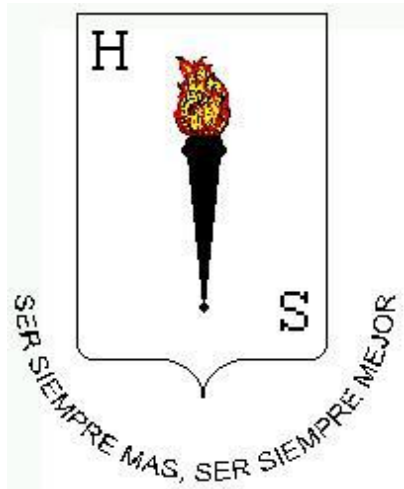


ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE  
NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
CLAVE: 8722



TESIS

PRINCIPALES EMOCIONES NEGATIVAS DESPUÉS DE SUFRIR UN ABORTO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

MAYRA CRUZ CRUZ

ASESORA:

LIC. EN ENFERMERÍA MARIA 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.

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por darme la oportunidad de terminar mi carrera, gracias por acompañarme en cada momento de mi caminar, por darme los medios para lograr llegar a la meta ahora te pido me ayudes para continuar con mis estudios, dame la fuerza y la capacidad para saber actuar y ser una buena profesional.

Agradezco a mis padres Josefina Cruz Orizaba y Salomón Cruz Dávalos porque gracias a ellos es que he llegado hasta aquí, de no ser por ellos yo nunca hubiese logrado algo, gracias por su amor y su comprensión gracias por sus desvelos y dedicación, gracias por todo lo que hicieron para que yo lograra llegar hasta aquí. Así mismo gracias a Dios por haberme dado unos padres, que me dieron la vida y todo lo que soy, los amo con todo mi corazón. Agradezco a mis hermanos que también me han brindado su amor, su apoyo y su comprensión, gracias por ser tan buenos, y por todo los quiero mucho.

También quiero agradecer a mis Amigas por su amistad y el apoyo que me brindaron, a mis maestros por todo lo que a lo largo de la carrera me han enseñado.

Gracias...

**PRINCIPALES EMOCIONES NEGATIVAS  
DESPUÉS DE SUFRIR UN ABORTO**

## Contenido

RESUMEN .....	V
INTRODUCCIÓN .....	VII
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	2
1.1.-DESCRIPCION DEL PROBLEMA:.....	2
SUJETOS DE INVESTIGACION: .....	2
VISUALIZACION DEL PROBLEMA: .....	2
PERSPECTIVA DEL PROBLEMA.....	2
1.2.-PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:.....	3
1.3.- OBJETIVO DE LA INVESTIGACION:.....	3
1.4.- JUSTIFICACION:.....	3
1.5.- VIABILIDAD: .....	3
1.6.- LIMITACIONES METODOLOGICAS:.....	3
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....	4
CIENCIAS DE LA SALUD:.....	5
Medicina: .....	5
Medicina psicosomática.....	5
La ginecología .....	5
Obstetricia: .....	6
Embarazo: .....	6
APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.....	7
ORGANOS EXTERNOS:.....	8
MONTE DE VENUS: .....	8
LABIOS MAYORES:.....	8
LABIOS MENORES: .....	8
CLITORIS: .....	8
MEATO URINARIO: .....	8
ORIFICIO VAGINAL: .....	9
HIMEN:.....	9

VESTIBULO: .....	9
GLANDULAS DE BATHOLIN .....	9
GLANDULAS DE SKENE:.....	9
HORQUILLA:.....	9
ORGANOS INTERNOS: .....	10
VAGINA:.....	10
EL UTERO:.....	10
TROMPAS DE FALOPIO: .....	11
OVARIOS: .....	11
PSICOLOGÍA.....	12
La psicología clínica .....	12
SALUD MENTAL .....	13
Aspectos psicológicos sanos.....	15
Emociones.....	15
Trastornos emocionales: .....	18
Efectos psicológicos: .....	19
LAS EMOCIONES: .....	19
EMOCIONES Y SENTIMIENTOS.....	23
Emociones negativas .....	25
ABORTO.....	29
Etiología del aborto:.....	30
ETIOLOGIA DEL ABORTO (CAUSAS) .....	31
1) MALFORMACIÓN DEL HUEVO O CIGOTE .....	31
2) FACTORES INMUNOLÓGICOS .....	31
3) ENFERMEDADES MATERNAS.....	32
4) ANORMALIDADES UTERINAS. ....	33
5) INSUFICIENCIA HORMONAL. ....	33
6) USO DE CIGARRILLO Y ALCOHOL.....	33
CLASIFICACIÓN DEL ABORTO .....	34
ESPONTANEO.....	34

PROVOCADO .....	34
ESTADÍSTICAS .....	34
ANTECEDENTES DEL ABORTO.....	35
EL ABORTO A NIVEL INTERNACIONAL.....	37
SINDROME POST-ABORTO.....	40
El duelo del Síndrome Post-Aborto.....	43
Síntomas del Síndrome Post-Aborto.....	45
Los síntomas y signos del duelo por SPA incluyen tanto manifestaciones psicológicas como somáticas. ....	45
Tabla No. 1 - <i>Manifestaciones somáticas y psicológicas</i> .....	45
Características frecuentes .....	46
Dificultades para enfrentar el duelo del Síndrome Post-Aborto .....	48
Aspectos socioculturales del Síndrome Post-Aborto .....	50
Enfermería .....	52
Enfermería en México.....	53
□ Enfermería según la OMS .....	54
Enfermería obstétrica.....	55
TEORÍA DE LA ENFERMERÍA SELECCIONADA PARA ÉSTE ESTUDIO .....	57
Modelo de Virginia Henderson .....	57
LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.....	58
LA ENFERMERÍA .....	62
Cuidados de enfermería .....	63
PRIMEROS AUXILIOS PSICOLOGICOS .....	65
PRINCIPIOS BÁSICOS: .....	65
OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN: .....	67
Cuidados psicológicos de enfermería en el Aborto.....	71
CAPÍTULO III ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN .....	75
CAPÍTULO IV HIPOTESIS.....	77
3.1.- DESCRIPCION DE LA HIPOTESIS .....	78
3.2.- DEFINICION DE LAS VARIABLES .....	78
3.3.- OPERACIONALIZACIÓN DE LA HIPOTESIS .....	79

3.4.- CONSTRUCCIÓN DE LOS ELEMENTOS DE MEDICIÓN .....	82
CAPÍTULO V DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	84
CAPÍTULO VI RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS .....	87
CAPÍTULO VII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	104
BIBLIOGRAFÍA .....	106



## **RESUMEN**

### **El aborto**

La organización mundial de la Salud (OMS) define como aborto a la terminación espontánea o provocada de un embarazo antes de la vigésima semana de gestación, contada a partir del primer día de la última menstruación normal.

### **Salud mental o "estado mental"**

Es la manera como se reconoce, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida. Se dice "salud mental" como analogía de lo que se conoce como "salud o estado físico".

La observación del comportamiento de una persona en sus vida diaria es la principal manera de conocer el estado de su salud mental en aspectos como el manejo de sus temores y capacidades, sus competencias y responsabilidades, la manutención de sus propias necesidades, las maneras en las que afronta sus propias tensiones, sus relaciones interpersonales y la manera en que dirige una vida independiente.

### **SINDROME POST-ABORTO**

El síndrome post aborto, es una disfunción resultante de la experiencia traumática del aborto, porque esta sobrepasa los mecanismos de defensa normales de una persona.

\_ Un conflicto creado por la oposición del rol materno y el papel que desempeña en la destrucción de la vida de su niño.

\_ Una condición por medio de la cual se destruye el vínculo y deja la sensación de que les falta algo.

\_ Una negación de la pena y el luto que toda persona tiene que reconocer y expresar ante la muerte de un ser querido.

Un proceso que debilita física y emocionalmente, disminuyendo capacidades y funciones de la mujer y de todos los involucrados en el aborto, a nivel personal, familiar, laboral y social.

El duelo es la respuesta de la persona ante una pérdida o un cambio, sin importar lo insignificante o profundo que sea. En el duelo es frecuente un período de desequilibrio donde el sufrimiento, la desesperanza, la desilusión y el dolor profundo son síntomas frecuentes.

En éste existe una gama y una profundidad de emociones y sentimientos que no se han experimentado antes o no es habitual vivenciar. El individuo, al encontrarse frente a nuevas situaciones, no es capaz de enfrentarlas de una manera adecuada, ya que no puede utilizar los mecanismos habituales frente a esta nueva situación.

## INTRODUCCIÓN

En el presente documento trataremos un tema de gran importancia aunque por ser tan mencionado y tan común no le damos la importancia y relevancia que tiene, el hecho de sufrir un aborto puede traer consecuencias desde muy mínimas hasta lo más grave como es la muerte.

En el primer capítulo se menciona el planteamiento del problema, la estructura de la investigación.

En el segundo capítulo se menciona desde anatomía del aparato reproductor femenino, conceptos de aborto y embarazo, entre otros, se menciona además la problemática que se presenta después de un aborto en diferentes estados de gravedad. Se menciona lo que es el síndrome de depresión post-parto como es que se manifiesta en las pacientes, y como es que las afecta.

Además se menciona el concepto de enfermería, como es que intervienen la enfermera en este padecimiento y cuáles son los cuidados que se le deben brindar.

# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

**1.1.-DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** El objetivo de esta investigación es conocer las principales emociones negativas que trae consigo un aborto, de qué manera afecta a la paciente ya que se ha presentado un alto índice de depresión, angustia entre otras.

### **SUJETOS DE INVESTIGACIÓN:**

Los sujetos de mi estudio serán las mujeres que acuden al Hospital de Nuestra Señora de la Salud en Morelia Mich. Después de haber sufrido un aborto.

### **VISUALIZACIÓN DEL PROBLEMA:**

Yo pienso que de alguna manera si afecta a las mujeres y más a las primigestas, y esto trae como consecuencia cambios en el comportamiento de las mujeres y afecta directamente al núcleo familiar.

### **PERSPECTIVA DEL PROBLEMA:**

Es importante el tema del aborto ya que se presenta con mucha frecuencia y lo que se pretende es investigar para obtener el conocimiento acerca de los daños que trae consigo un aborto y transmitir los resultados a la población, esto de alguna forma ayudara a que se tenga un mayor cuidado por parte de las mujeres embarazadas y que las pacientes que han abortado reciban un tratamiento adecuado para que puedan recuperarse lo mejor posible y puedan regresar a su vida normal.

## **1.2.-PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:**

ABORTO

¿Cuáles son las principales emociones negativas de las mujeres que han sufrido un aborto entre los 15 y 25 años de edad en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud en los meses marzo, abril y mayo?

## **1.3.- OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN:**

Conocer las principales emociones negativas que trae como consecuencia un aborto en mujeres que acuden al Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

## **1.4.- JUSTIFICACIÓN:**

Lo que se trata de realizar es saber cuáles son las principales emociones negativas que traen como consecuencia un aborto de qué manera afecta a la mujer no solo los cambios físicos sino más bien las afecciones psicológicas.

## **1.5.- VIABILIDAD:**

Se cuentan con los recursos necesarios para la investigación, ya que se tiene contacto con las pacientes que han sufrido un aborto y que acuden a dicho nosocomio.

## **1.6.- LIMITACIONES METODOLÓGICAS:**

No se cuenta con un registro de las mujeres que acuden al Hospital de Nuestra Señora de la Salud después de que han sufrido un aborto.

**CAPÍTULO II**  
**MARCO TEÓRICO**

## **MARCO TEÓRICO**

### **CIENCIAS DE LA SALUD:**

#### **Medicina:**

Ha sido definida corrientemente como "la ciencia que tiene por objeto la conservación y el restablecimiento de la salud" o "el arte de prevenir, cuidar y asistir en la curación de la enfermedad" o finalmente, "la ciencia de curar y precaver las enfermedades".

Larousse P. Pequeño Larousse Ilustrado: Nuevo diccionario enciclopédico.  
Paris: Librería

Larousse; 1920.

Medicina: arte y ciencia del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades, principalmente las internas.

#### **Medicina psicosomática**

Aquella en la que se consideran los componentes físicos y psíquicos como un todo indivisible.

Diccionario medico Zamora.

La ginecología

Rama de la medicina que trata de las mujeres y las enfermedades que le son propias, especialmente las que afectan su sistema reproductor.

Zamora Editores Lida.



**Obstetricia:** (del latín *obstare* «estar a la espera») es una rama de las Ciencias de la salud que se ocupa de la mujer en todo su periodo fértil (embarazo, parto y puerperio), comprendiendo también los aspectos psicológicos y sociales de la maternidad. Los profesionales de la salud especializados en atender los partos normales se llaman, dependiendo del país, matrona/matrón u obstetrix/obstetra.

Revisit Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology

### **Embarazo:**

Se denomina embarazo o gravidez (del latín *gravitas*) al período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno. En teoría, la gestación es del feto y el embarazo es de la mujer, aunque en la práctica muchas personas utilizan ambos términos como sinónimos.

En la especie humana las gestaciones suelen ser únicas, aunque pueden producirse embarazos múltiples. La aplicación de técnicas de reproducción asistida está haciendo aumentar la incidencia de embarazos múltiples en los países desarrollados.

El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto (aquel a partir del cual puede sobrevivir extraútero sin soporte médico).

El embarazo se produce cuando un espermatozoide alcanza y atraviesa la membrana celular del óvulo, fusionándose los núcleos y compartiendo ambos su dotación genética para dar lugar a una célula huevo o cigoto, en un proceso denominado fecundación. La multiplicación celular del cigoto dará lugar al embrión, de cuyo desarrollo deriva el individuo adulto.

- Crianza Natural - citado por enBuenasManos.com.

## **APARATO REPRODUCTOR FEMENINO**

### **A) Órganos externos**

- Monte de venus
- Labios mayores
- Labios menores
- Clítoris
- Meato urinario
- Orificio vaginal
- Himen
- Vestíbulo
- Glándulas de bartholin
- Glándulas de skene
- Horquilla

### **B) Órganos internos**

- Vagina
- Útero
- Trompas de Falopio
- Ovarios

## **ORGANOS EXTERNOS:**

**MONTE DE VENUS:** prominencia de tejido graso y fibroso que forma una especie de colchón y que se encuentra situado por encima de la sínfisis del pubis y que la mujer adulta se encuentra cubierta de bello hirsuto.

**LABIOS MAYORES:** que se encuentran también cubiertos de vello hirsuto son alargados de arriba hacia abajo dándole una forma fusiforme y mide aproximadamente 7cm de largo por 2 cm de espesor. Son del color de la piel de la mujer ligeramente ms oscuros nacen por debajo del monte de venus y terminan en la horquilla. Están formados de un 90% de glándulas sudoríparas y en un 10% de glándulas sebáceas, los labios mayores son los homólogos del escroto en el hombre.

**LABIOS MENORES:** son dos pliegues cutáneos que se encuentran por debajo de los labios mayores, solo que son menores, más finos, de superficie lisa de color rosado, carecen de bello y están compuestos de 90% de glándulas sebáceas y un 10% de glándulas sudoríparas. Son extremadamente sensibles y vascularizados, miden aproximadamente 3.5cm de largo por 1.5cm de ancho y 0.3 de espesor.

**CLITORIS:** es una estructura anatómica homóloga al pene del hombre que mide aproximadamente 1cm de longitud y que se encuentra fraccionada hacia abajo y hacia adentro formando una especie de gancho y está compuesto por cuerpo, glande, prepucio y frenillo. El clítoris es una estructura eréctil que está formada por dos cuerpos cavernosos que son los encargados de producir la erección del clítoris.

**MEATO URINARIO:** es un orificio que se encuentra en el vestíbulo aproximadamente a 1.5cm por debajo del clítoris y a .5cm por arriba del orificio vaginal. Es la desembocadura de la uretra.

**ORIFICIO VAGINAL:** es la entrada a la vagina mide aproximadamente 2\*2cm en las mujeres nulíparas y de 2.5\_3cm o más en las mujeres multíparas. En las mujeres núbiles el orificio vaginal se encuentra cubierto por el himen y en las multíparas se encuentran las carúnculas mirtiformes.

**HIMEN:** es una membrana delgada muy vascularizada e inervada que se encuentra justo en la entrada de la vagina. Es una membrana que debe estar abierta encontrándose en diferentes formas, dicha perforación sirve para la salida de las secreciones uterinas entre ellas la menstruación. Si el himen no se encuentra perforado constituye una patología que se llama himen imperforado y que puede ocasionar una colección de sangre menstrual en vagina que se denomina hematocolpos.

**VESTIBULO:** es la zona que se encuentra delimitada a los lados por los labios menores, hacia arriba por el clítoris y en la parte inferior por la horquilla. Se encuentra perforado por dos orificios que son el meato uretral y el orificio vaginal.

**GLANDULAS DE BATHOLIN:** son dos glándulas de secreción externa que se encuentran situadas de manera oculta a los lados de la entrada de la vagina, miden aproximadamente 1\_1.5cm el cual desemboca en la entrada de la vagina. La secreción es de manera involuntaria por medio de la estimulación sexual.

**GLANDULAS DE SKENE:** también llamadas glándulas para uretrales se encuentran a lo largo de la uretra femenina en número variable.

**HORQUILLA:** parte más baja de la vulva en donde se unen los labios menores, en la horquilla termina el orificio vaginal e inicia el periné, también en la horquilla se inicia la episiotomía.

## **ORGANOS INTERNOS:**

**VAGINA:** Es un conducto musculo membranoso que une al útero con la vulva. Es una cavidad virtual debido a que sus paredes están en íntimo contacto. Miden aproximadamente entre 9-12cm de largo por 3-4cm de ancho sus paredes son rugosas o arrugadas en las pacientes núbiles y de paredes lisas en las mujeres multíparas aunque a las paredes vaginales se les llama mucosa vaginal esta carece de glándulas y por lo tanto solo produce un exudado, la vagina es muy elástica no tiene musculo y su mucosa está formada por tres tipos de células que son: parabasales, intermedias y superficiales.

El epitelio de la mucosa vaginal es de color rosado y en su unión con el útero se forman cuatro fondos saco dos laterales derecho- izquierdo uno anterior y uno posterior llamado fondo de saco de Douglas.

**EL UTERO:** se considera el órgano más importante del aparato reproductor femenino, se encuentra situado entre la vagina y el recto sigmoides dentro de la pelvis femenina y formando un ángulo recto con vagina formando la posición habitual del útero, anteversoflexion.

El útero consta de tres capas que son: endometrio, miometrio y exometrio.

El útero es un órgano hueco en forma de pera invertida y que tiene una cavidad uterina que tiene una capacidad de 10ml. El útero se divide anatómicamente en tres partes que son fondo, cuerpo y cuello. El cuello comprende desde el cuello cervical externo hasta el orificio cervical externo y mide aproximadamente 2cm. El útero mide aproximadamente 7 cm de largo por 4cm de ancho y 3.5 de espesor.

Su función es recibir al embrión, mantenerlo, nutrirlo, madurarlo y expulsarlo al final del embarazo (sirve como incubadora).

**TROMPAS DE FALOPIO:** son dos conductos musculo membranosos que se encuentran situados en los ángulos superiores del útero uno a cada lado derecho-izquierdo, miden aproximadamente 11-12cm de longitud y de calibre variable siendo más ancho calibre en la región de la ampolla o fimbria y siendo de más pequeño calibre en la región intersticial. Constan de tres capas: serosa, muscular y mucosa.

La trompa se divide en cuatro regiones anatómicas que son: fimbria, ampolla, istmo e intersticial de afuera hacia adentro.

Su función es capturar al ovulo expulsado por los ovarios, servir como sitio en donde se lleva a cabo la fecundación y transportar a los óvulos y a los espermatozoides mediante movimientos peristálticos.

**OVARIOS:** son dos glándulas de secreción mixta externa e interna. La secreción interna está dada por las hormonas femeninas que son los estrógenos y la progesterona, la secreción externa está dada por el ovulo.

Los ovarios se encuentran situados a los lados del útero y unidos a este por medio de un ligamento llamado utero-ovarico, los ovarios también tienen otro ligamento que los mantiene sostenidos en su lugar y que se llama infundibulopelvico o supresorio, los ovarios miden aproximadamente 3cm de largo por 1.5cm de espesor en mujer en edad reproductiva siendo más pequeños en niñas y ancianas, son de color blanco nacarado de superficie lisa en niñas y de superficie rugosa en adultas, son de forma ovoide y se dividen en dos partes principales que son la corteza y la medula.

- Notas de la materia de ginecología.

## **PSICOLOGÍA**

La psicología (del griego ψυχή, *psique*, *alma* o *actividad mental*, y «logía», -λογία, *tratado*, *estudio*) es la ciencia que estudia la conducta o comportamiento humano y los procesos mentales. La palabra latina *psicología* fue utilizada por primera vez por el poeta y humanista cristiano Marko Marulić en su libro *Psichologia de ratione animae humanae* a finales del siglo XV o comienzos del XVI. La Psicología explora conceptos como la percepción, la atención, la motivación, la emoción, el funcionamiento del cerebro, la inteligencia, la personalidad, las relaciones personales, la consciencia y el inconsciente. La Psicología emplea métodos empíricos cuantitativos de investigación para analizar el comportamiento. También podemos encontrar, especialmente en el ámbito clínico o de consultoría, otro tipo de métodos no cuantitativos. Mientras que el conocimiento psicológico es empleado frecuentemente en la evaluación o tratamiento de las psicopatologías, en las últimas décadas los psicólogos también están siendo empleados en los departamentos de recursos humanos de las organizaciones, en áreas relacionadas con el desarrollo infantil y del envejecimiento, los deportes, los medios de comunicación, el mundo del derecho y las ciencias forenses. Aunque la mayor parte de los psicólogos están involucrados profesionalmente en actividades terapéuticas (clínica, consultoría, educación), una parte también se dedica a la investigación desde las universidades sobre un amplio rango de temas relacionados con el comportamiento humano.

- Ardila, R. (2004).

### **La psicología clínica**

Se encarga de la investigación, la evaluación, el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la prevención de las cuestiones que afectan a la

salud mental. Se trata de una rama de la psicología que atiende las condiciones que pueden generar malestar o sufrimiento a las personas.

La psicoterapia y el asesoramiento psicológico son dos de las principales prácticas de esta disciplina, cuyos orígenes se remontan a 1896 de la mano de Lightner Witmer. Durante las primeras décadas del siglo XX, la psicología clínica se centró en la evaluación psicológica; sin embargo, a partir de la Segunda Guerra Mundial, los esfuerzos se encaminaron hacia el tratamiento de los pacientes.

- <http://definicion.de/psicologia-clinica/>

## **SALUD MENTAL**

Salud mental o "estado mental" es la manera como se reconoce, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida. Se dice "salud mental" como analogía de lo que se conoce como "salud o estado físico", pero en lo referente a la salud mental indudablemente existen dimensiones más complejas que el funcionamiento orgánico y físico del individuo. La salud mental ha sido definida de múltiples formas por estudiosos de diferentes culturas. Los conceptos de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autonomía y potencial emocional, entre otros. Sin embargo, las precisiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecen que no existe una definición "oficial" sobre lo que es salud mental y que cualquier definición al respecto estará siempre influenciada por diferencias culturales, asunciones subjetivas, disputas entre teorías profesionales y demás. Manera también, como las personas relacionan su entorno con la realidad.

En cambio, un punto en común en el cual coinciden los expertos es que "salud mental" y "enfermedades mentales" no son dos conceptos opuestos, es decir, la ausencia de un reconocido desorden mental no indica necesariamente



que se tenga salud mental y, al revés, sufrir un determinado trastorno mental no es óbice para disfrutar de una salud mental razonablemente buena.

La observación del comportamiento de una persona en sus vida diaria es la principal manera de conocer el estado de su salud mental en aspectos como el manejo de sus temores y capacidades, sus competencias y responsabilidades, la manutención de sus propias necesidades, las maneras en las que afronta sus propias tensiones, sus relaciones interpersonales y la manera en que dirige una vida independiente. Además el comportamiento que tiene una persona frente a situaciones difíciles y la superación de momentos traumáticos permiten establecer una tipología acerca de su nivel de salud mental.

#### Definición

La salud mental es como pensamos, sentimos y actuamos cuando lidiamos con la vida. También ayuda a determinar cómo manejamos el estrés, nos relacionamos con otras personas y tomamos decisiones. Al igual que la salud física, la salud mental es importante en todas las etapas de la vida, desde la niñez y la adolescencia hasta la edad adulta.

Muchos expertos consideran a la salud mental como un continuum, es decir, cómo pensamos, como actuamos y como percibimos la vida según el estándar social es lo que es la salud mental de un individuo puede tener diferentes y múltiples valores. El bienestar mental, por ejemplo, es visto como aquel atributo positivo por el que una persona puede alcanzar los niveles correspondientes de salud mental que resultan en la capacidad de vivir en plenitud y con creatividad, además de poseer una evidente flexibilidad que le permite afrontar dificultades, fracasos y los retos inevitables que plantea la vida. Muchos sistemas terapéuticos y libros de auto-ayuda ofrecen métodos, filosofías, estrategias y técnicas con el fin de estimular el desarrollo del bienestar mental en personas sanas.

El tema de la salud mental, además, no concierne sólo a los aspectos de atención posterior al surgimiento de desórdenes mentales evidentes, sino que corresponde además al terreno de la prevención de los mismos con la promoción de un ambiente socio-cultural determinado por aspectos como la autoestima, las relaciones interpersonales y otros elementos que deben venir ya desde la educación más primaria de la niñez y de la juventud. Esta preocupación no sólo concierne a los expertos, sino que forma parte de las responsabilidades de gobierno de una nación, de la formación en el núcleo familiar, de un ambiente de convivencia sana en el vecindario, de la responsabilidad asumida por los medios de comunicación y de la consciente guía hacia una salud mental en la escuela y en los espacios de trabajo y estudio en general.

### **Aspectos psicológicos sanos**

Desde las teorías psicodinámicas se postula que la salud mental así como los aspectos patológicos son partes constitutivas de todo individuo. La constitución personal de cada sujeto implica capacidades o aspectos sanos y otros patológicos, siendo la proporción de los mismos variable entre personas. Así pues, según Bion, la capacidad para tolerar la frustración sería una primera capacidad sana que permitiría al individuo en desarrollo el inicio del proceso de pensamiento y comprensión del mundo y de sí mismo. La función del pensamiento sería la base de la salud mental. Esta se ve favorecida por un ambiente de contención (función materna o cuidadora) que permite tolerar la frustración e iniciar el desarrollo del aparato mental, la base de la salud mental

- Simposio "Salud mental y física durante toda la vida", 2005.

### **Emociones**

Etimológicamente, el término *emoción* viene del latín *emotio*, que significa "movimiento o impulso". 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. Las emociones son materia de estudio de la psicología, las neurociencias, y más recientemente la inteligencia artificial. Ver biopsicología de la emoción.

Las emociones son reacciones psicofisiológicas que representan modos de adaptación a ciertos estímulos ambientales o de uno mismo.

Psicológicamente, las emociones alteran la atención, hacen subir de rango ciertas conductas guía de respuestas del individuo y activan redes asociativas relevantes en la memoria.

Fisiológicamente, las emociones organizan rápidamente las respuestas de distintos sistemas biológicos, incluidas las expresiones faciales, los músculos, la voz, la actividad del SNA y la del sistema endocrino, a fin de establecer un medio interno óptimo para el comportamiento más efectivo.

Conductualmente, las emociones sirven para establecer nuestra posición con respecto a nuestro entorno, y nos impulsan hacia ciertas personas, objetos, acciones, ideas y nos alejan de otros. Las emociones actúan también como depósito de influencias innatas y aprendidas, y poseen ciertas características invariables y otras que muestran cierta variación entre individuos, grupos y culturas (Levenson, 1994).

- Levenson, R.W. (1994).
- Panksepp, J. A. (1992).

El sentimiento es el resultado de una emoción, a través del cual, la persona que es consciente tiene acceso al estado anímico propio. El cauce por el cual se solventa puede ser físico y/o espiritual.

Forma parte de la dinámica cerebral del ser humano, que le capacita para reaccionar a los eventos de la vida diaria al drenarse una sustancia producida en el cerebro, al mismo.

La moral nos marca una pauta de cómo reaccionar ante un sentimiento. Es lo que acabará dictándonos qué hacer, si satisfacerlos o inhibirlos, basada en la imagen moral que damos al resto de personas.

Cuando decidimos inhibirlos puede ser de forma temporal o radical, pero lo verdaderamente importante es encontrar la vía de solución que nos libere de la carga. Es la única manera que nos permitirá actuar responsablemente con los sentimientos, tanto en palabras como en acciones.

Esta es una manera de aprender a respetarse a sí mismo y a respetar a otros. El sentimiento obedece al campo de lo inconsciente, en caso contrario la reacción ante el estímulo sería la consecuencia lógica: Su satisfacción inmediata. No existe otra manera de someter el sentimiento a nuestra voluntad, y aun así, las consecuencias no siempre son como esperábamos, ya que las cognificaciones pertenecen a otro campo distinto: al racional. La interrelación entre lo inconsciente y racionales marca nuestros actos en el campo físico. Usando adecuadamente las facultades mentales, encontraremos siempre el cauce apropiado que satisfará nuestros sentimientos.

El miedo o temor es una emoción caracterizada por un intenso sentimiento habitualmente desagradable ante algo que nos asusta o creemos que nos puede hacer daño. Es provocado por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente, futuro o incluso pasado. Es una emoción primaria que se deriva de la aversión natural al riesgo o la amenaza, y se manifiesta tanto en los animales como en el ser humano. La máxima expresión del miedo es el terror. Además el miedo está relacionado con la ansiedad.

El miedo es un tema completamente atónito. Representantes de diferentes disciplinas lo estudian intensamente: aparte de psicólogos, este tema lo tratan médicos, teólogos, filósofos y también biólogos, sobre todo los especialistas en biología de la evolución

Existe miedo real, cuando la dimensión del miedo está en correspondencia con la dimensión de la amenaza. Existe miedo neurótico cuando la intensidad del ataque de miedo no tiene ninguna relación con el peligro. Ambos, miedo real y miedo neurótico fueron términos definidos por Sigmund Freud en su teoría del miedo. En la actualidad existen dos conceptos diferentes sobre el miedo, que corresponden a las dos grandes teorías psicológicas que tenemos: el conductismo y la psicología profunda. Según el concepto conductista el miedo es algo aprendido. El modelo de la psicología profunda es completamente distinto. En este caso, el miedo existente corresponde a un conflicto básico inconsciente y no resuelto, al que hace referencia.

- Jonathan Haidt. ISBN 84-9784-152-2.
- Eduardo Punset (02/2006).

#### **Trastornos emocionales:**

- Llanto/Suspiros.
- Insomnio.
- Pérdida del apetito.
- Pérdida de peso.
- Agotamiento.
- Tragar constantemente.
- Nerviosismo.
- Disminución de la capacidad de trabajo.
- Vómitos
- Trastornos gastrointestinales.

- Frigidez.

### **Efectos psicológicos:**

- Culpabilidad.
  - Impulsos suicidas.
  - Sensación de pérdida.
  - Insatisfacción.
  - Sentimiento de luto.
  - Pesar y remordimiento.
  - Retraimiento
  - Pérdida de confianza en la capacidad de toma de decisiones.
  - Inferior autoestima.
  - Preocupación por la muerte.
  - Hostilidad.
  - Conducta autodestructiva
  - Ira/Rabia.
  - Desesperación.
  - Desvalimiento.
  - Deseo de recordar la fecha de la muerte.
    - Preocupación con la fecha en que "debería" nacer o el mes del nacimiento.
- 
- Patti Haywood-McKinney.

### **LAS EMOCIONES:**

Son un estado afectivo que experimentamos, cualquier alteración y agitación de la mente, el sentimiento, la pasión; cualquier estado mental vehemente o excitado. Que provoca cambios orgánicos en la persona, tanto físicos como endocrinos.

Las emociones son impulsos para actuar, planes instantáneos para enfrentarnos a situaciones inesperadas, la raíz de la palabra emoción es motore; proviene del verbo latino “mover” sumado al prefijo “e” que significa alejarse. Lo cual sugiere que a toda emoción lleva por default una tendencia a actuar.

En el ser humano al experimentar una emoción, generalmente involucra un grupo de cogniciones, actitudes y creencia, para valorar una situación específica, y por ende influyen en la forma en que actuamos.

Las emociones juegan un papel contundente en la forma racional de pensar de los individuos, según los expertos existen siete emociones primarias de las que se derivan las demás. La alegría, sorpresa, amor, tristeza, vergüenza, ira y miedo. Estas últimas cuatro son catalogadas como emociones negativas, y están muy ligadas a los actos violentos.

La ira, se define como un fuerte sentimiento hostil, una intensa molestia que puede ser detonada por un insulto, un desprecio, una amenaza o una injusticia cometida contra uno mismo o contra otras personas que consideramos importantes. Ante esta situación el cerebro predispone al cuerpo con un aumento en el flujo sanguíneo a las manos, facilitando la tarea de empuñar un arma o simplemente golpear al rival. También acelera el ritmo cardiaco, y hace que se eleven el nivel de adrenalina para generar una cantidad de energía necesaria útil para concretar acciones que se requiera mucha fuerza.

En lo que respecta al miedo, la circulación de la sangre se retira del rostro (lo que explica el color pálido que presenta la cara y el efecto que congelamiento de su expresión), y fluye hacia las extremidades inferiores, para favorecer el escape. A su vez el cuerpo se altera a un estado de alerta general, concentrando la atención en la amenaza.

Para entender mejor la relevancia que tienen las emociones sobre el cerebro, es necesario describir cómo ha evolucionado el cerebro a través de los siglos.

- Ginebra 2002
- ALLEYNE, George A. O. ISSN 1020-4989.

¿Qué se entiende por emociones negativas? La Psicología Gnóstica, con el término

"emociones negativas", designa a todas las expresiones de los "yoes" que se ubican en el centro emocional inferior y lo controlan, tales como el miedo, los celos, la autocompasión, la auto-consideración, la cólera, el aburrimiento, la desconfianza en sí mismo y en los demás, etc.

Ordinariamente se acepta la expresión de emociones negativas como una cosa completamente natural y necesaria, y también con frecuencia las gentes la llaman

"sinceridad". Desde luego, no sólo son innecesarias y anti-naturales, sino que nada tiene que ver con la sinceridad; son, simplemente, un signo de debilidad, un signo de la condición egoica y de impotencia para aprender a recibir con agrado las manifestaciones desagradables de los semejantes.

En la Psicología Experimental del Movimiento Gnóstico, existe un precepto relativo a la lucha contra las emociones negativas: "si queremos transformarnos radicalmente, necesitamos sacrificar los propios sufrimientos".

No existe placer ni goce que el ser humano no esté dispuesto a sacrificar por razones fútiles, pero se niega a sacrificar sus sufrimientos.



El llamado "Arte Moderno": el teatro, el drama, así como las llamadas "telenovelas" y "radionovelas", están fundamentadas en estas emociones negativas que tan grave daño causan.

Con las emociones negativas el "yo", el Ego; el "mí mismo" se fortifica espantosamente,

Obstruyendo toda posibilidad de desarrollo interior.

- Samael Aun Weor / Resumen.

Las Emociones Negativas.

"No debemos admitir, dentro de nosotros, las emociones negativas: sentimientos de venganza, resentimientos, ansiedad por los males que nos causaron, violencia, envidia, incesante recordación de deudas, etc., etc., etc."

Es claro que nosotros debemos estar revisando diariamente nuestra conducta; debemos volvernos más reflexivos, más cuidadosos con nuestros juicios críticos, y muy especialmente más atentos con nuestras emociones negativas.

En el terreno mismo de la Psicología, encontramos mucho desorden entre las gentes; todo el mundo es arrastrado por las emociones negativas y esto es gravísimo. No hay nada más dañino, para el desarrollo interior profundo que las emociones negativas.

Cuando ustedes sean asaltados por alguna emoción negativa, exprese de ella de la mejor manera posible. Si una emoción negativa ha llegado, si una emoción de envidia nos está carcomiendo hasta la médula de los huesos, expresémonos de ella en forma armoniosa, no en favor de la envidia sino del bien ajeno.

Si una emoción de ira nos está sacudiendo en un instante dado, hablemos con dulzura extraordinaria y en vez de sentirnos molestos por aquello que nos ha herido, hablemos bien de aquél que nos ha ofendido. Así no seremos heridos internamente.

No es cosa fácil expresarse bien cuando se tiene una emoción negativa, pero así debe ser.

Si tenemos una emoción de enojo porque alguien nos ha molestado, hablemos con amor, y en bien de aquél que nos ha molestado. Por lo menos eso, mientras eliminamos los "agregados" que nos han provocado las emociones negativas. Así no seremos heridos.

Es claro que no debemos quedarnos en la superficie: necesitamos eliminar aquellos "elementos indeseables psíquicos", que nos han provocado alguna emoción negativa, ya sea de ira, envidia, odio, lujuria, orgullo, etc.

Incuestionablemente, todo el mundo está sacudido por las emociones negativas y nada puede ser más contagioso que ellas.

Es necesario que nosotros nunca nos dejemos llevar por las emociones negativas. Cuando una emoción negativa nos sacuda, bien vale la pena que nosotros conozcamos qué clase de "agregado psicológico" la ha producido y después de haberlo observado en acción, someterlo a la técnica de la meditación para desintegrar dicho "agregado".

## **EMOCIONES Y SENTIMIENTOS**

Las emociones y los sentimientos tienen importancia por lo referente a la vida afectiva, para valorar y juzgar los diferentes sentimientos que componen ésta

en una persona. Es importante saber cuáles son y cómo influyen en nuestra conducta.

Desde la enfermería, va a tener importancia porque desde el punto de vista del que trabaja con pacientes, van a aparecer situaciones donde hay sentimientos no siempre positivos, y hay que saber cómo concordarlos y como trata con ellos.

Las emociones y sentimientos son estados afectivos presentados por el ser humano. Se parecen en que pertenecen al área vivencial afectiva en cuanto a su forma de aparición y expresión.

La emoción surge ante una situación que aparece de repente, bruscamente. No es instintivo, ni tampoco innato y es el resultado de un aprendizaje. Por lo tanto, es adquirido por procesos complejos de aprendizajes de una cultura y por incorporación de vivencias personales.

Los sentimientos, en función de los seres sociales de nuestro contexto social y cultural, son resultado de la relación, vivencias y experiencias de nuestra forma de actuar. Son estados afectivos, más complejos, más estables, más duraderos y menos intensos que las emociones. No hay un estímulo que hace que surja en un momento, sino que es producto de una situación progresiva que deja su huella.

No siempre es positivo, también puede ser negativo siendo el más preocupante, ya que pueden hacer aparecer ciertos trastornos en el individuo llamados negativos, que dificultan una relación. Con consecuencias en la estabilidad personal, nos hacen desarrollar comportamientos defensivos.

- [http://webs.ono.com/aniorte\\_nic/archivos/apunt\\_psicolog\\_salud\\_3.pdf](http://webs.ono.com/aniorte_nic/archivos/apunt_psicolog_salud_3.pdf)

## Emociones negativas

Las emociones negativas implican sentimientos desagradables, valoración de las situaciones como dañinas y la utilización de muchos recursos para su afrontamiento. Entre ellas tenemos las siguientes.

- **La ansiedad.** Es un estado psíquico parecido a la angustia, que cursa con un temor no imputable a ninguna motivación real.

- Zamora Editores Lida. Segunda reimpresión

Es el miedo sin objeto, sin estímulo desencadenante concreto. Las situaciones y consecuencias emocionales pueden ser previstas. La persona valora que tiene escasa capacidad para afrontar o actuar ante el suceso. Produce un estado de hipervigilancia que permite realizar un alto grado de exploración del medio ambiente.

- **La ira.** Es una reacción de irritación, furia o cólera causada por la indignación y el enojo de sentir vulnerados nuestros derechos. Su campo semántico es amplio y también se la identifica como rabia, enojo, resentimiento, furia, exasperación, indignación, animosidad, irritabilidad, hostilidad, odio y violencia.

- Teorías y estructura de las emociones sentimos heridos, engañados o traicionados. No se pueden controlar las situaciones que la provocan. El afrontamiento puede ser por medio del ataque, autodefensa, control de la ira, ira centrípeta o ira centrífuga.

- **Hostilidad.** La hostilidad implica una actitud social de resentimiento con respuestas verbales o motoras implícitas. Se desencadena por

violencia física o por sufrir hostilidad indirecta. El procesamiento cognitivo se realiza ante situaciones que se producen lentamente y con cierto grado de predicción. El afrontamiento puede ser por agresión verbal, agresión física o por irritabilidad.

- **La tristeza.** Se produce en respuesta a sucesos considerados como no placenteros y denota pesadumbre o melancolía. Se produce ante la pérdida de un deseo apremiante imposible de satisfacer. No siempre es negativa y algunas culturas ni siquiera tienen una palabra que la defina. Es más un estado de ánimo que una emoción aguda. Los desencadenantes son la separación física o psicológica, la pérdida o el fracaso, la decepción o la indefensión (ausencia de predicción o control). El procesamiento cognitivo de la tristeza se produce ante situaciones que carecen de sorpresividad y tiene una baja familiaridad para la persona. Se valora la situación como importante para las relaciones y el orden, se esperan las consecuencias antes de desencadenarse la emoción, se bloquean los planes de la persona y se produce una baja urgencia para el afrontamiento. Las formas de afrontarla pueden ser por reducción de la actividad en todo tipo de tareas, por medio del auto-examen constructivo y por cohesión social (despierta simpatía y atención de los demás)
  - La tristeza: análisis y propuestas educativas
  
- **El asco.** Está causado por medio de la repugnancia que se tiene a alguna cosa o por una impresión desagradable causada por algo. Es una de las emociones donde las sensaciones fisiológicas son más patentes. El afrontamiento se hace por medio del escape, del rechazo o de la evitación.

- [http://exordio.qfb.umich.mx/archivos%20PDF%20de%20trabajo%20UMSNH/Aphilosofia/tesis%20ejemplos/cs124%20tristeza.pdf](http://exordio.qfb.umich.mx/archivos%20PDF%20de%20trabajo%20UMSNH/Afilosofia/tesis%20ejemplos/cs124%20tristeza.pdf)

- Angustia

La angustia es la emoción más universalmente experimentada por el ser humano, tiene un efecto de inmovilización y conduce al sobrecogimiento en innumerables ocasiones; se define como una emoción compleja, difusa y desagradable que conlleva serias repercusiones psíquicas y orgánicas en el sujeto; la angustia es visceral, obstructiva y aparece cuando un individuo se siente amenazado por algo.

- (Ayuso, 1988).

Es un sentimiento vinculado a situaciones de desesperación, donde la característica principal es la pérdida de la capacidad de actuar voluntaria y libremente por parte del sujeto, es decir, la capacidad de dirigir sus actos. En ella participan factores biológicos, psicológicos, sociales y existenciales, por lo que conlleva inevitablemente un abordaje integral desde todos los campos mencionados.

- ARTIGOS. REVISTA MALESTAR Y SUBJETIVIDADE / FORTALEZA / V. III / N. 1 / P. 10 - 59 / MAR. 2003

- Miedo

Perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario.

- *Miedo*. De la Real Academia Española, Vigésima Segunda Edición,

El miedo es un mecanismo de alarma y protección imprescindible del ser humano como el dolor, el miedo es un maravilloso invento del organismo para su desarrollo en el proceso de evolución: ambos son necesarios para la supervivencia y no se puede prescindir de ellos. Sin embargo, ambos pueden degenerar y convertirse en enfermedad.

En su evolución, el dolor y el miedo están estrechamente relacionados. Pero el dolor es más importante y significativo: existen unos conductos nerviosos particulares que se encargan de la conducción del dolor de forma rápida y efectiva. La defensa y la supervivencia del organismo dependen de que, a través de las sensaciones de dolor, recibamos el aviso de la existencia de peligros corporales inmediatos.

- Joan Solé, 2001

### ***Depresión***

La depresión (del latín depressio, que significa «opresión», «encogimiento» o «abatimiento») es un trastorno del estado de ánimo, ya sea desde el punto de vista de la psicología o desde el punto de vista de la psiquiatría, pero siempre dentro del ámbito de la psicopatología. Según el modelo médico, la psiquiatría la describe como un trastorno del estado de ánimo y su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida. Aunque ése es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático. En la mayor parte de los casos, el

diagnóstico es clínico, aunque debe diferenciarse de cuadros de expresión parecida, como los trastornos de ansiedad. La persona aquejada de depresión puede no vivenciar tristeza, sino pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades lúdicas habituales, así como una vivencia poco motivadora y más lenta del transcurso del tiempo. Su origen es multifactorial, aunque hay que destacar factores desencadenantes tales como el estrés y sentimientos (derivados de una decepción sentimental, la contemplación o vivencia de un accidente, asesinato o tragedia, el trastorno por malas noticias, pena, y el haber atravesado una experiencia cercana a la muerte). También hay otros orígenes, como una elaboración inadecuada del duelo (por la muerte de un ser querido) o incluso el consumo de determinadas sustancias (abuso de alcohol o de otras sustancias tóxicas) y factores de predisposición como la genética o un condicionamiento educativo. La depresión puede tener importantes consecuencias sociales y personales, desde la incapacidad laboral hasta el suicidio. Desde la biopsiquiatría, a través de un enfoque farmacológico, se propone el uso de antidepresivos. Sin embargo, los antidepresivos sólo han demostrado ser especialmente eficaces en depresión mayor/grave (en el sentido clínico del término, no coloquial).

- Hollon, S. & Ponniah, K. (2010).

## **ABORTO**

La palabra **aborto** proviene del latín *abortus*, que a su vez deriva del término *aborior*. Este concepto se utilizaba para referir a lo opuesto a *orior*, o sea, **lo contrario a nacer**. Por lo tanto, el aborto es la **interrupción del desarrollo del feto durante el embarazo**, cuando éste todavía no haya llegado a las veinte semanas. Una vez pasado ese tiempo, la terminación del embarazo antes del parto se denomina **parto pretérmino**.

- <http://definicion.de/aborto/>



Es la terminación del embarazo por cualquier medio antes de que el producto sea viable (que pueda sobrevivir fuera del útero), antes de que cumpla 20 semanas de gestación o antes de que pese 500gr.

- Notas de ginecología y obstetricia

**DEFINICIÓN.-** La OMS considera como aborto a la terminación espontánea o provocada de una gestación antes de la vigésima semana contando desde el primer día de la última menstruación normal, cuando el feto no es capaz de sobrevivir fuera del vientre materno. Para esta época el feto pesa 500 gramos y con una medida total de 20 centímetros, o con una medida de la coronilla al cóccix de 16.5 centímetros, aproximadamente. Desde el punto de vista médico, se considera que la palabra aborto conlleva a la terminación de la gestación después que el blastocito se ha implantado en el endometrio, pero antes de que el feto alcance la viabilidad. En la actualidad sobreviven fetos que pesan 500 grs. Y que corresponden con embarazos de unas 24 semanas.

El concepto de viabilidad se considera entonces de acuerdo con la duración del embarazo, el peso fetal y la disponibilidad de los recursos tecnológicos en el área neonatal

El aborto es la muerte de un niño o niña en el vientre de su madre producida durante cualquier momento de la etapa que va desde la fecundación (unión del óvulo con el espermatozoide) hasta el momento previo al nacimiento.

- Ginebra, 2005.

**Etiología del aborto:** el aborto se considera un proceso de selección natural.

60% se debe a malformaciones congénitas incompatibles con la vida.

40% causas varias: infecciones, traumatismos, cérvix incompetente, leiomiomas, incompatibilidad sanguínea, deficiencia de progesterona, enfermedades maternas agudas y crónicas, medicamentos, radiaciones, remedios caseros, exceso de actividad física, obesidad, factores psicológicos...

- Apuntes de ginecología

## **ETIOLOGIA DEL ABORTO (CAUSAS)**

### **1) MALFORMACIÓN DEL HUEVO O CIGOTE**

La causa más común de abortos tempranos son las malformaciones del embrión.

Se estima en un 70 % ocurre una mutación inexplicable en el desarrollo fetal antes de la implantación, muere el embrión y se desencadena el aborto.

La mayoría de estos abortos no son recurrentes, por lo tanto el pronóstico para el futuro embarazo es bueno.

Si esto ocurre 3 o más veces, debe considerarse referir a la pareja para estudio genético.

Existe el caso de que el saco gestacional este vacío durante la exploración por el ultrasonido, es lo que se llama Huevo Anembrionado y obedece a una falta en el desarrollo de las células de la capa interna de la blástula, con el consiguiente no desarrollo del embrión y su precoz reabsorción.

### **2) FACTORES INMUNOLÓGICOS**

El embrión implantado debe considerarse como un cuerpo que tiene antígenos extraños, los cuales derivan del genoma paterno.

El mecanismo mediante el cual el embrión no es atacado por los antígenos maternos, aún no está claro, pero parece deberse a que existe un bloqueo de los anticuerpos maternos que bloquean la producción de anticuerpos específicos. También el trofoblasto produce esteroides anti rechazo.

Con esta base biológica, podemos entender, que si fallan estos mecanismos aparecerá irremediablemente el rechazo del embrión y el consecuente aborto.

### **3) ENFERMEDADES MATERNAS**

El embarazo generalmente continuará adelante aunque existan enfermedades maternas, pero si la enfermedad es suficientemente severa puede causar abortos en casi todos los casos.

Enfermedades maternas como:

Rubeola

Herpes genital

Sífilis

Malaria

Brucelosis

Toxoplasmosis

Citomegalovirus y

Listeriosis pueden todas ocasionar abortos.

El aborto ocurre en pocos casos de rubeola, pero el feto nace infectado.

La sífilis no es causa de abortos tempranos, poco frecuente que produzca abortos tardíos y frecuente las pérdidas del tercer trimestre.

Enfermedades como diabetes no controlada, hipertensión, enfermedad renal y la malnutrición o desnutrición avanzada son también causas de abortos.

#### **4) ANORMALIDADES UTERINAS.**

La presencia del útero doble o septado aumenta el riesgo de aborto, aunque es más común el desarrollo de trabajo de parto prematuro.

El útero en retroversión no es causa de abortos.

Las adherencias (sinéquias) pueden causar abortos, también los fibromas que protruyan hacia el interior de la cavidad uterina.

Las laceraciones o heridas del cuello uterino por partos o fórceps previos, específicamente si se encuentra lesionado el orificio interno del cuello, pueden provocar abortos tardíos o partos prematuros.

#### **5) INSUFICIENCIA HORMONAL.**

Otra posible causa de aborto temprano puede ser la escasa producción de progesterona por el cuerpo lúteo del ovario antes de que la placenta esté totalmente funcional.

#### **6) USO DE CIGARRILLO Y ALCOHOL.**

Muchos estudios sugieren que el consumo de cigarrillos y el alcoholismo pueden aumentar el riesgo de abortos.

- <http://schulerhugo.tripod.com/aborto.html>

## **CLASIFICACIÓN DEL ABORTO**

### **ESPONTANEO**

- Amenaza de aborto
- Aborto incompleto
- Aborto habitual
- Aborto inevitable
- Aborto diferido
- Aborto séptico

### **PROVOCADO**

- Aborto terapéutico
- Aborto criminal

Apuntes de ginecología

### **ESTADÍSTICAS**

Se considera que entre el 10 y el 15 % de los embarazos confirmados terminan en aborto, y que el 25 % de las mujeres tendrán una pérdida precoz del embarazo durante su vida reproductiva.

La mayoría de los abortos ocurren entre la semana 7 y la 12 de la gestación.

Se dice que si un embarazo se ve bien en el Ultrasonido a las 10 semanas es poco probable que termine en aborto.

Mientras mayor es el número de semanas de gestación, menor es el riesgo de aborto.

- <http://schulerhugo.tripod.com/aborto.html>

## **ANTECEDENTES DEL ABORTO**

Morelia, Michoacán.- En la entidad el aborto constituye la tercera causa de muerte materna, y desde el 2000 se atiende anualmente a casi 4 mil mujeres en esta situación, cuya práctica clandestina, además, deja ganancias millonarias a los médicos o personas practicantes. En lo que se refiere al panorama nacional, se realizan entre 500 y 800 mil abortos ilícitos.

Así lo expuso Gabriela Molina Aguilar, titular de la comisión de Grupos Vulnerables y Equidad de Género en el Congreso local, quien explicó que lo alarmante de estas cifras radica en que las prácticas de interrupción del aborto registran aumentos año con año, ya que, de acuerdo con el INEGI, la Secretaría de Salud en Michoacán y el Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH), del 2000 al 2006 ocupó el lugar 4 en muertes de mujeres embarazadas, pero del 2007 al 2009 fluctuó entre la tercera y la cuarta posición.

Precisó que del 2000 al 2006 atendieron a 22 mil 576 michoacanas en situación de aborto, es decir, "5.67 mujeres por cada mil, de 15 a 44 años de edad, fueron hospitalizadas por esta razón", de las que 24 murieron: 10 por embarazo ectópico, 1 por mola hidatiforme, 4 por otros productos anormales de la concepción, 1 por aborto espontáneo y 8 abortos no especificados.

En tanto que 2 de las defunciones ocurrieron en mujeres menores de 20 años, 17 en el grupo de 20 a 34 años de edad, y 5 en mayores de 35 años, de las cuales 15 no tenían seguridad social, 3 eran derechohabientes del IMSS, 1 del ISSSTE, 2 del Seguro Popular y, en 3 casos no se especificó.

Tras recordar que el pasado 28 de septiembre se conmemoró el Día Internacional por la Lucha de Despenalización del Aborto, explicó que este tema

representa un "problema de salud pública, de violencia contra las mujeres y de desigualdad", razón por la que la perredista llamó a sus homólogos en la LXXI Legislatura, y a la sociedad en general, a impulsar leyes que defiendan los derechos de las mujeres y defiendan su salud.

Según los reportes de las mismas fuentes informativas, Molina Aguilar informó que se calculan entre 500 y 800 mil abortos clandestinos cada año, cuya cifra "aumentó alarmantemente el año pasado, debido a los retrocesos en materia de Derechos Humanos de las Mujeres", especialmente, los derechos sexuales y reproductivos y, la criminalización de las mujeres que ejercieron su derecho a decidir.

Por otro lado, señaló que de acuerdo con organizaciones defensoras de los derechos de las féminas, las ganancias de quienes realizan las prácticas abortivas en la clandestinidad ascienden los 10 millones de pesos anuales, y respaldó:

"Diversos estudios de instituciones académicas, de investigación, organizaciones feministas y de la sociedad civil, señalan que los servicios médicos para interrumpir el embarazo van desde los 3 mil 500 hasta los 6 mil 500 pesos, y regularmente éstos se llevan a cabo en diversos consultorios, clínicas y hospitales particulares".

Lo que significa que las mujeres de escasos recursos, o en pobreza extrema, "no logran acceder a este tipo de atenciones", que concluyen en un incremento en las tasa de mortalidad femenina y materna por esta causa.

- <http://www.oem.com.mx/elsoldemorelia/notas/n1804336.htm>

## **EL ABORTO A NIVEL INTERNACIONAL**

Las leyes más restrictivas son las que prohíben enteramente el aborto. Esas leyes definen el aborto como un delito y prescriben penas tanto para los prestadores del servicio como para las mujeres que han experimentado un aborto.

Las leyes de la categoría 2 son menos restrictivas y permiten el aborto para salvar la vida de la mujer embarazada. Muchas de estas leyes exoneran implícitamente de todo castigo a los prestadores del servicio o a las mujeres que tienen que sufrir un aborto cuando su vida está en peligro. En otros casos, la legislación permite que los prestadores del servicio y las pacientes presenten una defensa por necesidad.

Las leyes que autorizan el aborto para proteger la salud física de la mujer embarazada constituyen la categoría 3. En ocasiones estas leyes exigen que la amenaza a la salud sea muy seria o implique un riesgo de daño permanente. Todas las naciones localizadas en esta categoría permiten también la práctica del aborto para salvar la vida de la mujer embarazada.

Las leyes de la siguiente categoría permiten el aborto, adicionalmente, cuando se requiere para proteger la salud mental de la mujer. En la mayoría de los países que quedan en esta categoría, la legislación reconoce explícitamente como base para la práctica del aborto la protección de la salud mental. La interpretación del concepto "salud mental" varía en todo el mundo. Puede abarcar la angustia psicológica de las mujeres víctimas de violación, la aflicción mental debida a circunstancias socioeconómicas o la zozobra psicológica que puede producir en las mujeres la opinión médica de que el feto corre riesgos de sufrir graves daños. Los países de esta categoría también autorizan el aborto por razones de salud física, incluida la necesidad de salvar la vida de la mujer embarazada.



Las leyes correspondientes a la categoría 5, que autorizan el aborto por razones económicas, admiten que se consideren como razones legales los recursos económicos de la mujer, su edad, su estado civil y el número de hijos con vida. Ese tipo de leyes suele interpretarse con mucha flexibilidad.

Finalmente, las leyes sobre el aborto menos restrictivas son las que permiten su práctica por cualquier razón, sin limitación alguna. Sin embargo, muchos de los países que tienen ese tipo de legislación, imponen un tiempo límite de gestación al período durante el cual las mujeres pueden tener acceso sin demora a los servicios de aborto.

Diversos países reconocen explícitamente tres razones adicionales para la práctica legal del aborto: cuando el embarazo es resultado de la violación, cuando el embarazo es resultado del incesto, y cuando existe seria posibilidad de que el feto haya desarrollado o vaya a desarrollar una grave anomalía. Los países que reconocen estas razones están incluidos en cualquiera de las cuatro categorías intermedias, y se les puede identificar con las siglas que se añaden a su nombre en estas listas.

Desde 1973 la Suprema Corte de Justicia de los Estados Unidos legalizó el aborto a petición y cada estado mantiene sus propias reglas y limitaciones al respecto, así mientras en un estado puede considerarse "legal" practicar un aborto hasta los 3 meses de embarazo, en otro se considera igualmente "permitido" practicarlo hasta los siete, ocho o nueve meses de gestación, sin limitaciones de ninguna índole.

El 8 de octubre de 1997 la Cámara de Representantes de los Estados Unidos aprobó la ley que prohíbe los abortos por nacimiento parcial. El 10 de octubre del mismo año, el presidente William Clinton volvió a vetar dicha ley...

Hasta ahora, el aborto por nacimiento parcial y otros tipos de aborto continúa practicándose sin restricción en los EU.

A mediados de 1982 el 10% de la población mundial vivía en países donde la práctica del aborto estaba prohibida, en todas sus circunstancias y otro 18% de la misma, habitaba en aquellos países en los que estaba permitido solamente para salvar la vida de la mujer.

La mayor parte de los países latinoamericanos, la mayor parte de los africanos, casi todos los países musulmanes de Asia y cinco de los europeos (Bélgica, Irlanda, Malta, Portugal y España) pertenecen a estas dos categorías. Un 8% más habitaba en lugares donde se permitía el aborto sobre bases médicas amplias. El 64 % restante de la población mundial estaba gobernado por leyes que, o permitían el aborto por razones sociales amplias, como la soltería de la madre y problemas económicos o lo permitían por petición propia, por lo general dentro del primer trimestre.

Se ha señalado a menudo que, la situación legal del aborto, no es una indicación verdadera de su práctica o disponibilidad. Por ejemplo, en muchos países en los cuales la interrupción del embarazo es o ilegal o permitida para salvar la vida la mujer, las leyes no se hacen cumplir de manera muy estricta, y es fácil conseguir el aborto. Por otra parte hay que dejar claro que el aborto no es necesariamente accesible a las mujeres. Y menos aun cuando el nivel socioeconómico es muy bajo.

Durante los últimos 15 años, las leyes referentes al aborto se han liberalizado en muchos países, esto se ha hecho para combatir los índices elevados de abortos ilegales, con sus complicaciones consecuentes, y como reconocimiento del derecho que tiene las mujeres de gobernar su reproducción.

La Unión Soviética fue la primera en legalizar el aborto en 1920, se reconoció el derecho de la mujer rusa para detener un embarazo no deseado en relación a problemas de salud y, también por otras razones.

En la República Popular China se aprobó una ley irrestrictiva del aborto en 1975 y, desde entonces, este método se ha vuelto muy popular. Con la insistencia actual del Gobierno Chino respecto a familias de un solo niño y niña, por su política en el control de la natalidad. Además de las sanciones económicas y sociales dictadas para que las familias sólo tengan un hijo a la planificación familiar no es ya un asunto personal, sino que está supeditada por el estado. La influencia de los gobiernos en la decisión sobre el aborto no es exclusiva de China. Aunque la promoción del aborto no es común, las restricciones gubernamentales son amplias.

### **SINDROME POST-ABORTO**

El síndrome post aborto, es una disfunción resultante de la experiencia traumática del aborto, porque esta sobrepasa los mecanismos de defensa normales de una persona.

- Un conflicto creado por la oposición del rol materno y el papel que desempeña en la destrucción de la vida de su niño.
- Una condición por medio de la cual se destruye el vínculo y deja la sensación de que les falta algo.
- Una negación de la pena y el luto que toda persona tiene que reconocer y expresar ante la muerte de un ser querido.

Un proceso que debilita física y emocionalmente, disminuyendo capacidades y funciones de la mujer y de todos los involucrados en el aborto, a nivel personal, familiar, laboral y social.

## Manifestaciones Psicológicas

- Enojo y hostilidad
- Desesperación y pesimismo
- Ensoñaciones diurnas y nocturnas
- Disminución del deseo sexual
- Llanto, e inestabilidad emocional
- Pérdida de la concentración y motivación

## Procesos degenerativos

- Cuando el dolor no se supera, conduce a la DEPRESION.
- La depresión puede alterar el sistema inmunológico (lo que aumenta el riesgo de contraer infecciones incluso, podría dar inicio de procesos cancerígenos)\*
- También esta depresión podría llevar a una psicosis.

Cuando no hay sentimiento de culpa, reconocido, se suele dar una tendencia al alcoholismo o a la drogadicción.

En cambio, cuando hay sentimiento de culpabilidad se suele caer en estados depresivos.

Cuando el sentimiento de culpa es muy grande lleva a sentimientos de PÁNICO Y AUTODESTRUCCIÓN.

Descarga el sentimiento de culpabilidad contra sí misma mostrando un sentimiento de víctima respecto de los demás.

La aversión hacia su esposo o "pareja", genera desarmonía general en sus relaciones interpersonales

Frigidez: odio hacia los hombres pues siente que es por su culpa que está en esa situación

Si es casada ya no desea estar con su esposo ni tener relaciones

Desconfianza

Sensación de dependencia

Patología del afecto

Chantaje y obsesión

Conciencia biológica

"No pocas veces vemos que en los casos en que una mujer comete un aborto, digamos en el 3ª mes de la gestación, este acto parece no tener consecuencias psicológicas.

Sin embargo, 6 meses después, precisamente cuando el bebé habría debido venir al mundo, el sujeto cae víctima de una grave depresión...

Temor respecto de los hijos futuros: "Miedo a maltratarlos" o a no tener más hijos

Deseo vehemente de remplazar el niño perdido

Sobreprotección

Maltrato y violencia infantil

Problemas para amamantar a sus hijos, reaccionan con miedo o agresividad ante el llanto de sus bebés, e incluso una especie de rechazo

Mandándolo desde muy pequeño y sin ninguna necesidad a guarderías infantiles.

Neldy Mendoza de Chávez

nmendoza@ucsp.edu.pe

proesperanza@gmail.com

El Síndrome Post-Aborto (SPA) es el resultado del aborto y afecta tanto a la madre como al padre. El aborto destruye el vínculo natural entre padres e hijos, quedando ambos con una sensación de vacío, lo que dificulta la relación de pareja.

- (Defey, Rossello, et al., 1996).

En la madre se crea una situación de conflicto entre su papel de madre y el papel que desempeña en la destrucción de la vida de su niño no nacido. Generalmente, esta situación de conflicto se acompaña de la vivencia de un difícil desarrollo del duelo.

Este SPA puede sufrirlo cualquier persona, tanto hombres como mujeres, niños y ancianos que han perdido un bebé debido a un aborto, o se han encontrado cercanos a esta situación.

### **El duelo del Síndrome Post-Aborto**

El duelo es la respuesta de la persona ante una pérdida o un cambio, sin importar lo insignificante o profundo que sea. En el duelo es frecuente un período de desequilibrio donde el sufrimiento, la desesperanza, la desilusión y el dolor profundo son síntomas frecuentes.

En éste existe una gama y una profundidad de emociones y sentimientos que no se han experimentado antes o no es habitual vivenciar. El individuo, al encontrarse frente a nuevas situaciones, no es capaz de enfrentarlas de una manera adecuada, ya que no puede utilizar los mecanismos habituales frente a esta nueva situación.

El duelo es el proceso de asimilación de una pérdida, cuya ausencia es transformada en una presencia interna o en la negación de dicha ausencia. En éste, hay una inversión emocional importante que conlleva a una falta de interés en el mundo exterior, conflictos en los vínculos interpersonales, todo lo cual implica una inversión de tiempo más o menos prolongada.

Para S. Freud: *"Las causas desencadenantes de un duelo pueden ser múltiples, pero todas tienen una base común: la valoración afectiva que consciente o inconscientemente es atribuida a la pérdida"*.

La Asociación Norteamericana de Psiquiatría, a principios de los años 80, identificaba la depresión, la hostilidad, el desinterés y aislamiento, las imágenes recurrentes, el insomnio y pesadillas, y la incapacidad de expresar sentimientos como secuelas psicológicas del aborto.

Otros estudios posteriores muestran un alto índice de intentos suicidas, de alcoholismo, bulimia y anorexia, frigidez y disfunciones sexuales, ruptura de relaciones de pareja (un 70%), de maltrato doméstico y autolesiones, de incapacidad de concentración, agotamiento y nerviosismo, crisis histéricas y agresividad.

- Rachel's Vineyard Ministries. 808 N. Henderson Rd. King of Prussia, PA 19406

## Síntomas del Síndrome Post-Aborto

Los síntomas y signos del duelo por SPA incluyen tanto manifestaciones psicológicas como somáticas.

**Tabla No. 1 - Manifestaciones somáticas y psicológicas**

Manifestaciones somáticas	Manifestaciones psicológicas
Anorexia y pérdida de peso	Culpa y tristeza
Bulimia	Enojo y hostilidad
Náuseas y vómitos	Desesperación y pesimismo
Dolor abdominal y sensación de vacío	Ensoñaciones diurnas y nocturnas
Palpitaciones	Pesadillas y nostalgia
Sensación de opresión torácica	Disminución del deseo sexual
Cefaleas	Llanto, insomnio e hipersomnia
Tics (Enfermedad de Brisaud)	Pérdida de concentración y motivación
Pérdida de fuerza	Promiscuidad *

Adaptado de: Gardner y Merenstein (1985).

(\*) Según el Dr. Pablo Verdier, este síntoma se presenta mayoritariamente en mujeres menores de 29 años.

Cuando las ideas y los sentimientos depresivos resultan intolerables, se tiende a negarlos y se los sustituye por actitudes contrarias como ira, hiperactividad y una sensación de superioridad frente al problema. Esto tiende a ser considerado socialmente como la "superación de la situación".

El Dr. Pablo Verdier expone la dificultad de saber cuándo una mujer se ha provocado un aborto sin que la mujer lo confiese. Él propone algunos síntomas característicos del SPA y diferencia dos tipos de víctimas, según las etapas de desarrollo psicológico por la que éstas están pasando. Dirá que la experiencia de adolescentes y jóvenes (Tipo A) es distinta a la de mujeres mayores de treinta años (Tipo B).



## Características frecuentes

Tabla No. 2 - Características en mujeres Tipo A y Tipo B

Tipo A (adolescentes y jóvenes)	Tipo B (mujeres mayores de 30 años)
Promiscuidad	Divorcio/separación
Intentos suicidas	Depresión y/o angustia
Autocastigo	Disminución del deseo sexual

Estos síntomas dados en conjunto nos ayudarán a sospechar un "posible aborto".

En mi opinión, en el Tipo A, el o la joven, según sea el caso, tendrá un aumento en la promiscuidad con la finalidad de auto justificar su acto o, desde un punto de vista psico-dinámico, "actuar para no recordar" y para suplir la carencia causada por el duelo.

Es específica de este duelo la visión nocturna de sangre o ríos rojos e, incluso, del mismo niño abortado. Es posible que el doliente escuche llantos y que al encontrar un niño de la edad que debería tener su bebé, presente algún tipo de estado de angustia o tristeza. *"¿Qué edad tiene?, preguntó la anciana. ¡Cincuenta y dos! Repliqué tomando asiento a su lado. ¿Por qué lo pregunta? (...) Porque supuse que tendría más o menos la edad que mi hijo hubiese tenido... ¡Si lo hubiera dejado vivir! Dijo en voz baja".*

Los intentos suicidas son característicos de algunos duelos, pero están determinados por variables de personalidad. *"El suicidio en mujeres embarazadas a las que no se les permite abortar es extremadamente raro, lo cual fue demostrado concluyentemente en varios estudios bien controlados.*

*El estado de Ohio sólo tuvo dos muertes maternas entre 1995 y 1963, así, también, en muchas otras partes, esto contrasta con la alta tasa de suicidios de mujeres que se habían realizado un aborto. "En la institución de Suicidas Anónimos (similar a alcohólicos anónimos), sólo en un período de 36 meses, 1.800 mujeres estuvieron en el extremo del suicidio".*

- (M. Uchman, Director para Ohio de Suicidas Anónimos, Informe al consejo de la ciudad de Cincinnati, sep.1, 1981).

El autocastigo, se manifiesta por medio de sentimientos de culpa por no haber evitado el aborto o por no haber interferido en este para evitarlo, en el caso de parientes y amigos.

Se puede manifestar en estados de soledad. El individuo cree que su error no merece perdón y se aleja de sus amistades, tiende a ser agresivo con estos. Es el acto de Judas, de no ser capaz de reconocer que se debe superar las caídas. Por otro lado, la sociedad la culpa dificultándole aún más el reconocer su error y perdonárselo, en fin, desarrollar sanamente su duelo.

En el tipo B, conformado por mujeres mayores de treinta años, el divorcio es una situación común. El divorcio es consecuencia de muchos factores, a veces fomentados por la incapacidad sexual y el rechazo a su maternidad (síntoma habitual del duelo SPA). Entre los factores más importantes está la búsqueda de un culpable que, generalmente, es encontrado en el cónyuge. Muchas veces se pierde el respeto en la pareja y la relación comienza a sufrir una serie de tensiones donde hasta las pequeñas cosas suelen ser causa de grandes disgustos.

Igualmente, tanto la depresión como la disminución del deseo sexual son propias del duelo.

## Los tres estadios del Síndrome Post-Aborto

Tabla No. 3 - *Estadios según la Dra. Standfort*

Estadio 1: Desasosiego y tristeza ("No tiene ni el alma ni el espíritu en paz").
Estadio 2: Revive continuamente el momento traumático del aborto de un modo muy profundo. Aunque pasen 5, 10, 15 años recuerda la vestimenta de la enfermera, las paredes de la aviación, etc. Se pregunta a menudo cómo sería el niño y suele justificarlo diciendo que no tenía otra opción.
Estadio 3: Depresión profunda, con gran sentimiento de culpabilidad, pérdida de interés por lo que antes le interesaba. Se piensa en el suicidio como un escape.

Depresión de aniversario: Depresión que se sitúa alrededor de la posible fecha del nacimiento o de la fecha del aborto.

Tabla No. 4 - *Factores desencadenantes del aborto*

Mujeres con trastornos emocionales
Frialdad afectiva e inestabilidad grave
Toxicómanas
Alcoholismo
Perversiones sexuales
Poca identidad femenina
Rechazo del papel maternal
Baja autoestima
Inmadurez
Gran necesidad afectiva
Rechazo a todo lo que suponga compromiso
Presión familiar y social

## Dificultades para enfrentar el duelo del Síndrome Post-Aborto

En el caso del aborto espontáneo se presenta la dificultad en cuanto a la toma de decisión de ver o no al bebé muerto. Muchos padres ni siquiera se lo plantean, ya que desconocen esta posibilidad. A veces no quieren verlo, pues temen la idea de que presentará malformaciones, buscando conservar al hijo imaginario como algo distinto. Cuando evitan verlo, las ideas de cómo era se

vuelven muy difusas y, por momentos, terroríficas. *"Porque fue dejarla de sentir y no verla nunca más, no saber ni cómo era... como que no sé... Tuve una hija, a pesar que no nació viva. Estuvo 9 meses conmigo y luego... no la conocí"*.

El hecho de tener un hijo vivo y sano la tranquiliza mucho y cuando esto no se produce, aumenta la ansiedad y preocupación. Si la mujer no ve el feto muerto (que suele ser un feto sin malformaciones o con muchas partes normales del cuerpo) esta incertidumbre la hace imaginar a su hijo con características más terribles.

"La posibilidad de ver al hijo e incluso tocarlo, hace que la mujer pase rápidamente de la angustia terrorífica que la invade y paraliza, a un sentimiento de tristeza, que es fundamental para la elaboración del duelo".

"En el momento del parto no entendí por qué el doctor me lo mostró y lo puso junto a mí. Ahora se lo agradezco porque así, al menos, lo pude tener en mis brazos".

El segundo problema que se presenta es si se debe hablar o no sobre el hijo. Cuando se evita hablar del niño se encuentra implícita en este mutismo una serie de mensajes que dificultarán el duelo. Si la muerte no merece ser discutida y el hijo no es mencionado, quizá, porque no tiene ninguna importancia. Evitar el tema, disimularlo, implica que el trabajo del duelo sea peligroso.

En ocasiones, por tratar de consolar a la persona que sufre el duelo se tiende a caer en errores que niegan los sentimientos de los padres por sus hijos y le quitan la importancia al hecho.

1. Eres joven, puedes tener otros hijos.
2. Embarázate enseguida.
3. En vez de pensar en esto, piensa en tus hijos sanos.
4. Es mejor perderlo ahora que de mayor.
5. Es la voluntad de Dios.
6. Por suerte nació muerto, así no te encariñaste con él.

Se deben evitar palabras que tiendan a la negación, como las siguientes:

Se considera el duelo especialmente patológico, cuando un objeto (prendas de vestir o partes del cuerpo muerto: uñas, cabello, etc.) resulta muy necesario para el deudo y casi imprescindible. Necesita tenerlo cerca, tocarlo, olerlo o cualquier otra conducta. Este objeto es igualado a la totalidad de la persona y se pretende que llene su vacío. En algunos casos, la necesidad de este objeto es tan intensa que el individuo se convierte en un fetiche. Si bien la conservación de algunos objetos puede ser patológica, la conservación de otros, como una foto, puede ser beneficiosa.

### **Aspectos socioculturales del Síndrome Post-Aborto**

Es difícil desarrollar normalmente un duelo por SPA. La sociedad, a la vez que promueve los abortos de forma clandestina, los sanciona públicamente, esto trae como consecuencia que la mujer no desee conversar con nadie acerca del duelo que está sufriendo.

Las madres, amigas, las parejas, etc., son promotores del aborto al enfrentarse ante un embarazo adolescente, tomando como justificación las consecuencias que éste provoca en el desarrollo normal de la adolescente, desconociendo las graves consecuencias psíquicas, sin considerar los posibles daños fisiológicos que sufrirá la adolescente.

- Gómez C.
- J. C. (1992).

## DUELO

El **duelo** es el proceso de adaptación emocional que sigue a cualquier pérdida (pérdida de un empleo, pérdida de un ser querido, pérdida de una relación, etc.). Aunque convencionalmente se ha enfocado la respuesta emocional de la pérdida, el duelo también tiene una dimensión física, cognitiva, filosófica y de la conducta que es vital en el comportamiento humano y que ha sido muy estudiado a lo largo de la historia. En la actualidad se encuentra en discusión el tema de si otras especies también tienen sentimientos de duelo como los seres humanos, y en algunas de ellas se han observado comportamientos peculiares ante la muerte de sus congéneres.

El duelo es la pérdida de una persona, animal, objeto o evento significativo. Se trata de una reacción principalmente emocional y comportamental en forma de sufrimiento y aflicción, cuando el vínculo afectivo se rompe.<sup>2</sup>

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

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

- Alizade, A. M. (1996).
- Bayés, R. (2001).

El duelo es un indicador de amor, como el modo de vivirlo lo es también de la solidaridad y del reconocimiento de nuestra limitación y disposición al diálogo. De igual manera que hay duelos mal elaborados en la raíz de situaciones de enfermedad y de exclusión y marginación, hay también duelos que constituyen una oportunidad para reconstruir lazos que estaban rotos o debilitados, para aprender de nuevas relaciones, para dejarse cuidar y querer, para cultivar el sano recuerdo y darle el valor que tiene a la memoria, para reconocer el poder humanizador de las lágrimas y... del pañuelo.

- Cfr. S. FREUD, 1983.
- L. TOLSTOI, 1970, p.62

### **Enfermería**

La enfermería es el cuidado de la salud del ser humano. También recibe ese nombre la profesión que, fundamentada en dicha ciencia, se dedica básicamente al diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales o potenciales. El singular enfoque enfermero se centra en el estudio de la respuesta del individuo o del grupo a un problema de salud real o potencial, y, desde otra perspectiva, como complemento o suplencia de la necesidad de todo ser humano de cuidarse a sí mismo desde los puntos de vista biopsicosocial y holístico. El pensamiento crítico enfermero tiene como base la fundamentación de preguntas y retos ante una situación compleja y el cómo actuar ante dicha situación.

Según el Consejo Internacional de Enfermeras, la enfermería se define del siguiente modo:

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.

La enfermería también es una profesión de titulación universitaria que se dedica al cuidado integral del individuo, la familia y la comunidad en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo. En España y Colombia existe otra profesión dentro de la Enfermería cuyas funciones complementan la labor de los enfermeros: el *titulado técnico en cuidados auxiliares de enfermería*, más conocido como auxiliar de enfermería.

### **Enfermería en México**

La Enfermera es la persona indispensable para el cuidado de la salud que brinda atención en fábricas, oficinas, hospitales, escuelas, centros deportivos, guarderías, casas particulares y asilos, entre otros. Sus tareas son diversas y poseen un carácter multidisciplinario, aunque del conjunto destacan: la verificación y el registro de signos vitales (toma de presión arterial y temperatura), la realización de curaciones y el control de enfermos.

Cuando de servicios de salud se trata, la Enfermera suele intervenir proporcionando asistencia directa a enfermos, personas accidentadas y adultos en edad avanzada. Para ello, inyecta soluciones, aplica sueros, realiza transfusiones y traslada a los pacientes en silla de ruedas o camilla al laboratorio, área de cuidados intensivos, consultorio, sala de operaciones, etc. Cuando se requiere, baña y viste al paciente, lo ayuda a caminar, cambia la ropa de cama y, en su caso, lo apoya en la ingesta de alimentos. Puede distribuir entre los pacientes



alimentos y recoger las viandas. La Enfermera también interviene en el proceso de limpieza, esterilización y mantenimiento del instrumental quirúrgico utilizado en las intervenciones. Al respecto, puede tener a cargo la operación de una autoclave o equipo de esterilización.

Es común que la Enfermera oriente a los pacientes y sus familiares respecto de las normas dietéticas y de higiene que deben seguir acorde a las instrucciones de los médicos. También puede desarrollar y participar en programas sanitarios y de educación para la salud. Para ello, puede trasladarse a comunidades de escasos recursos como parte del cuerpo médico para la aplicación de vacunas y la distribución de medicamentos.

También, como parte de brigadas, efectúa el levantamiento de información socioeconómica útil para determinar las causas de enfermedades y su cura, formular estadísticas y otros estudios.

En algunas instituciones de salud la Enfermera lleva el control de los días de descanso, inasistencias, rol de turnos, etc. del personal de enfermería. De igual manera, puede estar a cargo de verificar la disponibilidad constante tanto de suministros como de equipos requeridos para el servicio. Estatuto de Personal Sanitario 1973.

- **Título Oficial del Ministerio de Educación y Ciencia de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería.**
- **Enfermería según la OMS**

La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

- <http://www.who.int/topics/nursing/es/>

### **Enfermería obstétrica**

Una matrona o un matrn (el gnero masculino del trmino se incluir en la vigésima tercera edicin del *Diccionario de la Real Academia Espaola*<sup>1</sup> ) es la persona que se encarga del cuidado de la salud de las mujeres durante el embarazo, de la asistencia al parto y seguimiento del postparto, así como también de la regulacin de la fecundidad (métodos anticonceptivos). Es un trmino derivado del latn que, a pesar de no tener forma masculina aceptada, es el más utilizado, y existen también los sinónimos comadrn/comadrona y partero/partera. Además de la asistencia a la mujer embarazada, son personas también capacitadas para prestar atención ginecológica a mujeres en general (por ejemplo, en la realizacin de citologías), en la asesora en planificacin familiar y en la atencin durante la menopausia.

Se trata de personal sanitario especializado en el seguimiento de los embarazos de bajo riesgo, la atencin al parto y el cuidado de la embarazada durante el periodo de postparto. Apuestan por una asistencia no medicalizada, intentando que el parto sea lo más natural posible. Aunque la formacin de la matrona también comprende la asistencia al parto en determinadas situaciones anormales, como los partos de nalgas (utilizando siempre técnicas no invasivas), están capacitadas para reconocer aquellas situaciones de riesgo donde es necesaria la intervencin médica, siendo los gineceo-obstetras los especialistas encargados de prestar la asistencia en tales situaciones.

La funcin de la matrona se complementa con la del obstetra, al cual son derivadas las mujeres que necesitan cuidados que están más allá del ámbito de actuacin de los matrones.

Aunque en muchos sistemas de salud ambos profesionales trabajan en colaboración, hay zonas del mundo donde las matronas tradicionales (renombradas como “asistentes tradicionales al parto” por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros grupos) son las únicas autorizadas para proveer cuidados a la mujer embarazada.

De acuerdo con la Confederación Internacional de Matronas (una definición que también ha sido adoptada por la OMS y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia), se define de la siguiente forma:

“Una matrona es una persona que, habiendo sido admitida para seguir un programa educativo de obstetricia, debidamente reconocido por el Estado, ha terminado con éxito el ciclo de estudios prescritos en obstetricia y ha obtenido las calificaciones necesarias que le permitan inscribirse en los centros oficiales y/o ejercer legalmente la práctica de la obstetricia.

La matrona está reconocida como el profesional del control, cuidados y consejos durante el embarazo, parto y el puerperio, dirigir los nacimientos y proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y niño, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia.

La matrona participa activamente en el asesoramiento y la educación para la salud, no sólo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad. Este trabajo debe incluir la educación prenatal y preparación para la maternidad y puede extenderse a la salud de mujeres, la salud sexual o reproductiva, y el cuidado de los niños.

Una matrona puede ejercer en cualquier emplazamiento, incluyendo la casa, la comunidad, los hospitales, las clínicas o las unidades de salud.”

- 

[http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO\\_BUS=3&LEMA=matr%F3n](http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=matr%F3n)

## **TEORÍA DE LA ENFERMERÍA SELECCIONADA PARA ÉSTE ESTUDIO**

### Bases teóricas

- Es un modelo de suplencia o ayuda.
- Parte del concepto de las necesidades humanas de Maslow.

### **Modelo de Virginia Henderson**

#### Presunciones y valores

El ser un humano es un ser biopsicosocial con necesidades que trata de cubrir de forma independiente según sus hábitos, cultura, etc. El ser humano cuenta con 14 necesidades básicas:

Respirar, comer y beber, evacuar, moverse y mantener la postura, dormir y descansar, vestirse y desnudarse, mantener la temperatura corporal, mantenerse limpio, evitar los peligros, comunicarse, ofrecer culto, trabajar, jugar y aprender.

La salud es la habilidad que tiene la persona para llevar a cabo todas aquellas actividades que le permitan mantener satisfechas las necesidades básicas.

Necesidad es, pues, un requisito fundamental que toda persona debe satisfacer para mantener su equilibrio y estabilidad; de tal manera, que si uno de estos requisitos no existe, se produce un problema que hace que la persona no se mantenga en el estado de salud dentro de los límites, que en biología, se consideran normales. La necesidad no satisfecha se expresa en una serie de

manifestaciones, las cuales se pueden representar de diferentes formas para cada una de las necesidades. Cuando una necesidad no está satisfecha, la persona deja de ser un todo completo, pasando a ser dependiente para realizar los componentes de las 14 necesidades básicas.

Independencia será, por tanto, la satisfacción de las 14 necesidades básicas. Ésta se puede ver alterada por factores que Henderson denomina permanentes (edad, nivel de inteligencia, medio sociocultural, capacidad física) y variables o patológicos.

- ATS/DUE SAS Temario 1. Centro de Estudios Adams. Ediciones Valbuena S.A., Madrid. ISBN 84-8303-225-2.

## **LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.**

### 1. Respirar normalmente:

- captar oxígeno y eliminar gas carbónico.
- enfermera: debe averiguar los hábitos del cliente y planificar las intervenciones.

### 2. Comer y bebe de forma adecuada:

- ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento.
- enfermera: averiguar los hábitos del cliente, planificación en la elección de los alimentos, teniendo en cuenta las preferencias y los hábitos alimentarios del cliente y sus necesidades. Enseñanza acerca de los alimentos y de la nutrición.

### 3. Eliminar por todas las vías:

- deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.

Enfermera: averiguar los hábitos de eliminación del cliente, planificación de los horarios de eliminación teniendo en cuenta las actividades del cliente; enseñanza de ejercicios físicos, técnicas de relajación conocimiento de los alimentos y de los líquidos favorables a la eliminación.

### 4. Moverse y mantener una postura adecuada:

- estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.
- enfermera: averiguar las necesidades de ejercicio del c., planificación de un programa de ejercicios para el cliente teniendo en cuenta su condición física; enseñanza de ejercicios físicos moderados, técnicas de relajación y de descanso; procurar que el cliente evite comidas copiosas, tabaquismo, sobrepeso.

### 5. Dormir y descansar:

- enfermera: averiguar la cantidad y la calidad de sueño y reposo necesarias para el individuo; planificación de periodos de reposo y de sueño; enseñanza de técnicas de relajación, de medios para favorecer el sueño y el reposo, de un modo de vida regular.

6. Elegir ropas adecuadas, vestirse y desvestirse:

- llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.
- enfermera: averiguar los gustos y el significado de la ropa para el cliente; enseñanza del tipo de ropa requerido según el clima, las actividades, etc.

7. Mantener la temperatura corporal:

- la oscilación normal se sitúa entre 36,1°C y 38°C.
- enfermera: a) con el calor: reducción de alimentos en cantidad y calóricos, ingesta de líquidos y alimentos fríos, disminución de los esfuerzos físicos, ventilación adecuada, indumentaria ancha y blanca. b) con el frío: aumento de alimentos en cantidad y calóricos, ingesta de líquidos y alimentos calientes, ejercicios musculares, calefacción, ropa gruesa.

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel:

- enfermera: averiguar los hábitos higiénicos del cliente; planificación de hábitos higiénicos con el cliente; enseñanza de medidas de higiene:

9. Evitar los peligros del entorno:

- protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

- enfermera: mantener un medio sano; enseñanza frente: prevención de accidentes, infecciones, enfermedades, a tener medios de expansión, utilización de mecanismos de defensa según las situaciones.

10. comunicarse con los demás:

- proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras.
- enfermera: averiguar con el cliente sus medios de comunicación: enseñanza: medidas APRA mantener la integridad de los sentidos, medios de expresar sus emociones y sentimientos, etc.

11. Actuar de acuerdo con la propia fe.

- enfermera: expresión del cliente de sus creencias y valores; planificación de actividades religiosas con el cliente; informarle sobre los servicios ofrecidos por la comunidad.

12. Llevar a cabo actividades con un sentido de autorrealización:

- las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo:
- enfermera: averiguar los gustos y los intereses del cliente; sugerir diversos medios puestos a su disposición para realizarse.

13. Actuar en actividades recreativas:

- divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.



- enfermera: averiguar los gustos y los intereses del cliente; planificación de actividades recreativas; e enseñanza de: actividad recreativa, de medios de precaución seguros.

#### 14. Aprender:

- adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos.
- enfermera: averiguar las necesidades de aprendizaje del cliente; elaboración de objetivos de aprendizaje con el cliente; motivación del cliente frente al aprendizaje; enseñanza al cliente de: recursos, de medios para aprender; ayuda aportada al cliente durante el desarrollo del aprendizaje; verificación con el cliente de la consecuencia de los objetivos.

#### 5. ENUNCIADOS TEÓRICOS.

### **LA ENFERMERÍA**

Es el cuidado de la salud del ser humano. También recibe ese nombre la profesión que, fundamentada en dicha ciencia, se dedica básicamente al diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales o potenciales. El singular enfoque enfermero se centra en el estudio de la respuesta del individuo o del grupo a un problema de salud real o potencial, y, desde otra perspectiva, como complemento o suplencia de la necesidad de todo ser humano de cuidarse a sí mismo desde los puntos de vista biopsicosocial y holístico. El pensamiento crítico enfermero tiene como base la fundamentación de preguntas y retos ante una situación compleja y el cómo actuar ante dicha situación.

Es el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.

- Estatuto de Personal Sanitario No Facultativo de la Seguridad Social, Orden del Ministerio de Trabajo de 26 de abril de 1973

Las enfermeras somos las profesionales de la salud que constituimos el recurso humano más numeroso, cuyas competencias están diversificadas y se encuentran en todos los escenarios relacionados con el cuidado de la salud. Estamos presente desde el Instituto de alta especialidad, pasando por los hospitales generales, los centros de salud más alejados en las zonas rurales o urbanas, en el domicilio de las personas, las escuelas y los centros de trabajo. Las enfermeras educamos, dirigimos, asesoramos, investigamos, pero ante todo cuidamos la salud y el bienestar de los seres humanos. (1) Este objetivo principal de “cuidar” fundamenta y da sentido al aporte que las enfermeras realizan a la sociedad, es decir aportan el valor de los cuidados. (4) En la práctica profesional de la enfermería, los cuidados son la razón de ser de la profesión y constituyen el motor de nuestro quehacer y por lo tanto nuestro foco de atención y objeto de estudio de la enfermería, como disciplina profesional. (1) Tales cuidados constituyen un cuerpo propio de conocimientos, el objetivo principal y el fin de la profesión enfermera.

- Zarate Grajales, Rosa A, 2004

### **Cuidados de enfermería**

Actividades:

- Tomar y registrar los signos vitales.

- Vigilar hemorragia (contar apósitos); observar características y volumen de sangre.
- Conservar todos los tejidos y coágulos expulsados para su examen.
- Verificar que las exploraciones, etc., se realicen en condiciones de asepsia.
- Administrar antibióticos según prescripción.
- Control de signos vitales, especialmente de temperatura.
- Vigilar signos de infección en la herida quirúrgica.
- Realizar curación diaria de la herida quirúrgica.
- Permanecer con la paciente hospitalizada si está en trabajo de parto, para reducir ansiedad y dolor.
- Administrar analgésicos según sea necesario.
- Si el aborto es inevitable, explicarle que el dolor de las contracciones cesa al expulsar el embrión y las membranas.
- Enseñarle técnicas de relajación y respiración.
- Establecer si se trataba de un embarazo deseado.
- Ayudar a la madre a expresar sus sentimientos acerca del embarazo y el significado de su terminación para ella.
- Dar a la paciente el tiempo y la oportunidad de experimentar el duelo
- No decirle que “se puede volver a embarazar” ya que cada embarazo tiene su propio significado y este embarazo es una pérdida irreparable.
- Poner a la paciente en contacto con un clérigo si esos son sus deseos.
- Confirmar que el médico trate con la paciente la posibilidad de volver a embarazarse y cualquier tratamiento necesario para conducir un embarazo hasta su terminación.

- <http://nursingservices.com.co/index.php?action=view&module=paemodule&planid=2>

## **PRIMEROS AUXILIOS PSICOLOGICOS**

Los Primeros Auxilios Psicológicos tienen los siguientes objetivos fundamentales:

- Ofrecer protección, seguridad y esperanza.
- Proporcionar o aliviar de forma inmediata los síntomas agudos de estrés.
- Prevenir reacciones diferidas de estrés.

## **PRINCIPIOS BÁSICOS:**

Los Primeros Auxilios Psicológicos se organizan en torno a los siguientes principios básicos:

- Proteger: El primer objetivo debe ser el de conseguir que las personas afectadas se sientan seguras y protegidas. Desde este punto de vista, habrá que buscar y organizar:
  - Albergues físicos, refugios simbólicos (lugares para víctimas, centros de reunión, etc.)
  - Un punto especialmente importante será siempre el de la protección respecto a los medios de comunicación. Siempre será mejor evitar el contacto en estas primeras horas.

- Dirigir: El psicólogo deberá separar a las personas de los lugares peligrosos y dirigirles a otros seguros. Debe considerarse que las personas pueden llegar a estar en un estado de confusión que les impida guiarse por sí mismos.
- Conectar: El tercer principio será el de conseguir conectar a la persona con todos los recursos personales y sociales disponibles y útiles. Habrá de considerarse de forma especial los siguientes puntos:
  - Seres amados
  - Centros de información
  - Lugares o personas que puedan ofrecer apoyo
- Tratar: La intervención se centrará en el tratamiento de las reacciones de estrés agudo y duelo, principalmente, sin descuidar otros posibles comportamientos como el abuso de drogas, alcohol u otras reacciones.
- Cuidados agudos: Generalmente la asistencia solamente permitirá una atención aguda y difícilmente perdurable en el tiempo. El psicólogo debe conocer este hecho desde un principio para valorar el tipo de relación terapéutica que sea más conveniente en cada caso. En todo caso, debe orientarse hacia una intervención rápida y dejar a la persona acompañada.

## **OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN:**

- Toma de contacto del psicólogo con la situación de crisis. Para ello debe informarse sobre las características particulares de la situación de catástrofe o crisis planteada. Esta primera fase de contacto debe comprender:
  - Contextualización: conocer lo ocurrido, la magnitud de los hechos; familiarizarse con la situación antes de tomar contacto con las víctimas; y realizar una primera valoración al llegar.
  - Evaluación del Ambiente: determinar las necesidades más inmediatas y las redes de apoyo activadas hasta ese momento y establecer estrategias individuales y grupales.
  - Selección del paciente (o grupo): establecer un orden jerárquico de intervención en base al nivel de vulnerabilidad y/o gravedad más inmediato observado en las víctimas.
  - Evaluación previa del paciente: una vez seleccionado el paciente, el psicólogo debe determinar el grado de afectación o letalidad (física y emocional) del mismo, así como la potencial peligrosidad que presente en relación a sí mismo y a los otros (ataques de pánico, reacciones de agresividad, confusión, desorientación, etc.
  
- Iniciar el contacto con la persona afectada, considerando los siguientes aspectos:

- Tener en cuenta los aspectos no verbales. Para establecer un contacto no verbal adecuado, las expresiones gestuales deben ser congruentes con la situación. Es importante transmitir cercanía a través del contacto y proximidad física (sentarse al mismo nivel, al lado del paciente, mantener contacto visual, etc.).
  - - Hacer el contacto y establecer una relación. Dicha relación debe establecerse teniendo en cuenta el respeto a la persona y su situación actual, aceptando a la persona con sus características, sin emitir juicios ni buscar responsabilidades, e intentando consolarla y tranquilizarla.
  - Distanciamiento psicológico. Es conveniente ayudar a la víctima a salir de la situación proponiendo ir a pasear, tomar un café, comer algo... y proporcionar un ambiente adecuado para empezar a abordar lo sucedido.
  - Primeras preguntas. Las primeras preguntas deben estar relacionadas con los hechos ocurridos. Deben ser concretas, sencillas y dirigidas a hechos objetivos: “¿qué ha sucedido?”, “¿dónde estabas y/o qué estabas haciendo en ese momento?” etc. Se debe tratar de conseguir descripciones que lleven al procesamiento cognitivo (ordenar, asimilar y aceptar lo ocurrido) evitando centrarse únicamente en los aspectos emocionales.
- Una vez establecido el contacto, el psicólogo debe evaluar los siguientes aspectos:

- Exploración inicial: consiste en llevar a cabo un examen del estado mental (orientación espacio-temporal, etc.).
  - Identificación de problemas: suceso precipitante, estado emocional actual (crisis convulsivas, ira, embotamiento, ataques de pánico...) y procesamiento cognitivo de la situación (interpretaciones, atribuciones, negación, culpa...).
  - Estilo de afrontamiento: identificar habilidades de afrontamiento básicas (estilo evitativo vs. Activo) y promover y apoyar el estilo de afrontamiento activo.
  - Identificación de recursos personales y apoyo social.
- Facilitar la comunicación emocional y restablecer un nivel de funcionamiento adaptativo. Para ello, el psicólogo podría:
    - Facilitar la expresión emocional, a través de preguntas del tipo “¿quieres hablar?”, “¿cómo te sientes?”.
    - En este momento, una estrategia muy útil puede ser la escucha activa, estando atento a la posible aparición de una crisis.
    - Junto a lo anterior, puede resultar igualmente útil el empleo de técnicas de desactivación o activación fisiológica (respiración, relajación, control de la tensión muscular...) de acuerdo al estado y necesidades de cada caso.
    - Promover y facilitar la recuperación de su red social natural.



- Ofrecer disponibilidad y estar accesible en todo momento.
- Para que la persona afectada comprenda la crisis se puede:
  - Dar información general acerca de los problemas y efectos del estrés (síntomas); de su control y afrontamiento; y de las reacciones normales en situaciones excepcionales.
  - Dar información específica sobre el suceso actual: entender lo que ha pasado; promover una narración adaptativa (corregir errores, sesgos, falsas atribuciones, ideas irracionales, etc.); informar acerca de la situación actual (heridos, salvamento, etc.); y responder a todo lo que pregunten.
- Activar y orientar a la persona afectada hacia la acción, con objeto de que la persona afectada recupere su actividad normal. Para ello el psicólogo puede hacer hincapié en:
  - Recuperar el nivel de procesamiento cognitivo. Para conseguir esto, es muy útil volver a centrar a la persona en actividades y hechos.
  - Hacer un plan de acción, de acuerdo con la persona, en el que se discutan objetivos y posibles acciones explotando los propios recursos y estrategias de la persona afectada.
  - Planificar contratos verbales personales para cumplir el plan.
  - Planificar siempre tareas y actividades próximas y en compañía.

- Promover el funcionamiento independiente.
- Dejarle siempre acompañado, bien sea con otros profesionales o voluntarios, bien con familiares, amigos u otras víctimas.
- Estudiar la posible derivación o traslado.
- Informarle de si va a ser hospitalizado.
- Planificar el alojamiento (hogar, familiares, hospitales, hoteles, etc.).
- Planificar actividades para el hogar.

Finalmente, debe valorarse la conveniencia de derivar a la persona hacia los servicios de atención primaria o salud mental, según los casos, en los que puedan atender adecuadamente y de forma continuada a la persona.

- <http://ucienf.blogspot.mx/2009/11/primeros-auxilios-psicologicos.html>

### **Cuidados psicológicos de enfermería en el Aborto**

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. 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.

El campo de la salud opera aún bajo una concepción esencial y biológica de la condición humana 10. Se necesita un cambio de paradigma de un enfoque tradicional y biologista a un paradigma que incluya las dimensiones psicológica, social y espiritual. 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.

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.

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 medio ambiente 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 medio ambiente, 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.

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 10.

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.

Humanizar el cuidado de enfermería implica romper esquemas tradicionales de atención, brindando cuidados personalizados con un enfoque unipersonal.

Significa identificar y priorizar las necesidades a satisfacer en las pacientes teniendo en cuenta las implicaciones físicas, psicológicas y sociales. Luego entonces una dimensión superior del cuidado basada en la integralidad emerge.

El aborto Espontáneo constituye un evento de salud de bastante para la mujer, la pareja y su familia. La revisión bibliográfica sobre los cuidados de enfermería enfatiza en el cuidado enfermero desde una perspectiva integradora, de desarrollo humano y social, desde el mismo momento en que la paciente arriba al servicio. Es necesario considerar las respuestas humanas ante el aborto espontáneo desde las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales. El modelo de adaptación de Callista Roy permite analizar las dimensiones del cuidado enfocado hacia el logro de mecanismos de adaptación positivos de la mujer que vivencia la pérdida espontánea del producto de la concepción

**CAPÍTULO III**  
**ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN**

## **ALCANCE Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION**

Se realizó este estudio con un enfoque cuantitativo hipotético deductivo y con un alcance descriptivo con tendencia predictiva y aplicación transversal para poder describir cuales son la principales emociones negativas que presenta una mujer después de sufrir un aborto.

Se tomó como punto de partida las ciencias sociales y se fue bajando el plano de análisis a través de la medicina, la obstetricia, la enfermería, etc., hasta llegar a describir las principales emociones negativas y cuáles son los cuidados de enfermería que se les debe brindar a estas pacientes.

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**

## **HIPOTESIS**



## **HIPOTESIS**

### **3.1.- DESCRIPCION DE LA HIPOTESIS**

Las principales emociones negativas que sufre una mujer que acuden al hospital de nuestra señora de la salud después de un aborto son depresión, angustia, culpa, llanto, sentimiento de pérdida....

### **3.2.- DEFINICION DE LAS VARIABLES**

#### **ABORTO:**

Es la terminación del embarazo por cualquier medio antes de que el producto sea viable (que pueda sobrevivir fuera del útero), antes de que cumpla 20 semanas de gestación o antes de que pese 500gr.

#### **EMOSIONES NEGATIVAS:**

Las emociones negativas implican sentimientos desagradables. Sentimientos de venganza, resentimientos, ansiedad por los males que nos causaron, violencia, envidia, incesante recordación de deudas, etc.

### 3.3.- OPERACIONALIZACIÓN DE LA HIPOTESIS

ENCUESTAS			
1.- Con qué frecuencia piensa usted en él bebe que pudo tener y por alguna razón no llego a nacer?			
	a)siempre=18	b) casi siempre=12	c) nunca=0
2.-Usted se siente triste después de lo sucedido?			
	a)siempre=13	b) casi siempre=16	c) nunca=1
3.- Con qué frecuencia es que usted llora después de haber perdido a su bebe?			
	a)siempre=5	b) casi siempre=20	c) nunca=5
4.- Siente usted remordimiento o culpa por lo sucedido?			
	a)siempre=8	b) casi siempre=16	c) nunca=6
5.- Cree usted que podía evitar lo que sucedió y no lo hizo?			
	a)siempre=12	b) casi siempre=10	c) nunca=8
6.- Siente la necesidad de estar sola cuando recuerda lo sucedido?			
	a)siempre=8	b) casi siempre=9	c) nunca=13
7.- Con que frecuencias es que usted se siente triste?			

<b>ENCUESTAS</b>			
	a)siempre=9	b) casi siempre=16	c) nunca=5
8.- Es frecuente que no tenga ánimo para salir como lo hacía antes del suceso?			
	a)siempre=12	b) casi siempre=9	c) nunca=9
9.- Se siente rechazada por las personas que la rodean después de haber perdido a su bebe?			
	a)siempre=7	b) casi siempre=8	c) nunca=15
10.- Alguna vez se siente desesperada por lo ocurrido?			
	a)siempre=11	b) casi siempre=10	c) nunca=9
11.- Siente la necesidad de que alguien la escuche?			
	a)siempre=12	b) casi siempre=13	c) nunca=5
12.-Que tan a menudo recuerda lo que le sucedió?			
	a)siempre=12	b) casi siempre=14	c) nunca=4
13.- Ha llegado a pensar en volver a embarazarse?			
	a)siempre=13	b) casi siempre=10	c) nunca=7
14.-Cree que perdió el interés por realizar ciertas actividades que anteriormente realizaba?			
	a)siempre=10	b) casi siempre=9	c) nunca=11
15.- Le es difícil conciliar el sueño?			

<b>ENCUESTAS</b>			
	a)siempre=6	b) casi siempre=14	c) nunca=10
16.- Le he es difícil concentrarse para realizar alguna actividad?			
	a)siempre=6	b) casi siempre=14	c) nunca=10

### **3.4.- CONSTRUCCIÓN DE LOS ELEMENTOS DE MEDICIÓN**

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE  
LA SALUD. INCORPORADA A LA U.N.A.M

1.- Con que frecuencia piensa usted en él bebe que pudo tener y por alguna razón no llego a nacer?

a) Siempre b) algunas veces c) nunca

2.-Usted se siente triste después de lo sucedido?

a) Siempre b) algunas veces c) nunca

3.- Con qué frecuencia es que usted llora después de haber perdido a su bebe?

a) Siempre b) algunas veces c) nunca

4.- Siente usted remordimiento o culpa por lo sucedido?

a) Siempre b) algunas veces c) nunca

5.- Cree usted que podía evitar lo que sucedió y no lo hizo?

a) Siempre b) algunas veces c) nunca

6.- Siente la necesidad de estar sola cuando recuerda lo sucedido?

a) Siempre b) casi siempre c) nunca

7.- Con que frecuencias es que usted se siente triste?

a) Siempre b) casi siempre c) nunca

8.- Es frecuente que no tenga ánimo para salir como lo hacía antes del suceso?

a) Siempre b) casi siempre c) nunca

9.- Se siente rechazada por las personas que la rodean después de haber perdido a su bebe?

a) Siempre b) casi siempre c) nunca

10.- Alguna vez se siente desesperada por lo ocurrido?

a) Siempre b) casi siempre c) nunca

11.- Siente la necesidad de que alguien la escuche?

a) Siempre b) casi siempre c) nunca

12.-Que tan a menudo recuerda lo que le sucedió?

a) Siempre b) casi siempre c) nunca

13.- Ha llegado a pensar en volver a embarazarse?

a) Siempre b) casi siempre c) nunca

14.-Cree que perdió el interés por realizar ciertas actividades que anteriormente realizaba?

a) Siempre b) casi siempre c) nunca

15.- Le es difícil conciliar el sueño?

a) Siempre b) casi siempre c) nunca

16.- Le he es difícil concentrarse para realizar alguna actividad?

a) Siempre b) casi siempre c) nunca

**CAPÍTULO V**  
**DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y**  
**TAMAÑO DE LA MUESTRA**

## **DISEÑO DE LA INVESTIGACION Y TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Esta investigación es no experimental descriptiva transeccional y el plan de acción del diseño de la investigación está encaminado a determinar si la hipótesis de Las principales emociones negativas que sufre una mujer que acuden al hospital de nuestra señora de la salud después de un aborto son depresión, angustia, culpa, llanto, sentimiento de pérdida... es falsa o verdadera,

Para fines de esta investigación se tomó como población a las mujeres que habían abortado 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 16 preguntas cerradas.

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

Se realizó la prueba piloto a 6 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 de forma directa a los pacientes.

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.

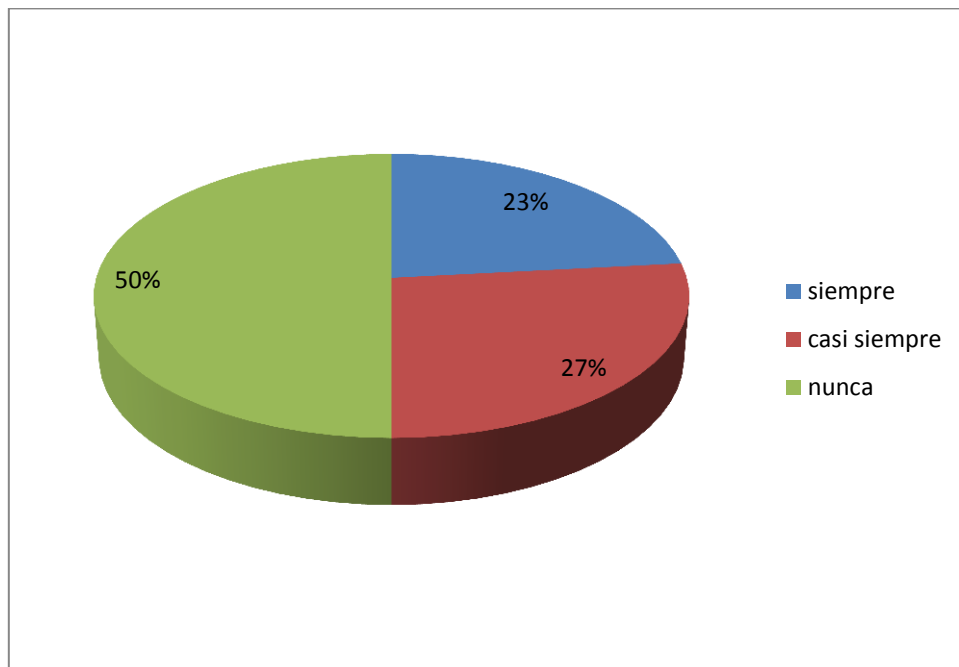
Con base en éste análisis de los datos, se construyó el capítulo VI.

## **CAPÍTULO VI**

# **RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS**

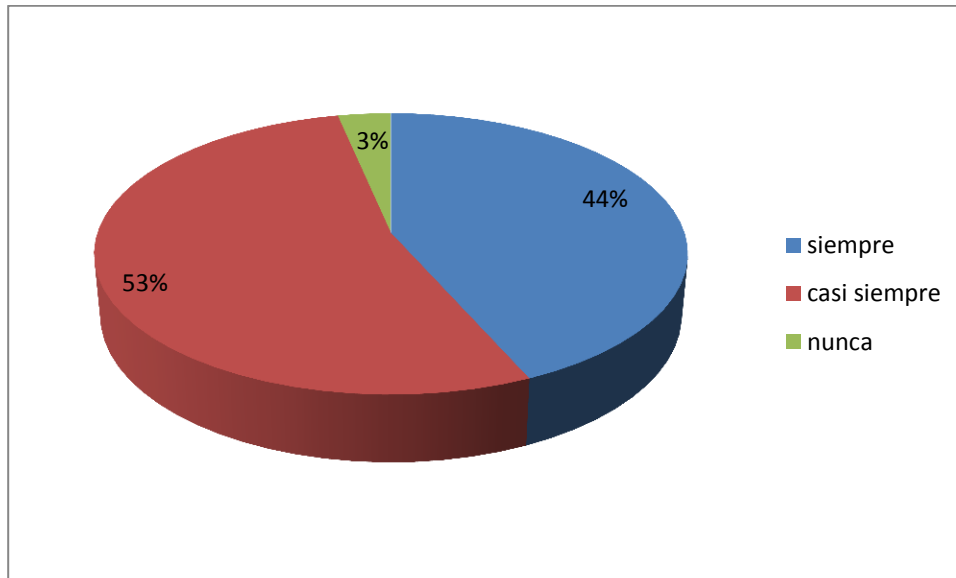
## RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

1.- Con qué frecuencia piensa usted en él bebe que pudo tener y por alguna razón no llego a nacer?



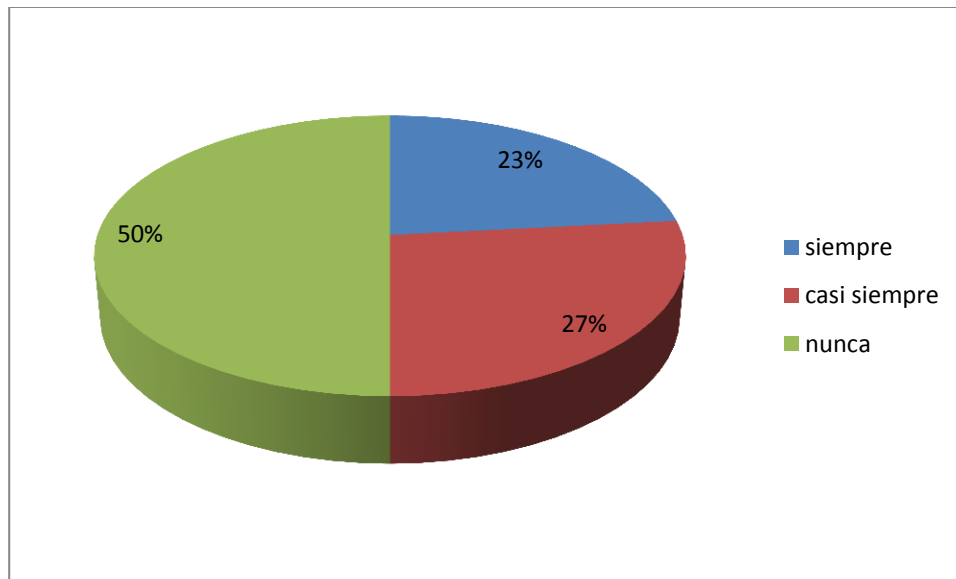
En esta interrogante se pretende analizar qué tanto es que la madre piensa en él bebe que esperaba así sabremos si es muy difícil que las pacientes superen el trauma.

2.-Usted se siente triste después de lo sucedido?



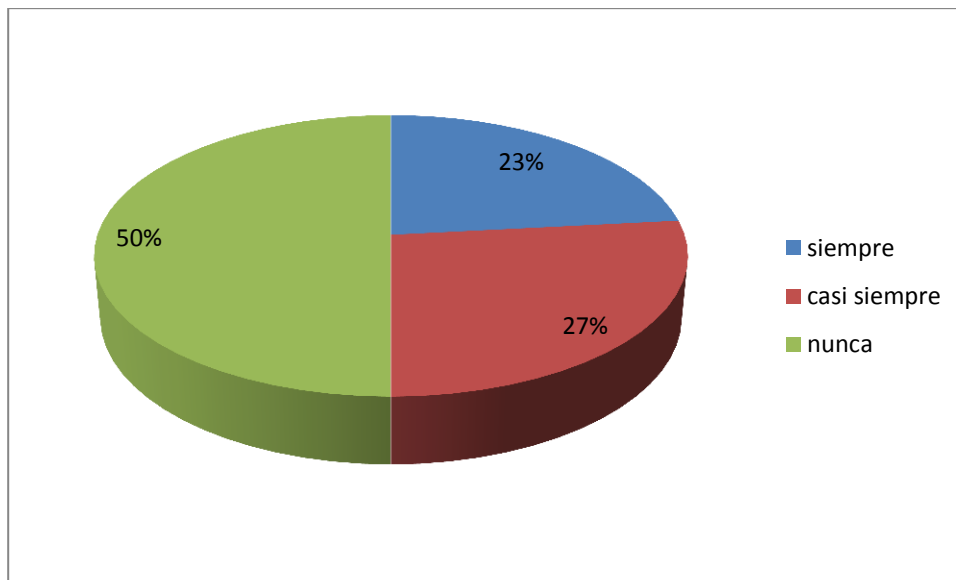
Es una manera de verificar que tan posible es que la paciente se pueda deprimir o pueda superar la tristeza de una manera no tan complicada.

3.- Con qué frecuencia es que usted llora después de haber perdido a su bebe?



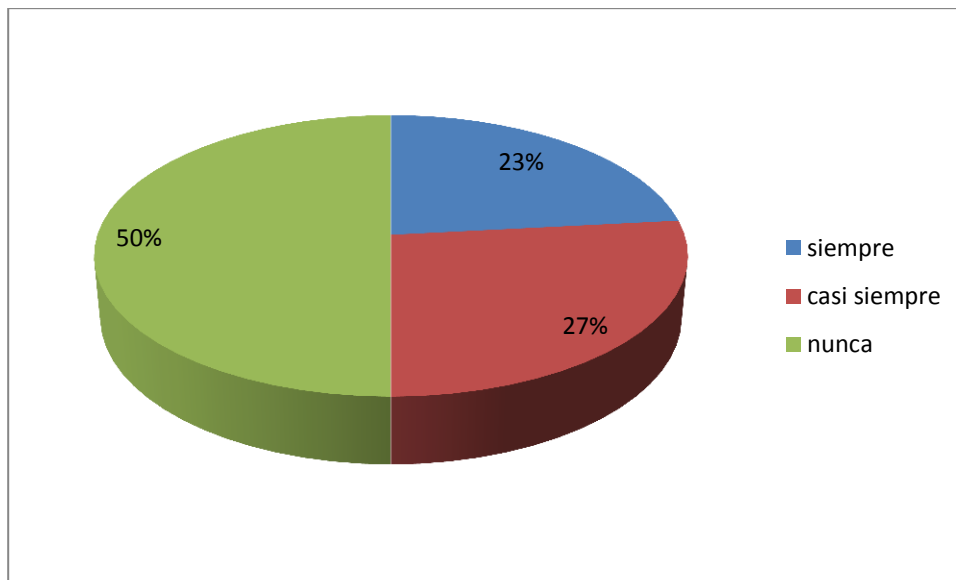
Es una manera de medir que tanto es que la paciente sufre por lo que le ha ocurrido. Y que tan posible es que se pueda recuperar.

4.- Siente usted remordimiento o culpa por lo sucedido?



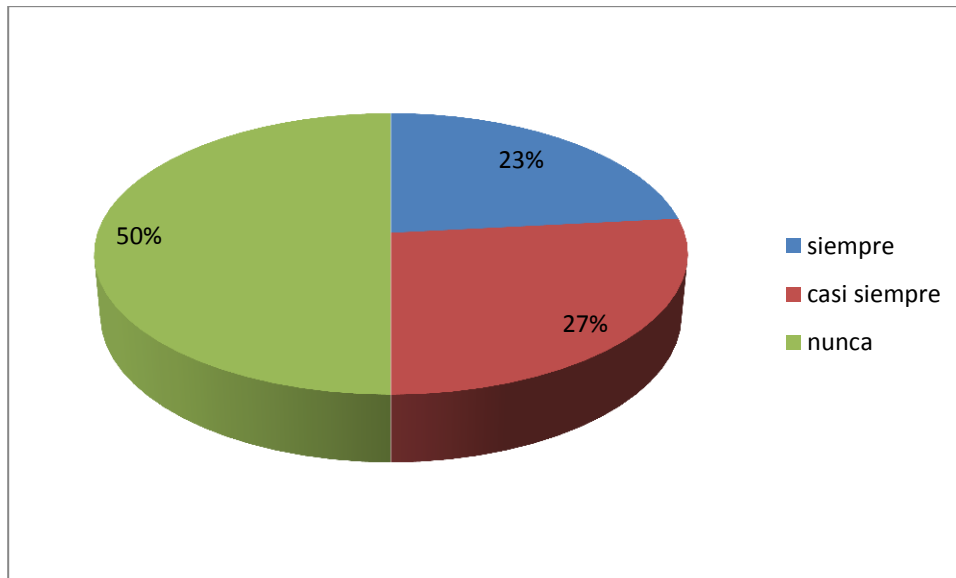
Se puede decir que así nos damos cuenta de que si las pacientes abortaron por su voluntad o aun peor alguien las obliga y el daño sea aún mayor.

5.- Cree usted que podía evitar lo que sucedió y no lo hizo?



El sentimiento de culpa mas es más frecuente entre las repercusiones que presentan las mujeres después de abortar.

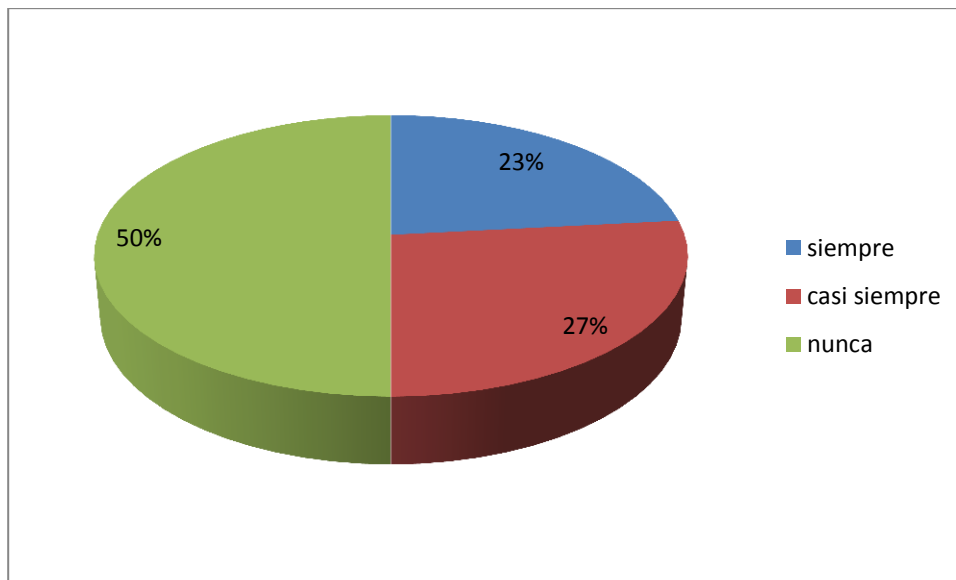
6.- Siente la necesidad de estar sola cuando recuerda lo sucedido?



Uno de los daños resultantes son la depresión, con esta interrogante se pretende saber que tan frecuente es que las pacientes se aíslan y por consiguiente se comienzan a deprimir.

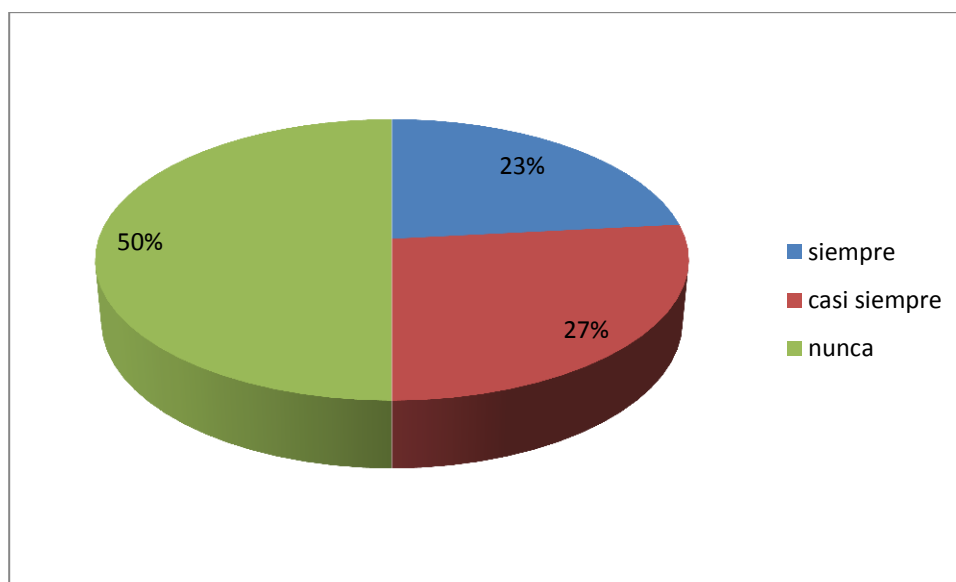


7.- Con que frecuencias es que usted se siente triste?



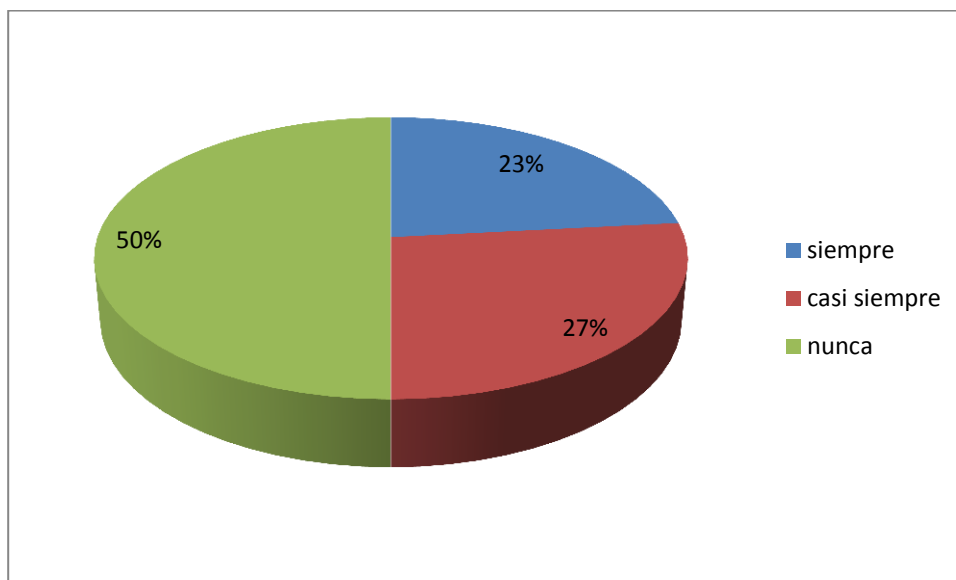
De igual manera analizamos si la paciente con frecuencia se siente triste por lo que le ha ocurrido y analizamos si es posible que se pueda complicar.

8.- Es frecuente que no tenga ánimo para salir como lo hacía antes del suceso?



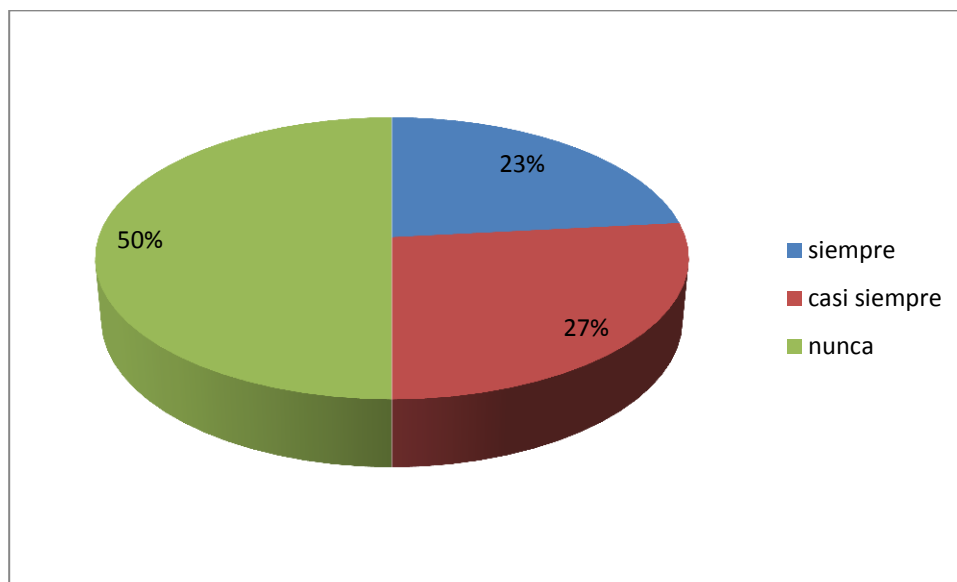
Una manera de identificar si la paciente requiere de ayuda porque muestra que le está afectando lo que le ha ocurrido.

9.- Se siente rechazada por las personas que la rodean después de haber perdido a su bebe?



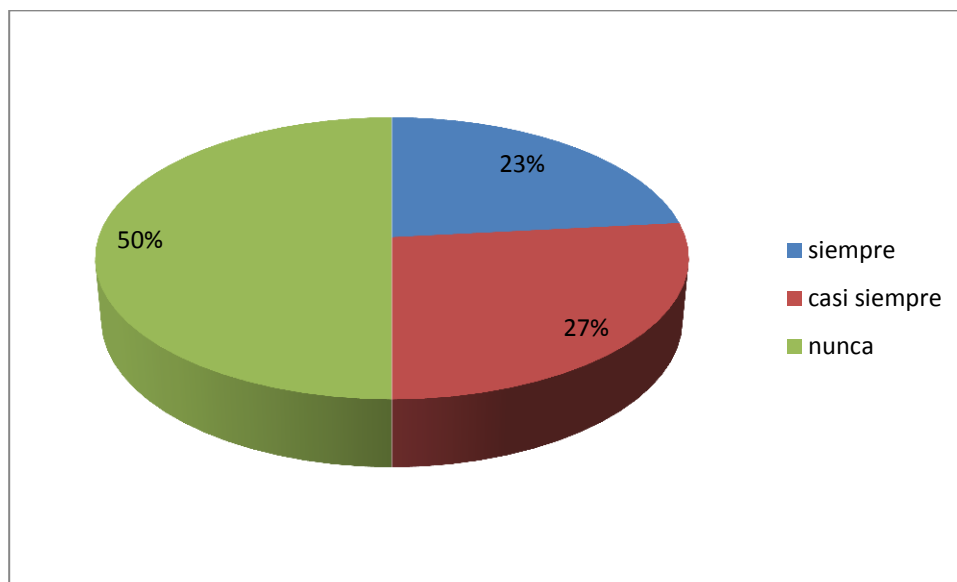
De alguna manera si la paciente pudo evitarlo y no lo hizo se sentirá triste y rechazada por las personas que querían al bebe. Esto de alguna manera afecta la recuperación de la paciente.

10.- Alguna vez se siente desesperada por lo ocurrido?



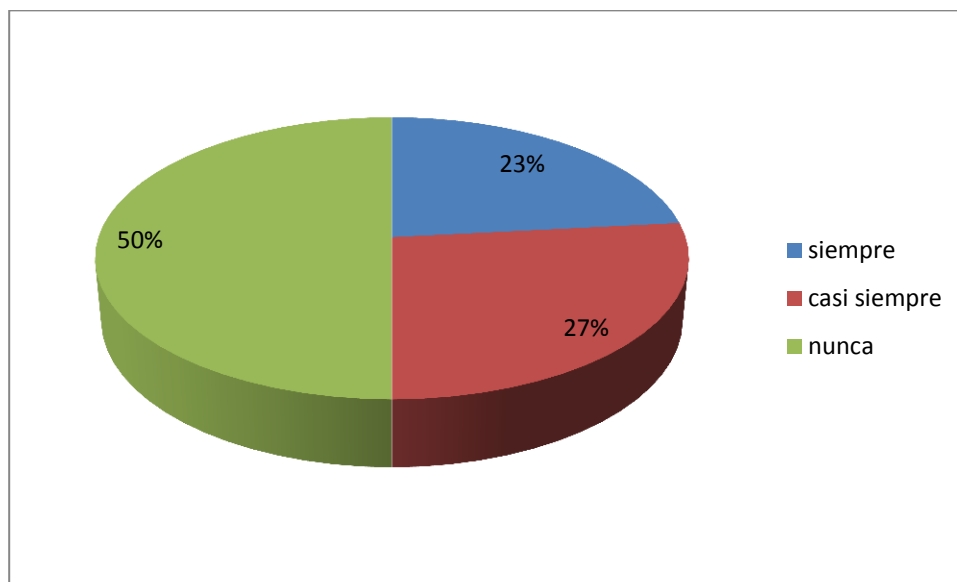
Cuando las personas se encuentran deprimidas es frecuente que se sientan incomprendidas y solas se angustian y se complica la recuperación.

11.- Siente la necesidad de que alguien la escuche?



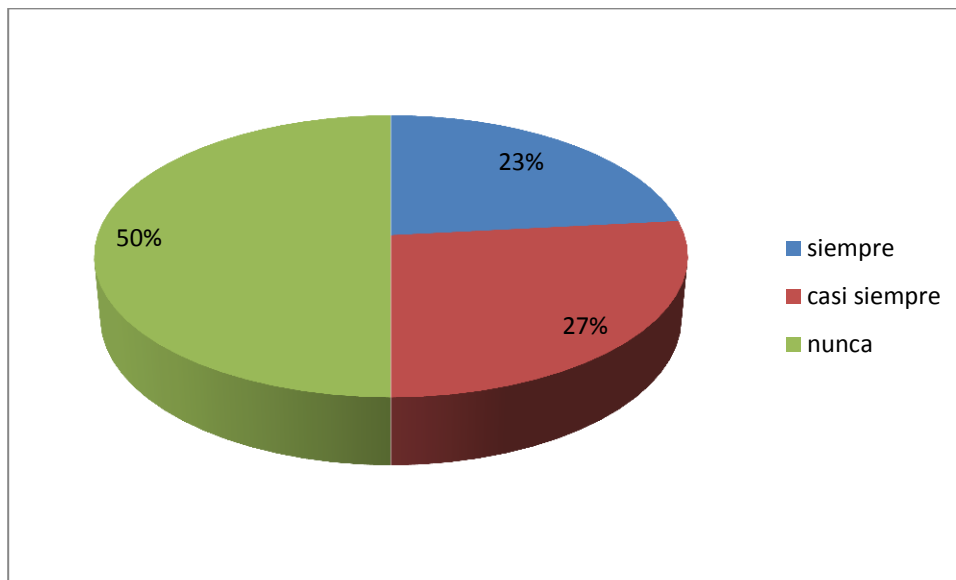
Para que la paciente pueda superar lo que le ha ocurrido en ocasiones requiere que alguien la escuche y no se sienta sola y se angustie o en otro de los casos se deprima.

12.-Que tan a menudo recuerda lo que le sucedió?



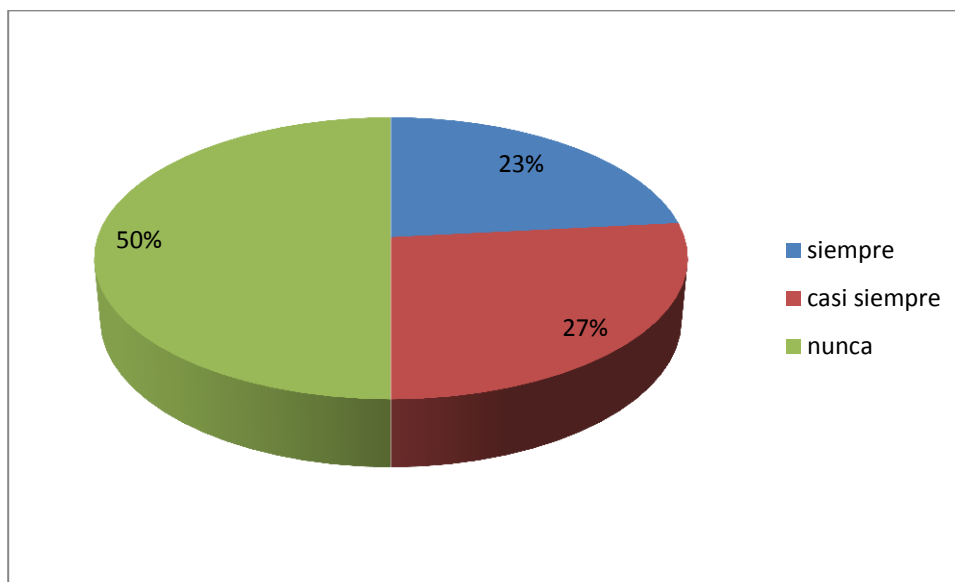
Es muy frecuente que solo pienses en su bebe independientemente de la causa del aborto ocurre un daño, para identificar que tan importante es saber si la paciente tiene muy presente lo que le ha ocurrido.

13.- Ha llegado a pensar en volver a embarazarse?



Con el paso del tiempo puede ser una forma de identificar que la paciente decide seguir adelante y continuar con una vida normal. Se identifica que se está superando el daño de lo que ha ocurrido.

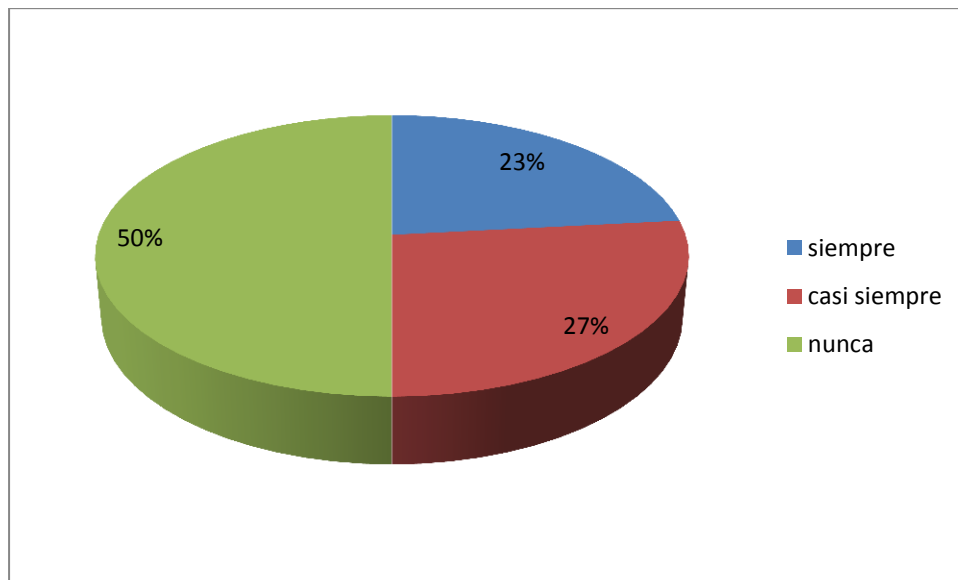
14.-Cree que perdió el interés por realizar ciertas actividades que anteriormente realizaba?



Con esta interrogante identificaremos el estado de animo de las pacientes es frecuente que pierda el interés por hacer determinadas actividades, es una manera de ver que tanto es que afecta su estado de ánimo.

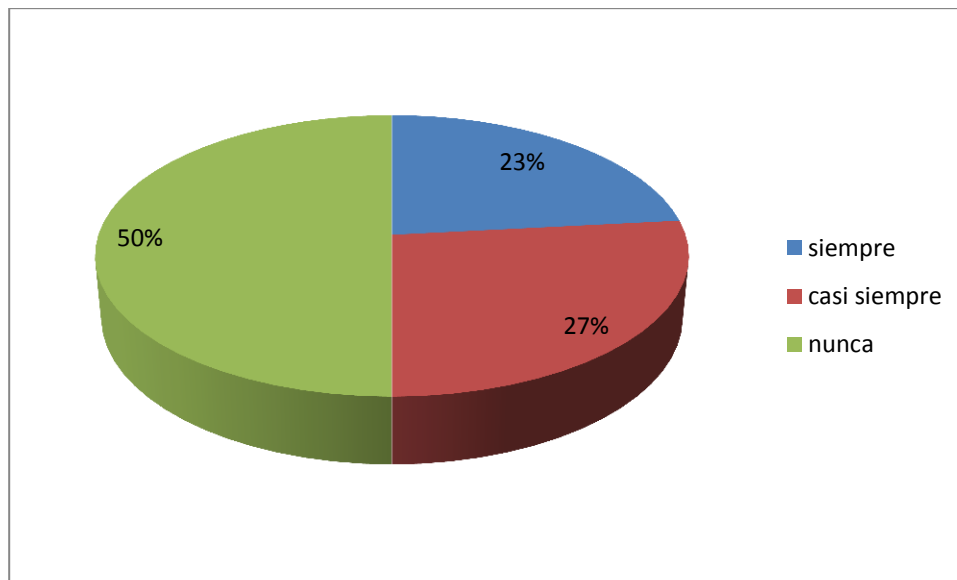


15.- Le es difícil conciliar el sueño?



El insomnio es una de las manifestaciones de angustia, de tristeza. Con esta interrogante analizamos a las pacientes y verificamos como es que lo están superando o que tan grave es el daño.

16.- Le he es difícil concentrarse para realizar alguna actividad?



De igual manera en esta última interrogante analizamos a las pacientes como es que le afecta y porque es importante que reciba cierta atención especial de ser necesario para que pueda continuar con una vida normal.

## **CAPÍTULO VII**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

En la investigación llegamos a la conclusión de que nuestra hipótesis es verdadera ya que las principales emociones negativas que sufre una mujer después de sufrir un aborto son depresión, angustia, llanto, culpa y sentimientos de pérdida.

Un aborto puede traer consecuencias no solo físicas, sino también psicológicas. Independientemente de la causa se pueden presentar en mayor a menor grado dependiendo de razones específicas de cada paciente.

Se requiere de un trato especial de las pacientes para que puedan superar este acontecimiento y puedan continuar con una vida lo más normal posible y no se complique o presente otras situaciones.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kickcfree  
<http://ucienf.blogspot.mx/2009/11/primeros-auxilios-psicologicos.html>  
<http://nursingservices.com.co/index.php?action=view&module=paemodule&planid=2>
2. Zarate Grajales, Rosa A Index La Gestión del Cuidado de Enfermería. Enferm Digital 2004; 44-45.
3. ATS/DUE SAS Temario 1. Centro de Estudios Adams. Ediciones Valbuena S.A., Madrid. ISBN 84-8303-225-2.  
[http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO\\_BUS=3&LEMA=matr%F3n](http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=matr%F3n)
4. Estatuto de Personal Sanitario No Facultativo de la Seguridad Social, Orden del Ministerio de Trabajo de 26 de abril de 1973 (publicado en el B.O.E. del 28 y 30 de abril de 1973).
5. Título Oficial del Ministerio de Educación y Ciencia de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería.
6. Alizade, A. M. (1996). Clínica con la muerte. Buenos Aires: Amorrortu.
7. Bayés, R. Psicología del sufrimiento y de la muerte. (2001). Barcelona: Martínez Roca.
8. Willke, J. C. (1992). Aborto,
9. Rachel's Vineyard Ministries. 808 N. Henderson Rd. King of Prussia, PA 19406.

10. Neldy Mendoza de Chávez  
nmendoza@ucsp.edu.pe  
[proesperanza@gmail.com](mailto:proesperanza@gmail.com)
11. Hollon, S. & Ponniah, K. A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depression and Anxiety* (2010).
12. De la Real Academia Española, Vigésima Segunda Edición,  
[http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO\\_BUS=3&LEMA=miedo](http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=miedo)
13. ARTIGOSREVISTA MA L-ESTAR E SUBJETIVIDADE / FORTALEZA  
/ V. III / N. 1 / P. 10 - 59 / MAR. 2003
14. Diccionario medico Zamora Editores Ltda. Colombia.  
Segunda reimpresión
15. psicolog\_salud\_3.pdf  
[http://webs.ono.com/aniorte\\_nic/archivos/apunt](http://webs.ono.com/aniorte_nic/archivos/apunt)
16. Organización mundial de la salud, Informe mundial sobre la violencia y la salud, Ginebra 2002.
17. ALLEYNE, George A. O. La prevención de la violencia: compromiso para la Organización. *Rev. Panam Salud Pública*, Apr./May 1999.
18. Patti Haywood-McKinney, de "Mujeres explotadas por el aborto"  
WOMEN EXPLOITED BY ABORTION. Dirección: WEBA;Route 1,  
Box 821; Venus, Texas 760840
19. Jonathan Haidt. *La hipótesis de la felicidad. La búsqueda de verdades modernas en la sabiduría antigua*. E. D. Gedisa. ISBN 84-9784-152-2.

20. Eduardo Punset (02/2006). *El viaje a la felicidad. Las nuevas claves científicas* (Octava edición). E. D. Destino. ISBN 84-233-3777-4.
21. Ekman & R.J. Davidson (Eds). Levenson, R.W. Human Emotion. A functional view. (1994).
22. Panksepp, J. A. (1992). A critical role for "Affective Neuroscience" in resolving what is basic about emotions, (2010).
23. "Salud mental y física durante toda la vida", 11 de octubre de 2005, sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Washington, D.C. "Día de la salud mental".
24. Ardila, R. La Psicología en el Futuro. Madrid: Pirámide. 2002.  
(2004)
25. Larousse P. Pequeño Larousse Ilustrado: Nuevo diccionario enciclopédico. Paris: Librería Larousse; 1920.