



► Análisis de la intervención que realiza la (el) enfermera(o) profesional a la paciente post aborto

Luis Alonso Miranda Vega*, Ana Yéssika Gamboa Chaves**, Limberg Eladio Vargas Araya***

RESUMEN

El aborto constituye una de las causas más importantes de mortalidad materna. Existe poca información sobre el abordaje integral que se da a las pacientes. Se estudiaron todas las pacientes que estuvieron internadas con este diagnóstico en el último trimestre del 2007. Se evidenciaron diferencias entre la opinión de las usuarias y el personal, un nivel bajo de información en las pacientes sobre las alertas de aborto, los procedimientos que se realizan y las consecuencias físicas y psicológicas. Entre los aspectos destacados está una insatisfacción en las usuarias de cómo se maneja la parte emocional. Se debe mejorar la información que se les da. El tratamiento es complejo pero hay tiempo para realizarlo: durante el internamiento, el control prenatal y las citas postaborto. Estos momentos constituyen escenarios invaluable para la mejor educación de las pacientes lo que les evita complicaciones físicas, duelos patológicos y futuros eventos similares.

Palabras Clave: Aborto, pérdida, duelo, Enfermería obstétrica.

ABSTRACT

Analysis of the nursing intervention to post-abortion patients.

Abortion constitutes one of the most important causes of maternal death. There is still a lack of information about the care given to patients suffering this type of loss. The investigation was conducted with all of the patients that were diagnosed in the third trimester of 2007. The results showed different opinions between participants and nurses, patients have a low level of information regarding warning signs of abortion, procedures and physical and psychological consequences. Among the aspects that were studied it was noted that there was dissatisfaction among the participants related to in the way the emotional area was handled. Information needs to be improved in the different phases. It is known that the treatment is complicated but it can be done in the hospital, in prenatal control and in post-abortion appointments. These scenarios are valuable to improve patient education and avoid physical complications, pathological injuries, and similar events in the future.

Key Words: Abortion, Grief, Loss, Crisis, Nursing Midwifery.

*MSc en Materno Infantil y Obstetricia.
Dirección Regional del Ministerio de Salud
de la Región Huetar Norte.

** MSc en Oncología Pediátrica. Servicio de
Oncología Hospital Nacional de Niños.

***MSc en Materno Infantil y Obstetricia.
Servicio de Sala de Partos del Hospital San
Carlos.

Recibido: 3/10/2011
Aceptado: 19/04/2012

Dirección para Correspondencia:
lalonsomv@hotmail.com

Enfermería en Costa Rica 2011; 32 (2): 75-80

Introducción

La definición de aborto se refiere a la “interrupción del embarazo antes que el feto sea viable, es decir, capaz de llevar una vida extrauterina independiente” (Pérez, 1994, p.779). Según la clasificación Internacional de Enfermedades, el aborto incluye cualquier interrupción del embarazo antes de las 28 semanas de gestación con feto muerto. Si la interrupción ocurre después de las 28 semanas de embarazo, el producto es un recién nacido vivo o muerto (Pérez, 1994). El aborto puede ser espontáneo o inducido antes de las 12 semanas de gestación (en Costa Rica esta práctica no es legal).

En el caso de los abortos espontáneos se ha notado una mayor incidencia de síntomas de estrés postraumático pero las mujeres se recuperan más rápidamente del evento debido a que ocurre de una forma involuntaria aunque son más significativos los sentimientos de pérdida (Nordal 2004, 2005, Nikcevic, Kiczmierecz y Nicolaidis, 2007). La forma en que responden las mujeres depende del número de hijos que tengan, del estatus marital, de la religión, del grado de escolaridad y del tipo de trabajo que desempeñan. Por ejemplo, en algunos estudios revisados se nota un mayor porcentaje de abortos espontáneos en mujeres casadas o en unión libre, un menor número de aborto inducido en este grupo, un menor número en mujeres con educación universitaria, y una mayor incidencia en las cristianas (Nordal, 2005).

Como la madre no tiene ocasión de despedirse es como si la pérdida no ocurriera y por tanto se puede complicar el proceso de duelo. Algunas de sus manifestaciones son sentimientos de tristeza, enfado, culpa, ansiedad, soledad, fatiga, impotencia, shock, anhelo, emancipación, alivio, inestabilidad, sensaciones físicas de vacío en el estómago, opresión en el pecho, opresión de la garganta, hipersensibilidad al ruido, sensación de despersonalización, falta de aire, debilidad muscular, falta de energía, sequedad de boca. En el área cognitiva se presenta incredulidad, confusión, preocupación, sentido de presencia o alucinaciones. En la conductual, trastornos del sueño, trastornos alimentarios, conducta distraída, aislamiento social, soñar con el fallecido, evitar recordatorios del fallecido, buscar y llamar en voz alta, suspirar, hiperactividad.

El profesional en enfermería debe asegurarse de brindar los cuidados que favorezcan la pronta recuperación y la prevención de complicaciones. Dentro de las posibles acciones se sugiere que, si todavía no se ha confirmado el diagnóstico, se brinde información relacionada con los procedimientos que se le practicarán con el fin de esclarecer su situación. Si el diagnóstico está confirmado, se debe esclarecer toda incertidumbre que la usuaria presente en relación con cuál va a ser el tratamiento por seguir para el correcto abordaje de su caso. También se debe vigilar la cantidad y características del sangrado transvaginal y reportar cualquier anomalía

así mismo como la obtención oportuna de los reportes de laboratorio. Si el abordaje requiere de la práctica de un Legrado Uterino Instrumental (LUI), se debe procurar el cumplimiento de todos los requisitos previos a dicho procedimiento.

Como pautas generales en el acompañamiento del proceso de duelo se requiere dar el tiempo necesario pues no hay calendario para la recuperación; respetar las diferencias de cada persona, identificar cuándo un duelo es anormal, dar apoyo continuado, identificar y reconocer los propios sentimientos, elaborar las propias pérdidas del pasado y del presente.

El aborto y sus consecuencias es una de las principales causas de mortalidad materna en el mundo. Por tal razón su abordaje no debe ser reducido a lo ginecológico sino tratarse de forma integrada comprendiendo lo orgánico, las necesidades físicas, la interacción de los procesos sociales, lo político, las ideologías predominantes, las formas de organización y los procesos que manifiestan los eventos emocionales y sociales y considerando las diferencias individuales.

Para el presente estudio, el equipo de trabajo se propuso hacer un análisis de la intervención que se realiza en las pacientes que afrontan una pérdida por aborto desde el punto de vista de la paciente y del profesional en Obstetricia, mediante la aplicación de cuestionarios. El escenario escogido fue el servicio de Obstetricia del Hospital San Carlos. Desde hace mucho tiempo sólo se registra el número de abortos en los centros hospitalarios, mas no se documenta el seguimiento y/o el tratamiento de esa paciente específica respecto al proceso de duelo.

Existen estudios interesantes en la literatura que dan información valiosa respecto al aborto pero existe también mucha dificultad para encontrar información concreta sobre el papel del enfermero (a) profesional como parte de esta situación tan compleja que se presenta en la práctica clínica. Los objetivos específicos buscaron identificar cuál fue la educación brindada por la enfermera jefe del servicio durante su hospitalización y determinar qué tipo de educación realiza a la paciente antes, durante y después de su proceso de aborto.

En Costa Rica en el I 2003 hubo 8967 abortos, de los cuales 391 se dieron en la Región Huetar Norte. Para el año 2006 se atendieron un total de 422 mujeres por esta causa; 24 mujeres más que el año 2005 que fueron 398 casos. Para el año 2007 se reportaron 446 abortos, según las estadísticas del principal centro hospitalario. El servicio de obstetricia del Hospital San Carlos tiene capacidad para 38 encamados, dispone solamente de un cubículo para albergar a 8 mujeres para la atención del aborto. Según el Departamento de Estadística, en el último trimestre del 2007 el número de pacientes internados general fue de 3270 (de octubre a diciembre) y los que corresponden al Servicio de Obstetricia fueron 1511

(46.2%).

El tipo de investigación es descriptiva observacional (Hernández, 2006) ya que comprende la descripción, el registro, análisis e interpretación de las respuestas tanto de las pacientes que sufrieron aborto como las respuestas de las enfermeras (os) profesionales. A su vez la investigación contempla estudio prospectivo y transversal (Babbie, 2000) ya que interesa la descripción o explicación del fenómeno en el punto y el momento específico del comportamiento de la variable y su seguimiento para así interpretar realidades del hecho.

Se contó con la aprobación del Comité de Bioética e Investigación del hospital y se firmó una hoja de consentimiento por parte de todas las pacientes incluidas en el trabajo. Además del cuestionario se realizó una visita domiciliar a las entrevistadas. La población está constituida por todas las pacientes que estuvieron internadas durante los meses octubre a diciembre del año 2007. El cuestionario para las obstetras (el total de las que laboraban en el hospital en ese momento eran 6 y 4 enfermeras profesionales que desempeñan el puesto) fue respondido posteriormente a los de las pacientes de forma anónima y privada.

Entre las limitaciones se deben citar las dificultades para tener un espacio privado y la diferencia de escolaridad y entorno cultural ya que algunas pacientes tuvieron problemas para expresarse. Además, en varias ocasiones el estado anímico de la usuaria no era el más adecuado.

Resultados

Información extraída del cuestionario de las pacientes

El total de pacientes encuestadas fue de 70. La edad promedio de las mismas fue 28.6 años; con una edad mínima de 15 y la edad máxima 44 años. Las semanas de gestación promedio de las 70 pacientes fue de 11 semanas (rango entre 3 y 19 semanas). Del total de las pacientes un 75% fueron primigestas. Un 15% sufrían un segundo evento, un 7% su tercero y un 3% el cuarto. La mayoría de las pacientes son provenientes de Ciudad Quesada. Otros lugares en orden de importancia son Aguas Zarcas y Río Cuarto.

- Duración del internamiento: los más prolongados fueron de 9 días, estos corresponden a un 21.4% de los casos. La mayoría de las pacientes estuvieron internadas tan solo 3 días (32.8%) y un 21.4% estuvo 4 días. Se obtuvo una estancia promedio de 8.7 días. Sobre el conocimiento de la paciente acerca el aborto al ingresar al hospital 44 (pacientes respondieron que no tenía ningún conocimiento (62.8%), 22 afirmaron tener conocimiento (31.4%) y 4 no respondieron (5.8%). La descripción de los síntomas que las pacientes consideraron como indicadores de una amenaza de aborto contemplaba sangrado 45.4%, muestras (10.2%), dolor (25%), todas las anteriores (12.5%), ninguno (6.8 %).

- Opinión de la paciente sobre la orientación recibida al ingresar al servicio de obstetricia: muy buena 18.5%, buena 31.4% y nula 50%. Opinión de la paciente sobre la información al recibir el diagnóstico por parte del médico o enfermera profesional: adecuada 31.4%, deficiente 44.2%, no entendió 10% y otros 14.2 %. Opinión de la paciente sobre la percepción del comportamiento de la enfermera profesional cuando le dieron el diagnóstico: indiferente ante la situación 71.4%, se identificó con su situación 38.5%.

- Educación por parte de la enfermera profesional acerca el tratamiento por seguir una vez que se confirmó el diagnóstico: adecuada 42.2%, escasa 31.4%, ninguna 41.4% y no respondió 2.8%. A 14% de las pacientes se les hizo un ultrasonido. Descripción del tratamiento suministrado durante el internamiento: legrado uterino instrumental 15%, suero 37%, prostaglandina 11%, antibiótico-terapia 4%, supositorios 6%, no respondió 5%, no sabe 1%, reposo 1%, ninguno 6%. Opinión de la paciente referente a la terminología utilizada por la enfermera al referirse a su situación: adecuada 38.5%, inadecuada 28.5%, inhumanos 5.7%, no entendió 4.2%, otros (groseros) 22.8%.

- Apoyo emocional percibido por la paciente de parte de la enfermera profesional antes de abortar: muy bueno 10%, bueno 22.8%, malo 10%, nulo 57.1%. Apoyo emocional percibido por la paciente de parte de la enfermera profesional durante al aborto: muy bueno 10%, bueno 31.4%, malo 11.4%, nulo 61.4%. Percepción por parte de la paciente del apoyo emocional recibido por parte de la enfermera profesional después del mismo: muy bueno 11%, bueno 20%, malo 13%, nulo 56%. Opinión de la paciente respecto a la orientación por parte de la enfermera profesional al momento del egreso: Muy buena 10.5%, buena 38.5%, nula 51%.

Anotaciones y sugerencias en general realizadas por las pacientes durante su internamiento: se debe dar más información 13.7%, se debe dar atención más humanitaria 31.5%, atender mejor el aspecto emocional 9.6%, no identificó a la(el) enfermera (o) profesional o jefe 4.1%, insatisfecha con la atención 6.8%, no respondió 34.3%.

Información extraída del cuestionario de los profesionales

En total se entrevistaron 10 profesionales. Frecuencia con que la enfermera(o) profesional brinda atención a pacientes con diagnóstico de aborto: siempre 30%, casi siempre 70%. Opinión de las enfermeras(os) acerca los sentimientos que las pacientes presentan con mayor frecuencia durante el proceso: dolor emocional 15.4%, dolor físico 15.4%, angustia 0%, temor 15.4%, todos los anteriores 53.8%, ninguno 0%.

Frecuencia con la que la enfermera(o) profesional elaboran un plan específico para las pacientes con diagnóstico de aborto: sí 10%, no 20%, ocasionalmente 70%.

Opinión de la enfermera(o) hacia el aborto como la pérdida de un ser muy querido: Sí 90%, no 10%. Opinión de la enfermera(o) profesional referente a la atención de la usuaria basada en el proceso de duelo: Sí 50%, no 50%.

Presencia de la enfermera(o) profesional en el momento del aborto: sí 90%, no 10%. Opinión sobre la educación que brinda la enfermera(o) profesional a la paciente al ingresar al Servicio de Obstetricia: adecuada 38.55%, deficiente 31%, no existen recursos 7.4%, hay exceso de trabajo 23.1%. Opinión sobre la educación que brindan la enfermera(o) profesional a la paciente antes de producirse la pérdida: adecuada 45.4%, deficiente 27.3%, no existen recursos 0.1%, hay exceso de trabajo 18.2%. Opinión sobre la educación que brindan la enfermera(o) profesional a la paciente durante el evento: adecuada 50%, deficiente 33.4%, no existen recursos 8.3%, hay exceso de trabajo 8.3%. Opinión sobre la educación que brindan la enfermera(o) profesional a la paciente después del mismo: adecuada 54.5%, deficiente 36.4%, no existen recursos 0%, hay exceso de trabajo 9.1%. Concepto del apoyo emocional que brinda la enfermera(o) profesional a la paciente post-aborto: adecuada 54.5%, deficiente 27.3%, no existen recursos 0%, hay exceso de trabajo 18.2%. Opinión de la enfermera(o) profesional acerca de si la paciente puede tener un proceso de duelo: adecuado 12.5%, deficiente 87.5%, no existen recursos 0%, hay exceso de trabajo 0%. Opinión acerca el seguimiento al hogar: Se da seguimiento 20%, no se da 50%, ocasionalmente 30%. ¿Cómo considera la enfermera(o) profesional la educación que brinda al egreso de la paciente del centro hospitalario?: adecuada 3.6%, deficiente 45.5%, no existen recursos 0%, hay exceso de trabajo 9.1%.

Discusión y Conclusiones

Información extraída del cuestionario de las pacientes

La mayoría de las pacientes atendidas en el período del estudio corresponde a mujeres jóvenes que sufrieron un aborto en el primer trimestre del embarazo y en su mayoría primigestas. La estancia promedio es de 8.7 días lo cual constituye un dato importante porque significa entre otras cosas que la evolución de un aborto requiere de etapas varias y complejas donde el manejo médico y emocional del personal tienen un papel preponderante. En la mayor parte de los casos las pacientes están en el servicio durante varios días lo que facilitaría las posibilidades de realizar las intervenciones necesarias.

Es notable que la mayoría de las pacientes no tiene una información adecuada antes de enfrentarse al aborto. En la práctica clínica, las enfermeras (os) profesionales pueden percibir la falta de información sobre los signos de alerta que justifican una consulta de urgencia. Esta educación debería llevarse a cabo como parte del control prenatal.

La mayoría del grupo identificó los síntomas de aborto,

principalmente el sangrado y los dolores como alertas. El sangrado es un síntoma evidente y las madres pueden saber en la mayor parte de los casos que se trata de algo grave. Los porcentajes de las mujeres que identificaron el dolor o los sangrados pequeños oscuros como alerta son menores. Se sabe que probablemente se presenten estos síntomas en todos los casos, pero algunos son mal interpretados o menospreciados por la paciente. La información al ingreso es sumamente importante para el buen curso de los eventos durante la hospitalización, especialmente tratándose de una situación donde confluyen aspectos médicos, emocionales, culturales, espirituales. Las pacientes consideraron esta información muy buena en un 18.5% y nula en un 50%.

El momento de dar el diagnóstico es una situación muy delicada ya que se confirma una pérdida, se inicia un duelo y se afrontan temores. La paciente está en crisis y por eso es muy importante la empatía de parte del equipo tratante. Ellas consideraron esta información adecuada en un 31.4%. Un 44.2 consideró deficiente la explicación al diagnóstico por el equipo. Sólo un 10% señala que no entendió. Se ha visto que muchas pacientes tienen preguntas sobre las causas del aborto, el cómo enfrentar la pérdida y el impacto en futuros embarazos (Nikcevic y otros, 2007).

Llama la atención que un 71.4% opinaron que las enfermeras profesionales tuvieron un comportamiento indiferente ante el diagnóstico. Cuando se han hecho estudios de seguimiento se ha visto que los niveles de ansiedad son menores en los grupo de mujeres que han recibido alguna intervención psicológica (Nikcevic y otros, 2007) y si se carece de este abordaje todavía es más importante las actitudes por parte del personal.

Una vez confirmado el diagnóstico el acompañamiento es importante para poder preparar a la paciente para los procedimientos posibles o tratamientos a los que será sometida. Sólo un 24.2% de las pacientes consideran la información recibida en este momento adecuada. Se observa que la mayoría (41.4%) opina que no les dieron educación respecto al tratamiento por seguir. La mayor parte de las pacientes describen la aplicación de solución intravenosa como tratamiento recibido. Llama la atención que solo 15 de ellas se llevaron a sala de operaciones para el legrado.

Las pacientes opinan que la enfermera usa términos adecuados en un 38.5% de los casos y un 5.7% menciona un trato inhumano y grosero (22.8%). Estos resultados contrastan con un (57.1%) por parte de las enfermeras profesionales que percibieron un adecuado apoyo emocional antes del proceso de aborto.

El aborto es una experiencia traumática desde el punto de vista físico y emocional. Por tanto no podemos limitarnos a brindar una atención solamente biológica porque el ámbito de alcance de un acontecimiento como este

es más amplio. La mayoría de las pacientes (61.4%) opinaron que no percibieron apoyo emocional por parte de la enfermera profesional durante el momento de abortar. Estudios realizados, demuestran que las intervenciones que se realicen durante un aborto son efectivas especialmente en lo que se refiere a duelo, sentimientos de culpa y preocupaciones ante futuros embarazos. Las pacientes también consideran estas intervenciones como útiles (Nikcevic y otros, 2007).

Si se toman en cuenta los días de estancia en el hospital se puede plantear la posibilidad de un desgaste físico, mental y emocional. Por esto es de suma importancia pensar en la necesidad del apoyo emocional en el momento posterior al aborto. Llama la atención que el mismo fue considerado por las pacientes como nulo en un 56% y tan solo un 20% fue valorado como bueno. La información al egreso es vital en lo que respecta a signos de alerta de probables complicaciones y respecto a la prevención de experiencias futuras entre otros. Las pacientes opinaron que la orientación de parte de enfermería al egreso fue nula en un 51%. La mayoría de las pacientes no opinó pero un 31% de ellas sugirió que se debe dar una atención más humanitaria por parte de personal de enfermería.

Información extraída del cuestionario de los profesionales en obstetricia

La mayoría de las enfermeras(os) considera que casi siempre brindan atención a pacientes con diagnóstico de aborto. La opinión de mayoría expresa que todas las pacientes experimentan sentimientos de temor, dolor emocional y físico. Esta respuesta evidencia que los profesionales reconocen que el aborto afecta de una manera profunda a las madres. Sin embargo, no todos logran demostrar que están capacitados haciendo abordajes integrales que permitan la identificación de la severidad con que estos sentimientos afectan a la paciente. Este análisis no se podría realizar en un solo momento e idealmente debe ser llevado a cabo por un equipo multidisciplinario. El sistema de atención actual desgraciadamente no ha logrado integrar a un profesional en psicología en el abordaje que se brinda y tanto la educación como el apoyo emocional son recargos y obligaciones del personal de enfermería. Además, se confirma la necesidad de tener bien capacitado a los profesionales en el manejo de estas diversas manifestaciones de la angustia y el dolor. Los sentimientos de las pacientes dependen de un contexto socio-cultural, de la forma en que ha reaccionado a pérdidas previas, de las dificultades económicas, la estabilidad de la relación afectiva y de enfermedades mentales, entre otros (Nordal, 2005). La enfermera ocasionalmente elabora un plan específico para las pacientes que ingresan por aborto.

La mayoría de las enfermeras opina que el abortar es una pérdida de un ser muy querido. La percepción de

pérdida por parte de la enfermera también está determinada por factores culturales e históricos personales. Sólo un 50% de los profesionales en enfermería realizan una atención a la paciente con este diagnóstico basada en un proceso de duelo.

La mayoría ha presenciado un evento y piensa que la educación que brinda a la paciente al ingresar es de adecuada (38.5%), un 31% refieren que es deficiente. Lo anterior va en contraste con lo anotado por las pacientes, las cuales mencionan que esa educación es nula en un 50%. La mayoría de las enfermeras(os) opinaron que la educación que brindan es adecuada (45.4%) y deficiente en un (27.3%). Desde este momento el o la profesional puede comenzar a identificar signos de alerta sobre posibles riesgos durante o después del aborto que podrían complicar el bienestar emocional de la paciente y facilitar su manejo en el internamiento.

La enfermera durante el aborto tiene un papel preponderante en lo que respecta al acompañamiento y la guía adecuada para que la paciente pueda someterse a los procedimientos con mayor facilidad y aclarar las dudas que no haya expresado al personal médico. Las enfermeras(os) expresan que se debe brindar educación adecuadamente en un 54.5% y un 36.4% opina que educa de manera deficiente. La educación en esta fase es sumamente importante para que la paciente pueda identificar los signos de alerta ante potenciales complicaciones, adaptarse de mejor manera a su medio, decidir la forma en que va a planificar y orientar su duelo y conducta posterior. Es importante brindar de forma oportuna información que garantice un seguimiento a la paciente y que esta reconozca cuáles son las necesidades físicas y psicológicas que debe atender en este período de recuperación (Nikcevic y otros 2007).

Resalta la opinión de la mayoría de las profesionales en enfermería que considera el apoyo emocional que brinda como adecuado en un 54.5%. Otro porcentaje opina que es deficiente (27.3%). La mayoría de las enfermeras(os) opinaron que el proceso de duelo que experimenta la paciente post-aborto es deficiente o inadecuado.

Según la opinión de las(los) profesionales en enfermería, el seguimiento al hogar de las pacientes post aborto en su mayoría (50%) es nulo y en un 30% este seguimiento es ocasional. Esto puede constituir el punto de partida para posteriores decisiones a nivel institucional ya que se debe asegurar un adecuado seguimiento utilizando la red de servicios disponible. Los controles posteriores al aborto evitan complicaciones, exploran en las causas, analizan el ajuste emocional y el tiempo adecuado de un futuro embarazo. Si se invierte tiempo y recursos en esto no sólo se pueden evitar futuras pérdidas y disminuir la morbilidad en la madre (Nikcevic y otros, 2007).

La educación brindada por la enfermera(o) profesional al egresar la paciente del centro hospitalario es deficiente

(45.5%). Esto coincide con la opinión de las pacientes donde opinan que es nula (51%). Este punto es preocupante ya que este momento constituye una valiosa oportunidad que no se está aprovechando.

Conclusiones

- Con este estudio se pudo demostrar que existe un nivel bajo de información en las pacientes sobre las alertas de aborto, sobre los procedimientos que se realizan y sobre las consecuencias físicas y psicológicas que se pueden afrontar.
- El abordaje que se da a las pacientes muestra déficit, especialmente en lo que respecta a los aspectos emocionales.
- La información técnica y el abordaje científico de los casos es el correcto a nivel profesional pero no satisface las necesidades emocionales de las pacientes.
- Se debe mejorar el nivel de información y constatar por métodos de evaluación el nivel de comprensión de las pacientes en las diferentes etapas del aborto (antes, durante, al egreso y en seguimiento).
- Es necesario un abordaje integral de estas pacientes con un mayor énfasis en el aspecto emocional.
- Se deben reforzar los conocimientos del personal sobre el proceso de duelo y muerte y cómo realizar intervenciones en crisis adecuadas en relación con el tema del aborto.
- Existe una evidente necesidad de orientar mejor y realizar un control postaborto más integral que incluya el se-

guimiento domiciliar de las afectadas.

Bibliografía

- Diccionario de Medicina Océano Mosbi. (1996). Barcelona: Editorial Océano. 1504 p.
- Pérez Sánchez (1994). *Obstetricia*. 2° Ed. Chile: Editorial Mediterráneo.
- Relf M. (2006). Curso especial de personas con condición de vida limitada y su familia: Duelo Primera edición. San José: Universidad Católica.
- (2006) Curso Especial de Cuidado de personas con condición de vida limitada y su familia: enfoque interdisciplinario de atención. Primera edición. San José: Universidad Católica.
- Hernández Sampieri, Roberto, Fernández Collado Carlos, Baptista Lucio, Pilar. (2006). *Metodología de la Investigación*. Cuarta Edición. México: Editorial McGraw-Hill Interamericana. 850 p.
- Nordal A, Poum T, Bødtker A et al. Psychological impact on women of miscarriage versus induced abortion: a 2 year follow-up study. *Psychosomatic Medicine*. 2004; LXVI: 265-271.
- Nordal A, Moum T, Bødtker A et al. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow up study. *BMC Medicine*. 2005; III:1-14.
- Schwarz, Ricardo. (1996). *Obstetricia*. 5 Edición. Buenos Aires: El Ateneo. 621p.
- Barrantes, Lauren, Fernández Maria del Carmen, Guzmán Maira et al. (2006). *Guía de Atención a las mujeres en el Post Aborto*. 1 Edición. San José: CCSS. 40 p.
- Nickcevic A, Kiczmierczyk A and Nicolaidis K. The influence of medical and psychological intervention on women's distress after miscarriage. *Journal of Psychosomatic Research*. 2007;283-290.
- Babbie, Earl. (2000). *Fundamentos de la Investigación Social*. México, Editorial Internacional Thomson. 477 p.