DE DUELO.....	- 29 -

2.7.1 EL DUELO COMO PROCESO	- 29 -
2.7.2 FASES DEL DUELO.....	- 30 -
2.8 DUELO Y ABORTO.....	- 32 -
2.9 ENFERMERÍA.	- 33 -
2.10 CALLISTA ROY.	- 33 -
2.10.1 CONCEPTO DE HOMBRE:.....	- 33 -
2.10.2 CONCEPTO DE SALUD:	- 34 -
2.10.3 CONCEPTO DE LA ENFERMERÍA:.....	- 34 -
2.10.4 OBJETIVO DEL MODELO:	- 35 -
2.11 SALUD.....	- 36 -
2.12 CUIDADO.	- 36 -
2.12.1 CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE LAS RESPUESTAS HUMANAS EN EL ABORTO.....	- 36 -
2.13 LA RELACIÓN DE AYUDA: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DEL DUELO.	- 42 -
2.14 HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD.....	- 52 -
CAPÍTULO III ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN	- 55 -
CAPÍTULO IV METODOLOGÍA	- 57 -
4.1 DESCRIPCIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	- 58 -
4.2 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES.....	- 58 -
4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	- 59 -
4.4 CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.....	- 62 -
CAPÍTULO V DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	- 67 -
CAPÍTULO VI DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS.....	- 70 -
CAPÍTULO VII CONCLUSIONES	- 82 -
BIBLIOGRAFÍA	- 85 -

RESUMEN

El embarazo es un estado fisiológico temporal que resulta de la unión de un ovulo con un espermatozoide y que tiene como finalidad la creación de un nuevo ser, sin embargo el 10% de los embarazos confirmados no llega a término, presentándose un aborto espontaneo, que es la interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de gestación, o antes de que el producto este lo suficientemente apto para la vida fuera del útero.

Ante esta situación, la mujer se enfrenta ante una situación, la cual representa una pérdida, un cambio en su vida, en el que se encuentran en riesgo no solo su salud propia, sino que también representa la perdida de esperanzas, ilusiones, planes y expectativas de una vida nueva con la llegada de un miembro a la familia.

Aun cuando en muchas ocasiones el aborto no es considerado como una pérdida significativa, si es un factor importante que puede llegar a desencadenar un duelo prolongado o patológico, por esta razón es importante conocer el proceso de duelo, sus manifestaciones y la forma más adecuada de intervenir en él, debemos dejar de brindar un cuidado de enfermería enfocado únicamente al cuidado físico, debemos comenzar a brindar un cuidado dirigido a la recuperación física pero también a la recuperación emocional, debemos dejar de ver a la paciente de aborto espontaneo solo como una paciente con riesgos de infección o hemorragia, debemos tomar en cuenta lo que está perdida representa para la paciente y para su familia y reconocer las manifestaciones propias de un duelo así como las intervenciones más apropiadas del personal de enfermería para contribuir a una pronta superación del duelo por un aborto espontaneo.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se encontrara en el primer capítulo una breve descripción del problema, relacionado con el cuidado emocional que brinda la enfermera a la paciente con aborto espontaneo para superar el duelo, en el capítulo dos se encuentra el marco teórico, que parte de las definiciones generales que conciernen a este tema como son ciencias de la salud, medicina, tanatología, enfermería, así como un breve estudio de la anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino, las emociones, el proceso del duelo, y los cuidados de enfermería que deben brindarse a pacientes con aborto espontaneo.

En el capítulo III se delimitan el alcance de la investigación y el diseño de la misma, posteriormente en el capítulo IV se encuentra la descripción de la hipótesis. En el capítulo V se realizó el diseño de la investigación.

En el capítulo VI se encuentra la recolección y el análisis de los resultados de las encuestas realizadas a las enfermeras del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, en el capítulo VII, se encuentran las conclusiones obtenidas a través de los cuestionarios antes mencionados. Por último se encuentra la bibliografía y las fuentes consultadas para la elaboración de este trabajo.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

CARACTERÍSTICAS DEL SUJETO DE ESTUDIO

El sujeto de estudio de esta investigación es todo el personal de enfermería que presta sus servicios a las pacientes con aborto espontáneo en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud (HNSS).

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN.

El objetivo de la investigación es conocer el proceso de duelo y las acciones de enfermería para brindar una atención holística a las pacientes con aborto espontáneo, atendiendo no solo las necesidades fisiológicas de la paciente, sino también su atención emocional.

ANTECEDENTES SOBRE LA INVESTIGACIÓN

El aborto espontáneo es la interrupción del embarazo antes de la 20 semana de gestación, antes de que el feto se haya desarrollado lo suficiente para vivir fuera del útero. El aborto espontáneo se debe a causas exógenas o endógenas, pero en todo caso independiente del deseo de la gestante.

Estudios cualitativos proveen evidencias que el aborto espontáneo es considerado un evento traumático para la vida de la mujer, las esperanzas en el futuro, la vinculación con el nuevo ser que va a nacer conllevan a reacciones emocionales complejas cuando se frustran los deseos ante la aparición involuntaria del aborto. (Doce Sánchez, s/f).

Dentro de las respuestas humanas ante el aborto espontáneo se encuentran las respuestas biológicas, psicológicas y sociales que puedan influir en la aceptación de la pérdida, así como en la recuperación física y psicológica de la paciente. El profesional de enfermería en sus cuidados no puede limitarse a la

atención de la dimensión biológica, sino que debe evaluar la relación que establecen las personas con el medio ambiente que le rodea. Lograr cuidados de enfermería que consideren en su integralidad las reacciones emocionales y la implicación social para la mujer, esposo, familia posterior a la ocurrencia del aborto sería nuestra meta a alcanzar. (Doce Sánchez, s/f).

El apoyo emocional forma parte de las acciones independientes de enfermería,

Particularmente en situación de aborto, el enfermero(a) debe apoyarse en la entrevista para obtener una valoración detallada del estado emocional. Expresiones verbales de culpa, angustia provocada por la pérdida, así como extra verbales tales como el llanto y el enojo debe ser atendido con vistas a garantizar el apoyo emocional requerido por la paciente y su familia.(Doce Sánchez, s/f).

Estudios con relación al cuidado de enfermería a la mujer en situación de aborto reportan que el cuidado fue percibido como aquel en el cuál, la gran mayoría de veces se realiza lo "básico". El significado dado por ellas muestra que la atención de las necesidades físicas y el desempeño de los procedimientos técnicos fue mencionado como "normal", con énfasis en la atención a las necesidades relacionadas al cuerpo físico.(Doce Sánchez, s/f).

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Tomando en cuenta que aproximadamente el 10% de los embarazos confirmados terminan en un aborto espontaneo o perdida fetal espontanea antes de las 20 semanas de gestación y observando que en la mayoría de los casos las mujeres que sufren está perdida, al llegar al HNSS reciben atención por parte de la enfermera enfocada al aspecto fisiológico, dejando de lado el aspecto emocional y psicológico de la paciente quien se encuentra ante una pérdida y por

tanto iniciando un proceso de duelo, el cual en muchas de las ocasiones la usuaria no sabe cómo afrontar.

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los principales cuidados de enfermería que se le brindan a la mujer que presenta aborto espontaneo en el hospital de nuestra señora de la salud del 1 de mayo de 2012 al 31 de mayo de 2012?

1.3 OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

Conocer los principales cuidados que la enfermera brinda a la paciente con aborto espontaneo para ayudarle a superar su duelo.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Es importante brindar una atención adecuada, en el aspecto emocional a las pacientes que sufren de una perdida fetal espontanea, brindándoles atención en el manejo de sus emociones y la aceptación de dicho acontecimiento, por lo que es necesario conocer el proceso por el cual atraviesan las pacientes con aborto espontaneo.

1.5 VIABILIDAD

Para la realización de esta investigación se cuenta con los recursos físicos y materiales necesarios.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

2.1 CIENCIAS DE LA SALUD.

Las ciencias de la salud son aquellas que permiten obtener los conocimientos necesarios para ayudar a prevenir enfermedades y a desarrollar iniciativas que promuevan la salud y el bienestar tanto de una persona en particular como de la comunidad en general. La bioquímica, la bromatología, la medicina y la psicología, entre otras, son ciencias de la salud. (Estanislao, 1998).

2.2 MEDICINA.

El término medicina proviene del latín medicina y hace referencia a la ciencia que permite prevenir y curar las enfermedades del cuerpo humano. Medicina también se utiliza como sinónimo de medicamento (del latín medicamentum), que es la sustancia que permite prevenir, aliviar o curar las enfermedades o sus secuelas. (Estanislao, 1998).

2.2.1 MEDICINA PALIATIVA.

Los Cuidados Paliativos (C.P.), según la Organización Mundial de la Salud, tienen los siguientes objetivos: (Estanislao, 1998).

- Reafirmar la importancia de la vida, considerando a la muerte como un hecho normal.
- Establecer un proceso que no acelere la llegada de la muerte ni tampoco la prorrogue.
- Proporcionar alivio del dolor y de otros síntomas angustiosos.

- Integrar los aspectos psicológicos y espirituales del tratamiento del paciente.

- Ofrecer un sistema de apoyo a los pacientes para que puedan tener una vida lo más activa posible hasta que sobrevenga la muerte.

- Ofrecer un sistema de apoyo a la familia para que pueda afrontar la enfermedad del paciente y sobrellevar el periodo del duelo”.

2.2.2 TANATOLOGÍA.

El concepto Tanatología, procede del griego thánatos –*muerte*. En el imaginario griego junto a su hermano Hypnos son los portadores del muerto, cumpliendo la función del dulcificar el viaje, junto a Hermes y Caronte y logía - *ciencia*. Ciencia encargada del estudio de la muerte. Término acuñado por el ruso Elie Metchnikoff (1901). (García, s/f).

La Tanatología, tal y como la entendemos, es una disciplina amplísima y muy difícil de abordar por las múltiples facetas y diversos campos de análisis que interrelaciona (multidisciplinar). El aspecto biológico prácticamente invariante, los diversos modelos culturales y personales del morir, las creencias y rituales y además aspectos sociales que configuran en nuestra civilización una cultura de evitación de la muerte, reafirmada en los debates sobre el derecho a una muerte digna que no buscan otra cosa que repensar y resimbolizar o dicho de otra manera recrear nuevos modelos de los rituales o lo que se ha querido llamar la muerte dominada.(García, s/f).

Sin embargo el principal fin de la tanatología del que nos hacemos eco, es el de desmitificar la muerte y el morir aprendiendo a convivir con ella. En este sentido participamos de la opinión de educar para la vida y la muerte a niños y niñas, adolescentes y adultos para que partiendo del conocimiento personal,

cultural, social y a la luz de la ciencia podamos todos no solo vivir sino también morir con dignidad.(García, s/f).

2.2.3 PSICOLOGÍA.

La psicología es la ciencia que estudia la conducta humana. (González, s/f).

2.3 EMOCIONES

Son estados anímicos que manifiestan una gran actividad orgánica, que se refleja a veces como un torbellino de comportamientos externos e internos, y otras con estados anímicos permanentes. Estas se conciben como un comportamiento que puede ser originado por causas externas e internas; que puede persistir en el tiempo, incluso, una vez que ha desaparecido el estímulo y que acompaña necesariamente, en mayor o menor grado, toda conducta "motivada".(González, s/f).

Se puede decir, que las emociones no son entidades psicológicas simples, sino una combinación compleja de aspectos fisiológicos, sociales, y psicológicos dentro de una misma situación polifacética, como respuesta orgánica a la consecución de un objetivo, de una necesidad o de una motivación.No es que la emoción sea exclusivamente corporal, ni tampoco sólo mental, más bien el aspecto cognitivo y las sensaciones físicas van completamente unidas como una forma integral de vivencia.(González, s/f).

El lenguaje ordinario puede separar algún aspecto de la emoción porque le interesa remarcarlo (mira como estoy temblando, lo que me dices me parece ofensivo son mensajes que apuntan al cuerpo y a la evaluación, respectivamente), aunque la vivencia interna integre el pensamiento y la imagen de cuerpo propio“Las emociones como los motivos pueden generar una cadena compleja de conducta que va más allá de la simple aproximación o evitación”.Las emociones

son procesos neuroquímicos y cognitivos relacionados con la arquitectura de la mente —toma de decisiones, memoria, atención, percepción, imaginación, que han sido perfeccionadas por el proceso de selección natural como respuesta a las necesidades de supervivencia y reproducción. La interacción del organismo con el entorno constituye la matriz biológica de la experiencia subjetiva y social del ser humano, que identifica de este modo el carácter favorable o desfavorable del entorno hacia esta lucha.(González, s/f).

Si el hombre es capaz de oponer resistencia al proceso de selección natural, es precisamente por su capacidad de imaginar nuevos entornos capaces de suavizar las emociones que más le agotan. El hombre cuenta con la capacidad de razonar aquellas emociones que le inducen sentimientos, las que pasan desapercibidas marcan nuestras respuestas involuntarias (lenguaje no verbal, inteligencia emocional).(González, s/f).

Etimológicamente, el término emoción significa el impulso que induce la acción. En psicología se define como aquel sentimiento o percepción de los elementos y relaciones de la realidad o la imaginación, que se expresa físicamente mediante alguna función fisiológica como reacciones faciales o pulso cardíaco, e incluye reacciones de conducta como la agresividad, el llanto.(González, s/f).

Las emociones son agitaciones del ánimo producidas por ideas, recuerdos, apetitos, deseos, sentimientos o pasiones y son estados afectivos de mayor o menor intensidad y de corta duración. Se manifiestan por una conmoción orgánica más o menos visible, por los síntomas físicos que les acompañan y por la conmoción afectiva de carácter intenso; es una agitación del ánimo acompañada de fuerte conmoción somática. (González, s/f).

Los Sentimientos: Son tendencias o impulsos, estados anímicos(orgánicos), son estados afectivos de baja intensidad y larga duración; son impresiones que

causan el ánimo las cosas espirituales, son también estados de ánimo y vienen de los sentidos:(González, s/f).

- La Pasión: Estado efectivo muy intenso y de larga duración.
- El Shock Emocional: Estado afectivo de intenso de muy corta duración.
- La Difusión: estado en el que hay un rompimiento con la realidad.
- El sentimentalismo es el carácter o cualidad de lo que muestra demasiada sensibilidad o sensiblería.
- La sensiblería es la sensibilidad exagerada.

La sensibilidad es la capacidad propia de los seres vivos de percibir sensaciones y de responder a muy pequeñas excitaciones, estímulos o causas; es la capacidad de responder a estímulos externos. (González, s/f).

Tipos y clases de emociones Aunque varían mucho entre las distintas personas podemos considerar distintas categorías básicas de emociones que motivan varias clases de conducta adaptativa y que ayudan a cada una de las personas a adaptarse a la situación nueva. Tratemos de identificarla en nosotros mismos:(González, s/f).

- Temor/Miedo: Anticipación de una amenaza o peligro que produce ansiedad, incertidumbre, inseguridad. Se produce como reacción ante la llegada rápida, intensa e inesperada de una situación que perturba nuestra costumbre. Con el miedo tendemos hacia la protección. En las emociones de miedo vivimos un aviso de un peligro que arruinaría un deseo que tenemos (de vivir, gozar de buena salud, tener una excelente imagen personal, caer bien a los demás, etc.). El

aviso de peligro lo tenemos que entender como una evaluación compleja del posible desarrollo de lo que tememos junto a las posibilidades correspondientes de contrarrestarlo con los recursos y medios que poseemos. Según a la distancia y velocidad que vemos a un coche que viene por la calle que estamos atravesando y según las posibilidades que tenemos de alcanzar la acera antes de ser atropellados tenemos un miedo más intenso, si nos vemos poco menos que arrollados, o más liviano si nuestros medios defensivos superan las circunstancias con creces.

- Sorpresa: Sobresalto, asombro, desconcierto. Es muy transitoria. Puede dar una aproximación cognitiva a los hechos que estamos viviendo para saber qué pasa. También ayuda a orientarnos frente a la nueva situación

- Tristeza: Pena, soledad, pesimismo. Nos motiva hacia una nueva reintegración personal.

- Aversión/ Disgusto: Disgusto, asco, solemos alejarnos del objeto que nos produce aversión. Nos produce rechazo hacia aquello que tenemos delante.

- Ira: Rabia, enojo, resentimiento, furia, irritabilidad. Nos induce hacia la destrucción.

- Esperanza: Nos crea expectativas positivas sobre una nueva situación.

- Alegría: Diversión, euforia, gratificación, contentos, da una sensación de bienestar, de seguridad. Nos induce hacia la reproducción (deseamos reproducir aquel suceso que nos hace sentir bien).

- Aceptación.

- Cólera: Se produce por la frustración de no obtener lo que necesitamos o deseamos.
- Frustración: La frustración se produce cuando aparece una barrera o interferencia invencible en la consecución de una meta o motivación. La frustración y los conflictos son un quehacer ordinario de nuestras vidas.

Parece claro que la combinación de varias pueden a su vez producir otras nuevas sensaciones emocionales: la esperanza y la alegría pueden producir optimismo, la alegría y la aceptación nos hacen sentir cariño, el desengaño es una mezcla entre sorpresa y tristeza...(González, s/f).

A su vez las emociones tienen diferentes grados, varían en función de su intensidad. (González, s/f).

Cuanto más intensa sea la emoción nuestra conducta estará más marcada, estará más "motivada". Existe un rango muy amplio de emociones según la intensidad de las mismas. Las emociones primarias son automáticas y cumplen una función adaptativa y saludable dentro del organismo al ayudarnos a reaccionar inmediatamente frente a un estímulo. Cuando estas emociones no son procesadas adecuadamente sufren una "mutación" y no son superadas, quedando convertidas en emociones secundarias.(González, s/f).

Es así como cada emoción primaria se asocia a una emoción secundaria:(González, s/f).

- Ira > Rencor –violencia y odios patológicos–.
- Miedo > Ansiedad –fobia y pánico–.
- Amor > Dependencia.
- Alegría > Manía.

- Sorpresa > Ansiedad.
- La Tristeza > Depresión.
- Interés > Paranoia.

Las emociones tienen un fundamento fisiológico: neuronal y endocrino. Lo que ocurre es que en esa estructura básica se insertan conocimientos, creencias, expectativas.(González, s/f).

Las diferentes expresiones faciales son internacionales, dentro de diferentes culturas hay un lenguaje similar. Podemos observar como en los niños ciegos o sordos cuando experimentan las emociones lo demuestran de forma muy parecida a las demás personas, tienen la misma expresión facial. Posiblemente existan unas bases genéticas, hereditarias, ya que un niño que no ve no puede imitar las expresiones faciales de los demás. Aunque las expresiones también varían un poco en función de la cultura, el sexo, el país de origen etc. Las mujeres tienen más sensibilidad para captar mejor las expresiones faciales o las señales emotivas y esta sensibilidad aumenta con la edad. Otro ejemplo son los rostros de los orientales, especialmente los japoneses, son bastante inexpresivos, pero es de cara a los demás, porque a nivel íntimo expresan mejor sus emociones.(González, s/f).

Las expresiones faciales también afectan a la persona que nos está mirando alterando su conducta. Si observamos a alguien que llora nosotros nos ponemos tristes o serios e incluso podemos llegar a llorar como esa persona. Por otro lado, se suelen identificar bastante bien la ira, la alegría y la tristeza de las personas que observamos. Pero se identifican peor el miedo, la sorpresa y la aversión.(González, s/f).

Las emociones poseen unos componentes conductuales particulares, que son la manera en que éstas se muestran externamente. Son en cierta medida

controlables, basados en el aprendizaje familiar y cultural de cada grupo:(González, s/f).

- Expresiones faciales.
- Acciones y gestos.
- Distancia entre personas.

Componentes no lingüísticos de la expresión verbal (comunicación no verbal).Los otros componentes de las emociones son fisiológicos e involuntarios, iguales para todos:(González, s/f).

- Temblor.
- Sonrojarse
- Sudoración
- Respiración agitada
- Dilatación pupilar
- Aumento del ritmo cardíaco.

Componentes de las emociones

Componente fisiológicoEl componente fisiológico de las emociones son los cambios que se desarrollan en el sistema nervioso central (SNC) y que están relacionados con la presencia de determinados estados emocionales. Son tres los subsistemas fisiológicos que según Davidoff están relacionados con las emociones, el Sistema Nervioso Central (SNC), el sistema límbico y el sistema nervioso autónomo. (González, s/f).

Componentes subjetivos de las emociones

El componente subjetivo de las emociones es el conjunto de procesos cognitivos relacionados con la respuesta emocional a determinados estados del entorno y cambios fisiológicos. Piaget explica en su Psicología de la Inteligencia que algunas reacciones emocionales son producto de los procesos mentales que tratan de estructurar el entorno del individuo.(González, s/f).

Los procesos de aprendizaje y comprensión de acuerdo a Piaget son procesos que intrínsecamente generan o requieren la existencia de estados emocionales. El componente subjetivo de la emoción es objeto de polémica. Hay varias aproximaciones, una neurosicológica, que explica las emociones de acuerdo con la conciencia individual y a la percepción humana de las mismas y al análisis de sus relaciones con la conducta y la fisiología. Otra aproximación que trata de explicar las emociones como consecuencia de los procesos necesarios para el funcionamiento de diferentes estructuras cognitivas de la mente. Una tercera y poco común trata de explicar las emociones como un conjunto de consecuencias fisiológicas y de conducta producto de la conformación de estructuras lógicas en los procesos mentales.(González, s/f).

Todas las aproximaciones que tratan de explicar el componente subjetivo de las emociones suelen ser unas casos especiales de las otras, esto es, las emociones se generan por niveles de abstracción los cuales definen su complejidad, desde emociones superficiales resultados de percepciones elementales y reacciones inmediatas, hasta emociones complejas producto del análisis de escenarios y entornos complejos que implican elementos de la memoria y consideraciones de estados pasados, actuales y futuros del individuo, de esta forma los mismos tipos genéricos de emoción, como por ejemplo, el enojo, pueden generarse de varias formas según el nivel de abstracción, por una reacción inmediata a un estímulo nerviosos directo, como una herida, o bien como

resultado de una apreciación abstracta del entorno, como al escuchar un discurso ofensivo.(González, s/f).

Normalmente las reacciones emocionales fisiológicas observables son difíciles de diferenciar por su nivel de abstracción. La principal diferencia, la duración, depende del estado de aceptación o rechazo del individuo a las condiciones del entorno o bien a la duración de las condiciones que la provocaron. Sin embargo no queda duda que las reacciones emocionales también están relacionadas con la bioquímica del organismo. ¿Cambiará la bioquímica de los procesos mentales relacionados con las emociones dependiendo del nivel de abstracción mental que generó la emoción? ¿Se requieren ciertas condiciones en la química de la sinapsis para generar determinado tipo de emociones? ¿Estas condiciones varían de acuerdo al nivel de abstracción? Si es así, entonces la producción de ciertas enzimas en el cerebro determinaría la capacidad de ciertos individuos para lograr determinados estados emocionales y de ahí su habilidad o dificultad de permanecer en estos estados emocionales en los procesos de enseñanza, aprendizaje y comprensión. Si existiera una relación entre el genoma del individuo y su habilidad de comprender el mundo que le rodea, probablemente la relación se encontraría entre el componente subjetivo de la emoción y la bioquímica de las conexiones sinápticas.(González, s/f).

Componente conductual Es el comportamiento perceptible de los individuos relacionados con estados mentales emocionales. Se considera que las reacciones de conducta a los estados emocionales no constituyen conductas relacionadas directa o lógicamente con el estado del entorno, es decir, las conductas características de diversos estados emocionales son en general conductas emergentes. Las conductas emergentes relacionadas con las emociones pueden tener la función de transmitir o comunicar el estado emocional a otro individuo, ya sea para prevenirlo o intimidarlo, pueden ser reacciones de defensa involuntarias ante un enemigo o agresor real o imaginario (como patear el automóvil si no

arranca por la mañana) o pueden ser un proceso de búsqueda de conductas adecuadas para manejar determinadas situaciones desconocidas.(González, s/f).

El estado emocional parece ser determinante ante la disyuntiva atacar o huir de un individuo amenazado, normalmente este estado emocional se genera ante las señales emocionales representadas o transmitidas por el agresor o víctima. Muchas emociones tienen un comportamiento de relajación y posteriormente opuesto al estado emocional, después de un estado de enojo puede sobrevenir un estado de calma o incluso placer, después de un estado de tristeza puede sobrevenir cierto estado de calma o consuelo. En los niveles más elementales de abstracción la conducta emocional es más fácil de comparar entre individuos, especies o agentes (IA) al elevar el estado de abstracción, la conducta relacionada con los estados emocionales suele ser impredecible.(González, s/f).

Como curiosidad es adecuado señalar que en algunas experiencias en las aulas demuestran que los estados emocionales de un grupo de alumnos pueden ser sorprendentemente variados conforme avanza el nivel de abstracción de un concepto. Bajo determinadas condiciones dependiendo de la complejidad del concepto algunos alumnos pueden tener reacciones casi eufóricas a determinadas actividades en clase.(González, s/f).

Aparentemente los estados emocionales permiten al individuo establecer determinadas formas de apreciar el entorno y a preferir determinadas estructuras lógicas o formales para concebirlo respecto de otras, todo esto con el fin de ser capaz de obtener conclusiones rápidas y de cambiar sin necesidad de un proceso racional de un patrón de conducta o razonamiento a otro, quizás más adecuado al tipo de situaciones a las que se enfrenta, ya sea una situación práctica, social, analítica o creativa o de supervivencia.(González, s/f).

Nuestras emociones son un agente poderoso para el cambio, usadas constructivamente pueden impulsarnos a crear cambios beneficiosos en nuestras

vidas, que a su vez repercutan positivamente en nuestra calidad de vida, y en hacer realidad la vida que deseamos vivir.(González, s/f).

Podemos considerar a las emociones el combustible, y a la mente el piloto de nuestra personalidad, empleando ambas inteligentemente, podemos dirigir el vehículo que es nuestro cuerpo para conducirnos hacia el éxito.(González, s/f).

Existen básicamente cuatro emociones MIEDO, IRA, ALEGRÍA, AUTOCOMPLACENCIA. Que potencialmente pueden impulsarnos a la acción que resulte en cambios positivos para nuestra vida. Si permitimos que alguna, o la combinación de varias, de estas emociones nos guíen, podríamos estar a un paso de darle un vuelco a nuestras vidas.(González, s/f).

Como manejar las distintas emociones:Disgusto/Aversión

Aunque generalmente no se relaciona el disgusto con acciones positivas, si lo canalizamos apropiadamente, el disgusto puede estimularnos a cambiar nuestras vidas.La persona que se siente disgustada ha alcanzado un punto en el que no hay vuelta atrás. Su tolerancia alcanzó el límite, y no se contenta con algo menos que un cambio, un cambio para mejor.Generalmente empleamos el disgusto de manera productiva cuando llegamos al punto en el que sentimos que "¡Ya es suficiente!", y entonces decidimos que queremos un estilo de vida más gratificante.(González, s/f).

Decisión

Generalmente esperamos a que la vida nos empuje contra la pared para tomar decisiones. Y una vez que alcanzamos este punto, nos toca manejar las emociones contrastantes relacionadas con la toma de decisiones.Este punto equivale a encontrarse con un distribuidor en una autopista, podemos tener uno, dos tres o hasta cuatro o más diferentes caminos para escoger. De allí lo complejo

del proceso de toma de decisiones, y la cantidad de emociones potencialmente conflictivas que nos toca manejar. Desde el punto de vista de las emociones, tomar decisiones que involucran cambios en nuestras vidas puede ser parecido a una lucha interior por la supremacía de nuestra mente. Y las decisiones resultantes, tímidas o arriesgadas, maduras o impulsivas, pueden establecer el curso de acción, o cegarlos. En el proceso de toma de decisiones, lo importante es aventurarnos por algunas de las opciones que se nos presentan disponibles. Es mucho mejor tomar una mala decisión ahora que puede mejorarse o corregirse después, que quedarse paralizado en la intersección. A cada uno de nosotros nos toca, llegado el momento de decidir, confrontar nuestro torbellino de emociones, y sortear nuestros sentimientos para conectarnos con la motivación. (González, s/f).

Motivación

Con respecto de la motivación es importante recordar que es un poder interno que puede ser estimulado por factores externos. Otra persona, o cosa, no puede motivarle, lo más que puede hacer es estimularle, y desde ese estímulo, usted puede conectarse con su motivación interna. Comprendido esto, es fácil entender que casi cualquier cosa puede servirnos como estímulo para conectar con nuestra motivación si estamos preparados y dispuestos a recibirlo. Una canción que evoque recuerdos, una película que haga volar la imaginación, una conversación que nos rete, una confrontación en el tráfico que nos haga cuestionarnos, un artículo que nos inspire, un libro que nos haga reflexionar, cualquiera de estos puede ser un estímulo que nos conecte con el mecanismo interno que nos motive a decir "¡Lo quiero Ya! Y a actuar en consecuencia para lograrlo. Mientras encontramos ese botón interno que encienda la motivación pura, démosle la Bienvenida en nuestras vidas a cada experiencia positiva que podamos experimentar. Si erigimos una pared para protegernos, esa misma pared nos alejará de las experiencias enriquecedoras que la vida tiene para ofrecernos. Permita que la vida le toque, el próximo roce puede ser el que le estimule a cambiar su vida para mejor. Tomando una resolución. (González, s/f).

Resolución

Cuando logramos una resolución, resolvemos de manera definitiva cualquier conflicto que pudiera existir antes, y sentimos el poder de lograr lo que nos proponemos. Lograr una resolución es el desenlace natural del proceso que plantea este artículo. Desde la resolución nos conectamos con nuestro poder interno, y entonces sentimos que podemos lograr cualquier cosa que nos proponamos. Nos sentimos poderosos, sentimos que cualquier cosa está a nuestro alcance, y reconocemos nuestros recursos (principalmente internos) con que contamos para hacerlo realidad. Cuando alguien está realmente resuelto de lograr lo que se propone, nada puede detenerlo. Y eso es debido a que una persona que ha logrado una resolución, paralelamente se ha prometido a sí misma que nunca se rendirá hasta lograr lo que ha resuelto alcanzar. Ese es el poder de conectarnos con nuestro ser interno. (González, s/f).

Resultados

Al canalizar apropiadamente nuestras energías, nos colocamos en la ventajosa posición de emplearlas para nuestro provecho, explotando su potencial a nuestro favor, mientras avanzamos hacia la vida que deseamos y merecemos vivir. A medida que avanzamos y surge la pregunta ¿Cuánto tiempo voy a dedicarme a hacer realidad mis sueños?, la mejor respuesta que podemos dar es "¡Tanto como sea necesario!" (González, s/f).

2.4 ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.

Los órganos femeninos de la reproducción se clasifican como externos o internos. Puede haber variación notoria en las estructuras anatómicas de una mujer determinada y ello es válido para los principales vasos sanguíneos y nervios. (Cunningham, 2006)

2.4.1 ÓRGANOS EXTERNOS

Las partes pudendas, designadas por lo general como vulva, incluyen todas las estructuras externas visibles desde el pubis hasta el perineo, es decir, el monte de Venus, los labios mayores y menores, el clítoris, el himen y el vestíbulo, la abertura uretral y diversas estructuras glandulares y vasculares. (Cunningham, 2006)

2.4.1.1 Monte de Venus

El monte de Venus es un cojinete graso ubicado sobre la sínfisis del pubis. Después de la pubertad, la piel de esa estructura se cubre de vello rizado que le da forma de escudo triangular, cuya base es constituida por el borde superior de la sínfisis del pubis. (Cunningham, 2006)

2.4.1.2 Labios mayores

Estas estructuras varían algo en su aspecto, sobre todo la cantidad de grasa contenida en sus tejidos. Desde el punto de vista embrionario, los labios mayores son homólogos del escroto masculino. Los ligamentos redondos terminan en sus bordes superiores. Después de partos repetidos, los labios mayores son menos prominentes; tienen 7 a 8 cm de longitud, 2 a 3 cm de ancho y 1 a 1.5cm de grosor, algo aplanados en sus extremos caudales. En niñas y mujeres nulíparas, los labios mayores suelen estar en posición estrecha, en tanto que en las multíparas pueden separarse ampliamente. Se continúan de manera directa con el monte de Venus por arriba y se desvanecen por su parte caudal en el perineo, sitio donde se unen en la línea media para formar la comisura posterior. (Cunningham, 2006)

Antes de la pubertad, la cara exterior de los labios mayores es similar al de la piel adyacente, pero después se cubre de vello. (Cunningham, 2006)

2.4.1.3 Labios menores

Varían mucho en tamaño y forma. En mujeres nulíparas no suelen observarse detrás de los labios mayores sin separarlos. En multíparas es frecuente que los labios menores se proyecten por fuera de los mayores. (Cunningham, 2006)

Cada labio menor es un pliegue delgado de tejido húmedo y rosado, similar en aspecto al de una membrana mucosa. Los labios menores están cubiertos por epitelio escamoso estratificado y, si bien no contiene folículos pilosos si contienen muchas glándulas sebáceas y en ocasiones unas cuantas sudoríparas. La cara interior de los pliegues labiales está constituida por tejido conectivo con muchos vasos y algo de fibras musculares lisas en su interior. Tienen diversas terminaciones nerviosas y extremadamente sensibles. Los tejidos de los labios menores convergen en su parte cefálica donde cada uno se divide en dos hojas el par caudal de ellas se une para formar el frenillo del clítoris y el par cefálico hace una protrusión y constituye el prepucio. En su parte inferior, los labios menores se extienden hasta alcanzar la línea media a manera de crestas bajas de tejido que se unen para formar la horquilla. (Cunningham, 2006)

2.4.1.4 Clítoris

Es el principal órgano erógeno femenino, homólogo del pene y localizado cerca de la extremidad cefálica de la vulva. Este órgano eréctil se proyecta hacia abajo entre las hojas ramificadas de los labios menores. Está constituido por glande, cuerpo y dos pilares. El glande está formado por células fusiformes y en el cuerpo se encuentran dos cuerpos cavernosos con fibras musculares lisas en sus paredes. Los pilares, estrechos y largos se originan de la cara inferior de las ramas isquiopúbicas y se unen a penas debajo de la mitad del arco del pubis para formar el cuerpo. (Cunningham, 2006)

El clítoris rara vez rebasa los 2cm de longitud. Su extremo libre señala hacia abajo y hacia el interior en dirección a la abertura vaginal. El glande suele tener menos de 0.5 cm de diámetro y está cubierto por epitelio escamoso estratificado con abundantes terminaciones nerviosas, los vasos del clítoris eréctil se conectan con los bulbos vestibulares.(Cunningham, 2006)

2.4.1.5 Vestíbulo

Es una región con forma de almendra rodeada por los labios menores a los lados y que se extiende desde el clítoris hasta la horquilla. El vestíbulo es la estructura funcionalmente madura de la mujer, proveniente del seno urogenital embrionario. En estado de madurez, el vestíbulo suele estar perforado por seis aberturas: la uretra, la vagina, y dos conductos de glándulas de Bartholin y en ocasiones dos más de las glándulas para uretrales, también llamas de Skene, al igual que sus conductos. La porción posterior del vestíbulo entre la horquilla y la abertura vaginal se denomina fosa navicular y solo suele observarse en nulíparas.(Cunningham, 2006)

2.4.1.6 Abertura uretral

El 66% inferior de la uretra yace inmediatamente por dentro de la pared vaginal interior. La abertura uretral o meato está en la línea media del vestíbulo, 1 a 1.5 cm debajo del arco púbico y a una corta distancia por arriba de la abertura vaginal. Por lo general los conductos parauretrales, también conocidos como conductos de Skene, se abren en el vestíbulo a cada lado de la uretra, apenas por dentro del meato.(Cunningham, 2006)

2.4.1.7 Abertura vaginal e himen

En casi todas las mujeres vírgenes, la abertura vaginal suele estar oculta por los labios menores superpuestos. Hay diferencias notorias en la forma y

consistencia del himen, constituido sobre todo por fibras elásticas y tejido conectivo colágeno. Sus caras externa e interna están cubiertas por epitelio escamoso estratificado. El himen no tiene elementos glandulares o musculares y tampoco un aporte abundante de fibras nerviosas.(Cunningham, 2006)

2.4.1.8 Vagina

Esta estructura musculo membranosa se extiende de la vulva al útero y está ubicada de adelante a atrás entre la vejiga y el recto. La porción superior de la vagina proviene de los conductos de Müller y la inferior es constituida a partir del seno urogenital. En la parte anterior, la vagina está separada de la vejiga y la uretra por tejido conectivo, que en conjunto suele denominarse tabique vesicovaginal. En la parte posterior, entre la porción inferior de la vagina y el recto hay tejidos similares, que juntos constituyen el tabique rectovaginal. La cuarta parte superior de la vagina está separada del recto por el fondo de saco rectouterino, también llamado fondo de saco de Douglas.(Cunningham, 2006)

La mucosa vaginal está constituida por un epitelio escamoso estratificado no queratinizado. Bajo el epitelio hay una capa fibromuscular delgada que suele contener una hoja circular interna y una longitudinal externa de musculo liso. Una delgada capa de tejido conectivo bajo la mucosa y el musculo liso tiene abundantes vasos sanguíneos. Es motivo de controversia si ese tejido conectivo, a menudo denominado aponeurosis endopélvica perivaginal, corresponde a un plano aponeurótico en el sentido anatómico estricto.(Cunningham, 2006)

2.4.1.9 Perineo.

Las múltiples estructuras que constituyen el perineo, cuyo sostén es provisto en su mayor parte por los diafragmas pélvico y urogenital. El diafragma pélvico está compuesto por los músculos elevadores del ano y los músculos coccígeos en la parte posterior. Los músculos elevadores del ano forman un

cabestrillo muscular ancho que se origina en la cara posterior de las ramas púbicas superiores, la cara interna de las espinas ciáticas y entre esos dos sitios de la aponeurosis obturatriz. Algunas de esas fibras musculares se insertan alrededor de la vagina y el recto para formar esfínteres funcionales eficaces. El diafragma urogenital es externo en relación con el diafragma pélvico e incluye la región triangular entre las tuberosidades isquiáticas y la sínfisis del pubis. El diafragma urogenital está constituido por los músculos perineales transversos profundos, el esfínter estriado de la uretra y las cubiertas aponeuróticas interna y externa.(Cunningham, 2006)

2.4.2 ÓRGANOS INTERNOS

2.4.2.1 Útero

Fuera del embarazo, este órgano se sitúa en la cavidad pélvica entre la vejiga por delante y el recto por detrás. Casi toda la pared posterior del útero está cubierta por serosa o peritoneo, cuya porción inferior constituye el límite anterior del fondo de saco recto uterino o saco de Douglas. Solo la porción superior de la pared uterina anterior está cubierta así. La porción inferior se une a la pared posterior de la vejiga mediante una capa bien definida de tejido conectivo laxo.(Cunningham, 2006)

Cambios uterinos inducidos por el embarazo. La gestación causa un crecimiento uterino notorio por hipertrofia de las fibras musculares. El peso del órgano aumenta de 70 hasta casi 1100 gr a término. Su volumen total alcanza en promedio casi 5L. El fondo uterino que antes correspondía a una convexidad aplanada entre los sitios de inserción tubaria, ahora adquiere forma de cúpula. Los ligamentos redondos parecen ahora insertarse en la unión de los tercios medio y superior del órgano. Las trompas de Falopio se elongan, pero los ovarios se mantienen sin cambios desde el punto de vista macroscópico.(Cunningham, 2006)

2.4.2.2. Oviductos

Más a menudo llamados trompas de Falopio, los oviductos varían en longitud de 8 a 14 cm, están cubiertos por peritoneo su pared es revestida por una membrana mucosa. Cada trompa se divide en porciones intersticial, ístmica, ampular e infundibular. La porción intersticial está incluida en la pared muscular del útero. El istmo o porción estrecha de la trompa que se une al útero se convierte gradualmente en la porción lateral más amplia o ampolla. El infundíbulo, o extremidad franjeada, es la abertura cónica del extremo distal de la trompa de Falopio. El oviducto varía de modo considerable en grosor; la porción más estrecha de istmo mide 2 a 3 mm de diámetro y la más amplia de la ampolla mide 5 a 8 mm. El extremo franjeado del infundíbulo se abre en la cavidad abdominal. Una proyección, la fimbria ovárica, que es mucho más larga que las otras fimbrias, forma una corredera estrecha que se acerca al ovario o lo alcanza. (Cunningham, 2006)

2.4.2.3 Ovarios

Comparados entre sí, así como entre diferentes mujeres, los ovarios tienen un tamaño muy variable. La posición de los ovarios también es variable, pero suelen situarse en la parte alta de la cavidad pélvica y yacen en una leve depresión de la pared lateral de la pelvis en el sitio donde divergen los vasos ilíacos internos y externos, la fosa ovárica de Waldeyer. El ovario está unido al ligamento ancho por el mesovario. El ligamento uteroovárico se extiende desde la porción lateral y posterior del útero, apenas bajo el sitio de inserción de la trompa, hasta el polo uterino del ovario. Por lo general, tiene varios centímetros de longitud y de 3 a 4 mm de diámetro. Está cubierto por peritoneo y constituido por músculo y fibras de tejido conectivo. El ligamento infundibulopélvico o suspensorio del ovario se extiende desde el polo superior o tubario hasta la pared pélvica; por él viajan los vasos y nervios ováricos. (Cunningham, 2006)

El ovario consta de dos porciones, corteza y medula. La corteza es la capa externa, que varía en grosor con la edad y se hace más delgada conforme pasan los años. Es en esta capa que se localizan los oocitos y los folículos de De Graaf. La corteza está constituida por células de tejido conectivo fusiformes y fibras, entre las que se encuentran folículos primordiales y de De Graaf dispersos en varias etapas de desarrollo. Conforme la mujer envejece, los folículos disminuyen en número. La porción más externa de la corteza, que es mate y blanca se conoce como túnica albugínea. En su superficie, hay una sola capa de tejido cubico, el epitelio germinativo de Waldeyer. (Cunningham, 2006)

La medula es la porción central constituida por tejido conectivo laxo, que se continúa con el del mesovario. Hay un gran número de arterias y venas en la medula y uno menor de fibras de musculo liso, que se continúan con las del ligamento suspensor. (Cunningham, 2006)

2.5 EMBARAZO O GRAVIDEZ.

Embarazo normal: Es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.(Cunningham, 2006)

2.6 ABORTO.

El termino aborto denota la terminación del embarazo, en forma espontánea o provocada, antes de que el feto tenga suficiente capacidad para sobrevivir. Por consenso, se suele definir como la terminación del embarazo antes de la 20 semanas de gestación o cuando el producto pesa menos de 500g. Sin embargo, las definiciones varían con las leyes locales para la notificación de aborto, óbito y muerte neonatal.(Cunningham, 2006)

2.6.1 ABORTO ESPONTANEO

Se conoce con esa designación al aborto que ocurre sin la participación de métodos médicos o mecánicos para vaciar el útero. A veces se llama aborto no provocado.(Cunningham, 2006)

2.6.2 AMENAZA DE ABORTO.

Se presume que hay amenaza de aborto cuando aparece flujo vaginal sanguinolento de cualquier intensidad o una franca hemorragia vaginal durante la primera mitad del embarazo. Puede ir acompañado de dolores espasmódicos semejantes a los que aparecen durante la menstruación, o de dolor de espalda.(Cunningham, 2006)

2.6.3 ABORTO INEVITABLE.

La inevitabilidad del aborto queda determinada por la rotura de las membranas estando el cuello dilatado. En estas condiciones es casi seguro que va a producirse el aborto. Rara vez se presenta un efusión de líquido durante la primera mitad del embarazo sin consecuencias serias. (Cunningham, 2006)

2.6.4 ABORTO INCOMPLETO.

El feto y la placenta son susceptibles de ser expelidos en los abortos que tienen lugar antes de la décima semana y separadamente, después. Cuando la placenta queda retenida en su totalidad o en parte, se produce hemorragia más o menos tarde, siendo éste el principal y a menudo el único signo de aborto incompleto. Con abortos de embarazos que estén más avanzados, a menudo la hemorragia es más profusa y ocasionalmente puede ser masiva hasta el punto de producir una hipovolemia. (Cunningham, 2006)

2.6.5 ABORTO DIFERIDO.

Un aborto diferido es la retención prolongada de un feto que murió durante la primera mitad de la gestación. Se ha definido es aborto diferido como aquel en el que la retención del producto de la concepción muerto se produce durante 8 semanas o más. (Cunningham, 2006)

2.6.6 ABORTO HABITUAL.

El aborto espontáneo repetido.(Cunningham, 2006)

2.6.7 ABORTO INDUCIDO

El aborto provocado es la terminación médica o quirúrgica del embarazo antes de que el feto sea viable. (Cunningham, 2006)

2.7 PROCESO DE DUELO.

- El embarazo y recién nacidos. El aborto o la muerte de un recién nacido no se reconocen a menudo como pérdidas importantes pero pueden precipitar duelo prolongado por lo que está cambiando la actitud de los hospitales y servicios relacionados.(Wilson, 2007)

2.7.1 EL DUELO COMO PROCESO

Todo duelo es un proceso natural en el que el doliente atraviesa una serie de fases, aunque la persona en duelo no necesariamente debe pasar por todas ellas ni seguir una determinada secuencia. (Wilson, 2007)

Cada persona siente el duelo según su idiosincrasia, personalidad y recursos personales. Es evidente que la gama del pesar, su intensidad y su

duración, varían según la personalidad de cada uno y según el valor que represente la persona perdida. (Wilson, 2007)

¿Qué se puede hacer ante una persona que sufre un duelo?
ACOMPañARLE.

Y acompañar no es simplemente estar junto a él. Es estar totalmente con él, implica todo el estar, una presencia emocional. (Wilson, 2007)

El ser doliente diferencia perfectamente quién está en él y con él y quién simplemente cumple un papel o rol. Acompañar supone saber escuchar empática y transempáticamente. No somos conscientes de la importancia que tiene el acompañante; en un proceso de duelo es la figura central, porque el doliente encuentra en el acompañante la fuerza afectiva de la que carece. (Wilson, 2007)

2.7.2 FASES DEL DUELO

FASE 1ª

SHOCK, INSENSIBILIDAD, ESTUPEFACCIÓN, nada parece real al doliente, está como en trance, no puede concentrarse ni tiene energía, está aturdo, paralizado, como anestesiado. Esta situación responde a un mecanismo de protección ante la amenaza de un dolor psíquico y confusión intolerables. Es un escape natural y temporal, que amortigua el impacto inmediato y ayuda a ir asimilando la terrible realidad. (Wilson, 2007)

Aunque haya una aceptación intelectual de la pérdida el proceso emocional es lento y puede durar días o meses. (Wilson, 2007)

NEGACIÓN, INCREDULIDAD. La doliente habla del fallecido en tiempo presente, no renuncia a la esperanza de que va a volver, “no ha ocurrido nada”, “no es a mí”.

PÁNICO. El doliente sólo puede pensar en la pérdida y está paralizado por el miedo, miedo a perder los nervios y el control, a no poder concentrarse, a volverse loco, a lo desconocido, al futuro. El doliente está emocionalmente desorganizado, se siente solo, triste, vacío, confuso, desamparado y desesperado. La idea del suicidio no es infrecuente. (Wilson, 2007)

Las emociones que se experimentan al ser expresadas ayudan a que afloren las frustraciones. Hablar del fallecido y llorar alivia y hace que se compartan sentimientos con otros. El identificar estas emociones: “estoy triste, estoy furioso, estoy dolido” desahoga y sirve de cauce para que las penas fluyan. (Wilson, 2007)

FASE 2ª

EL SENTIDO DE CULPA. Relacionado con la pérdida aparece como fenómeno de autocastigo y auto recriminación: cosas que no hizo, no dijo o actuaciones que hicieron daño a esa persona amada. La culpabilidad siempre responde a la no aceptación y a los sentimientos ambivalentes que la persona amada produce.

DEPRESIÓN Y ABANDONO. Prima el sentimiento de desolación, nadie ha sufrido un duelo como el suyo. La depresión aparece en esta etapa como un fenómeno normal y sano. Es una necesidad psicológica, un camino lento para llegar a aceptar la pérdida y forma parte del proceso de decir adiós al ser querido. (Wilson, 2007)

FASE 3ª

RESISTENCIA A VOLVER A LA VIDA HABITUAL. El doliente se siente sin fuerzas, débil e incapaz de afrontar nuevas decisiones y situaciones.

El doliente debería abrirse a nuevas relaciones e iniciar algo diferente, pero no le apetece y le cuesta, lo cual es muy normal. (Wilson, 2007)

FASE 4ª

AFIRMACIÓN DE LA REALIDAD Y RECUPERACIÓN. Gradualmente se va abriendo paso la esperanza, se alternan temporadas buenas con los baches, que casi siempre coinciden con fechas claves, aniversarios y fiestas significativas.

Se recupera el sentido de sí mismo, que pasa por aceptar la pérdida. (Wilson, 2007)

“mi hijo ha muerto, mi marido ha muerto”... Se afronta la dura realidad.

Reconocer el dolor e intentar vivirlo es una expresión de salud mental. En el dolor no hay atajos, no se puede huir de él, hay que atravesarlo. Pero tampoco fijarse en él ni recrearse victimistamente en él. (Wilson, 2007)

Todos los estudiosos del duelo están de acuerdo en afirmar que éste se resuelve mejor si se cuenta con soporte emocional y social adecuados, ya que el doliente aprende que lo tiene que afrontar en el presente y futuro solo: que cuenta con familiares y amigos que le ayudan a temer menos el mundo real, aunque la experiencia durísima de un duelo la vive cada cual en su propia soledad. Pero esta soledad acompañada mitiga el dolor. Un duelo se da por finalizado cuando el doliente pueda hablar y recordar al ser querido con naturalidad, tranquilidad, sin angustia y haya establecido nuevas relaciones significativas aceptando los retos de la vida. (Wilson, 2007)

2.8 DUELO Y ABORTO.

Por otra parte las madres que sufren abortos, pérdidas aun poco reconocidas en algunos entornos sociales, experimentan esa pérdida como

una cuestión interior que les ocasiona temor a futuros embarazoso complicaciones. También la infertilidad y posponer el nacimiento de un hijo suelen aumentar con el paso del tiempo estos temores, así como los intentos fallidos provocando un elemento de

Autoreproche y tirantez en el seno de la pareja, puesto que lo que se pierde es el ideal de familia. La investigación sobre la crisis de significado en el duelo paterno indica que la búsqueda del mismo es primordial para el proceso de reajuste después de la muerte del hijo, y que los padres que son capaces de encontrar estos significados se vuelven más compasivos y fuertes, aceptan la mortalidad humana y profundizan en su espiritualidad, enfrentándose mejor con la pérdida. (Wilson, 2007)

2.9 ENFERMERÍA.

2.10 CALLISTA ROY.

Roy nació en los Ángeles en 1939, y se graduó en 1963. Desarrolló la teoría de la adaptación ya que en su experiencia en pediatría quedó impresionada por la capacidad de adaptación de los niños. Las bases teóricas que utilizó fueron: Teoría de los Sistemas (Callista, s/f)

2.10.1 CONCEPTO DE HOMBRE:

Considera al hombre un ser bio-psico-social en relación constante con el entorno que considera cambiante. El hombre es un complejo sistema biológico que trata de adaptarse a los cuatro aspectos de la vida: (Callista, s/f)

- La fisiología
- La autoimagen
- La del dominio del rol

- La de interdependencia

El hombre, según C. Roy, debe adaptarse a cuatro áreas, que son:
(Callista, s/f)

- **Las necesidades fisiológicas básicas:** Esto es, las referidas a la circulación, temperatura corporal, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño, actividad, alimentación y eliminación. (Callista, s/f)
- **La autoimagen:** El yo del hombre debe responder también a los cambios del entorno. (Callista, s/f)
- **El dominio de un rol o papel:** Cada persona cumple un papel distinto en la sociedad, según su situación: madre, niño, padre, enfermo, jubilado,... Este papel cambia en ocasiones, como puede ser el caso de un hombre empleado que se jubila y debe adaptarse al nuevo papel que tiene. (Callista, s/f)
- **Interdependencia:** La autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno. (Callista, s/f)

2.10.2 CONCEPTO DE SALUD:

Respecto a la Salud, considera como un proceso de adaptación en el mantenimiento de la integridad fisiológica, psicológica y social. (Callista, s/f)

2.10.3 CONCEPTO DE LA ENFERMERÍA:

La define como un sistema de conocimientos teóricos que prescriben un proceso de análisis y acción relacionados con los cuidados del individuo real o potencialmente enfermo. (Callista, s/f)

C. Roy establece que las enfermeras, para cumplir su objetivo de promover la adaptación del individuo en las cuatro áreas enunciadas anteriormente, deben realizar dos tipos de acciones: (Callista, s/f)

- La valoración, cuyo fin es definir la situación del paciente en la salud-enfermedad.
- La intervención directa sobre el paciente, ayudándole a responder adecuadamente.

Estas acciones se realizan dentro de un proceso de cuidados que comprende las fases de: (Callista, s/f)

- Valoración.
- Planificación
- Actuación
- Evaluación.

Callista hace una diferenciación entre enfermería como ciencia y enfermería práctica, significando que la segunda se enfoca con el propósito de ofrecer a los individuos un servicio que fomente positivamente su salud. (Callista, s/f)

2.10.4 OBJETIVO DEL MODELO:

Que el individuo llegue a un máximo nivel de adaptación y evolución.

Roy comentó sus supuestos principales en Alberta (1984), en una conferencia Internacional, y son: (Callista, s/f)

a) Un sistema es un conjunto de elementos relacionados de tal modo que forman un todo o la unidad.

b) Un sistema es un todo que funciona como tal en virtud de la interdependencia de sus partes,

c) Los sistemas tienen entradas y salidas, también tienen procesos de control y feed-back.

d) La entrada o input, en su forma de criterio suele relacionarse con la noción de información.

e) Los sistemas vivos son más complejos que los mecánicos, y tienen unos elementos de feed-back que organizan su funcionamiento general.

En resumen podemos decir que el modelo de Roy se centra en la adaptación del hombre, y que los conceptos de persona, salud, enfermería y entorno están relacionados en un todo global.(Callista, s/f)

2.11 SALUD.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es la condición de todo ser vivo que goza de un absoluto bienestar tanto a nivel físico como a nivel mental y social. Es decir, el concepto de salud no sólo da cuenta de la no aparición de enfermedades o afecciones sino que va más allá de eso. En otras palabras, la idea de salud puede ser explicada como el grado de eficiencia del metabolismo y las funciones de un ser vivo a escala micro (celular) y macro (social).(Estanislao, 1998).

2.12 CUIDADO.

2.12.1 CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE LAS RESPUESTAS HUMANAS EN EL ABORTO.

El aborto espontáneo en su conceptualización abarca la pérdida del producto de la concepción antes de las 20 semanas de gestación o cuando el feto

pesa 500 gramos o menos sin inducción o instrumentación. Estadísticas reportan que se interrumpe espontáneamente el 10% de todas las gestaciones. (Rigol, 2004)

Teniendo en cuenta el modelo de adaptación de Callista Roy la enfermería dentro de las actividades que desarrolla incluyen la valoración de la conducta y de los estímulos que influyen en la adaptación. Según Roy, el objetivo central de enfermería consiste en ayudar a las personas adaptarse a los cambios que se producen en el proceso salud-enfermedad. (Roy, 2000).

Dentro de las respuestas humanas ante el aborto espontáneo se encuentran las respuestas biológicas, psicológicas y sociales que puedan influir en la aceptación de la pérdida, así como en la recuperación física y psicológica de la paciente. El profesional de enfermería en sus cuidados no puede limitarse a la atención de la dimensión biológica, sino que debe evaluar la relación que establecen las personas con el medio ambiente que la rodea. Lograr cuidados de enfermería que consideren en su integralidad las reacciones emocionales y la implicación social para la mujer, esposo, familia posterior a la ocurrencia del aborto sería nuestra meta a alcanzar. (Doce, s/f).

Las pacientes que con el diagnóstico médico de aborto espontáneo se encuentran hospitalizadas en los servicios de aborto demandan cuidados de enfermería generales y específicos que tengan en cuenta las condiciones físicas y psicológicas, así como las posibles complicaciones al arribar al servicio. Desde el propio momento de la recepción el profesional de enfermería debe ser capaz de valorar el estado general y anímico de la paciente, así como aquellos elementos que a la observación puedan ser precursores de signos de alarma. (Doce, s/f).

Dentro del sistema de habilidades a desarrollar se encuentran las acciones dependientes, interdependientes e independientes en la gestión de la primera mitad del embarazo, en específico en el aborto. (Doce, s/f).

Como parte del sistema de conocimientos generales a adquirir se encuentran la semiología obstétrica, la entrevista, el examen físico y los cuidados específicos de enfermería ante las complicaciones propias de la gestación. (Doce, s/f).

El profesional de enfermería tiene como rol primario monitorear y documentarse acerca del progreso clínico de las pacientes ante tales respuestas. Las actividades de enfermería sobre esta perspectiva se pueden desarrollar cuando el conocimiento y las habilidades se funden para lograr la suficiente comprensión del fenómeno, así como de las complejidades que se producen. (Doce, s/f).

Dentro de las respuestas biológicas ante el aborto se encuentra el dolor. Con la realización de la entrevista y del examen físico el profesional de enfermería valora las características del dolor de acuerdo a la localización, irradiación, intensidad, frecuencia y duración del mismo. El dolor constituye una experiencia compleja con características sensoriales, afectivas, comportamentales causadas por daño tisular y respuesta inflamatoria. En la valoración del dolor es necesario tener en cuenta la subjetividad del mismo como expresión unidimensional que difiere de acuerdo al umbral de resistencia de cada persona. (Doce, s/f).

La hemorragia forma parte de las respuestas biológicas de la mujer, considerada la complicación más frecuente en obstetricia. Los síntomas son los correspondientes a una anemia crónica, aguda o ambas. Como parte de los cuidados de enfermería se debe cuantificar el sangramiento, previniendo el shock hipovolémico. La medición de los signos vitales denotará la magnitud de la hemorragia. La tensión Arterial y el Pulso alertan sobre la pérdida de volumen total. Se reporta que la TA máxima en valores entre 90 y 50 mm de Hg y el pulso por debajo de 130 latidos/ minutos calcula la pérdida en un cuarto del volumen total, en caso de que el pulso se encuentre por encima de 130 latidos/ minutos y la TA

máxima por debajo de 50 mm de Hg debe haberse perdido la mitad del volumen total. (Rigol, 2004)

Hallazgos de estudios cualitativos proveen evidencia que el Aborto Espontáneo es experimentado como un evento difícil en la vida de la mujer. Se describen experiencias tales como confusión y alarma con relación a las expectativas de un embarazo saludable; dificultad para encontrar significado a la pérdida; sentimientos de culpa, vacío y falta de control. Se describen además, sentimientos de temor a futuro embarazo, falta de apoyo y de ser escuchado especialmente por los proveedores de salud. (Doce, s/f).

La depresión forma parte de las respuestas psicológicas de las mujeres que sufren la pérdida espontánea del producto de la concepción. Considerada como un trastorno mental caracterizado por sentimientos de soledad, baja autoestima, sentimientos de culpa y falta de apoyo. (Doce, s/f).

El apoyo emocional forma parte de las acciones independientes de enfermería, particularmente en situación de aborto, el enfermero(a) debe apoyarse en la entrevista para obtener una valoración detallada del estado emocional. Expresiones verbales de culpa, angustia provocada por la pérdida, así como extraverbales tales como el llanto y el enojo deben ser atendidos. (Doce, s/f).

Con vistas a garantizar el apoyo emocional requerido por la paciente y su familia es imprescindible la expansión del tiempo en función de animar a la paciente a verbalizar sus emociones, garantizando la privacidad necesaria y escuchando sus preocupaciones. (Doce, s/f).

La paciente, y su pareja pueden sentirse culpables pensando erróneamente que de alguna manera ellos provocaron la pérdida. La familia juega un importante rol en la sociedad en el crecimiento normal de sus miembros, el desarrollo de los hijos, así como en la vida social y emocional de los adultos. Eventos no esperados

en el proceso salud enfermedad constituyen estresores que a menudo conllevan a cambios en el funcionamiento familiar. (Doce, s/f).

Investigaciones cualitativas acerca de la pérdida perinatal apuntan que a pesar de constituir una experiencia profunda para la familia a menudo tiene un mínimo reconocimiento. La pérdida en la pareja es vista como la pérdida de la creación de una nueva familia, de sus expectativas, planes, sueños y esperanzas. (Doce, s/f).

Aunque los cuidados de enfermería se realicen en el nivel secundario de salud, es necesaria la atención individualizada de la paciente particularizando la relación en pareja, el apoyo mutuo y el apoyo recibido por el resto de los miembros de la familia en este momento tan crucial. (Mariutti, 2007)

Estudios con relación al cuidado de enfermería a la mujer en situación de aborto reportan que el cuidado fue percibido como aquel en el cual, la gran mayoría de veces se realiza lo "básico". El significado dado por ellas muestra que la atención de las necesidades físicas y el desempeño de los procedimientos técnicos fue mencionado como "normal", con énfasis en la atención a las necesidades relacionadas al cuerpo físico. Las mujeres revelaron la necesidad de cuidado, la cual debe ir más allá de procedimientos técnicos. Las necesidades expresadas fueron más allá del cuidado físico; mostrándose al aborto como una situación difícil, complicada y dolorosa, tanto física como existencialmente. (Mariutti, 2007)

El campo de la salud opera aún bajo una concepción esencial y biológica de la condición humana. Se necesita un cambio de paradigma de un enfoque tradicional y biológico a un paradigma que incluya las dimensiones psicológica, social y espiritual. (Mariutti, 2007)

El equipo de enfermería debe reflexionar y considerar el cuidado más allá de la solución de problemas físicos, incorporando las dimensiones social, psicológica y espiritual. Teniendo en cuenta el modelo de adaptación de Callista Roy, la enfermería actúa para mejorar la relación entre la persona y el entorno, para promover la adaptación. Según Roy, el objetivo de la enfermería consiste en ayudar a las personas a adaptarse a los cambios que se producen en sus necesidades fisiológicas, su autoconcepto, el desempeño de roles y en sus relaciones de interdependencia durante la salud y la enfermedad. La enfermería desempeña un papel único como facilitadora de la adaptación, valorando la conducta en cada una de estos cuatro modos de adaptativos e interviniendo en la manipulación de los estímulos. (Roy, 2000).

Se conoce que las personas exploran continuamente el entorno en busca de estímulos para, finalmente, dar una respuesta y desencadenar un mecanismo de adaptación. Esta respuesta adaptativa puede ser eficaz o ineficaz. El principal objetivo de la enfermería es ayudar a las personas en sus esfuerzos de adaptación a los cambios del entorno para que, como resultado, alcancen un nivel óptimo de bienestar. La adaptación es un proceso que favorece la integridad fisiológica, psicológica y social. (Roy, 2000).

En el modelo de adaptación emergen conceptos claves: la persona vista como un sistema adaptativo, capaz de ajustarse a los cambios de manera efectiva con el medioambiente que le rodea; la meta de enfermería, promover la adaptación en cuatro modos adaptativos; la salud vista como un estado y un proceso del ser humano; el medioambiente, definido como todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y el comportamiento de las personas y por último las actividades de enfermería, descritas como el proceso de enfermería que incluye la valoración del comportamiento, la valoración del estímulo, los diagnósticos de enfermería, la intervención y la evaluación. (Roy, 2000)

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. El cuidado debe constituirse en el desarrollo de actitudes y en un espacio de encuentro inter-subjetivo para el ejercicio de una sabiduría práctica en salud, apoyada en tecnología, pero sin dejar que se resuma solo a ella; debe promoverse antes una reunión entre el cuidador y el cuidado, con el objetivo de entablar una relación más simétrica entre ambos. (Mariutti, 2007.)

Al analizar la posible aplicación del modelo de adaptación de Callista Roy a las actividades de enfermería a realizar a aquellas pacientes con el diagnóstico de aborto espontáneo demandan cuidados, nos referimos al proceso de enfermería. Al existir un déficit entre los niveles de adaptación y la demanda ambiental, concebida esta última como los estímulos internos y externos a los que se encuentra expuesto, la intervención de enfermería estaría encaminada a promover niveles de adaptación positivos y el logro de los más altos niveles de bienestar posibles a alcanzar. Luego entonces, valorar el comportamiento de la paciente que se encuentra afrontando la pérdida, valorar los estímulos como pudieran estar relacionados con el apoyo social y familiar recibido, la relación marital, entre otros son primordiales con vistas a efectuar los restantes pasos del proceso de enfermería. (Doce, s/f).

2.13 LA RELACIÓN DE AYUDA: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DEL DUELO.

En el ejercicio profesional, la enfermera ha de cuidar a personas que se enfrentan a pérdidas de etiología muy diversa. Con su intervención, la enfermera puede ayudar a disminuir, aliviar o también modificar la aparición de los efectos que acompañan este tipo de pérdidas; efectos, ciertamente distorsionadores del bienestar del paciente y que puede ser factor desencadenante de un proceso de

duelo patológico. Por ello, es muy importante hacer un buen análisis y una reflexión sobre este tipo de procesos para poder realizar actividades preventivas y de sostén, dirigidas a la consecución de un duelo no patológico. (Rosas, 2008).

Las pérdidas

La vida es un proceso de crecimiento y desarrollo en el que se generan muchas pérdidas dolorosas e importantes. Estas pérdidas son a veces difíciles de asumir.

Por pérdida entendemos: (Rosas, 2008).

- Dejar de tener una cosa a causa de alguna contingencia.
- Dejar de poseer una cualidad, una forma de ser o de obrar.
- El estado de privación que uno ha tenido y que le ha producido un fracaso, una desventaja, etc.

Las personas pierden, por ejemplo, la salud, la autonomía, el rol social, el sexual, el estatus profesional, el estatus financiero, etc. (Rosas, 2008).

Kolhrieser (1988) ha descrito cinco grandes categorías de pérdidas:

- La pérdida del sentido de las creencias, de los objetivos vitales, de las esperanzas, de los sueños. Son pérdidas ligadas a los deseos.
- Pérdida de personas amadas por una marcha, una muerte, por la pérdida del amor de la persona querida, de su respeto, de su admiración, de su ternura, la pérdida de animales de compañía.
- Pérdidas ligadas a la autoimagen: traumatismos, accidentes, amputaciones, degeneraciones. También se produce en situaciones incoherentes que ponen en peligro nuestro equilibrio interno como por ejemplo el paro.

- Pérdidas ligadas a nuestro proceso evolutivo. Después de la infancia cambiamos, se pierde la simbiosis materna, cierta forma de juventud, la agilidad. Nadie puede parar este proceso. Paralelamente se vive el mismo proceso con los hijos. Se ven crecer y se pasa de ser protectores a ser protegidos.
- Pérdidas ligadas a objetos externos. La casa, el país, los objetos personales que ligan a las personas a su pasado, a sus raíces y que pueden desaparecer de forma muy rápida por el fuego, inundaciones, robo o cualquier otra circunstancia.

Los seres humanos vivimos en sociedad y establecemos vínculos; debido a nuestra finitud a nuestra vulnerabilidad sabemos que si se producen apegos se producirá separación, si hay separación, se producirá duelo. (Rosas, 2008).

Proceso del Duelo

Etimológicamente duelo procede de la palabra latina *dolere* cuyo significado, en general, es sufrimiento.

Por duelo se entiende:

- Una aflicción. Sus causas pueden ser: la muerte de una persona amada o una gran desgracia.

El tiempo posterior a la muerte de una persona amada, de la pérdida de algún valor o de una desgracia. (Rosas, 2008).

El duelo se entiende como una crisis accidental (Erikson; 1959) en la que se produce una alteración psicológica aguda que se ha de entender como una lucha por lograr un ajuste y una adaptación a un problema insoluble

El dolor experimentado después de una pérdida incluye ideas de reacción, adaptación y proceso y generará diversos sentimientos que son necesarios gestionarlos de una forma adecuada para que no dificulten la resolución del proceso. La reacción incluye respuesta. (Rosas, 2008).

La adaptación se refiere a la aceptación de una nueva vida y el proceso se refiere a la experiencia total. (Rosas, 2008).

La pérdida, el duelo, la aflicción hacen que la persona pierda su seguridad y control; la persona después de uno de estos procesos nunca será la misma, pudiéndose producir una reacción de crecimiento o todo lo contrario.

El proceso de duelo es la adaptación que sucede a toda pérdida. Este proceso es vivido por cada uno de nosotros de forma muy personal. "Hacer el duelo" no significa olvidar sino marcar distancia con el dolor. Todo duelo, en principio, entendemos que conlleva a "una pérdida" de significado y de sentido que acompañará "otras" pérdidas que puedan aparecer en el futuro. (Rosas, 2008).

El duelo se describe también como una evolución hacia la recuperación del equilibrio personal. La muerte y toda pérdida significativa, en general, rompen la continuidad del bienestar de las vidas humanas. Así, el proceso del duelo se puede entender como un intento de restablecer esta continuidad en la nueva situación. El duelo no se supera negándolo sino enfrentándose a él y aguantando sus envites durante mucho tiempo, tarea que muchas personas no pueden hacer en solitario. Es cuando la persona precisará del soporte y actuación de los profesionales para que le ayuden a afrontar la situación y poder seguir adelante.

El ser humano se encuentra siempre en un proceso en el cual es posible la construcción de sí mismo, autorealizando incluso en las crisis que le plantea la vida. Una pérdida pone al individuo en la situación de tomar conciencia de sus límites y de su fragilidad. (Rosas, 2008).

Cuando esta pérdida se asume, a pesar del dolor y la disconformidad, puede llegar a generar un análisis positivo de las vivencias y experiencias anteriores y de las actuales las reflexiones que se pueden hacer sobre esta pérdida van encaminadas a analizarla positivamente. (Rosas, 2008).

¿Qué se ha comprendido y aprendido? ¿Qué cambio cualitativo se puede apreciar en la vida de la persona después de la pérdida? ¿De qué cosas no se hubiera percibido si la pérdida no hubiera estado presente en su vida?

Caplan afirma que si la persona encara la crisis de forma inadaptada, podrá salir de ella con pérdida de salud. Las crisis actuales despertaran experiencias pasadas en crisis similares. La forma en que la persona afronte otras situaciones de forma preferente, van a tener que ver en la buena o mala evolución del duelo. Melanie Klein (1960) expone que la evolución del duelo guarda relación con las pérdidas sufridas en la infancia y la forma de responder a ellas. (Rosas, 2008).

Intervención en el proceso del Duelo

El ser humano es un ser finito, limitado y vulnerable. Esta vulnerabilidad posibilita el cuidado de otros seres humanos, especialmente, cuando ésta es máxima, como es el sufrimiento que conlleva un proceso de duelo.

Tal como he explicado anteriormente, la pérdida de una persona o de algún valor genera un desequilibrio que puede llegar a desestructurar a la persona (extrema vulnerabilidad) y puede llevar a la pérdida del sentido. Ante esta situación la persona requerirá de una intervención profesional adecuada para poder realizar un proceso dirigido hacia la salud y el crecimiento personal. (Rosas, 2008).

La intervención va dirigida a cualquier persona que ha sufrido la pérdida de algún valor o cosa valiosa para él. Se entiende por valor: (Rosas, 2008).

1. Conjunto de estimaciones valorativa sobre la realidad y el hombre y sobre su sentido.

2. La cualidad o conjunto de cualidades que hace que una persona o una cosa sea apreciada.

La enfermera, en muchas ocasiones, se encuentra con personas que presentan o presentarán un proceso de duelo. La intervención en un proceso de duelo, mediante la relación de ayuda, irá dirigido a proporcionar soporte a las personas en este tipo de situaciones. Les ayudará a expresar sus sentimientos y emociones, potenciar sus recursos y capacidades y a adaptarse a una nueva forma de vivir.

En el acto de cuidar, la enfermera, atendiendo todas las dimensiones humanas, ha de dirigir sus actividades hacia los sujetos vulnerables que están en proceso de duelo. (Rosas, 2008).

Una de las funciones fundamentales del profesional de enfermería es la de acompañar, a quien está en una de las fases descritas anteriormente, ya que la acción de acompañar o concretamente de cuidar, constituye la esencia de la enfermería. Mediante la relación de ayuda la enfermera contribuirá a la realización del proyecto personal del individuo. Esta ayuda no significa resolverle desde fuera sus experiencias dolorosas, sino ayudarle a asumirlas, disminuyendo en lo posible el sufrimiento que provocan y transformándolas en situaciones generadoras de bienestar y de salud. La relación de ayuda no es, por tanto, una acción paternalista ni proteccionista, sino es una acción terapéutica de respeto de responsabilidad y de respuesta a las necesidades del otro. (Rosas, 2008).

La relación de ayuda ha de centrarse en la receptividad y la singularidad. Ambas funciones son las más propias del arte de cuidar. (Torralba, 1998).

Ser receptivo significa estar dispuesto a responder a las necesidades de la persona según su ritmo vital, sin acelerar ni enlentecer sus procesos habituales. La singularidad se refiere a que cada persona es un ser único e irrepetible. (Torralba, 1998).

"Cada cual percibe el dolor, las pérdidas, los fracasos y las angustias desde su perspectiva personal. La interiorización de estas experiencias difiere según la naturaleza de cada ser humano". (Torralba, 1998).

Una intervención y una elaboración del duelo inadecuado pueden representar un factor de riesgo de trastornos psicosomáticos y puede generar unas condiciones emocionales precarias para el futuro, incluido otros duelos que la vida puede proporcionar. (Rosas, 2008).

La intervención de la enfermera de forma precoz, su habilidad en la detección de los síntomas y su capacidad de establecer una ayuda terapéutica, han de constituir factores decisivos para ayudar a las personas en duelo a realizar un proceso fisiológico. (Rosas, 2008).

Rando, describe una serie de síntomas que influirán en la calidad de vida del individuo. (Rosas, 2008).

Historia de vida: duelos anteriores, formas de reaccionar, tipos de factores a tener en cuenta: (Rosas, 2008).

- Pérdidas, apegos con la persona/objeto de la pérdida.
- Factores asociados: estructura de personalidad, recursos personales, recursos familiares y del entorno.
- Factores consecuentes: adaptación al entorno, calidad de las relaciones que se establecen, visión del futuro.

Objetivos de la intervención en el proceso del Duelo

Con las personas que han sufrido o sufrirán una pérdida, la enfermera ha de establecer una relación, dirigida a ayudarlas en el proceso de reestructuración para conseguir un equilibrio estable efectuando una intervención eficaz mediante la relación de ayuda.

Los pasos a seguir serán los siguientes:(Rosas, 2008).

- Ayudar a la persona a liberarse del pasado, reconociendo el significado de la pérdida en todas sus facetas.
- Ayudar a las personas a expresar sus sentimientos, emociones y adaptarse a una nueva forma de vivir, sin imponer tal "ayuda"
- Reconstruir el presente con un nuevo estilo de vida introduciendo los cambios necesarios para conseguirlo.
- Identificar los factores que influyen en la calidad de vida del individuo que está en proceso de duelo.
- Abrirse a la experiencia de futuro con nuevas posibilidades que permitirán a la persona la flexibilidad suficiente para tolerar los sentimientos de separación y permitir el acercamiento a otras personas.
- Prevenir la elaboración de un duelo patológico, ya que este proceso provoca inflexibilidad y tiende a conectar a la persona o mantener la relación aunque esta ya no exista.
- Comprender y respetar el momento personal y existencial del individuo.

La esencia de la profesión de la Enfermería, su propia naturaleza, se inicia en el acto de cuidar. La acción de cuidar requiere del desarrollo de unas relaciones interpersonales cualificadas, cuidar no es sólo realizar una serie de

procedimientos, es un arte, porque integra técnica, creatividad y sensibilidad. Estos tres elementos son fundamentales en la definición de arte. El conocimiento técnico es pues un requisito fundamental de la creación artística, pero el arte trasciende la técnica y exige otras categorías, creatividad y sensibilidad: es decir, exige transformar la realidad en algo bello sorprendente y agradable a los sentidos, en algo que "afecta" a la persona, la entusiasma y la compromete con su vida. (Rosas, 2008).

El arte de cuidar nace con la experiencia, construye su discurso y se realiza con la praxis en el hacer un hacer que busca el bien del otro "siempre mejorar, nunca perjudicar" así describía Hipócrates el "Arte de cuidar".(Rosas, 2008).

El conocimiento de la técnica de los cuidados es básico, pero también la creatividad y la sensibilidad; precisamente porque el cuidar requiere transformar la realidad (sea cual fuere) en algo más humano: más consciente, más libre, más bueno.(Rosas, 2008).

Sólo es posible cuidar y atender digna y humanamente a una persona conociendo la naturaleza humana, sus múltiples dimensiones y capacidades y hacerlo desde la proximidad, desde la cercanía del sentirse afectado por la situación de dificultad del otro.(Rosas, 2008).

Cuidar se concreta en la interacción con las personas desde la proximidad. No se puede a las personas desde la distancia, la indiferencia, el reproche o la ignorancia. Según Levinás "donde hay proximidad hay humanidad".

El "duelo" y la "pérdida" son experiencias íntimamente ligadas a la vida, la enfermera como profesional de la salud ha de intervenir en todos los procesos inherentes a la misma. (Rosas, 2008).

La intervención en este tipo de situaciones nos enfrenta en muchas ocasiones con nuestras propias vivencias y experiencias. Las situaciones y emociones de los demás nos afectan y nos crean malestar, ya que nos enfrenta y evidencia nuestra propia vulnerabilidad. La enfermera que es capaz de gestionar sus propios sentimientos puede ayudar a otras personas a que expresen sus vivencias.

Las pérdidas que afectan a las personas que cuidamos no nos pueden dejar indiferentes, "la relación de ayuda" es una oferta efectiva y eficiente de calidad de vida: conocer y asumir las situaciones, buscar diferentes alternativas y nuevas formas de comportamiento. (Rosas, 2008).

La relación de ayuda no es unidireccional ya que con estas intervenciones la enfermera realiza también una experiencia de aprendizaje: conoce nuevos matices del ser y del comportarse, incrementa sus capacidades relacionales, enriquece su capacidad de comprensión y aprehensión y realiza una confrontación con su forma de entender la vida y la profesión. (Rosas, 2008).

La enfermera ha de acompañar a las personas en las situaciones de dificultad que genera el ciclo vital. Este acompañamiento exige dedicación, tiempo, conocimientos y unas actitudes que faciliten estos procesos. En la asistencia hospitalaria se debe iniciar ya la interacción dirigida a ayudar a la persona a disminuir sus tensiones y/o dificultades como forma de prevención de futuros procesos psicosomáticos. En las consultas de Atención Primaria, dentro de las actividades que realizamos encaminadas a promover la salud, se hace absolutamente indispensable proporcionar una atención adecuada a la dimensión psicosocial y espiritual de la persona ya la proximidad y el contacto mantenido a lo largo del tiempo propicia este tipo de interacción. (Rosas, 2008).

2.14 HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

Hace 60 años atrás, en la ciudad sólo existían 3 parroquias que eran: “San José”: representada por el reverendo P. Edmundo Contreras; “Las Monjas”: por Monseñor Luis G. Laris; “La Merced”: por Monseñor Mariano Cerda.

Estos sacerdotes vivían muy unidos y preocupados por la salud de los pobres que eran atendidos por el hospital General Dr. Miguel Silva, que en ese tiempo carecía de todo y era insuficiente. Tratando de dar solución a este problema surge la idea de hablar con un grupo de médicos de la ciudad para plantearles la problemática existente y tras varias reuniones llegaron al acuerdo de que se construyera un Hospital donde se cobrara muy poco o nada según la condición económica del enfermo.

Esta era la propuesta, pero para llevarla a cabo significaba esfuerzo y cooperación, hicieron saber a los fieles de cada parroquia pidiéndoles que colaboraran con lo que tuvieran ya fuera dinero o material de construcción; así solicitaron a la “Diócesis” la donación del terreno que en ese entonces eran las hortalizas de la casa ubicada en la calle Zaragoza #226 y su petición fue aceptada, Monseñor Edmundo Contreras que en ese momento terminó de restaurar las torres de la Iglesia de “San José” donó todo el material de construcción que le había sobrado y sus colectas; con lo que se pudo construir la planta baja y el primer piso, así como la fachada de la calle Ignacio Zaragoza. Desde este primer momento se puso bajo la advocación y protección de la Virgen de “Nuestra Señora de la Salud” y así recibió el nombre de “Sanatorio de Nuestra Señora de la Salud” poco a poco se fue haciendo más grande por la demanda del servicio hasta que tomó el nombre de: “Hospital de Nuestra Señora de la Salud”.

El Excmo. Sr. Arzobispo don Luis María Altamirano y Bulnes, queriendo dar conciencia y estabilidad a la obra, le encargo a Monseñor Contreras, formara la

Asociación de Beneficencia Privada Dr. Simón W. García. El 24 de Junio de 1947 se reúnen los señores:

- Rafael Ramírez Jones.
- José Lino Cortés.
- Lic. Miguel Estrada Iturbide.
- Luis Tena Veles
- Lic. Antonio Chaves Camorlinga
- Lic. Adolfo Sánchez
- Lic. José Ugarte
- Lic. Filiberto Torres Caballero
- Ing. Alfredo Lara Acosta
- Sr. Rafael Villalobos
- Sr. Agustín Carrillo
- Sr. José Laris Rubio.
- Sr. Salvador Garmendia
- Sr. Manuel Llano Andraca
- Sr. Rafael Alarcón Navarrete
- Prof. Fidel León Luviano.

Firmando el acta constitutiva en escritura pública el día 16 de julio de 1947.

El siguiente paso era saber quiénes atenderían a los pacientes y de primera intención se pide a las Madres Josefinas; las cuales no pudieron por falta personal, entonces Monseñor Contreras consulto al Sr. Arzobispo, y este le aconsejó fuera a solicitar Hermanas “Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul”

que hacía poco habían llegado a México. De inmediato Sor Mercedes Setmenat aceptó el ofrecimiento y mandaron traer de España 10 hermanas para hacerse cargo de la fundación; fue el 22 de abril de 1952 cuando llegaron las hermanas y desde ese momento inician a confeccionar toda la ropa y material de curación y así se inaugura el 8 de diciembre de 1952 el Dr. Juan Alanis asume la dirección del Hospital, la buena voluntad de los sacerdotes, para dar asistencia gratuita totalmente. Era imposible por la gran demanda, se toma la decisión de construir un tercer piso para clínica privada, donde todos los enfermos hospitalizados cubrirían sus cuotas en su totalidad, lo que ayudaría para la atención de salas generales contribuyendo con ello al fin con el que fue construido el hospital.

Años más tarde se construye el Auditorio y sobre esta la capilla quedando terminada e inaugurándose el 15 de agosto de 1959. El señor Don Pablo Díez, dono el elevador lo que vino a facilitar y mejorar gradualmente el trabajo y servicio del hospital.

El segundo Director fue el Dr. Francisco Rivadeneyra Hinojosa, su periodo fue desde 1953 a 1963.

Posteriormente el Dr. Enrique Sotomayor de 1964- 1971 el Dr. Alvarado Torres Valle 1971- 1973.

Actualmente el hospital cuenta con una plantilla de 61 enfermeras(os), distribuidas de la siguiente manera: 60% en el turno matutino, 20% en el turno vespertino, el 10% en el turno nocturno 1 y 10% en el turno nocturno 2.

CAPÍTULO III

ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

Alcance de la investigación

Se realizó este estudio con un enfoque cuantitativo hipotético deductivo y con un alcance correlacional con tendencia predictiva y aplicación transversal para poder describir los cuidados emocionales del personal de enfermería que presta sus servicios a las pacientes con aborto espontáneo en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud (HNSS).

Se tomó como punto de partida las ciencias de la salud y se fue bajando el plano de análisis a través de la medicina, la tanatología, la enfermería, etc., hasta llegar al cuidado emocional de la paciente con aborto espontáneo.

Con todo lo anterior se construyó la hipótesis desarrollada en el siguiente capítulo, (lo que define la tendencia predictiva del alcance de la investigación), donde se establecen sus variables y dimensiones y con base en éstas se construyeron los cuestionarios que sirven para la descripción de las características concluyentes del sujeto de investigación. La medición y recolección del fenómeno se hizo en una sola aplicación en un momento determinado del tiempo.

Esto es, se partió de lo general a lo particular con una aplicación transversal, y, con base en la hipótesis, mediante la recolección, medición y evaluación de los datos se describe la conclusión de la investigación.

CAPÍTULO IV
METODOLOGÍA

METODOLOGÍA.

4.1 DESCRIPCIÓN DE LA HIPÓTESIS

Los principales cuidados de enfermería brindados en el hospital de nuestra señora de la salud en la ciudad de Morelia del 1 de mayo de 2012 al 31 de mayo de 2012, a las pacientes de pérdida fetal espontánea son enfocados a las necesidades biológicas y no a la superación de la pérdida.

4.2 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

Variable independiente: pacientes con aborto espontáneo que acuden al hospital de nuestra señora de la salud.

Variable dependiente: cuidados físicos y psicológicos que brinda el personal de enfermería.

4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

TRANSFORMACIÓN DE LA HIPÓTESIS EN INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

variable	definición de la variable o dimensión	operacionalización de la variable (instrumento de medición)	que se va a medir
<i>cuidados físicos</i>	Son aquellas acciones dirigidas a mantener el buen funcionamiento del organismo de la persona	cuestionario	Frecuencia con que se realiza
toma de signos vitales	Es la medición de signos vitales (temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial).	cuestionario	frecuencia con que se realiza
vigilar hemorragia	Observar características y volumen de sangre.	cuestionario	frecuencia con que se realiza
Vigilar asepsia durante las exploraciones.	Observar que los procedimientos realizados a la paciente sean en condiciones asépticas	cuestionario	frecuencia con que se realiza
Administrar antibióticos según prescripción.	Realizar la aplicación de antibióticos, previa indicación medica	cuestionario	frecuencia con que se realiza
control de signos vitales, principalmente temperatura	Registrar los signos vitales de la paciente en la hoja de enfermería para detectar signos de alarma	cuestionario	frecuencia con que se realiza

variable	definición de la variable o dimensión	operacionalización de la variable (instrumento de medición)	que se va a medir
Administrar analgésicos según sea necesario.	Aplicación de analgésicos en caso de dolor, previa indicación medica	cuestionario	frecuencia con que se realiza
<i>cuidados psicológicos</i>	Son aquellas acciones encaminadas a mantener o mejorar el estado emocional de la paciente.	cuestionario	Frecuencia con que se realizan
<i>shock</i>	Nada parece real al doliente, esta como en trance, esta aturcido, paralizado.	cuestionario	la paciente no cree lo que pasa, no demuestra reacciones ni sentimientos
negación	se niega la información, creyendo q eso no puede estar pasando	cuestionario	la paciente habla de su embarazo en tiempo presente
pánico	la paciente tiene miedo, se siente sola, triste, confundida	cuestionario	La paciente manifiesta su miedo verbalmente, o con llanto.
<i>culpa</i>	relacionado con la perdida aparece como fenómeno de auto castigo y auto recriminación	cuestionario	la paciente cree ser la culpable del aborto, manifestando que no hizo lo necesario para cuidar su embarazo
depresión	prima el sentimiento de desolación, nadie ha sufrido un duelo como el suyo	cuestionario	la paciente manifiesta un dolor muy grande, y sentirse sola
<i>resistencia a volver a la vida habitual</i>	El doliente se siente sin fuerzas, débil e incapaz de afrontar nuevas decisiones y situaciones.	cuestionario	la paciente manifiesta no tener deseos de reanudar su vida normal, dice sentirse incapaz de tomar nuevas decisiones

variable	definición de la variable o dimensión	operacionalización de la variable (instrumento de medición)	que se va a medir
<i>afirmación de la realidad</i>	Gradualmente se va abriendo paso a la esperanza, se recupera el sentido de sí mismo.	cuestionario	la paciente acepta la realidad, manifiesta tener deseos de volver a su vida normal

4.4 CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

PROCESO DE DUELO EN PACIENTES CON ABORTO ESPONTANEO

Lea detenidamente el siguiente cuestionario y subraye la respuesta que considere correcta.

1. Al recibir una paciente con proceso de aborto ¿realiza usted la toma de signos vitales?

- a. Siempre
- b. casi siempre
- c. nunca.

2. Al brindar cuidados a una paciente de aborto ¿vigila la hemorragia transvaginal?

- a. Si
- b. no

3. ¿conoce los riesgos de una hemorragia transvaginal profusa?

- a. Si
- b. no

4. ¿Verifica usted, que los procedimientos realizados a la paciente con aborto por el personal de salud sean realizados con las técnicas asépticas correspondientes?

- a. Siempre
- b. casi siempre
- c. nunca.

5. La administración de antibióticos a pacientes con aborto espontáneo es algo que usted como enfermera realiza...

- a. Siempre
- b. casi siempre
- c. nunca.

6. ¿Durante la estancia de la paciente en el hospital usted lleva un control de los signos vitales?

- a. Siempre
- b. casi siempre
- c. nunca.

7. De los signos vitales de la paciente, ¿Cuál considera que requiere mayor control?

- a. Temperatura
- b. frecuencia cardíaca
- c. presión arterial

8. ¿Dentro de los medicamentos indicados a la paciente con aborto espontáneo se encuentran los analgésicos?

- a. Siempre
- b. casi siempre
- c. nunca

9. Realiza usted la administración de analgésicos a la paciente con aborto espontáneo

- a. Siempre

- b. casi siempre
- c. nunca

10. Ha notado usted que la paciente se resiste a creer que está presentando un aborto espontaneo

- a. Siempre
- b. casi siempre
- c. nunca

11. La paciente con aborto no demuestra sus sentimientos

- a. Siempre
- b. casi siempre
- c. nunca

12. Cuando la paciente con aborto espontaneo no demuestra sus sentimientos entonces usted

- a. No hace nada
- b. Le recomienda hablar con alguien sobre el acontecimiento
- c. La ayuda a que exprese sus sentimientos con usted

13. Ha notado que la paciente habla de su embarazo en tiempo presente aun cuando sabe que este ha terminado

- a. Siempre
- b. casi siempre
- c. Nunca

14. Cuando la paciente se refiere a su embarazo como algo presente, entonces usted

- a. No hace nada
- b. Le recuerda que es parte del pasado
- c. La alienta a hablar de ello como una experiencia dolorosa pero pasada

15. Si la paciente manifiesta temor de manera verbal, entonces usted

- a. La ignora
- b. La escucha y trata de hacerle ver que todo va a pasar
- c. Le dice que no se preocupe, que pronto podrá embarazarse.

16. Si la paciente manifiesta su miedo con llanto, entonces usted

- a. Le dice que no debe llorar
- b. Le permite llorar y la acompaña mientras lo hace
- c. La deja llorar a solas

17. Ha notado que la paciente manifiesta sentirse culpable por el aborto

- a. Siempre
- b. casi siempre
- c. nunca

18. Si la paciente manifiesta no haberse cuidado lo suficiente, entonces usted

- a. No hace nada
- b. Le dice que son cosas que pasan

c. Le explica las razones por las que se presenta un aborto espontaneo

19. Ha notado que la paciente manifieste sentirse sola después de un aborto

- a. Siempre
- b. casi siempre
- c. nunca

20. Si la paciente manifiesta sentir un dolor muy grande, y que nadie ha sufrido algo igual, usted

- a. No hace nada
- b. Le dice que no es la primera que pasa por eso
- c. La escucha y trata de comprender su dolor

21. Ha notado resistencia a reanudar la vida habitual por parte de la paciente que sufrió aborto espontaneo

- a. Siempre
- b. casi siempre
- c. nunca

CAPÍTULO V

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Esta investigación es no experimental correlacional transeccional y el plan de acción del diseño de la investigación está encaminado a determinar si la hipótesis “Los principales cuidados de enfermería brindados en el hospital de nuestra señora de la salud en la ciudad de Morelia del 1 de mayo de 2012 al 31 de mayo de 2012, a las pacientes de pérdida fetal espontanea son enfocados a las necesidades biológicas y no a la superación de la perdida” es falsa o verdadera,

Para fines de esta investigación se tomó como población a las enfermeras del Hospital de Nuestra Señora de la Salud de la ciudad de Morelia.

Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia y se estableció arbitrariamente el tamaño de la muestra de 30 individuos.

Como instrumento de medición se construyó un cuestionario de 21 preguntas cerradas.

En la operacionalización de la hipótesis se muestra la secuencia de construcción del cuestionario

Se realizó la prueba piloto a 5 alumnas del cuarto año de la licenciatura de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud de la ciudad de Morelia.

Para la recolección de datos el cuestionario se aplicó a 30 enfermeras del hospital de nuestra señora de la salud, se les pidió que leyeran detenidamente el cuestionario y eligieran la respuesta que consideraran correcta.

El proceso de construcción del cuestionario, empieza con el establecimiento de la pregunta y el objetivo de investigación, para con base en sus conceptos principales determinar la construcción y estructura del marco teórico, para después dar la respuesta a la pregunta de investigación en forma de hipótesis, mediante la determinación de sus variables y dimensiones para su operacionalización, asegura que la construcción del instrumento de medición es confiable.

Para ordenar los datos y luego poder analizarlos, los resultados del cuestionario se vaciaron en una base de datos de Excel y se construyeron tablas con matrices de datos y gráficas para su estudio, describiendo las conclusiones por cada pregunta del cuestionario.

Con base en éste análisis de los datos, se construyó el capítulo VI.

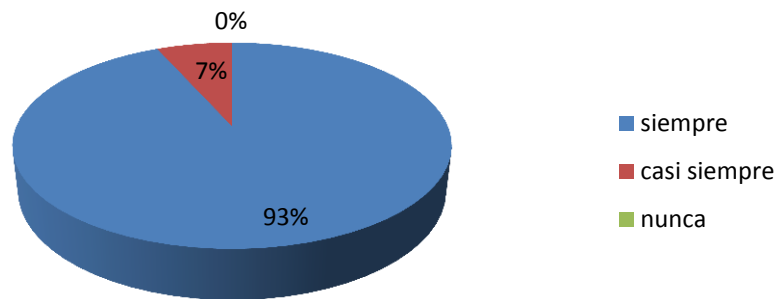
CAPÍTULO VI

DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

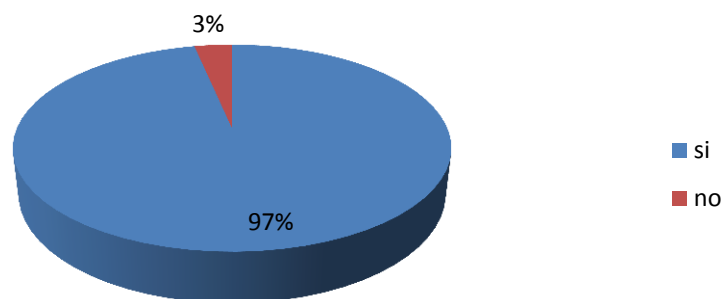
DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS.

RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

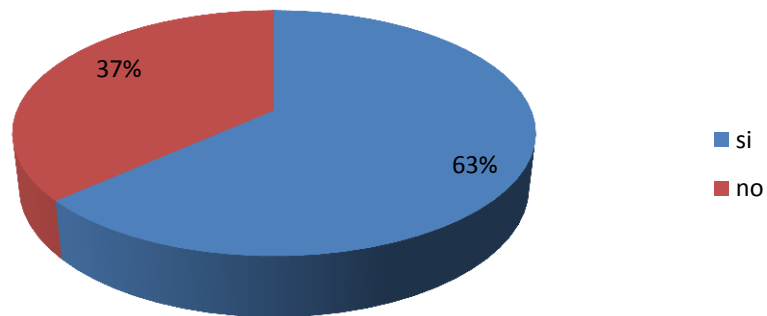
1. ¿al recibir una paciente con proceso de aborto realiza usted toma de signos vitales?



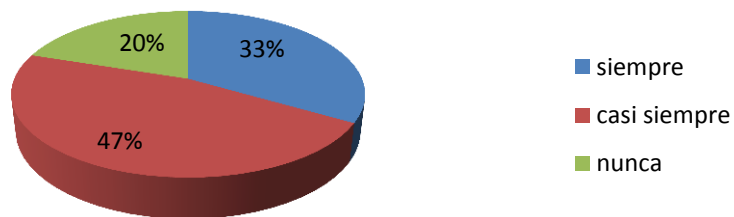
2. ¿al brindar cuidados a una paciente de aborto vigila la hemorragia transvaginal?



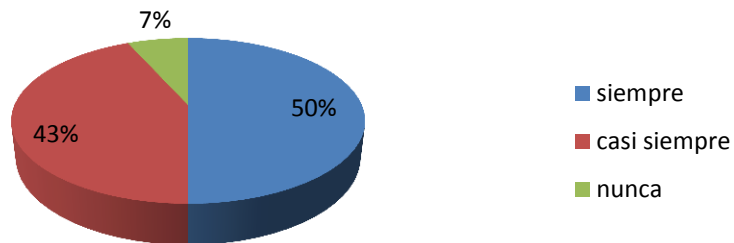
3. ¿conoce los riesgos de una hemorragia transvaginal profusa?



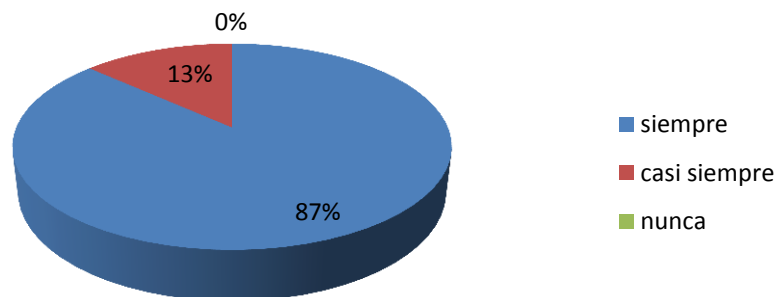
4. ¿verifica que los procedimientos realizados a la paciente con aborto, realizados por el personal de salud sean realizados con las tecnicas...



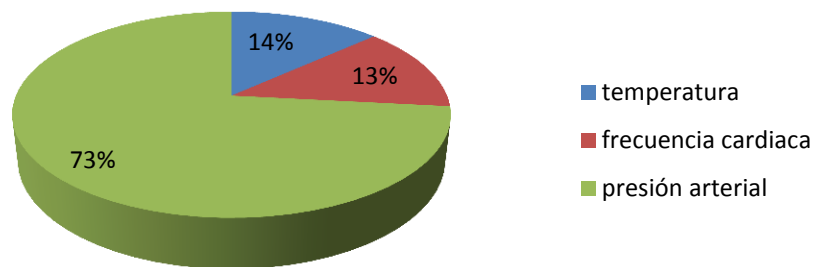
5. la administración de antibioticos a pacientes con aborto espontaneo es algo que usted como enfermera realiza...



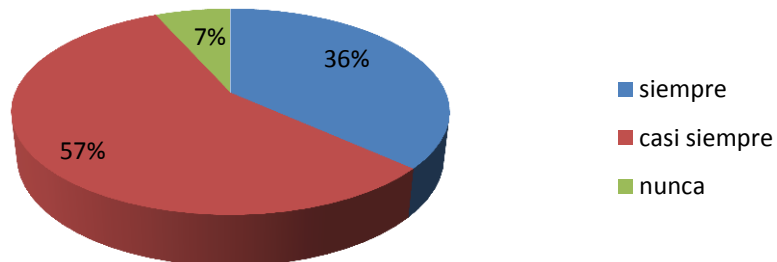
6. ¿durante la estancia de la paciente en el hospital usted lleva un control de los signos vitales?



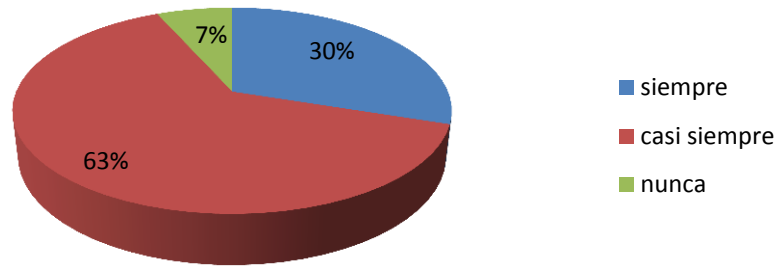
7. de los signos vitales de la paciente con aborto ¿Cuál considera que requiere mayor control?



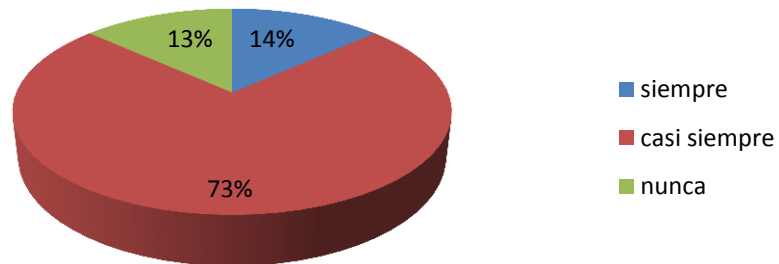
8. ¿dentro de los medicamentos indicados a la paciente con aborto se encuentran los analgésicos?



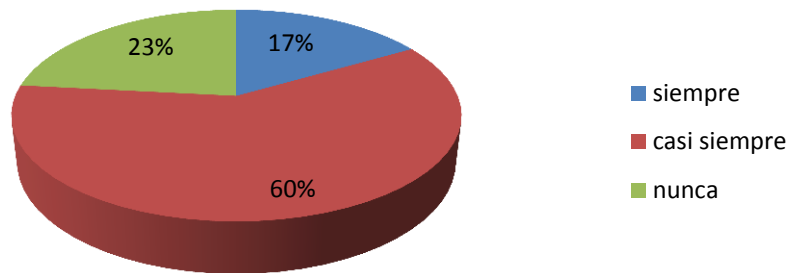
9. ¿realiza usted la administración de analgésicos a la paciente con aborto espontaneo?



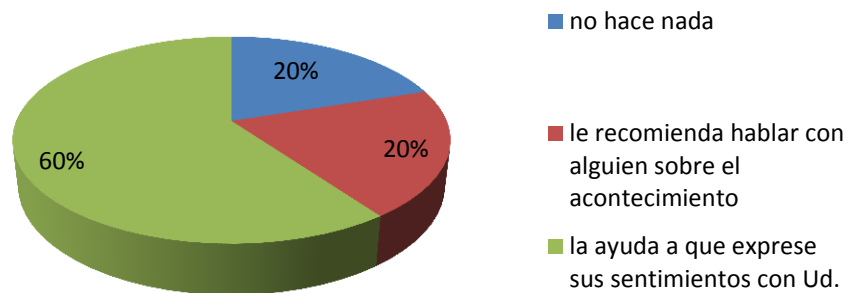
10. ¿ha notado usted que la paciente se resiste a creer que esta presentando un aborto espontaneo?



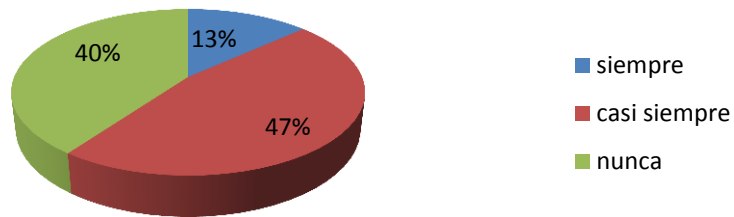
11. ¿la paciente con aborto espontaneo no demuestra sus sentimientos?



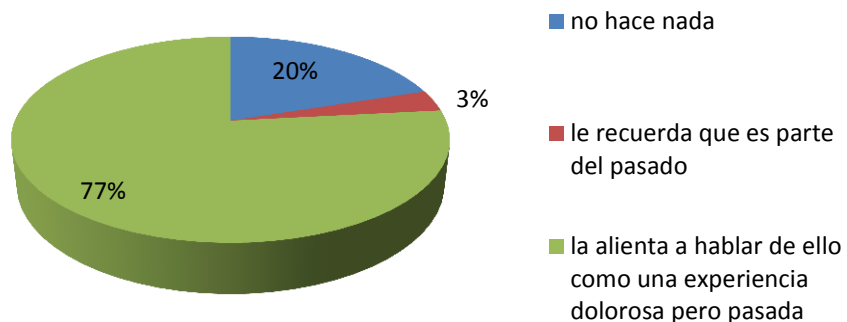
12. cuando la paciente con aborto espontaneo no demuestra sus sentimientos, entonces usted...



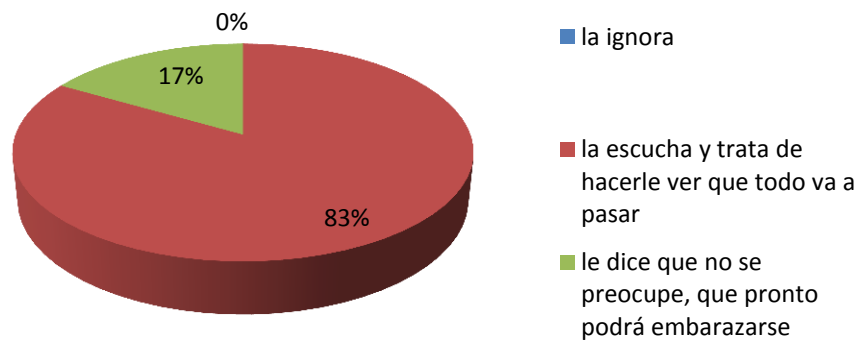
13. ha notado que la paciente habla de su embarazo como algo presente aun cuando sabe que este ha terminado



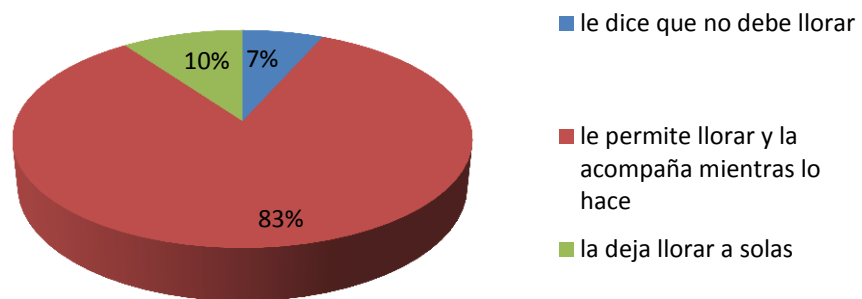
14. cuando la paciente se refiere a su embarazo como algo presente, entonces Ud.



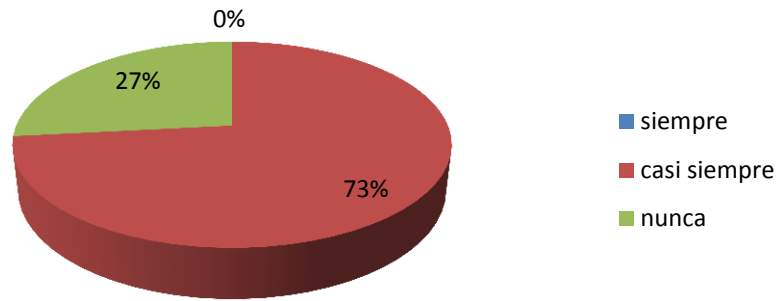
15. si la paciente manifiesta temor de manera verbal, entonces Ud.



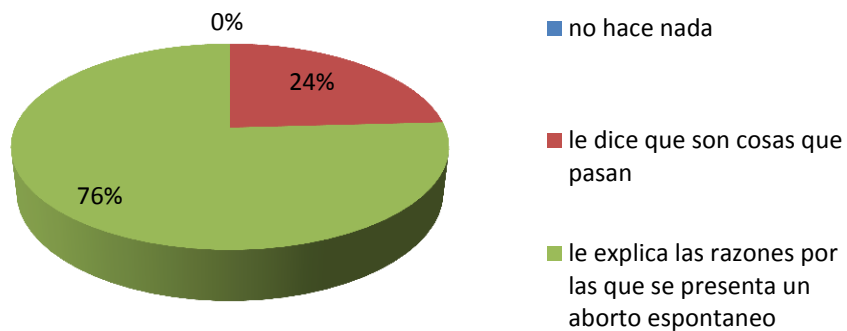
16. si la paciente manifiesta su miedo con llanto, entonces Ud.



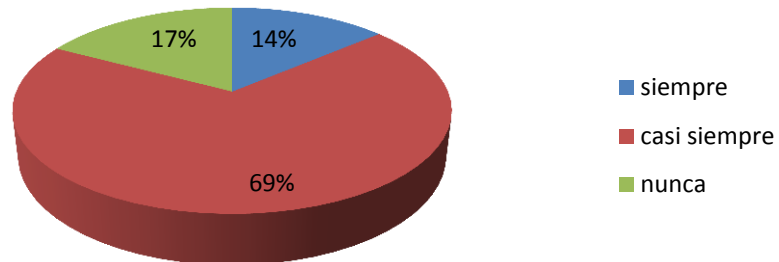
17. ha notado que la paciente manifiesta sentirse culpable por el aborto



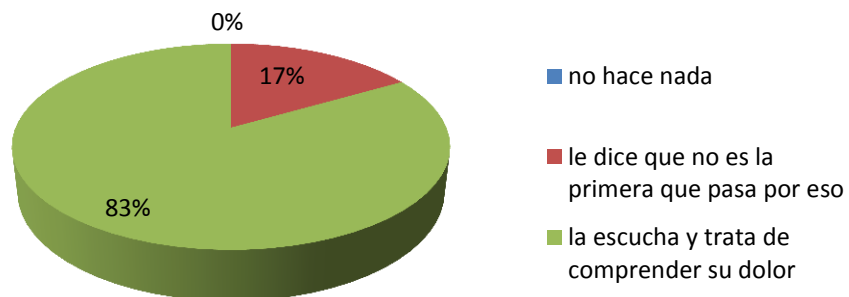
18. si la paciente manifiesta no haberse cuidado lo suficiente, entonces Ud.



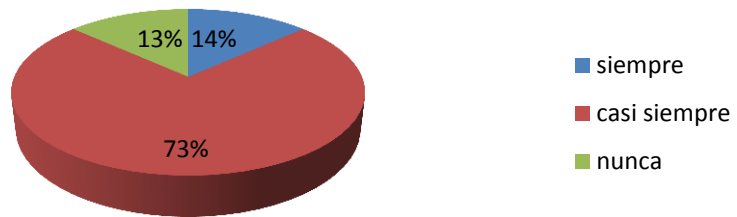
19. ha notado que la paciente manifieste sentirse sola después de un aborto



20. si la paciente manifiesta sentir un dolor muy grande, y que nadie ha sufrido algo igual, Ud.



21. ha notado resistencia a reanudar la vida habitual por parte de la paciente que sufrió aborto espontaneo



CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

En conclusión, según los resultados de las encuestas aplicadas a enfermeras del hospital de nuestra señora de la salud, la atención que se brinda a pacientes con aborto espontaneo que acuden a dicho hospital, si bien no se encuentra enfocada únicamente a los cuidados físicos como lo son la toma de signos vitales, vigilancia de la hemorragia transvaginal, el dolor y la prevención de infecciones mediante la administración de antibióticos, si existe una mayor unificación en ellos; mientras que en los cuidados emocionales a la paciente para ayudarle a superar su duelo, los cuidados no se encuentran unificados, y en ocasiones no son detectadas la manifestaciones de las diferentes etapas del duelo por parte del personal de enfermería.

Por consecuencia, la intervención de esta es más variada, llegando a cometer mayor número de errores en su intervención o bien no interviniendo en el proceso de superación y aceptación por el cual debe pasar toda aquella persona que sufre alguna pérdida como lo es la mujer que presenta un aborto espontaneo.

Se requiere de una mayor instrucción en los cuidados emocionales que requieren la mujeres con aborto espontaneo, ya que aun cuando en muchas ocasiones el aborto no es considerado como una pérdida, debemos recordar que para muchas parejas es una frustración a sus planes de formar una familia, y la negativa a volver a intentar otro embarazo por temor a experimentar otro fracaso.

Por otra parte si bien la intervención de enfermería en el proceso de duelo en pacientes con aborto espontaneo no es relevante, es decir no es decisiva para la superación de dicho evento, si es importante su actuación para superar el impacto de esta pérdida y lograr la aceptación no solo de este acontecimiento sino también del tratamiento médico que requiere así como del apoyo psicológico cuando lo requiera la paciente y su familia.

Es por todo esto que considero de suma importancia que el personal de enfermería cuente con los conocimientos necesarios sobre las implicaciones emocionales que tiene un aborto espontáneo, no solo para la mujer embarazada, sino para su pareja y la familia en general.

BIBLIOGRAFÍA

1. Roy Callista. Modelo de la Adaptación. Modelos y Teorías en Enfermería, cuarta edición, 2000.
2. Rigol. Obstetricia y Ginecología Editorial Ciencias Médicas, 2004.
3. Tortora, principios de anatomía y fisiología, 11ª edición. Editorial médica, paramericana. 2011.
4. Johns Hopkins, ginecología y obstetricia. Editorial marbán. 2011.
5. Mariutti, M, Almeida, A, Panobianco, M. El cuidado de enfermería según la mujer en situación de aborto. Revista Latinoamericana de Enfermagem, vol 15, número 1,2007.
6. Torralba F. Antropología del cuidar. San Cugat: Institut Borja de Bioètica. Fundació MAPFRE Medicina; 1998.
7. F. Gary, Cunnigham, Md. Obstetrician de Williams. Editorial McGraw Hill interamericana, 2006.
8. Wilson Astudillo A. Magdalena Pérez T., Ángel Ispizua G. y Ana Orbegozo A. Acompañamiento en el duelo y medicina paliativa^{1º} Edición. San Sebastián, 2007 edita Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
9. Verónica G. González, programa de estudios para el curso de psicología I, Universidad Nacional Autónoma de México. s/f.
10. Chóliz, psicología de las emociones, 2005.
<http://www.uv.es/choliz/Proceso%20emocional.pdf>
11. Kubler. Rose, sobre el duelo y el dolor. Luciérnaga 2006.

12. Diccionario médico. Ed. Masson. 4ª edición. 1998. Revisión Dr. Estanislao Navarro.

DOCUMENTOS EN LÍNEA

- Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana Facultad de Enfermería “Lidia Doce Sánchez” Análisis de los cuidados de enfermería ante las respuestas humanas en el Aborto Espontáneo.

<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=180414043019>

- Pérez Pérez I. La relación de ayuda: intervención de enfermería en el proceso del duelo Educare21 2004; 8. Disponible en:
- <http://enfermeria21.com/educare/educare08/ensenando/ensenando3.htm>
- <http://tanatologia.org/seit/>
- Álvarez, duelo gestacional y perinatal. s/f.
- www.terra.es/personal/duenas/teorias5.htm Callista Roy.
- <http://definicion.de/salud/>
- Margarita Bravo Mariño. Tanatóloga y Psicoterapeuta Corporal Revista Digital Universitaria 10 de agosto 2006 • Volumen 7 Número 8 • ISSN: 1067-6079
http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art62/ago_art62.pdf
- Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico Obra: Dpto. de Sistemas de la Fundación General de la Universidad.

- Salamanca (España) 2007-2011. Todos los derechos reservados.
Desarrollado a partir de software libre bajo licencia GNU/GPL.
<http://dicciomed.eusal.es/>