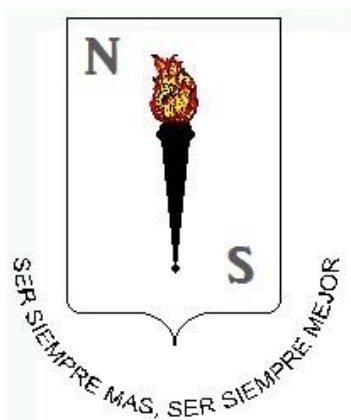


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CLAVE 8722



TESIS

DUELO MATERNO ANTE EL ABORTO ESPONTANEO.

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

ALUMNA

CRUZ ARLENE AGUIRRE GONZALEZ.

ASESORA DE TESIS

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO.

MORELIA, MICH. 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Dedicatoria.

Decidí seguir un sueño y desde ese día no volví a dormir. Afronto la vida con alegría porque tengo el amor de dos seres que confían en mí y apoyan mis decisiones, gracias queridos Padres por todo lo que hacen por mí.

Este trabajo de investigación está dedicado a las personas más importantes de mi vida: mis padres José Luis y Mayola, no existen palabras para describir cuan agradecida estoy con ustedes, más que darme la vida me han dado la inspiración para lograr mis metas, me han alentado a trabajar para alcanzar objetivos, a nunca detenerme ante nada y no darme por vencida, me han acompañado en los triunfos y en los fracasos, siempre se han mostrado dispuestos a brindarme su apoyo incondicional aunque no se encuentren en completa sintonía con mis decisiones; si, me refiero en específico a esta decisión en la que implicaba perseguir un sueño, ser enfermera, confieso, no fue fácil, dejar la comodidad que tenía en casa para adaptarme a un nuevo estilo de vida, muchas ocasiones callé la tristeza de extrañarlos para evitar que la angustia se topara en su camino y no causar más preocupación de la que yo era consciente ya vivían día con día, sin embargo aunque al principio parecía una mala decisión, hoy puedo decir que es la mejor que he tomado en la vida, y si fuera necesario que volviera a elegir una profesión sin duda volvería a elegir enfermería, sin lugar a duda el esfuerzo de ustedes es el motivo por el cual es posible que redacte estas líneas.

Gracias por darme esta oportunidad, por dejarme formar parte de la maravillosa vida de un hospital, pues más que una profesión es una lección de vida, he aprendido a valorar la importancia del cuidado de la salud, y tengo la fortuna de encontrarme en los primeros momentos de vida de un nuevo ser y así mismo puedo sostener la mano de un ser que se despide de este mundo, sin su apoyo, dedicación, esfuerzo y amor jamás lo habría logrado; ahora puedo ver recompensadas todas esas despedidas difíciles pero que eran necesarias. Gracias, los amo.

Luis Ernesto: mi increíble héroe, muchas gracias por ser mi hermano, por siempre tener una palabra de aliento para esos momentos difíciles, por estar ahí siempre que te necesito, por brindarme tu apoyo incondicional, con el simple hecho de saber que cuento contigo, sin duda alguna eres el mejor hermano que pude haber tenido, sabes que a pesar de las dificultades siempre estaré para ti en cualquier circunstancia para brindarte mi apoyo, no sabes lo feliz que me hace que formes parte de este momento importante en mi vida, gracias por todas esas ocasiones en las que me has hablado con el ejemplo, en las que has demostrado que la distancia solo es cuestión de kilómetros y que no es ningún impedimento para sentir el cariño en una palabra de aliento, cada año de vida ha valido la pena pues siempre has estado a mi lado dándome tu cariño y comprensión, eres un gran ejemplo para mí, mi protector quien se preocupa por mí aunque aparente no hacerlo, a pesar de la diferencia de edad y en cuanto al carácter distinto, cada momento a tu lado han sido llenos de dicha y felicidad, no imagino ninguna de las etapas de mi vida sin que tú te encuentres a mi lado, sencillamente y en palabras simples eres el mejor y tenía que ser mi hermano.

Marley: mi princesa, mi valiente guerrera, no logras darte una idea de lo importante que eres para mí, lo feliz que me hace que formes parte de mi vida, gracias por todo tu apoyo por confiar en mí, y por pedirle a Dios por que llegara este momento, sin lugar a duda te escucho, comenzaste a hacerme feliz desde el momento que llegaste a mi vida, el amor y el cariño no está determinado por cargas genéticas, ese se determina con el corazón, y se construye día con día a base de amor incondicional, convivencia, respeto y mucha comprensión, sabes que estaré para ti siempre, me enorgullece que siempre buscas la manera de salir adelante y no permites que las dificultades sean grandes o pequeñas te hagan abandonar tus metas, eres la mejor hermana, mi pequeña guerrera no pude tener mayor bendición que la dicha de que estés a mi lado, gracias.

Abuelos Fidel y Rosa: más que abuelos, mis segundos padres, gracias por todo su apoyo y amor incondicional, por formar parte de esta historia que es mi vida, por siempre preocuparse y estar ahí cuando más los necesito. Gracias por estar siempre presentes en cada uno de los escalones de mi educación hasta llegar a el día de hoy, sin duda alguna todo su amor y su entrega sin condiciones, ha contribuido a que este culmen de mi carrera como profesional sea posible, son y siempre serán las segundas personas, después de mis padres que ocuparan un lugar muy especial en mi vida y mi corazón. Sin ustedes jamás lo habría logrado, siempre preocupándose y ocupándose de mi bienestar, la pequeña bebé que un día cuidaron creció y se esforzaron en demostrarle su amor en cada etapa de su vida, gracias a ello, hoy me encuentro redactando estas letras.

Abuelos Guadalupe y Dolores: Aunque ya no estén aquí, logro sentir su compañía, y se perfectamente que aun en el lugar que se encuentran siguen cuidando de mí, guían mis pasos y me siguen a todas partes, en la primera partida era pequeña para comprender lo que sucedía más sin embargo en mi memoria siempre estaba el recuerdo de tu persona y el cuestionamiento ¿Dónde estás? Después comprendí que siempre vivías en mis recuerdos, en la última partida, comprendí que la vida se compone de alegrías y tristezas y que, aunque no te pueda ver siempre estarás en mi mente y corazón. Abuelos gracias por los bellos momentos que viven en mi memoria, y permanecerán en mi corazón tanto como dure mi vida, los quiero y recuerdo con amor.

Dedico también este trabajo de investigación a las madres que han sufrido un aborto, mujeres valiosas que han experimentado la pérdida más dolorosa, la de un hijo, recordando siempre el vacío que deja este y que a pesar de ello continúan con su vida cotidiana.

Agradecimientos.

A mis padres:

El Sr. José Luis Aguirre Zamora y la Sra. Mayola González Arellano, por ser en todo momento mi gran modelo a seguir, y brindarme su amor incondicional.

A mis hermanos:

Joven Luis Ernesto Aguirre González y Srita. Marley Ortiz González, por ser parte de mi vida y estar presentes en todo momento.

A mis abuelos:

El Sr. Fidel González Peña y la Sra. María Rosa de Lima Arellano Sandoval, por dedicar su vida a mi bienestar buscando siempre la manera de verme feliz

A mi familia:

Por brindarme su apoyo y cariño ante cualquier circunstancia, estando presentes en todo momento.

A la doctora:

Yanitzia Álvarez Reyes por su apoyo y asesoría para el desarrollo óptimo de esta investigación.

A las 33 mujeres que participaron para la
recolección de la muestra:

*Sin su participación, no habría sido posible
llegar al culmen de esta investigación, gracias
por compartir sus experiencias.*

A los profesores de la escuela de
Enfermería del Hospital de Nuestra
Señora de la Salud:

*Por contribuir a mi formación académica
durante los 4 años de la carrera.*

A mis amigas:

*La Srita. Cisneros Rosiles Cinthia Paulina y
la Srita. Sánchez García Karen Alexis, por
estar a mi lado durante esos años, brindarme
su amistad incondicional y alentarme en todo
momento a seguir y llegar al culmen de la
carrera.*

A mis compañeras:

*Por compartir con ustedes estos 4 años
todas con un propósito en mente; ser siempre
más, ser siempre mejor, enfermeras.*

Índice.

Pregunta de investigación:	14
Objetivos.	14
General:	14
Específico	14
Hipótesis:	14
Variables:	15
Independiente:	15
Aborto espontaneo:.....	15
Dependiente:.....	15
Duelo materno.	15
Justificación:.....	16
Criterios de inclusión.	18
Criterios de exclusión.	18
Criterios de eliminación.	18
Límites.	18
1 Capítulo 1: ABORTO ESPONTANEO.....	19
1.1 Definición de aborto.	20
1.2 Clasificación del aborto.	20
1.2.1 Aborto espontaneo.....	20
1.2.2 Provocado.	20
1.2.3 Variaciones presentación del aborto.....	21
1.3 Etiología del aborto.	22
1.4 Factores asociados al aborto espontaneo de repetición.	22
1.4.1 Infecciosos.....	23
1.4.2 Uterinos.....	23
1.4.3 Endocrinas.....	24
1.4.4 Edad de los miembros de la pareja.....	25
1.4.5 Consanguinidad entre los miembros de la pareja.....	26
1.4.6 Patología materna.....	26
1.4.7 Consumo de tóxicos.	31
1.5 Producto de aborto.....	32

1.6	Métodos de terminación del embarazo.....	32
1.6.1	Legrado por aspiración.....	33
1.6.2	Intercambio de líquido amniótico por solución salina hipertónica o alguna otra sustancia.....	33
1.6.3	Dilatación cervical y legrado mecánico.....	33
1.6.4	Inserción de tallos de laminaria en el conducto cervical.....	34
1.6.5	Usos de prostaglandinas.....	34
1.6.6	Inserción de tallos de laminaria y metreurinter.....	34
1.6.7	Histerotomía y evacuación de los productos de la concepción.....	35
2	Capítulo 2: DUELO MATERNO.....	36
2.1	Concepto de Duelo.....	37
2.2	Tipos de duelo.....	38
2.2.1	Duelo normal.....	38
2.2.2	Duelo patológico.....	39
2.2.3	Duelo anticipado.....	41
2.2.4	Pre duelo.....	41
2.2.5	Duelo inhibido o negado.....	41
2.2.6	Duelo crónico.....	41
2.3	Duración del duelo.....	42
2.4	Etapas del duelo.....	42
2.4.1	Negación.....	42
2.4.2	Cólera.....	42
2.4.3	Negociación.....	43
2.4.4	Depresión.....	43
2.4.5	Aceptación.....	43
2.5	Duelo materno.....	43
2.6	Manifestaciones del duelo.....	44
2.6.1	Sentimientos:.....	44
2.6.2	Sensaciones físicas:.....	44
2.6.3	Cogniciones:.....	44
2.6.4	Alteraciones perceptivas.....	44
2.6.5	Conductas:.....	44

2.7	Teoría del duelo de Elisabeth Kübler Ross.....	45
2.7.1	Biografía.....	45
2.7.2	Teoría.....	46
3	CAPÍTULO 3:.....	51
3.1	Muestra.....	51
4	CAPÍTULO 4: ÉTICA DE ESTUDIO.	64
4.1	Código de ética para enfermería.....	64
4.1.1	Capitulo I. Disposiciones generales.....	64
4.1.2	Capitulo II. De los deberes de las enfermeras para con las personas.....	64
4.1.3	Capitulo III. De los deberes de las enfermeras como profesionistas.....	65
4.1.4	Capitulo IV. De los deberes de las enfermeras para con sus colegas.....	65
4.1.5	Capitulo V. De los deberes de las enfermeras para con su profesión.....	66
4.1.6	Capítulo VI. De los deberes de las enfermeras para con la sociedad.....	66
4.2	Decálogo del código de ética.....	67
4.2.1	Para las enfermeras y enfermeros en México.....	67
4.3	Ley general de salud.....	68
4.3.1	Título quinto investigación para la salud.....	68
5	Consentimiento informado.....	69
	TEMA: duelo materno tras el aborto espontaneo.....	69
5.1	Cronograma.....	70
6	Conclusión.....	70
7	Anexos.....	74
7.1	Guion metodológico.....	74
	General:.....	74
	Específico.....	74
7.2	Cuestionario.....	75
7.3	Glosario.....	81
	Bibliografías.....	92

Introducción.

“El dolor del duelo es tan parte de la vida como lo es la alegría del amor; es, quizás, el precio que pagamos por el amor, el coste del compromiso”.

Colin Murray Parkes.

El proceso de pérdida es el más complejo por el cual el ser humano atraviesa a lo largo de su vida, y no es necesario que la pérdida sea de una persona, también existen pérdidas de objetos, animales o bienes, se comprende que será causante de dolor todo aquello que sea perdido y genere un impacto emocional en la persona, estos generadores de dolor deben ser considerados importantes por quien sufre la pérdida o en su defecto la persona en cuestión debe de tener la necesidad del objeto perdido o tener una gran parte de sentimientos de la persona incluidos en el.

El duelo se presenta como ya fue mencionado ante diversas circunstancias de la vida diaria, y se encuentra integrado por una serie de pasos que se encuentran relacionados entre sí, los cuales son elemento fundamental en relación al proceso que conlleva la superación de la etapa de dolor.

Sentir dolor es absolutamente natural en el ser humano, debido a que es una respuesta del sistema límbico (sistema en el cuerpo humano encargado de generar las emociones) que conforma a cada individuo, dicho sistema se activa dando respuesta según al estímulo que le sea proporcionado por ejemplo; si se encuentra ante un estímulo agradable el sistema límbico proporcionara un sentimiento de felicidad, si nos encontramos ante un estímulo irritante el sistema límbico proporcionara un sentimiento de desagrado o de enojo, así pues según el estímulo será la respuesta.

El proceso emocional por el cual atraviesa el ser humano ante cualquier tipo pérdida resulta ser un tema complejo esto se debe a que la manera en que cada persona

manifiesta el dolor causado por la pérdida se expresa de diferente forma a consecuencia de los sentimientos y emociones que la persona tiene sobre lo que se perdió y que aparecen ante el proceso de dolor, incluso este duelo es complicado de expresar por la misma persona que sufre en duelo, porque no es capaz de lograr identificar que emoción o sentimiento tiene ante el proceso, porque comúnmente suele manifestar una variedad de sentimientos y emociones que se entrelazan unas con otras y que a su vez son necesarias no solamente sentir las o identificarlas, sino también ayudan como parte del proceso para superación y aceptación siendo cíclicas.

El duelo resulta un proceso lento y complicado de analizar por la mente humana y que sin la estabilidad emocional necesaria pueden causar graves sentimientos de culpabilidad que van a impedir cumplir estas etapas necesarias para la superación del duelo.

El dolor es un sentimiento normal en cualquier ser humano, sin embargo, este dolor puede y llega a convertirse en un dolor crónico y que de manera frecuente ocasiona un tipo de duelo llamado patológico.

En el duelo patológico se muestran diversos signos que se manifiestan como cambios físicos o conductuales e incluso afectan el rendimiento laboral o escolar de la persona que lo vive, estos signos los cuales son visibles y fáciles de identificar, debido a que son cambios drásticos que no existían antes de la pérdida.

El duelo materno es un tipo de dolor en el cual causa un gran impacto sobre la mujer que se encontraba gestante, debido a que le crea un sentimiento de vacío y culpabilidad además de muchas otras emociones, las cuales todas van encaminadas hacia la falta de aquel ser que se encontraba en gestación dentro de su útero.

La madre además experimenta soledad en su pérdida aún se encuentre compartiendo el dolor dentro de un núcleo familiar pues de manera inconsciente observa al feto que crece dentro de ella como si le perteneciera completa y

absolutamente a ella, olvidando que los demás integrantes del núcleo familiar también forman parte y comparten la tristeza y el dolor de la pérdida.

Este dolor se incrementa cuando es causado por un aborto espontáneo, pues la mujer gestante no logra comprender cuál es el motivo que causó el aborto de manera que termina auto culpándose en la mayoría de los casos, siendo este un problema emocional con el cual la mujer vive día con día, debido a que la mayoría de ellas no conocen y no llevan ayuda tanatológica para afrontar el dolor causado por la pérdida.

Planteamiento del problema:

El aborto espontáneo es un evento con el cual el personal de enfermería se ve involucrado en su labor diario; por tanto, existe la necesidad de brindar una atención integral a la mujer que atraviesa por este proceso, tomando en cuenta a la mujer como un ser biopsicosocial, enfocando esta atención en la parte psíquica para ayudarla a enfrentar el proceso de duelo causado por el aborto espontáneo. La necesidad de brindar una atención integral y la fuerte vinculación que tiene enfermería con las pacientes de obstetricia es el motivo por el cual se dio inicio con esta investigación. Es al personal de enfermería a quien le corresponde abarcar también esta atención, debido a que es la enfermera (o) quien se encuentra en constante contacto con la paciente, y en algunas ocasiones quien acompaña a la paciente, por motivo de que ocasionalmente no es posible que en esos momentos se encuentre algún familiar con ella, además de que no se cuenta con una persona destinada para brindar un apoyo tanatológico para que de esta manera la mujer logre aceptar el proceso por el cual atraviesa y enfrentarlo de la forma más apropiada. De manera que es importante para el personal de enfermería conocer la reacción de la mujer embarazada ante el momento de una pérdida del producto de la gestación.

Se observa también que las enfermeras se enfocan solamente en la mujer como un ser biológico, ocupándose solamente por sus necesidades biológicas y fisiológicas, dejando de un lado el área psíquica, sin preocuparse por las emociones a las que se enfrenta la paciente mientras atraviesa el procedimiento de duelo, por esto es necesario dar a conocer las distintas formas de experimentar el duelo, para que así el profesional pueda brindar un acompañamiento emocional en el tiempo de internamiento de la mujer que atraviesa por un estado de duelo después de sufrir un aborto espontáneo, que como el propio término lo dice es un proceso inesperado para ella y que lógicamente además del dolor de saber de la pérdida, se encuentran emociones como la duda y el temor ante la situación por la que atraviesa, por eso es de suma importancia que el personal de enfermería brinde atención tanatológica.

Pregunta de investigación:

- 1: ¿Cómo manifiesta la madre el duelo tras el aborto espontáneo?
- 2: ¿La edad gestacional influye en la manera en que la madre experimenta el dolor?

Objetivos.

General: conocer la manera de manifestar el dolor ante la pérdida de un hijo.

Específico: analizar las diferentes formas en que la madre manifiesta el dolor tras la pérdida del producto gestacional por un aborto espontáneo para analizar si la edad gestacional influye en el duelo materno.

Hipótesis:

- 1: La mujer manifiesta el duelo ante el aborto espontáneo con emociones como son: depresión, culpa, negación, ira, tristeza, soledad, confusión, incertidumbre, miedo.
- 2: El duelo materno es proporcional a las semanas de gestación, a mayor edad gestacional mayor duelo experimenta la madre, a menor edad gestacional, menor duelo experimenta la madre.

Variables:**Independiente:****Aborto espontaneo:**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define aborto espontáneo como la pérdida de la gestación antes de las 26 semanas, cuando el feto no está aún en condiciones de sobrevivir con garantías fuera del útero materno. Un aborto espontáneo ocurre cuando un embarazo termina de manera abrupta. Un 8 y 15 por ciento de los embarazos, según las fuentes que se detectan terminan de esta manera, aunque un número importante y difícilmente valorable pasan desapercibidos.

Dependiente:**Duelo materno.**

Según Kowalski (1987) el duelo se puede presentar desde la concepción hasta el final del primer año de vida, lo que convierte en pérdidas perinatales al embarazo ectópico, al aborto espontáneo o inducido, a la reducción selectiva, a la muerte de un gemelo en gestación, al feto muerto intraútero o intraparto, a la muerte del prematuro, a la del neonato, y también a los bebés nacidos con anomalías congénitas o y los hijos cedidos en adopción ampliando así el duelo de materno.

Justificación:

El proceso de dolor es uno de los más complejos a nivel emocional al cual se enfrenta el ser humano, toda persona en algún momento de su vida, se encuentra cara a cara con este sentimiento que causa un sufrimiento, y la manera en que se manifiesta en cada individuo se ve exteriorizada de diferente manera, esto es porque cada uno de nosotros demuestra las emociones de diferente manera y dirige sus sentimientos de acuerdo con la percepción propia de su entorno. El dolor es un sentimiento que forma parte de nuestra vida y por tal motivo no puede ser ignorado, se puede omitir el hablar de este proceso más sin embargo no significa que se encuentre ausente de nuestra vida.

Cuando un hijo (a) pierde a su madre o padre, se dice queda huérfano, cuando una esposa (o) pierde a su esposo (a) se dice que queda viuda (o), pero ¿cómo se le llama cuando una madre pierde un hijo? El dolor de una madre ante la pérdida de un hijo, es un proceso de dolor al cual en la actualidad no se le ha podido asignar un nombre.

La manera en que cada mujer manifiesta sus sentimientos y emociones es muy variable, cada una va a expresarse de acuerdo al entorno donde se encuentre, haciendo que algunas nunca superen este dolor causado por la pérdida del producto del embarazo, por esto es necesario analizar las diferentes formas en que la madre manifiesta el dolor tras la pérdida del producto gestacional por un aborto espontáneo para que el profesional de enfermería pueda brindarle apoyo emocional a la paciente durante el periodo de internamiento, y así sea más sencillo para madre lograr la superación de este proceso, pues se sentirá acompañada y que ante esta situación no se encuentra sola. Es importante que el profesional se preocupe por las mujeres que sufren un aborto pues es la enfermera quien se encuentra en constante interacción con la mujer y profesionalmente debe encargarse de brindar una atención que abarque al ser biopsicosocial que es la mujer.

Guion metodológico.

Esta investigación es de tipo mixta, cuantitativa y cualitativa.

Cuantitativa, porque se llevó un proceso plateó un problema de manera concreta, se plantearon las hipótesis, se llevó a cabo la revisión de literatura para construir el marco teórico, y los datos que se obtuvieron se analizaron mediante métodos estadísticos (graficas).

Y se considera de forma cuantitativa porque para la recolección de datos de llevo a cabo la aplicación de cuestionarios de tipo entrevista, donde el entrevistador aplico el cuestionario analizando además del lenguaje verbal, el lenguaje no verbal que la persona entrevistada o cuestionada mostro en el momento. Se llevó investigación dentro de las instalaciones de un hospital, más sin embargo también se llevó a cabo en el domicilio particular de algunas de las mujeres que participaron en la recolección de la muestra.

Criterios de inclusión.

Participaron mujeres que han sufrido un aborto espontaneo.

Criterios de exclusión.

No participa el personal de salud.

Criterios de eliminación.

No fueron aceptadas aquellas respuestas que se encontraran con doble respuesta en una misma pregunta, respuestas que no arrojaron una respuesta clara y las preguntas que no se encuentro escrita con letra legible, estas no fueron tomadas en cuenta para la recopilación de datos.

Límites.

Esta investigación se llevó a cabo en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud de Morelia Michoacán, en el servicio de obstetricia, y en la comunidad del ejido Benito Juárez en Baja California Sur, dicha investigación se llevó a cabo del 25 de julio 2016 al 21 de abril del 2017.

1 Capítulo 1: ABORTO ESPONTANEO.



1.1 Definición de aborto.

Aborto: expulsión o extracción de la totalidad (completo) o una parte (incompleto) de la placenta o de las membranas sin feto identificable o con un producto vivo cuyo peso es menor a 500 gramos. En ausencia de un peso conocido, se puede utilizar la edad gestacional de menos de 20 semanas completas (139 días) calculadas a partir del primer día del último periodo menstrual normal. Aborto es el termino referente al nacimiento antes de completar 20 semanas de gestación (Edward J 1989).

1.2 Clasificación del aborto.

1.2.1 Aborto espontaneo.

Expulsión de los productos de la concepción antes de la semana 20 de la gestación sin que se siga un método deliberado para ello. (Edward J.1989).

El aborto es la interrupción del embarazo por cualquier medio, con la consiguiente expulsión de un feto inmaduro y no viable. El difícil problema de cuando comienza la viabilidad, subrayado aún más por los recientes avances en los cuidados intensivos neonatales, con supervivencia de niños muy pequeños, se resuelve habitualmente aceptando la siguiente definición: el feto de menos de 20 semanas de gestación, a partir del primer día del último ciclo menstrual, o con peso inferior a 500 g, se considera un aborto. El aborto espontaneo en el primer trimestre es un instrumento de la selección natural, que mejora eficazmente la calidad de los fetos que pueden llegar a término (Niswander 1988).

1.2.2 Provocado.

Se dividen en dos, terapéutico y criminal.

1.2.2.1 Terapéutico.

Interrupción del embarazo antes de la semana 20 de gestación por indicación médica comprobada. (Edward J.1989).

1.2.2.2 Criminal.

Interrupción del embarazo sin indicación médica por cualquier medio antes de la semana 20 de gestación. Los términos aborto criminal y aborto ilegal no son términos médicos adecuados. (Edward J.1989).

El aborto provocado o inducido consiste en la muerte deliberada del producto de la concepción por parte de la propia embarazada o de otra persona, mediante el empleo de agentes físicos o químicos. Estos medios abortivos se clasifican según su naturaleza y según el mecanismo de acción. (Gisbert Calabuig, J.2004).

1.2.3 Variaciones presentación del aborto.

1.2.3.1 Aborto completo.

Expulsión de todos los productos de la concepción antes de cumplir 20 semanas.

1.2.3.2 Aborto contagioso.

Es el producido por la Brucella abortus (bacilo de Bang), que da lugar al aborto cuando infecta al ganado vacuno y también puede afectar al ser humano.

1.2.3.3 Aborto habitual.

Es la ocurrencia de tres o más abortos consecutivos.

1.2.3.4 Aborto incompleto.

Expulsión de algunos de los productos del embarazo por cualquier medio antes de la semana 20 de la gestación. Puede ser terapéutico o no terapéutico.

1.2.3.5 Aborto inevitable.

Estado en el que ocurre hemorragia de origen intrauterino antes de la semana 20 de la gestación con dilatación progresiva y continua del cuello uterino sin expulsión de los productos de la concepción.

1.2.3.6 Aborto infectado.

Es el aborto asociado con infecciones de los órganos genitales.

1.2.3.7 Aborto diferido.

Es aquel en el que el embrión o feto muere dentro del útero antes de la semana 20 de gestación, pero los productos de la concepción quedan retenidos dentro del mismo durante 8 semanas o más.

1.2.3.8 Aborto séptico.

Un aborto infectado en el que ocurre una diseminación de microorganismos y sus productos hacia la circulación general de la madre.

1.2.3.9 Amenaza de aborto.

Estado en el cual hay hemorragia de origen intrauterino antes de la semana 20 de gestación con o sin cólico, sin expulsión de los productos de la concepción ni dilatación cervical.

(Edward J.1989).

1.3 Etiología del aborto.

Según Quereda (1998) el proceso reproductivo implica una fina coordinación de gran número de procesos en los cuales pueden producirse alteraciones que conduzcan a errores irreparables manifestados en forma de aborto. en su origen participan muchas causas, destacando anomalías del producto.

Resulta difícil hablar de etiología del aborto espontaneo. En realidad, más que factores de riesgo o factores etiológicos se debe de hablar de factores asociados por lo que resulta necesario hablar acerca de cada uno de los principales factores de riesgo del aborto espontaneo.

1.4 Factores asociados al aborto espontaneo de repetición.

Es de suma importancia establecer cuales son algunos de los factores que se asocian con el aborto, la edad de la pareja, la consanguinidad entre los progenitores, y las principales patologías maternas que pueden condicionar que se desencadene un aborto espontaneo.

1.4.1 Infecciosos.

Aunque muchos han sido los agentes implicados como causa de aborto, solamente *Treponema Pallidum* cumple las tres condiciones necesarias para considerar una enfermedad infecciosa como causa de aborto de repetición:

- a) La presencia de cultivos positivos en sucesivas gestaciones de una misma mujer que acabarán en el aborto.
- b) La presencia del germen en los restos tisulares de los abortos repetidos de una misma mujer.
- c) La mejoría en términos de resultado del embarazo cuando el proceso infeccioso es tratado, demostrada mediante estudios prospectivos y bien controlados.

Resulta inexcusable la determinación rutinaria de la serología luética en pacientes con infertilidad, por su propio valor diagnóstico y porque una falsa serología positiva puede desenmascarar un posible trastorno auto inmunitario subclínico, tal como un síndrome anti fosfolípido primario o síndrome de Hughes. (Acién P. 1996).

1.4.2 Uterinos.

Incluyendo anomalías congénitas, miomas, insuficiencia cervical, sinequias uterinas y patología endometrial.

La implantación del huevo tiene lugar a los 6-7 días de la fecundación en la capa funcional del endometrio. Es fundamental que esta capa posea una estructura y vascularización adecuadas, que condicionarán un medio favorable a la implantación en lo que se ha venido a denominar receptividad endometrial. Por este mismo motivo, cualquier infección, sustancia toxica o alteración anatómica que distorsione la estructura o la transformación funcional de todo o parte del endometrio podría dar lugar a alteraciones de la fase peri-implantativa que conduzcan al aborto. (Salvatierra V.1977).

1.4.3 Endocrinas.

Se han considerado tres factores endocrinos como agentes con un posible papel etiológico en el aborto de repetición: los defectos luteínicos, la diabetes mellitus y la patología funcional tiroidea, en forma de hipertiroidismo o hipotiroidismo.

El cuerpo lúteo constituye una estructura esencial en las primeras fases del embarazo. Su acción, mediada por la progesterona, resulta indispensable durante las 7-8 primeras semanas posteriores a la última menstruación, al permitir una adecuada implantación embrionaria y disminuir la sensibilidad miometrial al estímulo contráctil. Existen tres mecanismos por los cuales un déficit de progesterona podría conducir al aborto:

a) Déficit de progesterona durante la fase lútea del ciclo menstrual.

Supone una deficiente acción gestagénica en las fases implantativa e inmediatas que puede conducir al aborto. Se detectan defectos luteínicos en esta fase hasta en el 20% de pacientes con aborto de repetición.

b) Déficit de progesterona en la fase de rescate del cuerpo lúteo.

Un déficit en la producción de progesterona en la fase transicional de secreción de ésta entre el cuerpo lúteo gravídico y el trofoblasto podría conducir al aborto precoz. De incidencia desconocida, en el diagnóstico de este trastorno podría ser de gran ayuda la determinación de los niveles plasmáticos circulantes de progesterona, pero resulta difícil definir si el origen de dicho trastorno deriva de un defecto intrínseco del cuerpo lúteo o si por el contrario reside de una inadecuada producción de la hormona gonadotropina coriónica.

c) Déficit de progesterona tras el periodo de dependencia del cuerpo lúteo.

Un defecto en la producción de progesterona tras la octava semana de gestación podría producir el aborto, pero dicha circunstancia resulta difícilmente demostrable. Por dicho motivo la incidencia de este trastorno es desconocida. (Verdú LI. 2003) (Zapardiel Gutiérrez I .2008).

Respecto a las endocrinopatías se ha defendido que no existe información suficiente para sostener que puedan jugar un papel en el aborto de repetición, si ha podido comprobarse, un aumento de pérdidas embrionarias en el primer trimestre de gestación en pacientes diabéticas, cuando existe una importante descompensación metabólica en el periodo implantatorio. La determinación rutinaria de perfiles hormonales tiroideos o test de tolerancia a la glucosa no está indicada en pacientes que consultan por aborto de repetición solo ante la sospecha clínica deberá investigarse la posible presencia de estas endocrinopatías. (Craig LTB.2006).

1.4.4 Edad de los miembros de la pareja.

La edad de la pareja es un factor importante, debido a que al encontrarse a los extremos de la edad reproductiva la posibilidad de que se desarrolle algún tipo de complicación que termine en aborto se verá aumentada.

1.4.4.1 Edad materna.

Es el principal factor que se asocia a la aparición de aborto espontáneo. En las mujeres sin otro factor de riesgo para presentarlo, conforme a mayor es la edad, mayor es la incidencia de dicha complicación.

Este aumento de riesgo conforme se incrementa la edad de la madre no puede ser atribuido exclusivamente a la mala calidad ovocitaria secundaria al aumento de la edad, pues en estudios con gestaciones obtenidas mediante donación de ovocitos los resultados son equiparables a los anteriores, una vez que la fase de implantación ha finalizado. (Acién P. 1996).

1.4.4.2 Edad paterna.

En cuanto al varón y la gametogénesis, al igual que ocurre en la mujer, es posible que con la edad se acumulen mutaciones en las espermatogonias, con el riesgo de que dichas alteraciones aparezcan en la descendencia.

Se estima que más del 20% de los ovocitos de cualquier mujer presentan alteraciones cromosómicas, cifra mucho mayor que la que se maneja para las alteraciones de los espermatozoides; por este motivo se asume que la mayoría de alteraciones cromosómicas constitucionales tienen un origen materno quedando la

edad paterna relegada a un segundo plano, como factor contribuyente en la aparición de malformaciones congénitas. (Nicolaidis P. 1995).

1.4.5 Consanguinidad entre los miembros de la pareja.

Según Clemente M. (2006) existen tres grados de consanguinidad, entendido por primer grado de la pareja formada entre dos primos hermanos, segundo grado entre primos segundos y tercer grado entre primos terceros.

En los matrimonios consanguíneos aumentan la probabilidad de que ambos progenitores sean portadores de una misma mutación. Dicha probabilidad, que aumenta con el grado de consanguinidad y el número de genes compartidos, implica un riesgo genético para la descendencia. El riesgo real se calcula en base a que todos somos portadores de al menos un gen recesivo potencialmente causante de enfermedad grave y de los genes que podrían originar una enfermedad letal. (Clemente M. 2006).

1.4.6 Patología materna.

Son aquellos procesos patológicos maternos que suponen una afectación general y la relacionan con la pérdida del embarazo en función del grado de repercusión que tenga sobre la fisiología materna; ante un inadecuado control estas enfermedades podrían condicionar abortos de repetición en caso de que el agente causante persistiera en las sucesivas gestaciones.

A continuación de acuerdo a la especial relevancia clínica de algunas de estas enfermedades serán mencionadas:

1.4.6.1 Fibromas uterinos.

Los fibromas también denominados leiomiomas o miomas, son tumores benignos del útero que se presentan en un alto porcentaje de mujeres. Ricos en matriz extracelular, derivan de los miocitos presentes en el miometrio, admitiéndose un origen clonal en su etiología: un único miocito sufre una mutación somática que favorece su proliferación, siendo su crecimiento estimulado por otros factores

genéticos y/o ambientales (como los estrógenos y la progesterona). (Walker CL 2005).

Aunque se ha observado que aparecen con mayor frecuencia en pacientes infértiles que en mujeres sin trastornos reproductivos, principalmente en aquellas con aborto habitual, sin embargo, parece poco probable que sean una causa directa de aborto cuando su localización esta fuera de la cavidad uterina.

Los miomas que distorsionan la cavidad, la alteración vasculomiometrial asociada y el propio efecto masa podrían condicionar una mayor propensión al aborto; aun así, existen referencias que apuntan hacia una disminución de las tasas de gestación en aquellos casos de leiomioma que no comprometen la cavidad. (Dones J. 2002).

1.4.6.2 Diabetes mellitus.

La diabetes mellitus es una enfermedad médica que con mayor frecuencia coincide en el embarazo. Es producida por una insuficiencia insulina que determina una alteración en la movilización y aprovechamiento de la glucosa.

La diabetes gestacional la padecen todas aquellas que se diagnostican por primera vez en el curso del embarazo, con independencia del momento de la gestación en que se detecten, de la severidad del trastorno metabólico, del tratamiento que precisen, de su continuidad después del parto o de la posibilidad de que la diabetes estuviese presente antes de la gestación. La propia definición obliga a recatalogar los casos de diabetes gestacional tras el parto, porque puede tratarse en realidad de diabetes preestacionales no conocida. Aproximadamente el 10% de las diabéticas embarazadas son preestacionales y el 90% restantes, gestacionales. (Lombardía J. 2007).

La sociedad española de ginecología y obstetricia acepta los establecidos en el III Workshop on Gestacional Diabetes Mellitus, en ayudas 105 mg/dl, a la hora 190 mg/dl, a las dos horas 165 mg/dl y a las tres horas 145 mg/dl.

Para comprobar el diagnostico, se requieren una serie de requisitos para que la prueba sea aceptada como valorable. En primer lugar, es preciso realizarla por la

mañana, tras un ayuno de 8-14 horas, después de tres días de dieta libre, y actividad normal en el ritmo de vida de la gestante.

La diabetes mellitus durante el embarazo es un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones tanto en la madre como en la descendencia. La diabetes pregestacional aumenta la frecuencia de malformaciones y abortos en el periodo de la organogénesis y de crecimiento intrauterino retardado. Por otra parte, tanto diabetes gestacional como diabetes pregestacional conllevan una situación de hiperinsulinismo fetal que aumenta el riesgo de macrosomía, pérdida de bienestar fetal, miocardiopatía hipertrófica e inmadurez fetal. Todo ello conlleva un aumento en la frecuencia de distocias, traumatismos obstétricos, cesaras, síndrome de distrés respiratorio y alteraciones metabólicas neonatales (Bartha.2006).

El tratamiento de la diabetes en la mujer embarazada asienta sobre tres grandes pilares: dieta, ejercicio e insulino terapia. Esta última adquiere una especial relevancia en las pacientes con diabetes pregestacional. El objetivo final de la terapia en estas pacientes era lograr un perfil glucémico lo más próximo al de las gestantes no diabéticas(Bartha.2006).

La dieta debe ser normo calórica, no restrictiva y en la medida de lo posible adaptada a las necesidades nutricionales y el estilo de vida de cada paciente. Solamente con las dietas individualizadas se logra un mejor cumplimiento del tratamiento y es más fácil lograr el objetivo deseado, es decir la normo glucemia en el caso de la diabética gestacional (Jovanovic L. 2000).

El ejercicio físico aumenta el consumo de glucosa y mejora la sensibilidad a la insulina, y esto en el caso de las diabéticas gestacionales puede evitar en algunas la necesidad de iniciar tratamiento insulínico al disminuir la insulinoresistencia (Manson JE.1991).

Desde la introducción de la insulina como tratamiento para la diabetes, las tasas de mortalidad y morbilidad han mejorado; sin embargo, permanecer significativamente mayores que las de la población en general.

Se ha podido constatar que un mal control metabólico de la diabetes en el momento de la concepción, incrementa el riesgo de defectos congénitos en el sistema nervioso central (defectos del tubo neural), cardiopatías (mala posición de grandes vasos), alteraciones del macizo oro facial (labio leporino) y alteraciones de miembros y de columna (Aberg A. 2001).

El tratamiento para la paciente con diabetes gestacional dependerá de las preferencias de su médico tratante de acuerdo a las necesidades de la paciente, sin embargo, el método por el cual se controle la diabetes gestacional habrá de repercutir como complicaciones fetales como aborto espontáneo, mortalidad, anomalías congénitas y macrosomía. Regular los niveles de glucemia en el embarazo dará lugar a un beneficio para el binomio materno fetal. (Aberg A. 2001).

1.4.6.3 Trastornos tiroideos.

Según Larser PR (1981) las hormonas tiroideas son esenciales para la regulación y estimulación de metabolismo, el control de temperatura y el crecimiento y normal desarrollo materno-fetales.

Su síntesis y liberación se encuentran muy finamente controladas por un complejo mecanismo hormonal de retroalimentación, el cual la glándula hipofisaria juega un papel preponderante: el hipotálamo secreta hormona liberadora de tirotrópica (TSH) por la adenohipófisis. La TSH accede al torrente circulatorio y se une a los receptores del tiroides, donde controla la producción y liberación de tiroxina (T4) y triyodotironina (T3), que a su vez inhiben la liberación de TSH por la hipófisis. Parte de la T3 es secretada por el tiroides, pero la mayor proporción se produce por desyodación de T4 en los tejidos periféricos. Tanto la T4 como la T3 circulan en la sangre unidas a proteínas transportadoras (principalmente globulina transportadora de hormonas tiroideas o TBG, transtiretina y albumina) (Larser PR.1981).

En estados de aumento de las proteínas transportadoras se encuentran niveles aumentados de T3 y T4 totales, con concentraciones de hormonas libres normales. A la inversa, en enfermedades sistémicas graves. Hepatopatía crónica y síndrome

nefrótico se encuentran niveles bajos de T3 y T4 totales con concentraciones normales de hormonas libres (Kasper DL. 2005).

La interrelación tiroides gestación es recíproca. El embarazo influye en la normal función del tiroides, del mismo modo que las difusiones tiroideas pueden afectar la fertilidad de la mujer, el curso del embarazo establecido, la salud fetal, y el estado materno y del recién nacido en el postparto. Además, las funciones tiroideas materna y fetal están íntimamente ligadas y ciertos cuadros gestacionales, como la hiperémesis gravídica o la mola hidratiforme pueden alterar también la función tiroidea (Cunningham FG. 2001).

Los niveles de T3 y T4 aumentan desde el inicio de la gestación y se mantienen altas hasta después parto. Está aumentada la fracción unida a proteínas, mientras que la libre es igual o ligeramente menor al final del proceso. Sin embargo, las determinaciones plasmáticas del índice de tiroxina libre pueden ser falsamente elevadas por infravaloración de los niveles de TBG (Seely BL.1999).

En lo que respecta a la disfunción del tiroides durante el embarazo, se puede afirmar que no es una asociación infrecuente y puede pasar fácilmente desapercibida debido al estado hipermetabólico propio del embarazo. Si no se hace a tiempo el tratamiento adecuado, tanto el hipotiroidismo como el hipertiroidismo pueden afectar adversamente a la madre y al feto. (Le Beau SH.2006).

1.4.6.4 Trombofilias.

Las trombofilias constituyen un grupo variado de trastornos relacionados con la coagulación que están asociados con una predisposición a eventos trombóticos. Estos estados hipercoagulables pueden ser tanto hereditarios como adquiridos.

Estos trastornos han sido estrechamente asociados con tromboembolismos venosos tales como la trombosis venosa profunda y el embolismo pulmonar potencialmente fatal. Con frecuencia, las mujeres que presentan abortos espontáneos recurrentes pueden presentar una afección subyacente como una enfermedad autoinmune (Preston FE.1996).

1.4.7 Consumo de tóxicos.

1.4.7.1 Alcohol.

El consumo de alcohol en el embarazo incrementa el riesgo de aborto espontáneo, el bajo peso al nacer y la muerte fetal. Además, cuando hablamos de alcoholismo existe una frecuente asociación del mismo con malnutrición y otros hábitos poco saludables que afectan negativamente sobre el embarazo. (Coste J.1991).

1.4.7.2 Tabaco.

El riesgo de aborto, ha sido confirmado en fumadoras de más de 10 cigarrillos al día. Se estima que cada año se producen entre 19.000 y 141.000 abortos como consecuencia del hábito tabáquico. (Chatenoud L.1998).

1.4.7.3 Cafeína

En relación con la cafeína en el aborto espontáneo destaca un aumento del riesgo entre las mujeres cuya una ingesta diaria de cafeína era superior a los 500 mg/día. Sin embargo, este riesgo de aborto espontáneo se encuentra presente entre aquellas mujeres que consumen dosis tan bajas como 150 mg diarios, si bien no puede descartarse que este efecto pueda deberse a otros factores como la edad o el consumo de alcohol y tabaco. (Fernández O.1998).

1.4.7.4 Cocaína.

El consumo de cocaína está asociado con un aumento en la incidencia de malformaciones urogenitales y muerte embrio-fetal uterina, si bien esta segunda asociación sólo ha podido ser comprobada, respecto a la población sin hábitos tóxicos. (Lutiger B.1991).

1.4.7.5 Marihuana.

La marihuana puede producir abortos, prematuridad y muestra intrauterina del feto, aunque esto solo se ha comprobado en animales. En los hijos de madres consumidoras de esta droga se ha comprobado una mayor incidencia de alteraciones de la visión y del comportamiento. (Bailón E.2006).

1.5 Producto de aborto.

Recién nacido muerto expulsado antes de alcanzar un peso de quinientos gramos. En ausencia del peso desconocido, puede ser útil la estimación de la duración de la gestación en menos de veinte semanas (ciento treinta y nueve días) calculada a partir del primer día del último periodo menstrual normal. (Edward J. Quilligan.1989).

1.6 Métodos de terminación del embarazo.

Según Edward J. Quilligan, (1989) la necesidad de llevar a término el embarazo debido a causas terapéuticas provocó que ginecólogos y obstetras buscaran la implementación de algunos métodos los cuales permitieran llegar a la finalización del embarazo. La elección del método sería proporcional a la edad gestacional y algunos otros factores, en ocasiones resultaba necesario que estos métodos se combinarán para obtener un mejor resultado.

Por ello se implementaron varios métodos para la terminación del embarazo, sin embargo, hoy en día estos métodos ya no son utilizados. A continuación, se enlistan y describe cada uno de ellos.

- a) Legrado por aspiración.
- b) Intercambio de líquido amniótico por solución salina hipertónica o alguna otra sustancia.
- c) Dilatación cervical y legrado mecánico.
- d) Inserción de tallos de laminaria en el conducto cervical.
- e) Usos de prostaglandinas.
- f) Inserción de tallos de laminaria y metreurinter.
- g) Histerotomía y evacuación de los productos de la concepción.

1.6.1 Legrado por aspiración.

Según Edward J. Quilligan (1989) es la aspiración mediante vacío para evacuar los productos de la concepción. Las pacientes a quienes se ha de practicar un aborto terapéutico no deberá tener más de trece semanas de embarazo (trece semanas a partir del primer día del último ciclo menstrual). Las estructuras fetales están bastante bien definidas después de las doce semanas de gestación y la implantación placentaria es más firme. Los intentos de aspiración uterina después de la semana trece pueden dar lugar a la extracción incompleta de productos de la concepción, lesiones cervicales, hemorragia interna e infección postaborto.

1.6.2 Intercambio de líquido amniótico por solución salina hipertónica o alguna otra sustancia.

Según Edward J. Quilligan (1989). es el método por el cual se aspira el líquido amniótico con una aguja raquídea de 3.5 pulgadas o 9.1 centímetros aproximadamente calibre 18, la cantidad aproximada de líquido amniótico que será aspirada es de 50 mililitros, posteriormente se inyectan de ciento cincuenta a doscientos mililitros de solución salina al veinte por ciento utilizando un sistema cerrado entre la cavidad amniótica y el frasco de solución salina. El procedimiento está contraindicado en pacientes con diabetes, hipertensión, enfermedades renales, cardiopatías congénitas y reumáticas.

1.6.3 Dilatación cervical y legrado mecánico.

Según Edward J. Quilligan (1989) es un procedimiento que debe realizarse si el embarazo no excede 10 semanas de gestación. Se debe comenzar con la dilatación del cuello uterino mediante la utilización de los dilatadores de Hegar, la dilatación debe llevarse a cabo hasta donde sea posible sin lesionar el cuello uterino, requiriéndose hasta quince o veinte minutos para alcanzar el resultado deseado, o sea, la introducción de un dilatador de Hegar número dieciséis o mayor. Desde luego este grado de dilatación no es posible si el embarazo tiene menos de 8 semanas. Posterior a la dilatación se deberá continuar con el legrado mecánico apoyándose en la utilización de legras.

1.6.4 Inserción de tallos de laminaria en el conducto cervical.

Según Edward J. Quilligan (1989) la laminaria digitata es una especie de alga marina que cuando seca es sumamente higroscópica; al quedar el tallo expuesto a la humedad éste es capaz de expandirse hasta cinco veces su diámetro inicial. Es importante resaltar que este no es un método abortivo, sino que únicamente genera la dilatación del cérvix sin provocar traumatismos. Además de esta técnica se debe de utilizar algún otro método el cual produzca el aborto.

1.6.5 Usos de prostaglandinas.

Las prostaglandinas son compuestos complejos presentes en la mayor parte de los tejidos humanos, desde el punto de vista obstétrico el interés se ha centrado en las prostaglandinas E₂ (Dinoprostona) y F_{2α} (Misoprostol). (Edward J. Quilligan. 1989).

Según Bengtsson y Eliasson R. (1962) observaron que mediante el empleo de bandas de miometrio obtenidas durante cesáreas, que el musculo del segmento uterino superior experimentaba contracciones vigorosas y sostenidas cuando se le estimulaba con prostaglandinas E₂ (Dinoprostona) y F_{2α} (Misoprostol).

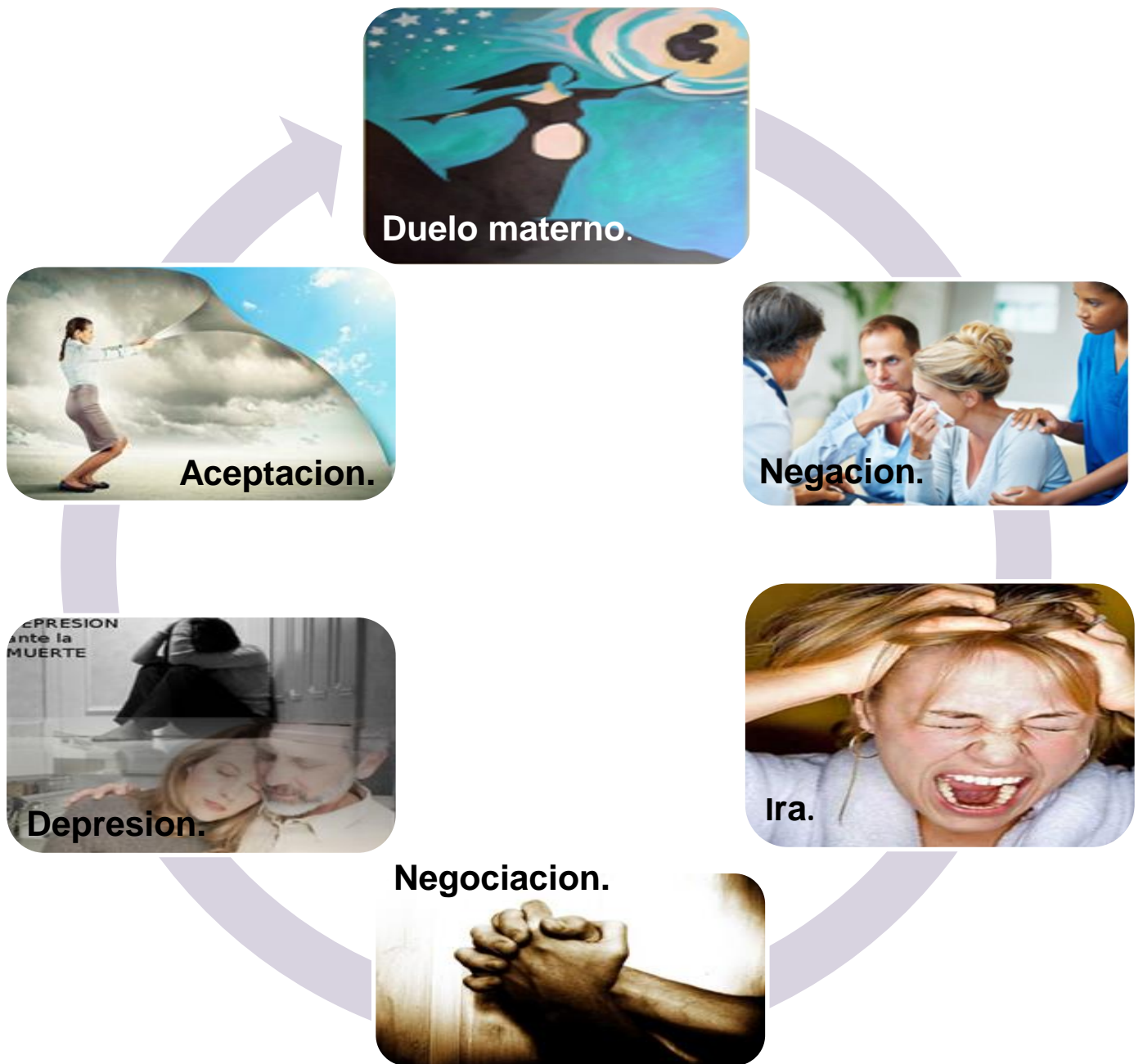
1.6.6 Inserción de tallos de laminaria y metreurinter.

Según Menabe y Nakajima (1972) Recomiendan el uso de tallos de laminaria para inducir el aborto entre las semanas trece y catorce de la gestación. Se dejan los tallos en el cuello durante veinticuatro horas y después de retirarlos se inyecta maleato de ergometrina o sulfato de esparteína, expulsando los productos de la concepción con una pinza placentaria y legrado instrumental bajo anestesia general de corta acción. Estos autores recomiendan la introducción de dos o tres tallos de laminaria después de la semana quince, para posteriormente introducir un metreurinter. El tiempo promedio entre la inserción del metreurinter y la expulsión del producto varía entre quince y cuarenta horas.

1.6.7 Histerotomía y evacuación de los productos de la concepción.

Puede ser el método de elección en ciertas ocasiones especiales tales como: la paciente se ha sometido a 3 o 4 cesáreas; el embarazo ha progresado más allá del primer trimestre; el cuello uterino esta excepcionalmente duro; ha fracasado la inyección de solución salina o de alguna otra, o ha fracasado la inyección intraovular o extraovular de prostaglandinas.

2 Capítulo 2: DUELO MATERNO.



2.1 Concepto de Duelo.

Duelo: Reacción de pérdida de un ser amado o una abstracción equivalente. El término duelo viene del latín dolus (dolor) y es la respuesta emotiva natural a la pérdida de alguien o de algo. Se manifiesta en el proceso de reacciones personales que siguen a una separación o a cualquier tipo de pérdida.

El término luto del latín lugere (llorar) es la aflicción por la muerte de alguna persona querida; Se manifiesta con signos visibles externos, comportamientos sociales y ritos religiosos.

El duelo es la matriz que reúne la respuesta a las separaciones de ambientes, bienes materiales, roles sociales, valores afectivos, lazos afectivos, la salud y la separación de las personas queridas. (Arnoldo Pangrazzi. 2005).

La Real Academia de la Lengua define el duelo (del lat. dolus, dolor) como dolor, lástima, aflicción o sentimiento que se tiene por la muerte de alguien. (Real Academia Española. 2001).

El proceso psicológico que se pone en marcha debido a la pérdida de una persona amada. (Bowlby J. 1997).

La elaboración del duelo de una pérdida es un proceso largo, lento y doloroso cuya magnitud dependerá en gran parte de la dimensión de lo perdido y de las características peculiares de cada persona y tiende a la adaptación y armonización de nuestra situación interna y externa frente a una nueva realidad.

Elaborar el duelo significa ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida de lo que no está, valorar su importancia y experimentar el sufrimiento y la frustración que comporta su ausencia y se termina cuando ya somos capaces de recordar lo perdido sintiendo poco o ningún dolor, cuando hemos aprendido a vivir sin lo que ya no está, cuando hemos dejado de vivir en el pasado y podemos invertir de nuevo toda nuestra energía en nuestro presente y en lo que tenemos a nuestro alrededor. (Jorge Buckay, 2008).

2.2 Tipos de duelo.

2.2.1 Duelo normal.

Este término abarca un amplio rango de sentimientos y conductas que son normales después de una pérdida. La mayoría de los autores e investigadores piensa que el duelo ante la muerte de un ser querido es una reacción humana normal, por extrañas que sean sus manifestaciones. La derivación hacia el duelo patológico se plantea cuando esas anomalías se extienden en el tiempo o derivan a otro tipo de problema psiquiátrico. (Meza DEG.2008).

2.2.1.1 Etapas del duelo normal.

Según Meza DEG (2008). el desarrollo clínico del duelo pasa siempre por los mismos caminos que constituyen tres grandes fases:

El inicio o primera etapa: se caracteriza por un estado de choque más o menos intenso, hay una alteración en el afecto, con una sensibilidad anestesiada, el intelecto está paralizado y se afecta el aspecto fisiológico con irregularidades en el ritmo cardíaco, náuseas o temblor. La primera reacción es el rechazo, la incredulidad que puede llegar hasta la negación, manifestada por un comportamiento tranquilo e insensible o, por el contrario, exaltado. Se trata de un sistema de defensa. La persona que ha sufrido la pérdida activa inconscientemente un bloqueo de sus facultades de información. Esta fase es de corta duración, se extiende desde el anuncio de la muerte hasta el término de las honras fúnebres.

Etapa central: es el núcleo mismo del duelo; se distingue por un estado depresivo y es la etapa de mayor duración. Al principio, la imagen del desaparecido ocupa siempre y por completo la mente del doliente. Conforme pasa el tiempo, alternan momentos de recuerdo doloroso con la paulatina reorganización de la vida externa e interna de quien sufrió la pérdida. En esta fase se recuerda constantemente al desaparecido y se añoran los pequeños detalles de la vida cotidiana que se compartían con el ser querido. Existe una depresión que se instala rápidamente después de acaecido el fallecimiento y que va a durar desde meses hasta años (en

el caso de complicaciones en la elaboración del duelo). El estado depresivo del duelo hace que la persona, totalmente ocupada de su objeto, viva replegada sobre sí misma. Nada le interesa ya, el mundo está vacío y sin atractivos. El sufrimiento del duelo es la expresión y consecuencia del trabajo de liberación que se opera necesariamente después de la pérdida de un ser querido. Durante el periodo del estado depresivo, a la intensificación de la relación con el desaparecido se asocia un sentimiento de gran soledad, no solamente social sino también emocional.

Etapa final: es el periodo de restablecimiento. Comienza cuando el sujeto mira hacia el futuro, se interesa por nuevos objetos y es capaz de volver a sentir nuevos deseos y de expresarlos. Este periodo de adaptación se manifiesta por el desarrollo de nuevas relaciones sociales. Se separa de los objetos personales del fallecido, guardando solamente los significativos. El estado depresivo se disipa, el dolor y la pena van disminuyendo, la persona experimenta un alivio. El final del duelo se manifiesta, esencialmente, por la capacidad de amar de nuevo.

2.2.2 Duelo patológico.

El duelo anormal aparece en varias formas y se le han dado diferentes nombres. Se le llama patológico, no resuelto, complicado, crónico, retrasado o exagerado. En la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana se hace referencia a las reacciones anormales de duelo como “duelo complicado”.

Como sea que se llame, es la intensificación del duelo al nivel en que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas o permanece en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución. Esto implica procesos que llevan a repeticiones estereotipadas o a interrupciones frecuentes de la curación.

Se tiende a considerar que hay riesgo de duelo patológico cuando el dolor moral se prolonga considerablemente en el tiempo; cuando su intensidad no coincide con la personalidad previa del deudo; cuando impide amar a otras personas o interesarse por ellas y cuando el sujeto se ve invalidado en su vida diaria, sin más ocupación que la rememoración del muerto. (Meza DEG.2008).

2.2.2.1 Tipos de duelo patológico.

Duelo reprimido. El sujeto no se aflige por la pérdida e incluso a veces se vanagloria de su autocontrol, como si rehusara sentir dolor por el fallecimiento de un ser querido. Sin embargo, aunque no manifiesta sus emociones, como suele ser habitual en el duelo normal, presenta diversos síntomas físicos, producto de su represión, trastornos gastrointestinales, etc.

Duelo aplazado. El sujeto no exterioriza ningún tipo de sentimiento relativo a su pérdida, pero al cabo de cierto tiempo, con motivo de una pérdida diferente e incluso menos importante, la muerte de un animal de compañía, por ejemplo, reacciona con manifestaciones de aflicción bastante exageradas, que están motivadas realmente por la primera pérdida.

Duelo crónico. El sujeto manifiesta un duelo intenso, durante un tiempo más prolongado de lo que se considera normal. La aflicción es tal, que no le permite reorganizar su vida. Es posible que se combine con la momificación que consiste en dejar las cosas del difunto tal y como estaban cuando vivía. También puede aparecer la conmemoración, hacer algún tipo de homenaje o ritual diario en relación con el difunto.

Idealización. El sujeto recuerda únicamente las características positivas del difunto y, a veces, establece comparaciones continuas entre aquél y otras personas, saliendo éstas siempre en desventaja de esta confrontación. Esta desvalorización de toda persona, distinta del fallecido puede acarrear serios problemas en las relaciones con ellas, e impedir que el superviviente entable otras relaciones, porque piensa que la perfección sólo se alcanza una vez.

Identificación. El sujeto manifiesta comportamientos, síntomas, actitudes, calcadas a las del difunto, como si así pretendiera mantenerlo vivo.

Euforia. Este es el menos frecuente. Se pueden presentar en dos maneras diferentes: en la primera de ellas, la euforia va acompañada de un no reconocimiento de que la pérdida ha ocurrido de hecho, así como de sentimientos

persistentes de que el difunto se halla presente. En la segunda modalidad, se acepta la muerte como gratificante para el que ha vivido la pérdida. Si la idealización. (Meza DEG.2008).

2.2.3 Duelo anticipado.

El duelo no comienza en el momento de la muerte, sino mucho tiempo antes. Cuando se emite un pronóstico de incurabilidad, se produce tristeza en el familiar, pero también una adaptación más o menos inconsciente a la nueva situación que se acaba de crear. A partir de ese momento se crea lo que se ha llamado el duelo anticipado, que ofrece a las personas involucradas la oportunidad de compartir sus sentimientos y prepararse para la despedida. (Meza DEG.2008).

2.2.4 Pre duelo.

Es un duelo completo en sí mismo que consiste en creer que el ser querido ha muerto definitivamente en estado de salud. El que está ahora a nuestro lado ha sido transformado por la enfermedad a tal punto, que en algunos casos no se le reconoce más. (Meza DEG.2008).

2.2.5 Duelo inhibido o negado.

Se niega la expresión del duelo porque la persona no afronta la realidad de la pérdida. Puede prevalecer una falsa euforia, que sugiere la tendencia patológica de la aflicción. (Meza DEG.2008).

2.2.6 Duelo crónico.

Es el que tiene una duración excesiva y nunca llega a una conclusión satisfactoria. Un duelo crónico puede llegar a ocupar toda una vida. (Meza DEG.2008).

2.3 Duración del duelo.

No se dispone de una respuesta a la pregunta de cuándo se ha terminado un duelo. Más bien, debe considerarse que es imprescindible haber completado las etapas; un punto de referencia de un duelo acabado es cuando la persona es capaz de pensar sin dolor en el fallecido, cuando la persona puede volver a invertir sus emociones en la vida y en los vivos. (Meza DEG.2008).

2.4 Etapas del duelo.

2.4.1 Negación.

La negación se manifiesta a lo largo del duelo. Este sentimiento aumenta y luego se reabsorbe gradualmente hasta la aceptación final de la defunción. Conviene distinguir entre la negación cognitiva o emocional frente a la muerte del otro y el hecho de guardar un vínculo simbólico con el fallecido. La negación puede ser interpretada como un intento de guardar un vínculo con el desaparecido. El hecho de no sentir ninguna emoción, deliberadamente o no, también constituye una negación. Esta actitud puede hacer las veces de medio de defensa contra un dolor demasiado vivo. No obstante, si el sujeto persiste en una actitud de negar la realidad, su duelo corre el peligro de prolongarse o no acabar jamás. Vivirá entonces en compañía del muerto y tendrá la sensación de no estar nunca solo. Dirá que siente su presencia, le hablará, le pedirá ayuda en los momentos difíciles. (Pereira R. 2002).

2.4.2 Cólera.

La cólera es una reacción completamente normal, sin embargo, es influida por una prohibición que la hace más difícil de aceptar. La cólera se dirige con frecuencia contra los profesionales sanitarios que "fallaron" en su tarea. Algunos se enfadan con Dios o con el destino y se preguntan por qué les ha tenido que tocar a ellos. Además, la cólera puede dirigirse hacia el difunto; en tal caso, el allegado tiene la impresión de haber sido traicionado. Por ejemplo, una joven viuda que debe sacar

adelante a sus niños, quizá sólo puede reaccionar de ese modo. Contrariamente a la tristeza, la cólera puede expresarse con sutileza y la mayor parte del tiempo en casa. Por otra parte, como la cólera se acepta mal por parte de los allegados, la situación se hace difícil para la persona que la expresa. (Pereira R. 2002).

2.4.3 Negociación.

Se da en nuestra mente para ganar tiempo antes de aceptar la verdad de la situación, retrasa la responsabilidad necesaria para liberar emocionalmente las pérdidas. (Castro GM. 2006).

2.4.4 Depresión.

Es el enojo dirigido hacia adentro, incluye sentimientos de desamparo, falta de esperanza e impotencia. (Castro GM. 2006).

2.4.5 Aceptación.

Cuando se comprende que la búsqueda del desaparecido y la negación son vanas, se puede aceptar que la vida continúa, aunque ya no pueda ser como antes. La aceptación constituye un tipo de adaptación a una nueva realidad existencial inscrita en la historia del sujeto. La aceptación de la pérdida es la clave de la viabilidad del duelo. (Pereira R. 2002).

2.5 Duelo materno.

Según la OMS (2006) el período perinatal se extiende desde las 22 semanas de gestación (154 días) hasta una semana de vida independiente, en la práctica y en la literatura sobre el tema, este período se amplía.

Según Kowalski (1987) el duelo se puede presentar desde la concepción hasta el final del primer año de vida, lo que convierte en pérdidas perinatales al embarazo ectópico, al aborto espontáneo o inducido, a la reducción selectiva, a la muerte de un gemelo en gestación, al feto muerto intraútero o intraparto, a la muerte del prematuro, a la del neonato, y también a los bebés nacidos con anomalías congénitas o y los hijos cedidos en adopción ampliando así el duelo de materno.

2.6 Manifestaciones del duelo.

2.6.1 Sentimientos:

Tristeza, rabia (incluye rabia contra sí mismo e ideas de suicidio), irritabilidad, culpa y autor reproches, ansiedad, sentimientos de soledad, cansancio, indefensión, shock, anhelo, alivio, anestesia emocional. (Fernández.2002).

2.6.2 Sensaciones físicas:

Molestias gástricas, disfagia, opresión precordial, hipersensibilidad al ruido, despersonalización, sensación de asfixia, debilidad muscular, pérdida de energía, sequedad de boca, trastornos del sueño. (Fernández. 2002).

2.6.3 Cogniciones:

Incredulidad, confusión, dificultades de memoria, atención y concentración, preocupaciones, pensamientos intrusivos con imágenes del muerto. (Fernández. 2002).

2.6.4 Alteraciones perceptivas

Ilusiones, alucinaciones auditivas y visuales, generalmente transitorias y seguidas de crítica, fenómenos de Presencia. (Fernández. 2002).

2.6.5 Conductas:

Hiperfagia o anorexia, alteraciones del sueño, sueños con el fallecido o la situación, distracciones abandono de las relaciones sociales, evitación de lugares y situaciones, conducta de búsqueda o llamada del fallecido, suspiros, inquietud, hiperalerta, llanto, visita de lugares significativos, atesoramiento de objetos relacionados con el desaparecido. (Fernández. 2002).

2.7 Teoría del duelo de Elisabeth Kübler Ross.

2.7.1 Biografía.

Elisabeth Kübler-Ross nació el 8 de Julio de 1926 en Zúrich (Suiza), siendo una más de las trillizas Ross, hijas de una típica pareja conservadora de clase media alta de Zúrich. El 24 de agosto de 2004 moría a los 78 años de edad en Scottsdale - Arizona (Estados Unidos).

Se graduó como médica en la universidad de Zúrich en el año 1957. Comenzando su interés por la muerte en su época de estudiante, cuando visitó algunos de los campos de exterminio nazi tras la guerra.

Llegó a los Estados Unidos en el año 1958 y comenzó allí su trabajo en un hospital de Nueva York, donde se horrorizó por el tipo de tratamiento que recibían los pacientes terminales. Se convirtió en una voz crítica, que calmaba porque el paciente recuperase su intimidad y se le permitiese morir no entre los fríos muros de un sanatorio, sino en su casa, rodeado de sus seres queridos y permitiéndole despedirse con paz.

Elisabeth ayudó a muchos familiares a encajar su pérdida, a saber, cómo enfrentarse a la muerte de un ser querido, les explicó cómo apoyar al moribundo, lo que debía hacerse en esos difíciles momentos y lo que debía evitarse. Bajo su tutela se crearon fundaciones y movimientos ciudadanos que reclamaban el derecho a una muerte digna. Su primer libro Sobre la muerte y los moribundos publicado en 1969 hizo de Kübler Ross una autora conocida internacionalmente.

En 1995, una serie de apoplejías la dejó paralizada de su lado izquierdo, enfrentando la muerte de cerca. Se enfrentó a su propia muerte con la valentía que había afrontado la de los demás, con el coraje que aprendió de los más pequeños. Los últimos años sufrió varios infartos y sabía que su tiempo había concluido y que su misión, la semilla que había plantado, había comenzado a dar sus frutos. Pidió que la despidieran con alegría, lanzando globos al cielo para anunciar su llegada. Y dijo que ella seguiría ahí arriba, a nuestro lado, bailando con las galaxias.

Según Kübler-Ross, la comunicación, aunque el enfermo no pueda hablar, es continua; si prestamos atención, él nos dirá lo que necesita. Estas son las cuatro funciones que Kübler-Ross pide a los que acompañan a un moribundo: escucha verdadera y sin juicios, aceptación, permanecer a su lado y comunicación. Pero para poder escuchar de verdad, necesitamos antes vaciarnos de nuestros propios asuntos, estar en un estado de calma interior que pueda transmitirse al enfermo, quien de ese modo también se liberará poco a poco de sus propios asuntos pendientes.

2.7.2 Teoría.

Según la psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross (1969) las 5 etapas del duelo es una de las descripciones más populares conocidas sobre el tema del dolor, esta dice que los dolientes no atravesarán por ellas en un orden prescrito, sino que se trata de un marco que nos permite iniciar un proceso de aprendizaje donde finalmente comprenderemos que es posible convivir con esta pérdida y continuar en una realidad en la que este familiar ya no estará. Estas 5 etapas del duelo fueron propuestas por primera vez por Kübler-Ross en su libro de 1969 *On Death and Dying* donde, basado en su trabajo con pacientes en fase terminal, afirma que luego de la muerte se inicia un proceso por el cual la gente lidia con esta pérdida.

2.7.2.1 Primera etapa del duelo: la negación.

La negación consiste en el rechazo consciente o inconsciente de los hechos o la realidad de la situación. Este mecanismo de defensa busca amortiguar el shock que produce la nueva realidad para sólo dejar entrar en nosotros el dolor que estamos preparados para soportar. Se trata de una respuesta temporal que nos paraliza y nos hace escondernos de los hechos. La frase que podría resumir la esencia de esta etapa es esto no me puede estar pasando a mí. En este primer momento, el mundo pierde sentido y nos abruma. Nos preguntamos cómo podemos seguir adelante. No es que estemos negando que la muerte o la pérdida se hayan producido, sino que nos invade un sentimiento de incredulidad de que la persona que amamos no la veremos nunca más. Los sentimientos de esta etapa nos protegen brindando a nuestro cuerpo y mente un poco de tiempo para adaptarse a esta nueva realidad sin la persona fallecida. Luego el doliente comienza a sentirse

como si lentamente estuviera despertando, recordando lo sucedido progresivamente. Si bien la negación es una parte normal del proceso de duelo es importante destacar que si el doliente perdura durante mucho tiempo en ella puede llegar a ser perjudicial ya que al no aceptar lo que les ha ocurrido, no son capaces de enfrentar esta pérdida y seguir adelante. Cuando esta negación se hace persistente, la represión podría también dar lugar a enfermedades físicas como malestar estomacal, dolor de pecho o hipertensión. Elizabeth Kübler Ross. (1969).

2.7.2.2 Segunda etapa del duelo: la ira.

Si bien los sentimientos de enojo estarán presentes con distinta intensidad durante todo el proceso de duelo, es en esta etapa donde la ira toma el protagonismo dirigiéndose este enojo al ser querido fallecido, a nosotros mismos, a amigos, familiares, objetos inanimados e inclusive a personas extrañas. Se siente un resentimiento hacia la persona que nos ha dejado causando un inmenso dolor en nosotros, pero este enojo se vive con culpa haciéndonos sentir más enojados aún. La frase que podría contener la esencia de esta etapa es ¿Por qué yo? ¡No es justo!, ¿Cómo puede sucederme esto a mí? Esta comprensión del porqué de las cosas puede ayudarte a encontrar una cierta paz. Puedes preguntarte, ¿Dónde ha estado Dios cuando me sucedía esto? De acuerdo a la psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross, es importante que los familiares y amigos del doliente dejen que éste exprese libremente su ira sin juzgarlo o reprimirlo ya que este enojo no sólo es temporal, sino que, principalmente, necesario. Debajo de esta ira ilimitada se encuentra el dolor producido por esta pérdida. Si somos capaces de identificar esta ira y expresarla sin temores podremos comprender que ella es parte del proceso de curación. Para eso se pueden emplear diversos métodos de expresión como escribir una carta al ser querido fallecido para expresar tu enojo, establecer un diálogo imaginario con ellos para compartir tus sentimientos, hablar con un amigo o familiar, realizar ejercicios físicos o bien practicar la meditación que aquí te ofrecemos: Meditación – Respirar y Soltar como un camino para calmar y canalizar estas emociones abrumadoras. como un camino para calmar y canalizar estas emociones abrumadoras. Elizabeth Kübler Ross. (1969).

2.7.2.3 Tercera etapa del duelo: la negociación

La etapa de negociación puede ocurrir antes de la pérdida, en caso de tener a una familiar con enfermedad terminal, o bien después de la muerte para intentar negociar el dolor que produce esta distancia. En secreto el doliente busca hacer un trato con Dios u otro poder superior para que su ser querido fallecido regrese a cambio de un estilo de vida reformado. Este mecanismo de defensa para protegerse de la dolorosa realidad no suele ofrecer una solución sostenible en el tiempo y puede conducir al remordimiento y la culpa interfiriendo con la curación. Se desea volver a la vida que se tenía antes de que muriera el ser querido y que éste vuelva a nosotros. Se concentra gran parte del tiempo en lo que el doliente u otras personas podrían haber hecho diferente para evitar esta muerte. Las intenciones de volver el tiempo atrás es un deseo frecuente en esta etapa para así haber reconocido a tiempo la enfermedad o evitar que el accidente sucediera. La frase que resume esta etapa es ¿Qué hubiera sucedido si...? Nos quedamos en el pasado para intentar negociar nuestra salida de la herida mientras pensamos en lo maravillosa que sería la vida si éste ser querido estuviera con nosotros.

Esta fase del duelo suele ser la más breve de todas las etapas ya que se trata del último esfuerzo para encontrar alguna manera de aliviar el dolor por lo que supone un trabajo agotador para la mente y el cuerpo al tener que lidiar con pensamientos y fantasías que no coinciden con la realidad actual. Por eso es importante conectarse con las personas y actividades del presente siguiendo una rutina que le brinde a tu mente la comodidad de realizar tareas regulares. Elizabeth Kübler Ross. (1969).

2.7.2.4 Cuarta etapa del duelo: la depresión.

En esta cuarta etapa el doliente comienza a comprender la certeza de la muerte y expresa un aislamiento social en el que se rechaza la visita de seres queridos. Se siente tristeza, miedo e incertidumbre ante lo que vendrá. Sentimos que nos preocupamos mucho por cosas que no tienen demasiada importancia mientras que levantarse cada día de la cama se siente como una tarea realmente complicada.

Estos sentimientos muestran que el doliente ha comenzado a aceptar la situación. La frase que contiene la esencia de esta etapa se extraña al ser querido, ¿por qué seguir? En esta etapa la atención del doliente se vuelve al presente surgiendo sentimientos de vacío y profundo dolor. Se suele mostrar impaciente ante tanto sufrimiento sintiendo un agotamiento físico y mental que lo lleva a dormir largas horas. Además, la irritabilidad y la impotencia toman un gran protagonismo ya que durante esta etapa se enfrenta a la irreversibilidad de la muerte. Si bien el doliente siente que esta etapa durará por siempre es importante considerar que la depresión de este proceso de duelo no es sinónimo de enfermedad mental, sino que se trata de una respuesta adecuada a una gran pérdida por lo que las emociones de la depresión deben ser experimentadas para sanar. Sé paciente contigo mismo y recuerda que sentir esta depresión es la manera de salir de ella. Elizabeth Kübler Ross. (1969).

2.7.2.5 Quinta etapa del duelo: la aceptación

Es el momento en donde hacemos las paces con esta pérdida permitiéndonos una oportunidad de vivir a pesar de la ausencia del ser querido.

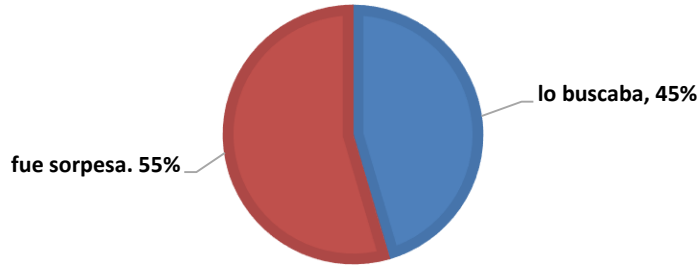
El doliente llega a un acuerdo con este acontecimiento trágico gracias a la experiencia de la depresión. Esta etapa no significa que estamos de acuerdo con esta muerte, sino que la pérdida siempre será una parte de nosotros. Este proceso nos permite reflexionar sobre el sentido de la vida, así como lo que queremos de la vida a partir de ahora. La frase que resume la esencia de esta etapa es Todo va a estar bien. Esta etapa consiste en aceptar la realidad de que nuestro ser querido se ha ido físicamente por lo que debemos comprender que esta nueva realidad que vivimos sin él será nuestra realidad permanente de ahora en adelante. Se trata de aprender a convivir con esta pérdida y crecer a través del conocimiento de nuestros sentimientos. Comenzamos a depositar nuestras energías en nuestras amistades y en nosotros mismos estableciendo una relación distinta con la persona fallecida. La rutina diaria toma un mayor protagonismo en la vida del doliente mientras que ya no se invocan los recuerdos del ser querido con sentimientos de culpa.

Esta introspección te permitirá realizar una evaluación de tu vida y analizar cuál es el crecimiento obtenido durante este proceso a partir del cumplimiento de asuntos irresueltos. Esto se debe a que puedes observar que las cosas malas le suceden a la gente buena y a la gente mala también, por lo que la muerte no es percibida como un “castigo” sino como parte de la vida. Elizabeth Kübler Ross. (1969).

3 CAPÍTULO 3:

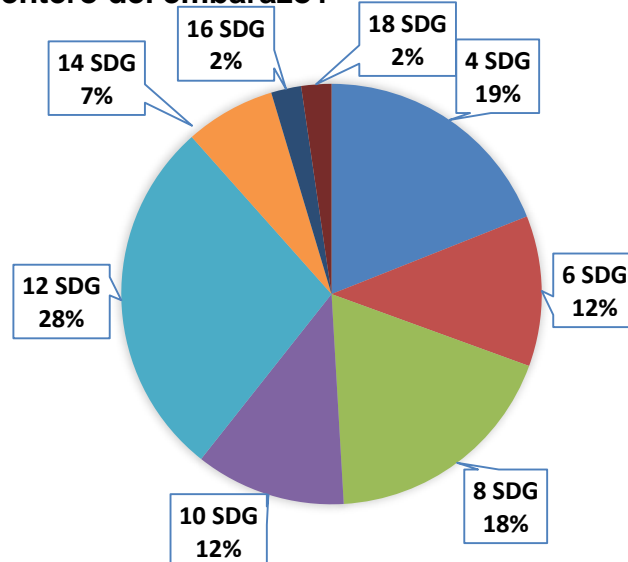
3.1 Muestra.

Pregunta 1: ¿se encontraba usted buscando el embarazo o la noticia le tomo por sorpresa?



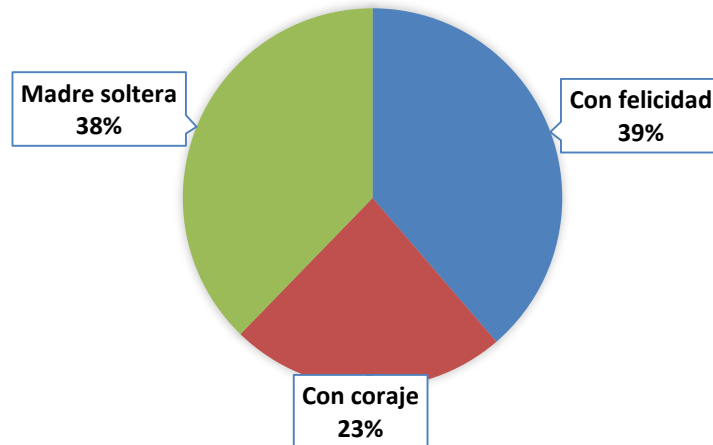
Del total de las 33 mujeres entrevistadas 15 de ellas esperaban o estaban buscando el embarazo; las 18 restantes manifiestan que la noticia del embarazo les tomó por sorpresa.

Pregunta 2: ¿cuantas semanas de gestacion tenia en el momento que se entero del embarazo?



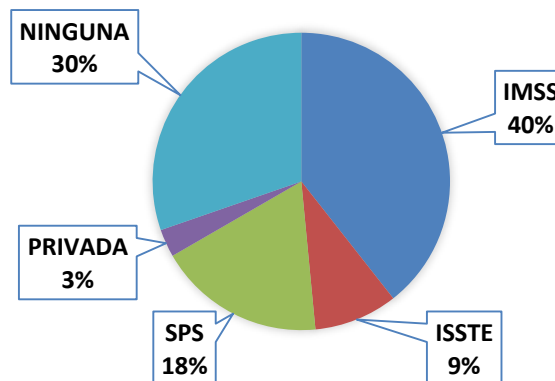
Del total de las 33 mujeres entrevistadas 7 se encontraban en la 4 SDG, 5 en la 6 SDG, 8 en la 8 SDG, 5 en la 10 SDG, 3 en la 12 SDG, 3 en la 14 SDG, 1 en la 16 SDG, 1 en la 18 SDG.

Pregunta 3: ¿como tomo su familia la noticia de la posible llegada de un nuevo integrante mas a la familia?



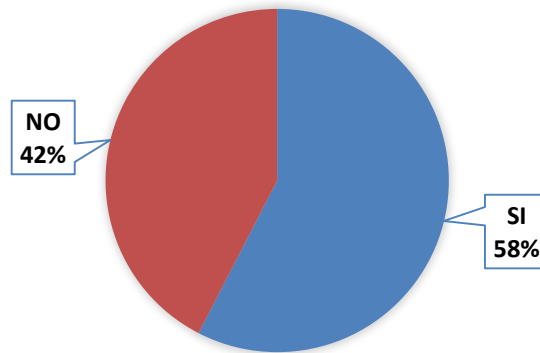
Del total de 33 mujeres entrevistadas, 20 manifiestan que su familia reacciono con felicidad ante la noticia, en el caso de 5 su familia reacciono con coraje mientras que 8 eran madres solteras por lo cual no tuvieron que enfrentarse a esta situación.

Pregunta 4: en esos momentos ¿contaba con algun tipo de atención medica?



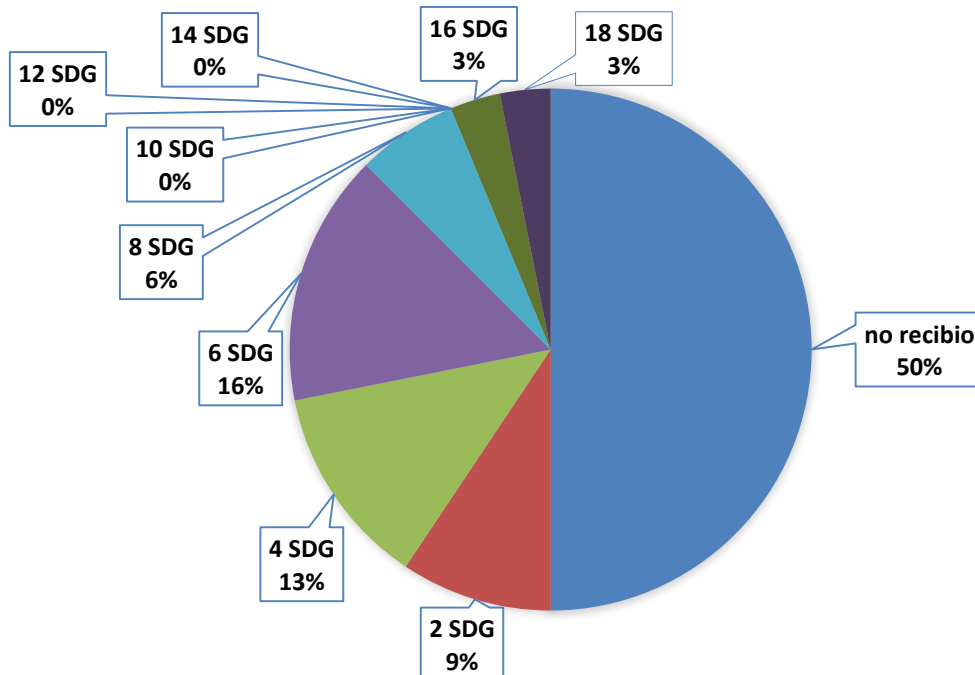
De las 33 mujeres entrevistadas, 13 de ellas contaban con IMSS, 3 de ellas con ISSTE, 6 de ellas tenían SPS, 1 se atendía de manera particular, los 10 restantes, no contaban con algún tipo de atención médica.

Pregunta 5: ¿conoce o sabe lo que es el control prenatal?



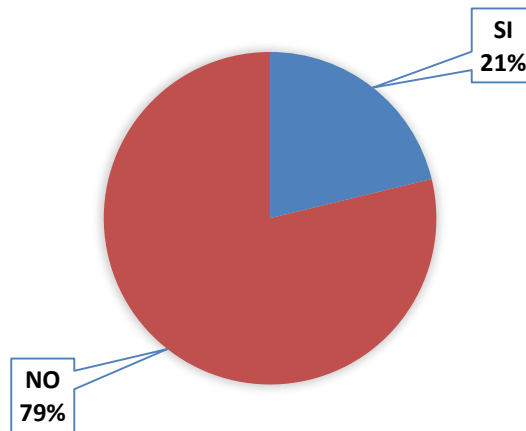
De las 33 mujeres, 19 si conocen lo que es el control prenatal y 14 de ellas no conocían acerca del control prenatal.

Pregunta 6: ¿Cuántas semanas de gestación tenía cuando comenzó a recibir atención prenatal?



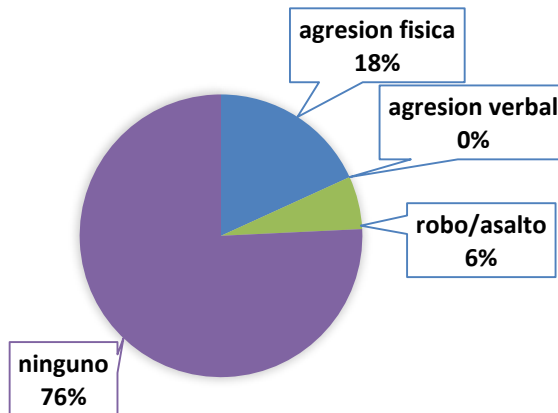
Del total de la muestra, 3 acudieron en la 2 SDG, 4 en la 4 SDG, 5 en la 6 SDG, 2 en la 8 SDG, en las semanas 10, 12, 14, no se encontraron datos de pacientes que recibieran atención prenatal, 1 recibió atención prenatal en la 16 SDG y 1 en la 18 SDG.

Pregunta 7: durante el periodo de gestacion ¿presento algun tipo de infeccion en los organos genitales?



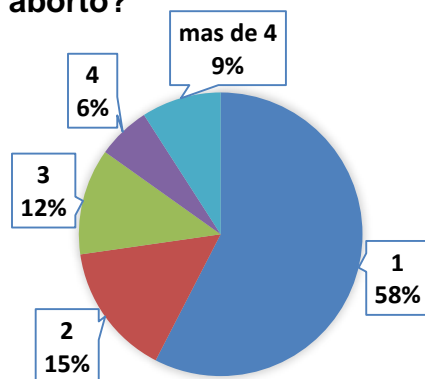
Del total de entrevistadas, 26 no presentaron infecciones en los órganos genitales mientras que 7 si tuvieron infecciones durante el periodo gestacional.

Pregunta 8: Antes de que se presentara el aborto ¿sufrio algun tipo de agresion que pudiera afectar su integridad como persona?



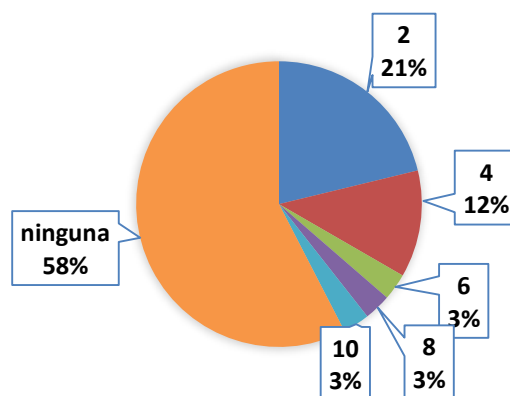
De las 33 mujeres encuestadas, 6 de ellas fueron víctimas de agresión física las cuales manifestaron fue por parte de la pareja con la que se encontraban en ese momento, 2 de ellas fueron víctimas de un asalto; las otras 25 mujeres restantes no atravesaron por ningún tipo de agresión.

pregunta 9: ¿Cuántas ocasiones ha atravesado por un aborto?



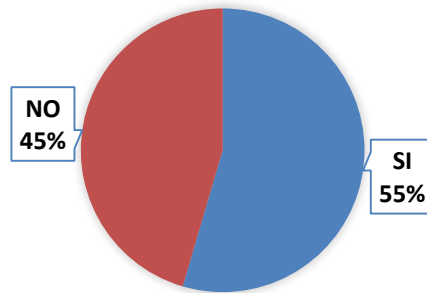
De la muestra, 19 mujeres manifestaron que habían atravesado por el suceso del aborto en 1 ocasión, 5 que habían vivido un aborto en 2 ocasiones, 4 expresaron haber atravesado por un aborto en 3 ocasiones, 2 de las participantes expresaron haber vivido un aborto en 4 ocasiones las ultimas 3 restantes relataron haber pasado por un aborto en más de 4 ocasiones.

Pregunta 10: antes del evento del aborto ¿cuántas consultas llevo dentro del control prenatal?



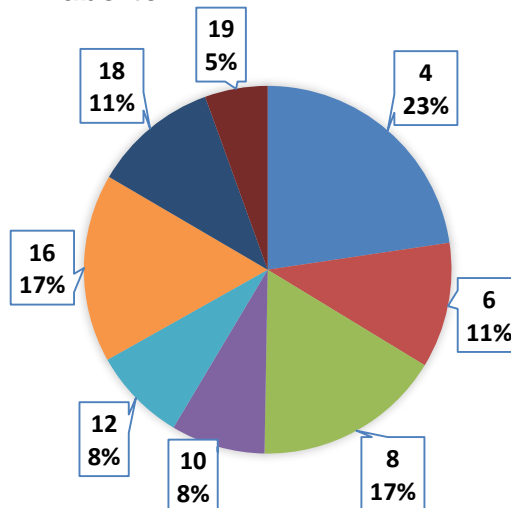
De la muestra recabada, 7 de las mujeres tuvieron 2 consultas de control, 4 tuvieron 4 consultas, 1 tuvo 6 consultas, 1 tuvo 8 consultas, 1 de la muestra tuvo 10 consultas en el control prenatal las 19 mujeres restantes no tuvieron ninguna consulta de control prenatal.

Pregunta 11: durante el embarazo ¿presento algún tipo de infección en vías urinarias?



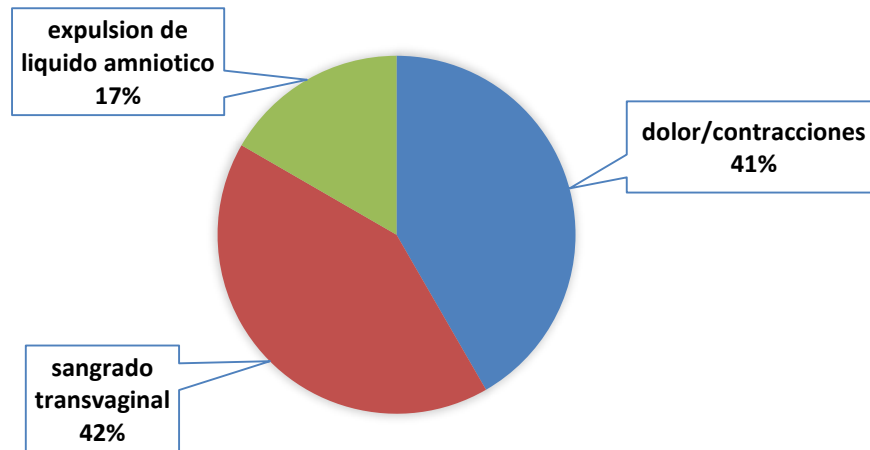
De las 33 mujeres que participaron en la muestra, 18 de ellas manifestó haber presentado infección en vías urinarias, mientras que las otras 15 participantes expresaron no haber presentado infección de vías urinarias.

Pregunta 12: ¿en que semana de gestacion sucedió el aborto?



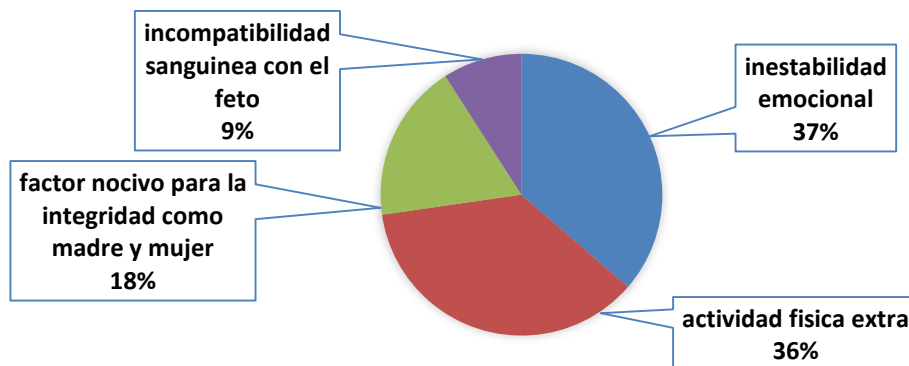
Del total de las 33 participantes, 5 manifestaron que el aborto se presentó en la 4 semana de gestación, 4 expresaron que el aborto sucedió en la semana 6, para 6 de ellas, el aborto se presentó en la semana 8, en el caso de 3 mujeres el aborto se presentó en la semana 10, para 3 de las participantes el aborto se presentó en la semana 12, 6 de las participantes expresaron que el aborto se presentó en la semana 16, 4 participantes presentaron el aborto en la semana 18, las ultimas 2 participantes presentaron el aborto en la semana 19 de la etapa gestacional.

Pregunta 13: ¿con que sintomatologia incia el proceso abortivo?



Del total de las 33 mujeres participantes 15 de ellas manifiestan haber iniciado el proceso de aborto con contracciones, 12 manifiestan que iniciaron el proceso abortivo con sangrado, los 6 restantes manifestaron que inicio el aborto con expulsión de líquido amniótico.

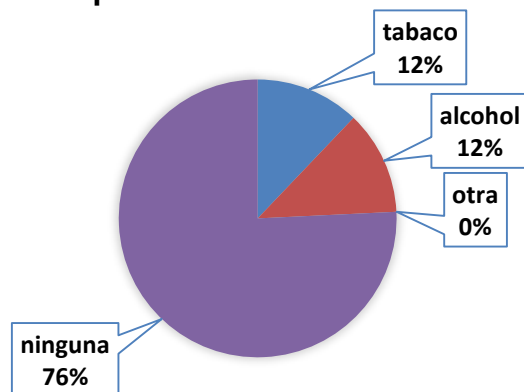
Pregunta 14 ¿hubo algun factor por el cual se desencadenara el aborto?



De la muestra de 33 mujeres,8 manifiestan que el factor que desencadeno el aborto fue inestabilidad emocional donde 4 de ellas expresaron que se debió a la pérdida de un familiar cercano y las otras 4 expresaron que se debió a un exceso de tensión emocional, 8 manifestaron que realizaron actividades físicas extra especificando ejercicio de alto impacto debido a que no conocían que se encontraban embarazadas, 4 expresaron que se debió a un factor nocivo para su integridad como

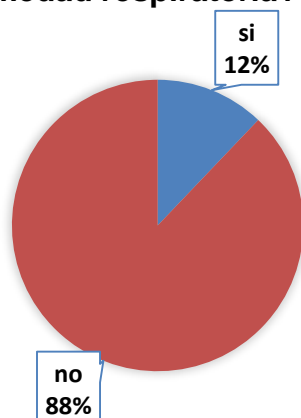
mujer y como madre, siendo más específica la respuesta; se debió a violencia por parte de la pareja, 2 de ellas expresaron que el factor que desencadenó el aborto fue la incompatibilidad sanguínea materno-fetal y las otras 11 mujeres restantes manifiestan que no hubo algún factor para que se desencadenara el aborto.

Pregunta 15: ¿consume o consumía algún tipo de sustancia nociva para la salud?



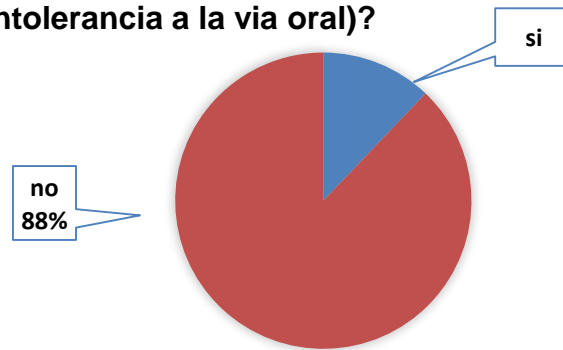
Del total de las 33 entrevistadas 4 consumían tabaco durante el periodo gestacional, 4 más consumían alcohol, las 25 mujeres restantes expresaron no consumir o ingerir ningún tipo de sustancia nociva a la salud.

Pregunta 16: durante el periodo gestacional ¿padeció algún tipo de enfermedad respiratoria?



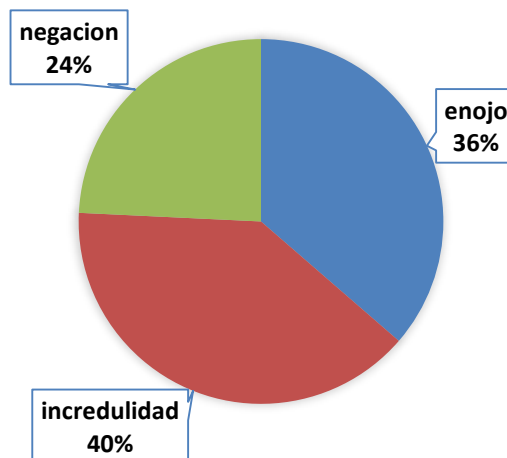
Del total de 33 mujeres, 4 de ellas padecieron algún tipo de enfermedad respiratoria, mientras que las 29 mujeres restantes, no presentaron ningún tipo de enfermedad respiratoria.

Pregunta 17: en el desarrollo del embarazo ¿ se vio en la necesidad de ser hospitalizada debido a hiperemesis (exceso de vomito acompañado de deshidratacion e intolerancia a la via oral)?



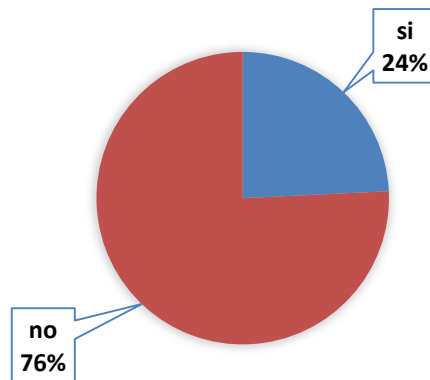
De las 33 mujeres entrevistadas, 29 de ellas no se vieron en la necesidad de ser hospitalizada debido a hiperémesis (vomito excesivo, acompañado de deshidratación e intolerancia a la vía oral) mientras que las 4 mujeres restantes si se vieron en la necesidad de ser hospitalizada debido a hiperémesis (vomito excesivo, acompañado de deshidratación e intolerancia a la vía oral).

Pregunta 18: ¿cuál fue su reaccion al enterarse del aborto?



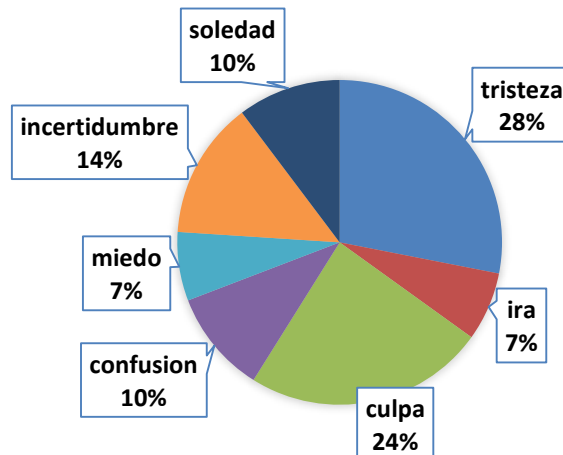
Del total de 33 entrevistadas, 12 de ellas reaccionaron con enojo, 13 se sintieron con incredulidad al enterarse del aborto mientras que las 8 mujeres restantes negaban el aborto.

Pregunta 19: Antes de que sucediera el evento del aborto ¿logro identificar algún cambio en cuanto al desarrollo de su embarazo?



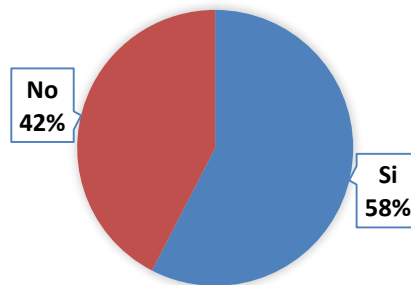
De las 33 mujeres entrevistadas 8 manifestaron que el cambio que identificaron en cuanto al desarrollo de su embarazo antes de que sucediera el aborto fue la disminución en los movimientos fetales (cabe mencionar, que las 8 que mencionaron esto se encontraban en la segunda o tercera gesta), las 25 mujeres restantes expresaron no lograr identificar algún cambio en cuanto al desarrollo de su embarazo.

Pregunta 20: ¿qué sentimiento tuvo al saber del acontecimiento?



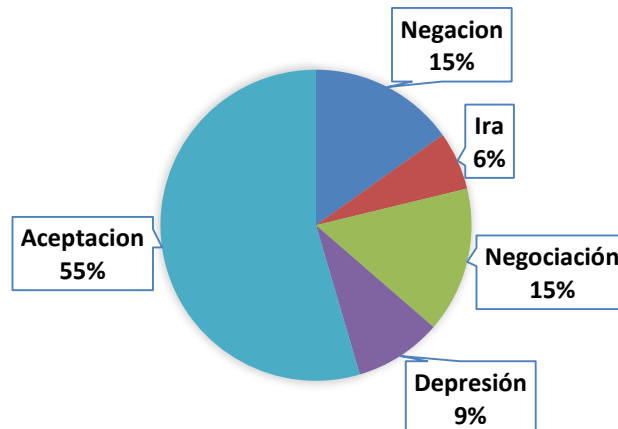
Del total de la muestra 12 pacientes experimentaron tristeza al saber del acontecimiento del aborto, 2 sintieron ira, 7 se sintieron culpables, 3 se sintieron confundidas, 2 más experimentaron miedo, 4 sintieron incertidumbre, y las 3 mujeres restantes se sintieron en soledad.

Pregunta 21: ¿conoce o tiene una idea de lo que es el duelo?



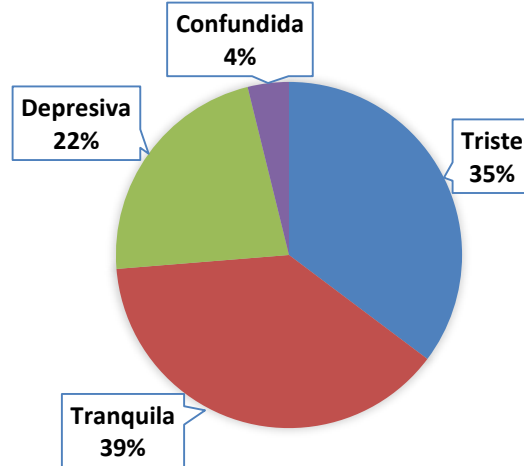
De las 33 mujeres entrevistadas 19 si conocen o tienen una idea de lo que es el duelo, mientras que las 14 mujeres restantes no conocen o tienen la idea de lo que es el duelo.

Pregunta 22: ¿ en que etapa del duelo considera usted que se encuentra?



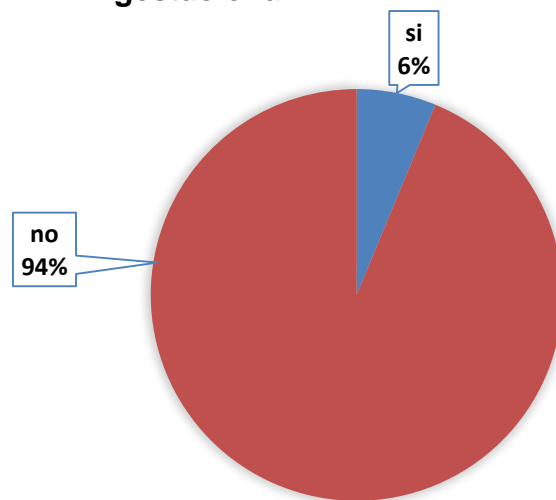
De las 33 mujeres que participaron en la entrevista, 5 manifestaron que de las etapas del duelo se encontraban en la etapa de negación, 2 se encontraban en la etapa de la ira, 5 se encontraban en la etapa de negociación, 3 creían estar en la etapa de depresión y las 18 mujeres restantes expresaron encontrarse en la etapa de aceptación.

Pregunta 23: emocionalmente ¿podría señalar como se siente en estos momentos?



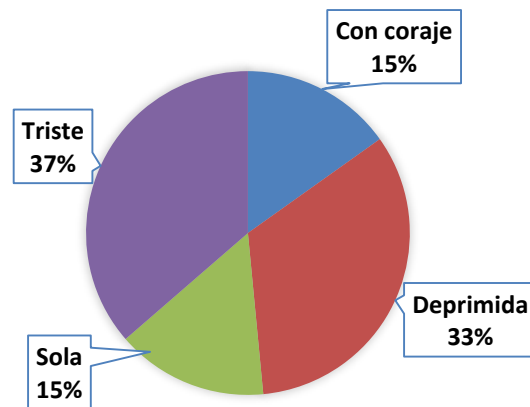
Del total de las 33 mujeres entrevistadas, 11 señalaron que se encontraban tristes, 12 se sentían tranquilas, 7 se sentían depresivas y las 3 mujeres restantes se sentían confundidas aun por el proceso del aborto.

Pregunta 24: ¿considera que el dolor por la pérdida es menor a menor edad estacional o mayor a mayor edad gestacional?



Del total de la muestra, 30 expresaron que la edad gestacional no condiciona la intensidad del duelo, mientras las 3 mujeres restantes expresaron que sí, debido a que en su caso no sabían del embarazo lo que les permitió no ilusionarse con el embarazo.

Pregunta 25: por ultimo y para concluir con la encuesta sea tan amable de explicar emocionalmente como se sintio ante el aborto.



Del total de las 33 mujeres entrevistadas manifestaron que la forma en que se sintieron emocionalmente ante el aborto fue la siguiente. 5 se sentían con coraje, 11 se sintieron deprimidas, 5 se sintieron solas, y 12 se sentían tristes.

4 CAPÍTULO 4: ÉTICA DE ESTUDIO.

4.1 Código de ética para enfermería.

4.1.1 Capítulo I. Disposiciones generales.

Artículo primero. - El presente Código norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

4.1.2 Capítulo II. De los deberes de las enfermeras para con las personas.

Artículo segundo. - Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

Artículo tercero. - Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

Artículo cuarto. - Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

Artículo quinto. - Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

Artículo sexto. - Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.

Artículo séptimo. - Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.

Artículo octavo. - Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

Artículo noveno. - Acordar, si fuera el caso, los honorarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá, teniendo como base para determinarlo el principio de la voluntad de las partes, la proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida.

4.1.3 Capítulo III. De los deberes de las enfermeras como profesionistas.

Artículo décimo. - Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.

Artículo décimo primero. - Asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo.

Artículo décimo segundo. - Evitar que persona alguna utilice su nombre o cédula profesional para atender asuntos inherentes a su profesión.

Artículo décimo tercero. - Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.

Artículo décimo cuarto. - Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, racista, elitista, sexista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.

Artículo décimo quinto. - Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación periódica de sus conocimientos y competencias.

Artículo décimo sexto. - Ser imparcial, objetiva y ajustarse a las circunstancias en las que se dieron los hechos, cuando tenga que emitir opinión o juicio profesional en cualquier situación o ante la autoridad competente.

4.1.4 Capítulo IV. De los deberes de las enfermeras para con sus colegas.

Artículo décimo octavo. - Compartir con objetividad sus conocimientos y experiencias a estudiantes y colegas de su profesión.

Artículo décimo noveno. - Dar crédito a sus colegas, asesores y colaboradores en los trabajos elaborados individual o conjuntamente evitando la competencia desleal.

Artículo vigésimo. - Ser solidaria con sus colegas en todos aquellos aspectos considerados dentro de las normas éticas.

Artículo vigésimo primero. - Respetar la opinión de sus colegas y cuando haya oposición de ideas consultar fuentes de información fidedignas y actuales o buscar asesoría de expertos.

Artículo vigésimo segundo. - Mantener una relación de respeto y colaboración con colegas, asesores y otros profesionistas; y evitar lesionar el buen nombre y prestigio de éstos.

4.1.5 Capítulo V. De los deberes de las enfermeras para con su profesión.

Artículo vigésimo tercero. - Mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen desempeño del ejercicio profesional.

Artículo vigésimo cuarto. - Contribuir al desarrollo de su profesión a través de diferentes estrategias, incluyendo la investigación de su disciplina.

Artículo vigésimo quinto. - Demostrar lealtad a los intereses legítimos de la profesión mediante su participación colegiada.

4.1.6 Capítulo VI. De los deberes de las enfermeras para con la sociedad.

Artículo vigésimo sexto. - Prestar servicio social profesional por convicción solidaria y conciencia social.

Artículo vigésimo séptimo. - Poner a disposición de la comunidad sus servicios profesionales ante cualquier circunstancia de emergencia.

Artículo vigésimo octavo. - Buscar el equilibrio entre el desarrollo humano y la conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, atendiendo a los derechos de las generaciones futuras.

4.2 Decálogo del código de ética

4.2.1 Para las enfermeras y enfermeros en México.

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

4.3 Ley general de salud.

4.3.1 Título quinto investigación para la salud.

4.3.1.1 Capítulo único.

ARTÍCULO 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

I.- Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;

II.- Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;

III.- A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;

IV.- Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;

V.- Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.

VI.- A la producción nacional de insumos para la salud.

5 Consentimiento informado.

TEMA: duelo materno tras el aborto espontaneo.

Responsable: Cruz Arlene Aguirre González.

Asesora: Lic. En Enf. María de la luz Balderas Pedrero.

En la Escuela de Enfermería del Hospital un Nuestra Señora de la Salud de Licenciatura en Enfermería Y Obstetricia se está realizando un estudio sobre el duelo materno tras el aborto espontaneo, cuyo objetivo es conocer la manera de manifestar el dolor ante la pérdida de un hijo.

La información que usted proporcione será de mucha utilidad para la investigación, por lo cual se le invita a colaborar en este trabajo sin embargo su participación es voluntaria, de manera que usted está en su derecho de no participar si así lo desea, en caso de que usted requiere alguna aclaración podrá solicitarla en el momento. La información que usted aporte será confidencial y únicamente será utilizada para los resultados de la investigación, quedando en anonimato su nombre y datos personales.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Habiendo contado con la información proporcionada sobre la investigación y habiendo tenido la oportunidad de hacer preguntas, de recibir respuestas que me dejen satisfecha y entendiendo que tengo derecho a no responder el cuestionario, sin que esto tenga consecuencias para mi trabajo, ACEPTO participar en la investigación.

Morelia, Michoacán XX de abril del 2009.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de la responsable

Testigo

Testigo.

5.1 Cronograma.

ACTIVIDADES	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
Elaboración del protocolo.	*	*	*							
Elaboración del marco teórico			*							
Elaboración de instrumentos				*						
Prueba del instrumento					*					
Recopilación de información						*	*			
Análisis y ordenación de datos.								*		
Elaboración del informe final									*	
Exposición de los trabajos y datos.									*	
Publicación del artículo.										*

6 Conclusión.

En el comienzo de esta investigación, se plantea un problema específico el cual había de llevarse a resolución tanto intra hospitalario como extra hospitalario;

formulando a su vez dos preguntas de investigación y se buscó la manera de responder a las preguntas:

1: ¿Cómo manifiesta la madre el duelo tras el aborto espontáneo?

2: ¿La edad gestacional influye en la manera en que la madre experimenta el dolor?

De manera que se plantearon dos objetivos que se querían lograr con la investigación, uno general y otro específico, que estos a su vez llevarían a la construcción de hipótesis que responderían a las preguntas, de manera que las hipótesis establecidas son:

1: La mujer manifiesta el duelo ante el aborto espontáneo con emociones como son: depresión, culpa, negación, ira, tristeza, soledad, confusión, incertidumbre, miedo.

2: El duelo materno es proporcional a las semanas de gestación, a mayor edad gestacional mayor duelo experimenta la madre, a menor edad gestacional, menor duelo experimenta la madre.

De manera que para responder dichas preguntas y para el desarrollo de esta investigación se tomó una muestra de un total de treinta y tres mujeres las cuales compartieron de forma individual sus experiencias ante el aborto, para lo cual además se les solicitó su consentimiento para publicar la información que sería proporcionada por ellas.

Para conocer la manera de manifestar el dolor ante la pérdida de un hijo, es necesario establecer primeramente un contacto directo con la paciente y lograr que sea ella misma quien establezca la forma en que manifiesta o manifestó el dolor que le causó la pérdida, además se debe de mantener una observación directa de la mujer, pues el lenguaje no es solo de manera verbal sino también el lenguaje no verbal brinda la pauta de conocer la forma en que está viviendo o vivió el dolor.

De acuerdo a lo investigado las maneras de manifestar el dolor son: depresión, ansiedad, culpa, negación, ira, tristeza, soledad, angustia, rechazo, miedo, vacío, y

frustración, cada una de las treinta y tres mujeres sintieron más de alguna de los sentimientos y emociones ya mencionados, sin embargo, manifestaban haber sentido o sentir con mayor fuerza uno u otro, logrando expresar un sentimiento y emoción más fuerte ante la pérdida.

Una vez lograda establecer la manera de manifestar el dolor antes la pérdida de un hijo, que el total de la muestra identifico como tal, continua entonces analizar las diferentes formas en que la madre manifiesta el dolor tras la pérdida del producto gestacional por un aborto espontaneo para identificar si la edad gestacional influye en el duelo materno.

La edad gestacional es un factor mínimo para determinar el dolor de la madre, más bien, el duelo se rige por los sentimientos, emociones y la ilusión que la misma pone en cuanto al producto de la gestación.

Una vez recabada la información se puede dar respuesta a las hipótesis planteadas en el inicio de la investigación, las cuales se mencionan en seguida:

1: La mujer manifiesta el duelo ante el aborto espontaneo con emociones como son: depresión, culpa, negación, ira, tristeza, soledad, confusión, incertidumbre, miedo.

Esta hipótesis, de acuerdo a la muestra de treinta y tres mujeres entrevistadas, se acepta en un 100% debido a que las entrevistadas manifestaron e identificación estas emociones como las adecuadas para explicar el sentimiento que tuvieron ante el aborto.

2: el duelo materno es proporcional a las semanas de gestación, a mayor edad gestacional mayor duelo experimenta la madre, a menor edad gestacional, menor duelo experimenta la madre.

En cuanto a esta hipótesis, y de acuerdo con lo analizado por el 94% las encuestadas la edad gestacional no es una condición por la cual el duelo se manifieste con mayor o menor intensidad, mientras que el 6% manifiestan que si influye la edad gestacional sobre la intensidad del dolor.

Sin embargo y cabe mencionar que de este 6% que equivale a 3 encuestadas, las mismas expresaron, no tener conocimiento del embarazo, y manifestaron que de haberlo tenido el dolor se habría presentado con mayor intensidad; por lo cual, en base a los datos obtenidos y a la expresión no verbal, se establece que esta hipótesis no es aceptada por la muestra.

7 Anexos.

7.1 Guion metodológico.

tema	preguntas	variables	Definición de variables	Objetivos	hipótesis
Duelo materno ante el aborto espontaneo	<p>1: ¿Cómo manifiesta la madre el duelo tras el aborto espontaneo?</p> <p>2: ¿la edad gestacional influye en la manera en que la madre experimenta el dolor?</p>	<p>Independiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aborto espontaneo <p>Dependiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Duelo materno. 	<p>Aborto espontaneo: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define aborto espontáneo como la pérdida de la gestación antes de las 26 semanas, cuando el feto no está aún en condiciones de sobrevivir con garantías fuera del útero materno.</p> <p>Duelo materno: Es un concepto vago que se refiere a un embarazo que culmina con la pérdida del producto, incluidos el aborto espontáneo, el ectópico, el aborto terapéutico y la muerte neonatal temprana. Cualquier Pérdida perinatal causa alteraciones emocionales, psicosociales y de conducta</p>	<p>Objetivos.</p> <p>General: conocer la manera de manifestar el dolor ante la pérdida de un hijo.</p> <p>Específico: analizar las diferentes formas en que la madre manifiesta el dolor tras la pérdida del producto gestacional por un aborto espontaneo para identificar si la edad gestacional influye en el duelo materno.</p>	<p>1: La mujer manifiesta el duelo ante el aborto espontaneo con emociones como son: depresión, culpa, negación, ira, tristeza, soledad, confusión, incertidumbre, miedo.</p> <p>2: el duelo materno es proporcional a las semanas de gestación, a mayor edad gestacional mayor duelo experimenta la madre, a menor edad gestacional, menor duelo experimenta la madre.</p>



7.2 Cuestionario.

Universidad Nacional Autónoma de México.

Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud.



Duelo materno ante el aborto espontáneo.

Objetivo general: conocer la manera de manifestar el dolor ante la pérdida de un hijo.

Instrucciones:

- En las preguntas abiertas se solicita leer detenidamente la pregunta y contestar lo más claro posible.
- En las preguntas de opción múltiple; si su respuesta no se encuentra dentro de las posibles opciones favor de escribir su respuesta en el apartado otro.

1. ¿Se encontraba usted buscando el embarazo o la noticia le tomó por sorpresa?
 - a) Lo buscaba.
 - b) Fue una sorpresa.
2. ¿Cuántas semanas de gestación tenía en el momento que se enteró del embarazo?
3. ¿Cómo tomo su familia (esposo, hijos) la noticia de la posible llegada de un integrante más a la familia?
 - a) Con felicidad, entusiasmo etc.,
 - b) Con enojo o sentimientos negativos.
 - c) Madre soltera.

4. En esos momentos ¿contaba usted con algún tipo de atención médica?

a) Si. Señale cual.

(1) IMSS.

(2) ISSSTE.

(3) SPS.

(4) PRIVADA.

b) No.

5. ¿Conoce o sabe lo que es el control prenatal?

a) Si

b) No

6. ¿Cuántas semanas de gestación tenía cuando comenzó a recibir atención prenatal?

7. Durante el periodo de gestación ¿presento algún tipo de infección en los órganos genitales?

a) Si

b) No

8. Antes de que se presentara el aborto ¿sufrió algún tipo de agresión que pudiera afectar a su integridad como persona?

a) Agresión física.

b) Robo / asalto.

c) Ninguna.

9. ¿Cuántas ocasiones ha atravesado por un aborto?

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) Más de 4

10. Antes del evento del aborto ¿Cuántas consultas llevo dentro del control prenatal?

- a) 2
- b) 4
- c) 6
- d) 8
- e) 10
- f) Ninguna.

11. Durante su embarazo ¿presento algún tipo de infección en vías urinarias?

- a) Si
- b) No

12. ¿En qué semana del embarazo sucedió el evento del aborto?

13. ¿Con que sintomatología inicio el proceso abortivo?

- a) Dolor o contracciones.
 - b) Sangrado.
 - c) Expulsión de líquido amniótico.
 - d) Alguna enfermedad materna. (de ser así tenga la bondad de mencionarla)
-

14. ¿Hubo algún factor por el cual se desencadenará el aborto?

- a) Inestabilidad emocional (perdida de algún familiar, enojo/coraje, exceso de tensión etc.)
- b) Algún tipo de actividad extra (practica de deporte extremo, cabalgata, etc.)
- c) Algún factor nocivo para su integridad como mujer o como madre (golpes en abdomen directos o indirectos).
- d) Incompatibilidad sanguínea del feto con la madre.
- e) Ninguna.

15. ¿Consume o consumía algún tipo de sustancia nociva para la salud?

- a) Tabaco.
- b) Alcohol.
- c) Otra. Favor de especificar.
- d) Ninguna.

16. Durante el periodo gestacional ¿padeció de algún tipo de enfermedad respiratoria?

- a) Si
- b) No

17. En el desarrollo del embarazo ¿Se vio en la necesidad de ser hospitalizada debido a hiperémesis (vomito excesivo, acompañado de deshidratación e intolerancia a la vía oral)?

- a) Si
- b) No

18. ¿Cuál fue su reacción al enterarse?

- a) Enojo.
- b) Incredulidad.
- c) Negación.

19. Antes de que sucediera el evento del aborto ¿logro identificar algún cambio en cuanto al desarrollo de su embarazo?

- a) Si.
- b) No.

En caso de que la respuesta sea sí; sírvase de especificar qué cambio.

- a) Falta de movimientos fetales.
- b) Tensión abdominal.
- c) Otra.

20. ¿Qué sentimiento tuvo al saber del acontecimiento?

- a) tristeza.
- b) Ira.
- c) Culpa.
- d) Confusión.
- e) Miedo.
- f) Incertidumbre.
- g) Soledad.

21. ¿Conoce o tiene una idea de lo que es el duelo?

- a) Si.
- b) No.

22. ¿En qué etapa del duelo considera usted que se encuentra?

- a) Negación.
- b) Ira.
- c) Negociación.
- d) Depresión.
- e) Aceptación.

23. Emocionalmente ¿podría señalar como se siente en estos momentos?

- a) Triste.
- b) Tranquila.
- c) Depresiva.
- d) Confundida.

24. ¿Considera que el dolor por la pérdida es menor a menor edad estacional o mayor a mayor edad gestacional?

- a) Si
- b) No

25. Por último y para concluir con la encuesta sea tan amable de explicar emocionalmente como se sintió ante el aborto.

7.3 Glosario.

Anomalía: Irregularidad, anormalidad o falta de adecuación a lo que es habitual.

Abrumar: Agobiar o atosigar con cargas físicas o morales que resultan penosas o difíciles de soportar.

Adenohipófisis: La adenohipófisis es una glándula complementaria situada en la región anterior de la hipófisis.

Aislamiento: Definido desde el psicoanálisis, es un mecanismo de defensa, frecuente en la neurosis obsesiva, consistente en aislar un pensamiento o comportamiento eliminando sus conexiones con otros pensamientos, y llegando incluso a una ruptura con la existencia del individuo.

Albumina: Proteína animal o vegetal que se disuelve en agua y se coagula por el calor.

Anestesia: Sustancia química que produce esta pérdida o ausencia temporal de la sensibilidad y que se utiliza en cirugía.

Apoplejías: Síndrome neurológico de aparición brusca que comporta la suspensión de la actividad cerebral y un cierto grado de parálisis muscular; es debido a un trastorno vascular del cerebro, como una embolia, una hemorragia o una trombosis.

Asfixia: Suspensión de la respiración y las funciones vitales a ella anejas de una persona, por falta de oxígeno o por otras causas.

Brucella abortus: la que causa el aborto contagioso de las vacas.

Ciclo menstrual: El ciclo menstrual o ciclo sexual femenino es el proceso que prepara al útero de la mujer para el embarazo todos los meses, mediante el desarrollo de los gametos femeninos y una serie de cambios fisiológicos. Se considera un ciclo contando desde el primer día de un periodo o menstruación hasta el primer día del periodo siguiente.

Congénito: Que se presenta durante el período de gestación y puede ser hereditaria o no.

Conmemorar: Recuerdo de un acontecimiento.

Consanguinidad: Es la relación de sangre entre dos personas: los parientes consanguíneos son aquellos que comparten sangre por tener algún pariente.

Cuello uterino: El cuello uterino es la parte baja del útero, el órgano reproductor femenino. Específicamente, el cuello del útero es la parte de unión entre la vagina y la parte superior del útero.

Defectos luteínicos: Insuficiencia luteínica o fase luteínica inadecuada es una interrupción del ciclo menstrual normal de la mujer. El defecto ocurre cuando el cuerpo no produce suficiente hormona progesterona, lo cual ocasiona un retraso en el desarrollo del revestimiento del útero (endometrio).

Despersonalización: Es una alteración de la percepción o la experiencia de uno mismo de tal manera que uno se siente separado de los procesos mentales.

Diabetes Mellitus: Enfermedad causada por un desorden de nutrición y que se caracteriza por una concentración excesiva de azúcar en la sangre.

Dilatación: Dilatación es la acción y efecto de dilatar o dilatarse. El verbo dilatar, por su parte, refiere a hacer mayor, extender o alargar algo; a propagar; o a diferir la concreción de una acción.

Dinoprostona: Hormona natural femenina producida normalmente en el organismo. Esta hormona, conocida también como prostaglandina E2, consigue la apertura del cuello uterino y la contracción de los músculos del útero.

Diseminación: Propagación de un estado patológico infeccioso o neoplásico.

Disfagia: Dificultad o imposibilidad de tragar.

Doliente: Enfermo (que padece enfermedad).

Embarazo ectópico: Se produce cuando el feto se desarrolla fuera del útero y da lugar a una gestación que físicamente no puede progresar.

Embrión: Embrión se le llama al organismo producido mediante copulación o acto sexual, cuando se encuentra en se plena etapa de desarrollo.

Emoción: Son reacciones psicofisiológicas que representan modos de adaptación a ciertos estímulos del individuo.

Feto: En el caso de los humanos, al final de la octava semana de gestación ya se ha concluido este proceso y es a partir de la novena semana cuando el embrión pasa a llamarse feto, en este momento ya se han formado todas las estructuras que deberán desarrollarse y crecer hasta el momento del nacimiento.

Gametogénesis: Proceso de formación de los gametos a partir de otras células mediante sucesivas divisiones que tienen lugar en las gónadas.

Gen recesivo: Un gen recesivo es un gen que no es dominante, sino que sólo se manifiesta cuando un gen de ambos padres es el mismo.

Gen: El gen, como unidad que conserva datos genéticos, se encarga de transmitir la herencia a los descendientes.

Germen: Microorganismo o microbio, es un ser vivo que únicamente se podrá visualizar a través de un microscopio.

Gestación: Proceso de crecimiento y desarrollo fetal intrauterino; abarca desde el momento de la concepción (unión del óvulo y el espermatozoide) hasta el nacimiento.

Glándula Hipofisaria: La hipófisis o glándula pituitaria es una glándula endocrina que segrega hormonas encargadas de regular la homeostasis incluyendo las hormonas trópicas que regulan la función de otras glándulas del sistema endocrino.

Glucemia: Presencia de azúcar en la sangre, especialmente cuando es excesiva.

Hemorragia: El término hemorragia suele utilizarse para describir la pérdida de sangre y puede hacer referencia a una pérdida de sangre dentro del cuerpo (hemorragia interna) o fuera (hemorragia externa).

Hereditario: De la herencia o que se transmite a través de ella.

Hiperfagia: La Hiperfagia significa la ingestión de cantidades excesivas de alimentos. Se manifiesta por un deseo irresistible de comer sin hambre real.

Hiperémesis gravídica: La hiperémesis gravídica es una condición caracterizada por náuseas, vómitos, pérdida de peso y trastornos electrolíticos.

Hipertensión: Afección en la que la presión de la sangre hacia las paredes de la arteria es demasiado alta.

Hipertiroidismo: Aumento de las actividad y funciones secretoras de la glándula tiroides.

Hipotálamo: Región del encéfalo situada en la base cerebral, unida por un tallo nervioso a la hipófisis, y que tiene una importante función para la vida vegetativa.

Hipotiroidismo: Disfunción de la glándula tiroides que disminuye su actividad y secreción.

Implantación: Proceso por el que el embrión se ancla en el endometrio y es imprescindible para que ocurra el embarazo.

Infertilidad: Incapacidad de quedar embarazada después de programar cuidadosamente sexo sin protección durante un año.

Intraparto: Período en el cual transcurre el nacimiento de un niño, desde el trabajo de parto hasta la expulsión de la placenta.

Intrauterino: Que está o sucede dentro del útero.

Membranas amnióticas: La membrana amniótica es un saco cerrado compuesto por líquido amniótico, por el feto y por la placenta.

Metreurinter: Globo insuflable para la dilatación del cuello del útero.

Miomas: El mioma, también llamado de leiomioma, es un tumor originado en el tejido muscular del útero. Los miomas son tumores benignos del útero, es decir, una lesión que no es cáncer y no tiene ningún riesgo de transformación maligna.

Miometrio: Capa muscular intermedia del útero, formada por músculo liso.

Misoprostol: es un análogo semisintético de la prostaglandina E1 (PGE1), utilizado para la prevención y tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales.

Nauseas: Son una sensación que indica la proximidad del vómito y esfuerzos que acompañan a la necesidad de vomitar.

Negociación: Es una conversación entre dos o más personas para conseguir un arreglo de intereses divergentes o un acuerdo.

Neonato: Recién nacido.

Organogénesis: Proceso en el que se forman y desarrollan los órganos de un ser vivo.

Perdida: Acción de perder o perderse.

Placenta: La placenta es el órgano que surge en el cordón umbilical y que permite la intermediación entre la madre y su bebé o cría mientras se desarrolla la gestación.

Precordial: De la región del pecho que corresponde al corazón.

Prematuro: Que ocurre o sucede antes del tiempo que se considera habitual o necesario.

Progesterona: Hormona sexual femenina producida por los ovarios, cuya función es la preparación de la mucosa del útero para la implantación del óvulo fecundado.

Prostaglandinas: Las prostaglandinas son eicosanoides derivados de lípidos de membrana. Proceden del ácido araquidónico por acción de la enzima ciclooxigenasa. El ácido araquidónico procede de un fosfolípido de membrana.

Reducción selectiva: La reducción selectiva se refiere a la práctica de abortar a uno o más fetos de las mujeres que tienen embarazos múltiples.

Represión: Moderación o freno de los impulsos o sentimientos considerados inconvenientes que se impone a sí misma una persona.

Resolución: Solución o respuesta que se da a un problema, una dificultad o una duda.

Sentimiento: Estado de ánimo o disposición emocional hacia una cosa, un hecho o una persona.

Ser Biopsicosocial: Es un ser vivo con un organismo complejo y con una mentalidad muy compleja basada en muchos aspectos, los cuales le permiten estar en una organización social y comportarse de acuerdo a sus intereses psicológicos, y a los límites que le presenten su cuerpo y su aprendizaje.

Serología luética: Análisis del suero para determinar la presencia de gérmenes patógenos en él.

Shock: Estado de profunda depresión nerviosa y circulatoria, sin pérdida de la conciencia, que se produce tras experimentar una fuerte impresión o una intensa conmoción.

Síndrome antifosfolípídico: Es un estado autoinmune causado por anticuerpos dirigidos contra los fosfolípidos de las membranas celulares. Provoca la disposición a la formación de trombosis tanto en arterias como en venas como así también complicaciones relacionadas con el embarazo tales como abortos espontáneos, muerte fetal, partos pre término, o pre eclampsia severa.

Sinequias: Las sinequias uterinas son adherencias o tejido cicatricial que se forma dentro de la cavidad del útero como consecuencia de traumatismos secundarios a cirugías uterinas como la miomectomía o legrados mal realizados.

Tallos de laminaria: Tallo de una clase de alga (*Laminaria digitata*) desecada y preparada que, bajo la influencia de la humedad, aumenta de volumen; se emplea para dilatar los conductos estrechos y particularmente la cavidad uterina.

Terapéutico: concepto que procede de la lengua griega y que alude a aquello vinculado a la rama de la medicina que se encarga de la difusión de las pautas y del suministro de remedios para tratar problemas de salud.

Tiroxina: Hormona, segregada por la glándula tiroides, que regula los procesos metabólicos.

Transferina: La transferrina es la proteína transportadora específica del hierro en el plasma.

Treponema Pallidum: Bacteria espiroqueta, por lo general parásita, que puede generar enfermedades en el ser humano.

Triyodotironina: Es una hormona tiroidea. Afecta a casi todos los procesos fisiológicos en el cuerpo, incluyendo crecimiento y desarrollo, metabolismo, temperatura corporal y ritmo cardíaco

Trofoblasto: Se refiere al conjunto de las células que componen la capa exterior del blastocito, y que es integrante de lo que luego será la placenta.

Trombofilia: Es la propensión a desarrollar trombosis debido a anomalías en el sistema de la coagulación.

Tutela: Autoridad conferida por ley a un adulto para cuidar de una persona y de sus bienes porque esta no está capacitada para hacerlo por sí misma.

Vanagloria: Presunción u orgullo del propio valer.

Viable: Proviene del francés *vie* (vida) proveniente del latín *vita, vitae* (vida, existencia).

Bibliografías.

Aberg A, Westbom L, Kallen B. Malformaciones congénitas en lactantes cuyas madres tenían diabetes gestacional o diabetes preexistente. Año: 2001.

Acién P, Balasch J, Comino R, Egozcue J, Parrilla JJ, Viscosillas P. Documentos de consenso de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Aborto de repetición. Programa de actualización en Ginecología y Obstetricia. Año:1996. (http://www.prosego.com/docs/documentos_consenso/consenso96/).

Acién P. Anomalías uterinas y aborto recurrente. Editorial: Elsevier España. Año: 1996.

Arnaldo Pangrazzi. El duelo. Editorial: Selare. 4a. edición. 2005.Año: 1989.

Bailón E, Rodríguez Rozalén MA. Enfermedades crónicas de y gestación. Guía para la prevención de defectos congénitos. Editorial: Ministerio de Sanidad y Consumo Centro de Publicaciones. Año:2006.

Bartha José Luis, Cerqueir María José, González González Nieves Luisa, Jáñez Mercedes, Mozas Juan, Ramírez García Octavio, D. Acosta, Ampudian Francisco Javier, Corcoy Rosa, Cortázar Alicia, Mijares Antonio Hernández, Herranz Lucrecia, Lobón José Antonio, López López José, Reyes Luna María, Del Pino Navarro María, Sancho María Antonia, Ginovart Gemma. Grupo Español para el Estudio de la Diabetes y el Embarazo. GEDE. Guía asistencial. Año: 2006. España.

Bengtsson LP. Acta de obstetricia y ginecología. Experimentos sobre el efecto supresor de un gestageno sintético sobre la actividad del útero humano. Año: 1962

Bowlby J. El Apego y la Pérdida: la pérdida. Barcelona: Paidós Psicología Profunda; año: 1997.

Castro GM. La inteligencia emocional y el proceso de duelo. Editorial: Trillas. Año: 2006.

Clemente M. En grupo de trabajo del Ministerio de Sanidad y Consumo. Subdirección General de Cartera de Servicios y Nuevas Tecnologías. Guía para la prevención de defectos congénitos. Prevención de las enfermedades genéticas. Editorial: Ministerio de Sanidad y Consumo Centro de Publicaciones. Año: 2006.

Coste J, Job-Spira N, Hernández H. Factores de riesgo para el aborto espontáneo: un estudio caso-control en Francia. Volumen: 8 Año: 1991.

Craig LTB, Ke RW, Kutteh WH. Aumento de la prevalencia de la resistencia a la insulina en mujeres con antecedentes de pérdida recurrente del embarazo. Editor: Editorial de la Universidad de Granada. Año: 2002.

Cunningham FG, Grant NF, Leveno KJ. Desordenes endocrinos. Editor de Williams Obstetricia. Editorial: McGraw-Hill.año:2001

Dones J, Jodoul P. ¿Cuáles son las implicaciones de los miomas en la fertilidad?
Año: 2002.

Edward J. Quilligan, Frederick P. Zuspan. Biblioteca internacional de ginecología y obstetricia operatoria. Volumen 1. Cuarta edición. Editorial: Limusa, S.A de C.V. grupo Noriega Editores. Año:1989.

Eliasson R. Propiedades, acción y significado de las prostaglandinas. Año: 1963.

Elizabeth Kübler Ross. Sobre la muerte y los moribundos. Editorial: Debolsillo.
Año: 1969.

Fernández Liria A. y Rodríguez Vega B. Revista de Psicoterapia. Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo en situaciones de catástrofe, guerra o violencia política. año: 2002.

Fernández O, Sabhawal M, Smiley T, Pastuszak A, Koren G, Einarson T. Consumo moderado a intenso de cafeína durante el embarazo y relación con el aborto espontáneo y el crecimiento fetal anormal. Año: 1998.

Gisbert Calabuig, J. Medicina Legal y Toxicología. Editorial: Masson, 6ª edición España. Año: 2004.

Jorge Buckay. El camino de las lágrimas. Editorial: Océano 3ª. Edición. Año: 2008.

Jovanovic L. Papel de la dieta y la insulina en el tratamiento de la diabetes durante el embarazo. Año: 2000.

Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Enfermedades de la tiroides. Manual de medicina. editorial: McGraw-Hill Interamericana. Edición: 17. Año:2005.

Kenneth R. Niswander. Manual de obstetricia. Tercera edición. Capítulo 16. Editorial: Salvat. Año: 1988.

Kowalski K, Sonstegard L, Jennings B. Pérdida perinatal y duelo. Crisis y enfermedad en la maternidad. editorial: Grune y Stratton, Nueva York. Año: 1987; PP.: 25-42. vol. 3.

L, Parazzini F, di Cintio E. Hábitos paternos y maternos de fumar antes de la concepción y durante el primer trimestre: relación con el aborto espontáneo. Año: 1998.

Larser PR, Silva JE, Kaplan MN. Relaciones entre las hormonas tiroideas circulantes e intracelulares: implicaciones fisiológicas y clínicas. Revisiones endocrinas. Año: 1981.

Le Beau SH, Mandel SJ. Trastornos de la tiroides durante el embarazo. Editor: Endocrinol Metab Clin North Am. Año: 2006.

Le Beau SH, Mandel SJ. Trastornos de la tiroides durante el embarazo. Año: 2006.

Lombardía J, Fernández M. Patología obstétrica. Editorial: Médica Panamericana. Año: 2007.

Lutiger B, Gram K, Einarson TR, Koren G. Relación entre el uso gestacional de la cocaína y el resultado del embarazo: un meta-análisis. Año: 1991.

Mason JE, Rimm EB, Stampfer MJ. Actividad física e incidencia de diabetes mellitus no insulino-dependiente en mujeres. año: 1991.

McIntosh GC, Olshan AF, Baird PA. La edad paterna y el riesgo de defectos de nacimiento en la descendencia. Año: 1995.

Menabe Y. Laminaria para gradual y ahorrar dilatación cervical. Año: 1971.

Meza DEG, García S, Torres GA, Castillo L, Sauri SS, Martínez SB. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. Volumen 13, Núm. 1, enero-marzo, Año: 2008.

Nakajima A. Método laminaria-metreurinter de aborto a mediano plazo en Japón. Año: 1972.

Nicolaidis P, Petersen M. Origen y mecanismo de la no disyunción en las trisomías autosómicas humanas. Año: 1998.

OMS. Mortalidad neonatal y perinatal: estimaciones nacionales, regionales y globales Ginebra año: 2006

Pereira R. Duelo: desde el punto de vista individual al familiar. Sistemas Familiares. Año: 2002.

Preston FE, Rosendaal FR, Walker ID, Briet E, Berntorp E, Conard J. Aumento de la pérdida fetal en mujeres con trombofilia hereditaria. Editorial: Lancet. Año: 1996.

Quereda F, Acién P. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. El aborto de repetición. Año: 1998.
(http://www.prosego.com/docs/documentos_progamas/actualizacion98/).

Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Madrid: Espasa; año: 2001.

Salvatierra V, Comino R, Florido J, Beltrán E, Vergara F. revista española de obstetricia y ginecología. Parámetros vasculares y glandulares del endometrio en úteros malformados: su valoración. volumen 38. Año: 1977.

Seely BL, Burrow GN. Enfermedad de la tiroides y embarazo. Medicina materno-fetal. Editorial: W.B Saunders Company. Año:1999.

Tavistock Gorer G. Muerte. Duelo y luto. Editorial: Doubleday. Nueva York.
Año: 1965

Verdú LI, Santamaría R. Etiología, anatomía patológica clínica y tratamiento.
Aborto: concepto y clasificación. Editorial: Médica Panamericana. 2003.

Walker CL, Stewar ES. Fibromas uterinos: el elefante en la habitación. Editorial:
Ciencia. Año:2005.

Zapardiel Gutiérrez I, De la Fuente Valero J, Bajo Arenas J.M. Hemorragias del
primer trimestre. Protocolos de atención obstétrica de la sociedad española
de ginecología y obstetricia. Sociedad española de ginecología y obstetricia.
Año: 2008. (<http://www.prosego.com/index>).