

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA GINECOLÓGICA A MUJERES QUE
PRESENTARON UN ABORTO INDUCIDO: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA

Trabajo final de investigación aplicada sometido a la consideración de la Comisión del
Programa de Estudios de Posgrado en Ciencias de la Enfermería para optar al grado y título
de Maestría Profesional en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal

KARELIA MORALES PÉREZ

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2022

Dedicatoria

A los hijos: del amor de ambos (padre y madre), del deseo de ambos (padre y madre), de una promesa de amor, de una prueba de amor; de una noche de copas o drogas alucinógenas, de un encuentro casual, de un fallo anticonceptivo. Del deseo ser madre o padre aunque el otro no lo quiera; de la tradición de continuar el legado familiar; de una despedida, del deseo sexual, de un amor prohibido, de una violación; de una nueva oportunidad de vida. Al fin y al cabo, todos hijos que desde el vientre escriben una historia de vida, que continua más allá, con sus procesos; o se volvió parte de una experiencia de una etapa, para continuar con la vida.

Agradecimientos

Agradezco a Dios por permitirme la vida para la realización de cada proyecto que llevo a cabo. A mis papás por apoyarme y motivarme cada vez que sentí desfallecer, y decirme que si podía salir adelante.

A mi hermano quien siempre se tomaba su tiempo para irme a recoger o dejar para que yo pudiera estudiar, y por darme un hermoso y tierno sobrino, Gael.

A ti, quien siempre tendrás un lugar privilegiado en mi corazón, que me impulsaste a creer en mí, a quererme y a seguir construyendo cada día de la vida; y sin tu ayuda no hubiese culminado.

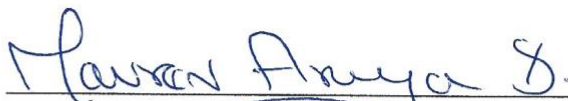
A mis jefaturas por ayudarme con el día libre para poder ir a estudiar, y alentarme para que pronto puede ser su colega; y así mismo inspirarme para cursar esta maestría.

A mi estimado y querido profesor Denis, quien con su compromiso, escucha atenta, y esfuerzo ha sido mi guía para culminar este proceso con éxito. Agradezco, al cuerpo profesores que fueron parte de mi formación, que con buenas o malas anécdotas, enriquecieron mi formación.

A mis chicas: Rebeca Omodeo y Jazmín Bermúdez, con quienes nos apoyamos, nos caímos y levantamos, y nos alentamos para culminar este proceso. Excelentes personas, y así mismo profesionales de calidad.

Finalmente, agradezco a todos los compañeros de trabajo y personas que estuvieron involucradas en este proceso, y me apoyaron para que pudiera salir avante.

“Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Ciencias de la Enfermería de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría Profesional en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal.”



Msc. Mauren Araya Solís

Representante de la Decana Sistema de Estudios de Posgrado



Msc. Denis Carrillo Díaz

Profesor Guía



Msc. Allan Rodríguez Artavia

Lector



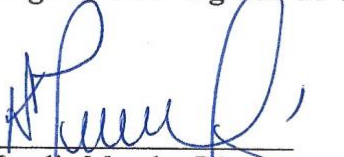
Msc. Laura López Quirós

Lectora



Msc. Yamileth Gutiérrez Obregón

Representante de la Directora Programa de Posgrado de Ciencias de la Enfermería



Karelía Morales Pérez

Sustentante

Tabla de contenido

Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos	iii
Hoja de Aprobación	iv
Resumen	viii
Abstract	ix
Lista de tablas.....	x
Lista de figuras.....	xii
Lista de siglas y abreviaturas.....	xiii
CAPÍTULO I. INTRODUCTORIO	I
1.1 Introducción	I
1.2 ANTECEDENTES.....	3
1.2.1. Antecedentes Internacionales:	3
1.2.2 Antecedentes Nacionales:	7
1.3 Justificación	11
1.4 Planteamiento del problema	21
1.5 OBJETIVO	23
1.5.1 Objetivo General	23
CAPÍTULO II. MARCO REFERENCIAL.....	24
2.1 Salud Sexual, Salud Reproductiva, Derechos Sexuales y Reproductivos	24
2.2 Aborto Inducido	29
2.3 Marco normativo y legal del aborto inducido en América Latina y Costa Rica.	34
2.4 Perfil social y ético de las mujeres que deciden optar por un aborto inducido ..	39
2.5 Aspectos Bioéticos del Aborto inducido.....	40
2.6 La Objeción de la conciencia del profesional en salud, y su relación con el aborto inducido.....	44
2.7 Procesos de Estigma y Discriminación de las mujeres que abortan y del profesional en salud.....	45
2.8 Gestión del Cuidado de Enfermería	50
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	56
3.1 Modalidad.....	56
3.2 Diseño del estudio.....	57
3.2.1 Primera Etapa: Definición de la pregunta de investigación o identificación del problema	59
3.2.2 Segunda etapa: Búsqueda de la literatura	60
3.2.3 Evaluación de los datos	70
3.2.4 Análisis de los datos	72
3.2.5 Presentación de los datos.....	75

3.3 Consideraciones éticas	76
CAPÍTULO IV. EVALUACIÓN DE LOS DATOS.	77
4.1 Proceso de selección de las publicaciones.	77
4.2 Codificación de los artículos incluidos en la revisión.	79
4.3 Caracterización de las publicaciones incluídas.....	83
4.3.1 Distribución de las publicaciones según disciplina profesional y formación académica de los autores principales.....	83
4.3.2 Distribución de las publicaciones de acuerdo a las bases de datos.	84
4.3.3 Distribución de las publicaciones según revista indexada.	85
4.3.4 Distribución de las publicaciones de acuerdo al año de publicación.....	86
4.3.5 Distribución de las publicaciones según el país de origen.	87
4.3.6 Distribución de las publicaciones según el idioma.	88
4.3.7 Distribución de las publicaciones de acuerdo con el diseño metodológico.	88
4.3.8 Distribución de las publicaciones según categorización.....	89
4.3.9 Evaluación de los estudios de acuerdo con la listas de evaluación crítica del Joanna Briggs Institute y los niveles de evidencia de Polit y Tatano.....	90
4.4 Evidencia de la Gestión del Cuidado de Enfermería a mujeres que presentaron un aborto inducido.	93
4.4.1 Evidencia de la Gestión del Cuidado de Enfermería en la etapa de valoración del Proceso de Enfermería a mujeres que presentaron un aborto inducido.....	93
4.4.2 Evidencia de la Gestión del Cuidado de Enfermería en la etapa de diagnóstico del Proceso de Enfermería a mujeres que presentaron un aborto inducido.....	95
4.4.3 Evidencia de la Gestión del Cuidado de Enfermería en la etapa de planificación del Proceso de Enfermería a mujeres que presentaron un aborto inducido.....	97
4.4.4 Evidencia de la Gestión del Cuidado de Enfermería en la etapa de ejecución del Proceso de Enfermería a mujeres que presentaron un aborto inducido.....	99
4.4.5 Evidencia de la Gestión del Cuidado de Enfermería en la etapa de evaluación del Proceso de Enfermería a mujeres que presentaron un aborto inducido.....	103
4.4.6 Evidencia de Teorías de Enfermería en la Gestión del Cuidado de Enfermería a mujeres que presentaron un aborto inducido.....	104
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN.....	106
5.1 Gestión que realiza enfermería ginecológica en la etapa de la valoración a mujeres que presentaron un aborto inducido.	106
5.2 Gestión que realiza enfermería ginecológica en la etapa de diagnósticos de enfermería a mujeres que presentaron un aborto inducido.	109
5.3 Gestión que realiza enfermería ginecológica en la etapa de planificación de enfermería a mujeres que presentaron un aborto inducido.....	111
5.4 Gestión que realiza enfermería ginecológica en la etapa de ejecución de enfermería a mujeres que presentaron un aborto inducido.....	114
5.5 Gestión que realiza enfermería ginecológica en la etapa de evaluación de enfermería a mujeres que presentaron un aborto inducido.....	119
5.6 Gestión que realiza enfermería ginecológica a través de las teorías de enfermería.	119
REFLEXIÓN DE LA AUTORA.....	122
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES.....	124

CAPÍTULO VII. RECOMENDACIONES.....	126
VIII. BIBLIOGRAFÍA.....	127
IX. ANEXOS.....	142

Resumen

El aborto inducido o provocado ha sido un tema controversial para la sociedad, para las (os) Enfermeras(os), quienes abordan a estas mujeres, han cambiado su visión de continuidad de la vida, a una visión de respeto frente a la decisión de interrumpir una gestación, y centrado en las necesidades biopsicosociales que impactan a la mujer que decide abortar. El **objetivo** de esta investigación fue analizar la evidencia científica disponible en la literatura sobre la gestión del cuidado de Enfermería dirigido a mujeres que presentan un aborto inducido. La **metodología** utilizada fue la revisión integrativa de la literatura, con una selección de 13 publicaciones obtenidas de la búsqueda literaria en 8 bases de datos, entre los años 2011 a 2021, los cuales se validaron mediante el Formulario de Validación de los Estudios, de Cristine Moraes Ross (2011). **Los resultados** fueron organizados de acuerdo con la evidencia de la gestión del cuidado de enfermería en las etapas del proceso de enfermería, y según la evidencia de teorías de enfermería. Las **conclusiones** la gestión del cuidado de enfermería a mujeres que presentaron un aborto inducido ha sido poco abordada desde la disciplina, y esta debe realizarse tomando en cuenta que estas mujeres son ente biopsicosocial que necesitan de la atención de las enfermeras.

Palabras clave: Cuidados de Enfermería, Aborto inducido, Proceso de Enfermería, Enfermería

Abstract

Induced or provoked abortion has been a controversial issue for society, for the Nurses, who approach these women, they have changed their vision of continuity of life, to a vision of respect in the face of the decision to interrupt a pregnancy, and focused on the biopsychosocial needs that impact the woman who decides to abort. The **objective** of this research was to analyze the scientific evidence available in the literature on the management of nursing care aimed at women who have an induced abortion. The **methodology** used was the integrative review of the literature, with a selection of 13 publications obtained from the literary search in 8 databases, between the years 2011 to 2021, which were validated through the Validation Studies Form, by Cristine Moraes Ross (2011). The **results** were organized according to the evidence of nursing care management at the stages of the nursing care process, and according to the evidence of nursing theories. The **conclusions** of the management of nursing care for women who presented an induced abortion has been little addressed from the discipline, and this must be done taking into account that these women are biopsychosocial entity that need the attention of nurses.

Keywords: Nursing care; Induced, Abortion; Nursing care process; Nursing.

Lista de tablas

<i>Tabla 1. Complicaciones asociadas al aborto provocado</i>	<i>32</i>
<i>Tabla 2. Países Latinoamericanos donde el aborto es legal</i>	<i>35</i>
<i>Tabla 3. Países latinoamericanos donde el aborto es totalmente penado</i>	<i>35</i>
<i>Tabla 4. Países latinoamericanos donde el aborto es parcialmente penado.</i>	<i>35</i>
<i>Tabla 5. Etapas del Proceso de Enfermería</i>	<i>51</i>
<i>Tabla 6. Niveles de Pensamiento Teórico</i>	<i>53</i>
<i>Tabla 7. Variables definidas para la búsqueda de información.....</i>	<i>59</i>
<i>Tabla 8. Descriptores MeSh y DeCS</i>	<i>60</i>
<i>Tabla 9. Fuentes de Búsqueda de Lectura.....</i>	<i>64</i>
<i>Tabla 10. Criterios de Inclusión y Exclusión</i>	<i>67</i>
<i>Tabla 11. Herramientas de evaluación crítica de acuerdo con diseño de investigación</i>	<i>70</i>
<i>Tabla 12. Jerarquía de Evidencia de Polit y Tatano</i>	<i>71</i>
<i>Tabla 13. Tabla Sinóptica de los artículos seleccionados para la revisión Integrativa, conforme codificación, datos de publicación y objetivos, San José, 2021</i>	<i>74</i>
<i>Tabla 14. Tabla Sinóptica de los artículos seleccionados para la Revisión Integrativa, según metodología y el año de publicación, San José, 2021</i>	<i>80</i>
<i>Tabla 15. Distribución de las publicaciones de acuerdo con la revista o repositorio</i>	<i>86</i>
<i>Tabla 16. Distribución de las publicaciones de acuerdo con el año de publicación</i>	<i>86</i>
<i>Tabla 17. Distribución de las publicaciones según la categorización</i>	<i>90</i>
<i>Tabla 18. Evaluación de los estudios cualitativos de acuerdo con la lista de verificación del Joanna Briggs Institute y los niveles de Evidencia de Polit y Tatano</i>	<i>91</i>
<i>Tabla 19. Evaluación de los estudios cuantitativos retrospectivos de acuerdo con la lista de verificación del Joanna Briggs Institute y los niveles de Evidencia de Polit y Tatano</i>	<i>92</i>
<i>Tabla 20. Evaluación de los estudios cuantitativos cohorte de acuerdo con la lista de verificación del Joanna Briggs Institute y los niveles de Evidencia de Polit y Tatano</i>	<i>92</i>
<i>Tabla 21. Evaluación de los estudios revisión sistemática y revisión integrativa de acuerdo con la lista de verificación del Joanna Briggs Institute y los niveles de Evidencia de Polit y Tatano</i>	<i>93</i>

<i>Tabla 22. Evidencia de la Gestión del Cuidado de Enfermería en la etapa de valoración del Proceso de Enfermería a mujeres que presentaron un aborto inducido</i>	<i>94</i>
<i>Tabla 23. Evidencia de la Gestión del Cuidado de Enfermería en la etapa de Diagnóstico del Proceso de Enfermería a mujeres que presentaron un aborto inducido</i>	<i>96</i>
<i>Tabla 24. Evidencia de la Gestión del Cuidado de Enfermería en la etapa de Planificación del Proceso de Enfermería a mujeres que presentaron un aborto inducido</i>	<i>97</i>
<i>Tabla 25. Evidencia de la Gestión del Cuidado de Enfermería en la etapa de Ejecución del Proceso de Enfermería a mujeres que presentaron un aborto inducido</i>	<i>99</i>
<i>Tabla 26. Evidencia de la Gestión del Cuidado de Enfermería en la etapa de Evaluación del Proceso de Enfermería a mujeres que presentaron un aborto inducido</i>	<i>103</i>
<i>Tabla 27. Evidencia de Teorías de Enfermería en la Gestión del Cuidado de Enfermería a mujeres que presentaron un aborto inducido</i>	<i>104</i>

Lista de figuras

Figura 1. Situación Mundial de Aborto “Peligrosos” y “no peligrosos”	12
Figura 2. Los seis pasos de la revisión integradora de Toronto y Remington	58
Figura 3. Diagrama de Flujo del Proceso de Selección de Datos	69
Figura 4. Diagrama de Flujo del Proceso de Selección de Datos	78

Lista de siglas y abreviaturas

FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia

INAMU: Instituto Nacional de la Mujer

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual

PES: Problema, Etiología, Signos y síntomas

APA: Atención Post Aborto

RI: Revisión Integrativa

D.F: Distrito Federal

mg: miligramos

mcg: microgramos

ml: mililitros



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, KARELIA MORALES PÉREZ, con cédula de identidad 1-12920757, en mi condición de autor del TFG titulado: GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA GINECOLÓGICA A MUJERES QUE PRESENTARON UN ABORTO INDUCIDO: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI ☒ NO ☐

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

CAPÍTULO I. INTRODUCTORIO

1.1 Introducción

El aborto inducido o provocado ha sido un tema controversial para la sociedad, aunque si bien es cierto ha sido una práctica desde civilizaciones antiguas; genera un dilema ético desde cualquier postura que se le trate. Y es que según estadísticas de la OMS, alrededor del mundo se producen 25 millones de abortos no seguros por año, aumentando esto la cifra de muertes maternas; las cuales pueden ser prevenidas.

Aunque en algunos países haya aprobación legal para realizarlo, y en otros se siga tratando desde la clandestinidad; la interrupción voluntaria del embarazo ha llevado a que las (os) Enfermeras(os) Ginecológicas, Obstétricas y Perinatales, quienes abordan a estas mujeres, modifiquen su visión de continuidad de la vida, a una visión de respeto frente a la decisión de interrumpir una gestación, y centrado en las necesidades biopsicosociales que impactan a la mujer que decide abortar.

Debido a lo intrincado del tema, se cuenta con poca literatura científica dentro de la disciplina de Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal; que proporcione recursos para la atención de las usuarias que se someten a un aborto inducido. Además, la inquietud de esta investigación surge del trabajo día a día con usuarias con diagnóstico de aborto, el poco tratamiento del tópico que se brinda en la formación de profesionales de Enfermería en general, Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal; así como de la motivación para la inclusión del tema en los programas de estudio, y actualización de los profesionales.

Para el desarrollo de esta investigación, se utilizará el diseño de revisión integrativa de literatura, bajo el enfoque metodológico trazado por Whittemore y Knafl, que incluyen: identificación del problema, búsqueda de literatura, evaluación, análisis, reducción, visualización y comparación de datos, así como la extracción de conclusiones y presentación de resultados.

La investigadora se planteó como objetivo para desarrollar esta investigación: Analizar la evidencia científica disponible en la literatura sobre la gestión del cuidado de Enfermería

dirigido a mujeres que presentan un aborto inducido, con la finalidad de aportar conocimiento científico sobre el tópico a la comunidad de Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal.

1.2 ANTECEDENTES.

En el siguiente apartado se presenta una revisión de la evidencia empírica recabada sobre el tema.

1.2.1. Antecedentes Internacionales:

Esguerra y Vanegas⁽¹⁾, en 1994, en Colombia; exponen su artículo científico llamado “*Asesoría en la toma de decisiones frente al aborto*”, dentro del cual se proponen una serie de reflexiones éticas para que el profesional brinde asesoría en la toma de decisiones frente al aborto. . En el mismo se contextualiza que la mujer que decide abortar se sabe incapaz de asumir un hijo, y por tanto el verdadero crimen es dejar que ese niño nazca, ya que ha sido negado por ella y su compañero. Estos autores concluyen de manera importante que los profesionales deben tomar conciencia de la gravedad del problema y desde su ámbito profesional comprometerse en acciones tendientes a su solución a través del fomento de la responsabilidad procreativa y la prevención del embarazo indeseado y del aborto provocado⁽¹⁾.

En 1996, en Florianópolis, Brasil; Da Fonseca⁽²⁾ realiza un estudio bajo el título “*Asistencia de enfermería a mujeres internadas por complicaciones asociadas a aborto provocado*”, el cual propone un modelo de atención a usuarias con aborto provocado basado en la teoría de la enfermera psiquiátrica Joyce Travelbee del establecimiento de la relación persona a persona. A partir de la investigación cualitativa con usuarias; previo consentimiento y a partir de un modelo basado en la teorizante anterior, se concluye principalmente que como profesionales de la salud y miembros de la sociedad, nos dejamos absorber por el preconceito, originando conductas discriminatorias y punitivas para las pacientes internadas por complicaciones de un aborto⁽²⁾.

En Cuyo, Argentina, 2003; Torres, R. et al⁽³⁾ realiza una tesis denominada “*Aborto Inducido*”. Bajo la metodología cuantitativa descriptiva, los autores estudian la falta de capacitación del personal de enfermería en la maternidad del Hospital Luis Lagomaggiore, sobre la problemática del aborto inducido, lo cual lo lleva a cumplir un rol asistencial según la hipótesis planteada. Mediante la entrevista se concluye que el 67,5% refiere no tener

capacitación en el tema del aborto inducido, la experiencia sobre el mismo le ha sido dado por los años de experiencia en el servicio⁽³⁾. La hipótesis planteada en este estudio se logró comprobar en un 100%.

En el año 2004, en Estados Unidos, Joffe, C. y Yanow, S⁽⁴⁾. publican un artículo titulado *“Clínicos de Práctica Avanzada como proveedores de aborto: desarrollos actuales en los Estados Unidos”*. El objetivo de este artículo científico es realizar un recorrido de la legalidad del aborto en varios estados de esa nación, así como en otros donde esta práctica es ilegal. Además, expone que en la formación ginecólogos y obstetras, este tema no está contemplado en el plan de estudios. Estos autores concluyen que “una nota esperanzadora en el ambiente contemporáneo de aborto en Estados Unidos es el aumento del personal clínico de práctica avanzada enfermeras practicantes, auxiliares médicos y enfermeras-obstétricas en la prestación de servicios de aborto en el primer trimestre. Actualmente, este personal no médico presta un alto porcentaje de la atención de primer nivel en EE.UU., pero su participación en el aborto es prometedora, particularmente en vista de la escasez de prestadores médicos⁽⁴⁾”.

En el 2006 en la Habana, Cuba, De la Vega⁽⁵⁾, publican su estudio *“Aspectos Bioéticos relacionados con el aborto inducido”*, el cual a través de una revisión bibliográfica tiene como objetivo valorar los riesgos y aspectos bioéticos relacionado con el aborto inducido. El estudio llega a la conclusión que “en Cuba se institucionalizó el aborto en 1965, lo que ha venido a contribuir junto con el uso de métodos anticonceptivos a una reducción de las tasas de natalidad”⁽⁵⁾.

Foster, A., Polis, Ch. et al⁽⁶⁾, en Estados Unidos en el año 2006, publican el estudio *“Educación sobre el aborto en enfermeras practicantes, asistentes practicantes, enfermeras registradas y programas de enfermeras parteras certificadas: una encuesta nacional”*. Este es un estudio cuantitativo cuyos resultados demuestran que “el 50% de las enfermeras practicantes y asistentes practicantes, recibieron en sus programas de estudio, prácticas didácticas sobre el aborto quirúrgico, el aborto con medicamentos y aspiración manual. Las enfermeras registradas y las enfermeras parteras certificadas, reportan en

menos del 25% haber recibido prácticas didácticas sobre estos tres métodos de aborto mencionados anteriormente”⁽⁶⁾.

El estudio menciona el importante papel de la interrupción del embarazo en la salud de las mujeres en los Estados Unidos. Si bien se conocen los desafíos de la reforma curricular en general, el estudio demuestra que “una serie de barreras para la inclusión de la capacitación en aborto multifacético en la educación didáctica y clínica de rutina son específicas del tema del aborto en sí”⁽⁶⁾.

Mariutti, de Alameida, y Sanches⁽⁷⁾ en el 2007 publican una investigación sobre “El cuidado de Enfermería según la mujer en situación de aborto”. Este es un estudio cualitativo, de tipo exploratorio y descriptivo, el cual analiza las vivencias de 13 mujeres entre los 20 y 45 años en situación de aborto en un hospital de Sao Paulo, Brasil. Previo firma de un consentimiento informado, se busca comprender como las mujeres en situación de aborto vivencian el cuidado de enfermería que reciben, sin prejuicios desde la perspectiva de la persona.

De este estudio se extrae que el significado del cuidado de enfermería fue percibido por las mujeres como aquel en el cual, la gran mayoría de veces se realiza lo “básico”⁽⁷⁾; y los procedimientos técnicos fueron considerados normales.

En Argentina, en el año 2008, Szulik, Petracci et al⁽⁸⁾, realizan una investigación titulada “Anticoncepción y Aborto en Argentina: *“Perspectiva de obstetras y ginecólogos”*. A través de una combinación de metodologías, cuantitativa (encuesta) y cualitativa (entrevista semiestructurada y grupos focales) se tomó como objeto de estudio a profesionales de 14 establecimientos de salud y 14 hospitales, con especialidades en ginecología, obstetricia y tocoginecología, para la realización del estudio.

Como resultado principal fue que “la relevancia del aborto para la salud pública fue de máxima relevancia según el 65% de los profesionales incluidos en el estudio. Además, se determinó la relación entre anticoncepción y aborto es vista como una relación causa-efecto....La anticoncepción es el “tratamiento” que permite evitar la “desviación” (el aborto)”⁽⁸⁾.

Gesteira, Deniz, et al⁽⁹⁾, en Brasil, el año 2008 publican su investigación *“Asistencia a mujer en proceso de aborto provocado: Discurso de profesionales de Enfermería”*. Este estudio es tipo cualitativo, basado en casos de estudio, con la finalidad de analizar el discurso del profesional de enfermería en relación con las mujeres que presentan un aborto inducido, mediante dos grupos focales de 5 enfermeras y 4 auxiliares de enfermería, de los cuales se obtiene que visualizan el aborto inducido como un crimen o un pecado, y que al brindar la atención discriminan a estas usuarias.

Dentro del estudio se menciona que la percepción y actitud del grupo de enfermería acerca del aborto influye prominentemente la manera en que brindan cuidados...Violencia institucionalizada es una consecuencia de esta realidad⁽⁹⁾.

En México, en el año 2009, Bernal, Hernández et al⁽¹⁰⁾, realizan una investigación sobre *“Caracterización de la persona usuaria que ingresa al programa interrupción voluntaria del embarazo en un hospital del sector salud del D.F.”*. El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, y transversal, el cual previo consentimiento informado se les aplicó un cuestionario a 56 mujeres, con menos de 12 semanas de gestación que deseaban entrar el programa de interrupción voluntaria del embarazo.

Dentro de las características se encontró mujeres con edades dentro de los 16 y 42 años, 50% casadas y 50% solteras, una de las principales razones por las que querían entrar al programa era por falta de recursos económicos.

Cabe destacar que una de las conclusiones del estudio es que con la infraestructura adecuada y procedimientos bien diseñados e implementados por personal calificado, se puede ofrecer seguridad en la realización del procedimiento⁽¹⁰⁾.

1.2.2 Antecedentes Nacionales:

Sagot y Carcedo⁽¹¹⁾ en el 2002 publican un artículo denominado “*Aborto inducido: ética y derechos*”, en ella consideran al aborto inducido como una práctica recurrente en mujeres de todo el mundo para interrumpir un embarazo no deseado.

Este discute mitos relacionados con el aborto inducido, brinda argumentos para invalidar algunos de ellos como, por ejemplo: el trauma post aborto, que según las autoras se basa en la necesidad de crear ansiedad y duda a las mujeres que se han planteado esta salida.

Además, indica que en países como Costa Rica, donde la Iglesia Católica ha logrado imponer sus posiciones incluso en el ámbito legal, la penalización del aborto inducido va acompañada de otras políticas restrictivas en el campo de los derechos sexuales y reproductivos⁽¹¹⁾. De la misma forma también propone que la no legalidad del aborto provocado, coloca a la mujer frente a la práctica del aborto inseguro aumentando así las tasas de mortalidad por aborto y mortalidad materna.

En el año 2008, Gómez⁽¹²⁾, en representación de la Asociación Demográfica Costarricense, publicó un estudio sobre la “*Estimación del Aborto Inducido en Costa Rica, 2007*”. Estudio de tipo cuantitativo que por medio de dos encuestas: una realizada a profesionales de la salud y otra en Centros de Salud, logró revelar que se realizan 27 000 abortos inducidos por año, lo que representa un aborto por cada tres nacidos vivos⁽¹²⁾. Además, que más del 50% de los abortos atendidos en nuestros hospitales son inducidos y menos del 25% son abortos espontáneos.

Estas investigaciones reflejan tanto las estimaciones de aborto inducido en el país como la actitud de las mujeres y de la población en general con respecto al aborto. Además, impone la necesidad de tomar cartas en el asunto, ya sea desde la legalidad y el replanteamiento de la educación en anticoncepción; como en educación sobre sexualidad.

Por su parte Rojas ⁽¹³⁾ en el año 2008, realizó un estudio denominado “*Aplicación del aborto terapéutico en Costa Rica: una perspectiva desde los derechos humanos y la salud de las mujeres*”. El objetivo de esta investigación fue explorar si el Estado costarricense a través de su legislación nacional e internacional violenta los derechos humanos que han

sido previamente reconocidos a las mujeres, a partir de la no aplicación del aborto terapéutico para salvaguardar la vida y la salud de estas.

Del objetivo general se obtiene que en la actualidad el aborto terapéutico no ha sido reconocido en ningún instrumento de carácter internacional como derecho humano, sin embargo, si es posible vincularlo con otros derechos que han sido reconocidos previamente⁽¹³⁾.

La investigadora concluye que los argumentos utilizados por la Sala Constitucional en el año 2007 para negar el acceso de una usuaria llamada Vanessa al aborto terapéutico, son aquellos legitimados por el sistema social llamado Patriarcado, en donde, se privilegia la maternidad obligatoria y las concepciones teológico morales como hechos sociales obligatorias⁽¹³⁾.

En Costa Rica, en el año 2009 Brenes y Robles⁽¹⁴⁾ realizan un estudio denominado “*Aborto terapéutico: Actitudes de Estudiante Universitarios de Medicina y Enfermería*”; el cual plantea analizar los conocimientos y las actitudes con respecto al aborto terapéutico de estudiantes universitarios/as de medicina y enfermería.

Este estudio de tipo cuantitativo que utiliza el cuestionario para poder resaltar que la mayoría de los/as estudiantes de Medicina, 25.4 % del total, sabía que el aborto terapéutico es permitido en Costa Rica. En tanto, la mayoría de los/as estudiantes de Enfermería, 44.6 %; no sabía o consideraba que no es permitido en el país. Se deduce que es en la carrera de Enfermería donde hay un mayor nivel de desconocimiento con respecto a la permisibilidad del Aborto Terapéutico⁽¹⁴⁾.

De este estudio se concluye que existe un desconocimiento de parte los estudiantes de ambas carreras sobre el artículo 121 del código penal, que despenaliza el aborto terapéutico; que una de las técnicas más usadas para el aborto fue el uso de medicamentos, y además se obtiene que la mayoría de los estudiantes se posicionó en contra del aborto, con excepción de aborto terapéutico, por casos de violación o malformaciones del feto, principalmente.

En el 2010 Maroto, A.⁽¹⁵⁾ publica el libro: *“Al amparo de la noche. La ruta crítica de las mujeres que se realizan abortos clandestinos en Costa Rica”*. Con la ayuda de la Colectiva por el Derecho a Decidir, y la metodología cualitativa la autora muestra en primera instancia como el contexto religioso de nuestro país incide en la ideologías, políticas y legislación acerca del aborto provocado.

Además, por medio de la entrevista la autora expone las situaciones diferentes de 9 mujeres entre los 18 y 35 años; algunas de ellas con experiencias de dos abortos incluso. Cuenta los relatos desde la noticia del embarazo, involucra la reacción de la pareja, el apoyo familiar, el contexto socioeconómico, si el aborto se realizó en el país o en el extranjero, que método utilizó para realizarlo. La autora habla de la clandestinidad del aborto como parte del tabú que se genera a partir del tema, y que la ruta crítica se presenta desde la noticia del embarazo, y hasta días después del aborto.

En el año 2011, Miranda, Gamboa, et al⁽¹⁶⁾, publican un estudio en Costa Rica: *“Análisis de la intervención que realiza la (el) enfermera(o) profesional a la paciente post aborto”*, en el cual se estudiaron todas las pacientes que estuvieron internadas con este diagnóstico en el último trimestre del 2007. Se realizó 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.

Los resultados principales de este estudio fueron que “el 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%⁽¹⁶⁾.”

De esta investigación se concluyó que la información técnica y el abordaje científico de los profesionales es el correcto, pero se da una insatisfacción en las usuarias de cómo se maneja la parte emocional, por lo que se debe mejorar la información que se les da, ya que

mejorar la educación a las pacientes evita complicaciones físicas, duelos patológicos y futuros eventos similares⁽¹⁶⁾. Esto de nuevo enfrenta al profesional a capacitarse para manejar de manera objetiva a estas usuarias, y tomando en cuenta la humanización a la hora de realizar los cuidados.

Expuestos los estudios que se han realizado a nivel internacional y nacional, se denota que la mayoría de estudios corresponden a las metodologías cuantitativas y cualitativas; sin embargo, también encontramos revisiones bibliográficas, y de metodología mixta.

Muchos de los estudios tratan sobre el personal, y su conducta, la forma básica de los cuidados; así como la falta de capacitación del personal de enfermería sobre el aborto en general; además que se pone en manifiesto que desde la formación profesional el tema es poco ahondado en las universidades.

Otros de los antecedentes señalan la necesidad de poder ofrecerle a la mujer la posibilidad de abortar de manera segura, así como las características de esas mujeres que abortan; y que por lo tanto este es un problema de salud pública que debe solventarse.

1.3 Justificación

A nivel mundial, el aborto inducido en general, ha sido considerado un tema controversial y de discusión en muchos ámbitos en las últimas décadas; pese a ser una práctica milenaria, actualmente representa una grave problemática de salud pública, de salud reproductiva y derechos reproductivos; tanto para la mujer, como para los profesionales de salud quienes se ven inmersos en la discusión.

El aborto inducido se define como una acción que busca que el proceso normal de una gestación no alcance su término natural⁽¹⁷⁾. Este concepto se ve enmarcado en diversas posturas religiosas, políticas, morales, y bioéticas, entre otras; que hacen que sea un asunto polémico, ya que la falta de consenso genera disputa; y a su vez, es de gran interés a nivel mundial al tener que ver con el antagonismo de dos derechos humanos fundamentales, el derecho a la vida y el derecho a la libre elección ⁽¹¹⁾. Es evidente una discusión polarizada a nivel social, que ejerce influencia en el tratamiento del tópico, además de las creencias y actitudes de las personas en general.

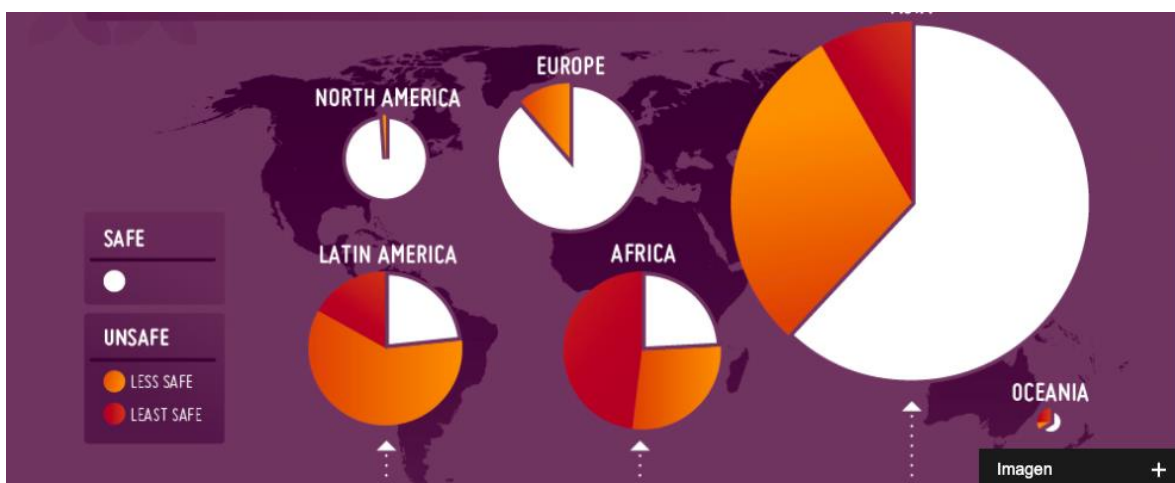
Dentro del panorama mundial sobre el aborto, la Organización Mundial de la Salud estima que entre el 2010 y el 2014 se realizaron alrededor de 56 millones de abortos provocados anualmente en el mundo⁽¹⁸⁾; lo cual es una cifra bastante elevada de esta práctica, y que cobra tanta importancia en la actualidad debido a los riesgos que representa para la población que se somete a este proceso. Actualmente, esta organización dentro de sus estadísticas contabiliza únicamente los abortos inducidos, debido a las condiciones y prácticas en las que estos se desarrollan, y los clasifica según su grado de peligrosidad en: peligrosos y seguros; así mismo establece subcategorías como “menos seguros” o “nada seguros”⁽¹⁹⁾. Esto debido a que las mujeres que deciden abortar deben realizarlo en condiciones en las que peligra su vida, es decir, utilizando métodos no calificados, en lugares clandestinos y con personas que desconocen de técnicas seguras.

Según datos proporcionados por la OMS en el año 2012 en algunos países, el acceso a un aborto sin riesgos en los países en vías de desarrollo, está limitado a una cantidad restringida de condiciones⁽²⁰⁾. Esto debido a la falta de políticas públicas y sanitarias que regulen su práctica, así como el desconocimiento de la población de métodos de

planificación familiar, que prevengan llegar a este tipo de prácticas; además, el desconocimiento de prácticas y cuidados requeridos para la protección de la salud de la mujer que se enfrenta a esta situación.

La siguiente imagen proporcionada por la OMS (2017) ilustra la situación a nivel mundial de la realización de abortos peligrosos y no peligrosos; siendo Latinoamérica y África los continentes con mayor cantidad de abortos “nada seguros” y “menos seguros”:

Figura 1. Situación Mundial de Aborto “Peligrosos” y “no peligrosos”



Fuente: Organización Mundial de la Salud ⁽¹⁹⁾

Con respecto a la situación del aborto en Costa Rica, se han realizados algunos estudios epidemiológicos, que arrojan datos de la situación actual del aborto. La Encuesta de Estimación de aborto inducido en Costa Rica, 2008, “estima que: la tasa de aborto inducido estimada a nivel nacional para el 2007 es de 22 abortos inducidos por cada 1 000 mujeres en edades de 15 a 49 años (con base en la estimación medio), 16 por cada 1 000 mujeres para la estimación baja y de 29 por cada 1000 en la estimación alta⁽²¹⁾”. Esto nos contextualiza que nuestro país no está exento de la realización de este tipo de procedimiento, y por el contrario bastantes mujeres recurren al aborto en condiciones desconocidas, y poniendo en alto riesgo su salud y vida.

En Costa Rica, la única forma legal reconocida para el aborto provocado o inducido, es el llamado “aborto impune”, el cual está contemplada en el artículo 121 del Código Penal: “no es punible el aborto practicado con consentimiento de la mujer por un médico o por una

obstétrica autorizada, cuando no hubiere sido posible la intervención del primero, si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y este no ha podido ser evitado por otros medios”⁽²²⁾. Además, este mismo artículo estipula que el aborto debe ser llevado a cabo por profesionales competentes, que puedan atender adecuadamente un aborto terapéutico; y según menciona este mismo es competencia también para la Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal, la realización de un aborto impune, siempre y cuando el profesional cuente con licencia de obstetra y esté realmente capacitado para el acto.

Actualmente, en Costa Rica la Norma Técnica para la Aplicación del Aborto Terapéutico, fue aprobada por el Gobierno de la República el 12 de diciembre del año 2019. Esto ha generado diversas reacciones dentro de los sectores sociales del país, y no es inherente para la comunidad nacional de Enfermería Ginecoobstétrica, quien debe procurar una atención integral para estas usuarias.

El aborto provocado, cobra vital importancia cuando se habla de estadísticas, economía y derechos de las mujeres. Así por ejemplo, se ha visto que en países donde esta práctica ha sido despenalizada, las muertes por este procedimiento han sido eliminadas. De este modo, se puede observar que, en El Salvador, por ejemplo, “las tasas de mortalidad materna son de las más altas de América Latina, y la segunda causa de esas muertes es precisamente el aborto realizado en condiciones de riesgo⁽¹¹⁾. Claramente, en este país el aborto inducido es penado duramente por las leyes vigentes; lo cual no inhibe la práctica del mismo dentro de la población.

La vinculación o no del Estado con la religión al respecto de este tópico, ha creado aún más desacuerdos y ha generado que políticamente los Estados intervengan y sean poseedores del cuerpo de la mujer, y de las decisiones que esta pueda tomar. En contraposición, se encuentran países donde se ha liberado de la influencia eclesiástica, y ha dejado que la mujer ejerza libremente sus derechos reproductivos; no dejando de lado que algunos han permitido esto por razones económicas y de sobrepoblación. De lo anterior, se concluye que este no es un tema abordado de la perspectiva de la mujer, sino desde diversas posturas convenientes para la política estatal.

Desde el punto de vista de bioética la propuesta gradualista liberó al debate sobre aborto del estancamiento en el que se encontraba, y en la actualidad rige en cada vez más países⁽²³⁾. Instintivamente todos los seres humanos "necesitamos" definir el momento cuándo algo comienza y cuándo termina. Lamentablemente, cuanto más complejos son los procesos objeto de estudio, más difícil se torna definir puntualmente estos momentos.

Si bien es cierto, la religión y la ética no pueden ir de la mano, son contenidos separados; sin embargo, posiciones conservadoras mantienen que; en esta disputa, entre religiosos y éticos, intervinieron también académicos, expertos en genética, medicina, ética médica y filósofos, quienes argumentaron con datos científicos y filosóficos que “la persona humana” aparece en un *momento posterior a la fecundación*⁽²⁴⁾; lo cual fortalece el concepto religioso de respeto a la vida, y el mandamiento que indica “no matarás”; y las posiciona de manera conjunta apoyándose para mantener su posición.

De igual forma existen posiciones abiertas frente al aborto que indican que la vida comienza con la implantación del embrión en el endometrio; de esta afirmación los grupos feministas introdujeron la noción de las mujeres como sujetos de derechos, en consonancia con los discursos crecientemente legítimos de democracia y ciudadanía. Al recuperar nociones como “libertad de conciencia”, los grupos pro-derechos reivindicaron con cierto éxito la idea de que las mujeres son sujetos con autoridad moral para tomar decisiones sobre su vida. Lo cual ha gestado un cambio en la sociedad, empoderando cada vez a la mujer sobre sí misma y sus derechos.

Brevis considera que la Bioética es la disciplina que recorre las ciencias biológicas para mejorar la calidad de vida del ser humano, en el sentido que le permite participar en su evolución; los profesionales de la salud saben que son capaces técnicamente de su quehacer, pero no saben si deben hacerlo. Es imperativo que todos tengan la capacidad de analizar y confrontar estos problemas con la misma habilidad⁽²⁵⁾. Por lo tanto, la realidad objetiva del aborto inducido nos plantea diariamente múltiples y serios dilemas éticos, que la enfermera debe ayudar a resolver mediante estudios y propuestas dentro de un equipo interdisciplinario, y con la participación de la comunidad para mejorar la calidad de vida de todos, y contribuir a un saludable ejercicio de la salud sexual y reproductiva de la mujer.

En este ámbito la enfermera conoce y aplica los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia en el cuidado de enfermería y en la atención de la salud, aunado principalmente a la aplicación de la base científica de la profesión: El Proceso de Enfermería, el cual se sustenta además por modelos conceptuales y teorizantes de la disciplina.

La enfermera ginecológica, obstétrica y perinatal debe rendir cuentas de la gestión del cuidado a través del Proceso de Enfermería, como una medida de autoevaluación para mejorar la calidad, y por consiguiente la humanización de la asistencia de la salud integral. Por lo tanto, partiendo de Brevis la investigación en Enfermería va de la mano de la ética, y representa un desafío para estos profesionales, ya que en ocasiones puede entrar en conflicto con consideraciones metodológicas⁽²⁵⁾, más aún en el tratamiento de temas complejos como lo es el aborto inducido.

Callixta Roy define que el cuidado de enfermería es requerido cuando la persona gasta más energía en el afrontamiento dejando muy poca energía para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio⁽²⁶⁾. Por lo que, la mujer al afrontar un proceso de aborto, cursa una serie de cuestionamientos sobre la vida de ella, y sobre la cual tiene que decidir; así mismo contempla las posibles implicaciones en su salud sexual y reproductiva; y pierde el dominio como persona en la sociedad, al ser consciente que el aborto es un tema socialmente controversial y juzgado. Del cuidado de Enfermería y de la actitud del profesional ante estas mujeres, parte el hecho de que el acontecimiento se afronte de mejor manera, para poder reinsertarse funcionalmente en la sociedad, sin secuelas.

La enfermera desempeña el rol de “abogada” de los derechos del paciente/usuario y comunidad, cuando habla en nombre de los que no tienen la oportunidad o su capacidad de autonomía esté afectada por la edad o enfermedad, la enfermera asegura que los derechos, deseos, las preferencias, las prioridades de cuidado humanizado, con calidad ética y científica se cumplan. Por lo tanto, es de vital importancia concientizar a la comunidad de enfermería ginecoobstétrica ante esta problemática del aborto provocado, ya que, desde la bioética, es imperante la necesidad de cambiar el modelo clínico y biológico, y abordarlo

desde de la comprensión del actuar humano, los valores y normas morales que lleven a un crecimiento personal y profesional saludable, que cultive la asistencia solidaria.

El aborto inducido se vuelve un tema de interés para la comunidad de Enfermería Ginecoobstétrica, debido a que la mujer, quien se reconoce como un Ser Humano, quien se vuelve el objeto de estudio, en un contexto diferente al que milenariamente se le ha estigmatizado, como ente maternal; pero que en el libre ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos puede optar por otra vía. Para lo cual, la gestión del cuidado de Enfermería a través de las diferentes etapas del Proceso de Enfermería debe adaptarse e innovarse; con la finalidad de disminuir el número de muertes de mujeres que se someten a estos procedimientos; y realizar prácticas seguras e intervenciones que ayuden a promover, y proteger la vida de la mujer; así como el libre ejercicio de sus derechos en pleno conocimiento de toda la información debida.

Es importante acotar que en su mayoría las investigaciones realizadas hasta el momento carecen de la visión en la forma en que los profesionales de Enfermería brindan los cuidados a estas mujeres que se someten a un aborto inducido, de lo cual cabe resaltar que como profesión debemos contar con el conocimiento del abordaje de los mismos, para así poder brindar una atención humanizada, objetiva y de respeto al Ser Humano en las diversas circunstancias que afronta en el transitar por la vida.

Un proceso de aborto frente a una gravidez indeseada conlleva aspectos sociales y psicológicos que también afectan la salud de la mujer. Pese a que actualmente muchos abortos que se realizan en condiciones seguras, y la mujer no desarrolla problemas psicológicos, se han realizado estudios que sugieren que no es de sorprender que el estigma por abortar sea uno de los principales factores asociados con la presencia de malestares en la salud mental de algunas mujeres que abortan voluntariamente ⁽²⁷⁾. El desarrollo de depresión post aborto es común, y alarmante debido a las cifras en incremento de la población con trastornos mentales, lo cual, para la salud pública, no es solamente el abordaje de un procedimiento para la interrupción del embarazo, sino también la prevención del desarrollo de problemas psicológicos y las consecuencias de estos.

Es importante mencionar que momentos antes de la interrupción del embarazo, prevalecieron la ansiedad, el miedo y la angustia. Para la mujer, todo proceder ginecológico tiene una particular significación, ya sea por la agresión a sus genitales, el miedo a perder su sexualidad, el temor a ver afectada su función reproductiva, el riesgo que implica la anestesia⁽²⁸⁾. Por lo que, un aborto y su dicotomía entre el derecho a su salud reproductiva, y el derecho a la vida, provocan en la salud mental de la mujer un gran impacto, el cual debe ser tratado multidisciplinariamente para mitigar las consecuencias psíquicas posteriores.

Tomando en cuenta que en Costa Rica el aborto inducido no cuenta con legalidad, y partiendo de la investigación sobre la Estimación del Aborto Inducido en Costa Rica, se impone la necesidad de tratar el tema del aborto provocado desde diferentes aristas; sin embargo, para los profesionales en salud es de vital importancia gestar un cambio desde el paradigma educativo donde se visualiza el tema como algo “tabú”; y por lo tanto no se menciona dentro de la currícula.

El tema de las Técnicas de Interrupción del Embarazo en los centros de enseñanza de Enfermería, y de post grados en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal se excluye de los programas de enseñanza en Costa Rica; por lo tanto, el qué hacer y la manera de abordarlo por parte de los enfermeros especialistas en Ginecoobstetricia, es poco ahondado; y al llegar a la práctica profesional, en este mundo tan cambiante, estos se enfrentan al manejo de usuarias con esta diversidad de sentimientos y estigmas, que resulta difícil de tratar, por las pocas herramientas con las que cuenta, además de la intervención de la objeción de conciencia y creencias personales, que intervienen en la o el enfermero, por lo que conocer el tema a fondo es fundamental para la comunidad de Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal.

Según el Consejo Internacional de Enfermería mencionado por Fernández y Arráiz las funciones esenciales del profesional son: fomento de un entorno seguro, facilitadores de aprendizaje, investigación, participación en la política de salud, liderazgo en los sistemas de salud, gestión de los pacientes y agentes de cambio⁽²⁹⁾. Por lo tanto, analizar la evidencia científica disponible sobre la gestión del cuidado de Enfermería Ginecológica, con respecto

a mujeres en situación de aborto inducido, se traduce en la aplicación de un proceso de enfermería exitoso, además de prácticas seguras para estas usuarias y sus familias, el amparo ante políticas de salud enfocadas a la no discriminación, ni estigmatización, así como la mitigación de secuelas posteriores; y además una apertura al cambio de visión del profesional en Enfermería, y por ende una atención integral y holística a la usuaria y familia. De la misma forma, se consigna un abordaje del conflicto ético profesional ante un tema tan controversial.

La creatividad y la innovación son una de las pocas fuentes de competitividad cuyo rendimiento es infinito. Se puede decir que las enfermeras aplican estas competencias, ya que a menudo buscan soluciones inmediatas y sin precedentes para brindar atención segura, prevenir riesgos y mejorar la calidad⁽³⁰⁾. Si bien es cierto, en Costa Rica, el aborto inducido es aún penado por ley, desde nuestra disciplina no podemos estar exentos de ser creativos en nuestras investigaciones, además de ir a la vanguardia de temas en boga, innovar en el cuidado, y en el abordaje de estos tópicos. Por lo tanto, una investigación como esta se vuelve innovadora, desde el punto de vista de la tradicional formación materno e infantil de la continuidad de la vida, la cual se transforma frente al aborto inducido y la manera en que se gestiona el cuidado; y de la cual se tiene poca información.

El mundo globalizado en constante transformación, nos obliga a cambiar como personas, cuanto aún más como profesionales, para brindar una atención acorde a las necesidades de las personas, y de las exigencias de la sociedad mundial. De acuerdo con Ramos, S., no hay trabajos que analicen cómo las creencias y opiniones de los prestadores se traducen en sus intervenciones técnico-profesionales; tampoco hay estudios sobre el asesoramiento o consejería profesional que prestan a mujeres que experimentan embarazos no deseados y abortos⁽³¹⁾. Lo cual como integrantes de un equipo de salud nos expone una debilidad en el tratamiento del aborto, y nos invita que a través del conocimiento científico que provee el Proceso de Atención de Enfermería ginecológica en cualquiera de sus etapas, y además de las diversas posturas teóricas que sustentan la disciplina, este sea comprendido.

De acuerdo con Morfi, la gestión del cuidado de Enfermería es la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de

cuidados, oportunos, seguros, e integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en lineamientos estratégicos, para obtener como producto final la salud⁽³²⁾. Por lo tanto, debe ser imperante que la mujer en situación de aborto inducido, sea abordada por enfermeras (os) con amplio conocimiento en el tópico, además ser tratada como un ente biopsicosocial, del cual se pretende preservar su vida, su salud sexual y reproductiva, así mismo como su salud mental, y su lugar en la sociedad.

Se reportan cambios positivos en las actitudes de los profesionales que recibieron entrenamiento sobre el aborto. La aceptación del aborto también está relacionada con las percepciones y representaciones que los profesionales tienen sobre las mujeres que abortan⁽³¹⁾. Teniendo en cuenta lo anterior, se visualiza como la investigación y la aplicación de la misma genera cambios para el personal no sólo de Enfermería, si no en general a todos los que abordan estas usuarias; así como el impacto que se obtiene en ellas, se traducen en servicios de salud más eficientes, con apertura al cambio, al respeto de los derechos, e inclusión en la atención.

Esta investigación responde a las demandas normativas, creadas por los códigos deontológicos como El Reglamento de Enfermería Gineco-obstétrica del Colegio de Enfermeras de Costa Rica, aprobado el 14 de enero 2005, que dentro de su contenido no contempla el aborto dentro de los temas que trata; sin embargo, si atañe temas como la salud sexual y reproductiva dentro del quehacer de la disciplina Ginecológica, Obstétrica y Perinatal: Fortalecer la atención integral de Enfermería Ginecoobstétrica y Perinatal en la promoción de la salud sexual y reproductiva, derechos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres en los ciclos de vida⁽³³⁾. Parte de las implicaciones de investigar sobre la gestión del cuidado en mujeres con aborto inducido, es precisamente fortalecer la intervención en materia de derechos sexuales y reproductivos, ya sea por medio de políticas actualizadas que refuercen la educación sexual, y la apertura a la información pertinente en esta materia, tanto de la mujer como del profesional y personal que realiza los cuidados, y así mismo la educación sobre los riesgos (sin entrar en sesgos) y posibles complicaciones, así como la diversidad de métodos de planificación familiar, entre otros.

Así mismo, la presente investigación responde a la parte formativa y desarrollo disciplinar de la Maestría en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal de la Universidad de Costa Rica, que dentro sus ejes y líneas de investigación que atañen la Salud Sexual y Reproductiva; como también los Derechos Sexuales y Reproductivos de la mujer; y su relación con la Enfermería Ginecológica como parte de un proceso de enriquecimiento para la ciencia Enfermería y su comunidad.

Es también un estímulo para gestar más investigaciones al respecto, generar foros de discusión entre profesionales para el enriquecimiento de conocimientos que se traducen en una buena percepción de la atención de Enfermería Ginecoobstétrica por parte de las usuarias; y es a su vez una manera de dirigir la mirada hacia la disciplina y valorar su quehacer, ampliarlo y rescatar lo bueno, y al mismo tiempo derribar las creencias personales que nos impiden brindar una atención digna e igualitaria.

1.4 Planteamiento del problema

El aborto inducido como problemática y realidad social, se impone a la Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal como un tema que debe dejar de ser tabú, y convertirse en parte de la formación profesional; para así poder tratar a las usuarias de forma humanizada, e integral.

Partiendo de los estudios nacionales e internacionales, y habiendo enmarcado la fundamentación de la investigación, y del escaso tratamiento del tema; y de la poca intervención de la Enfermería Ginecológica como profesión en la participación del mismo, hace que el estudio del aborto provocado sea relevante y de gran importancia, para el enriquecimiento del conocimiento, y del fortalecimiento de la profesión de Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal.

Para la Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal, el aborto inducido es un tema fundamental y de tratamiento diario en la práctica profesional, pues al conocer las formas de cuidado de las usuarias que se someten a una interrupción voluntaria del embarazo, ya que en la actualidad en la legislación costarricense se aprobó la Norma Técnica del Aborto Terapéutico; y tomando en cuenta la lucha de los grupos feministas y además formar parte de la complejidad de salud sexual y salud reproductiva, es que se debe contar con fundamentos científicos de los cuidados del profesional de Enfermería para con estas usuarias; para de esta formar capacitar personal, formar profesionales con visión objetiva del tratamiento del tema.

Además, en el contexto del mundo y sus avances científicos y tecnológicos; la gestión de los cuidados de Enfermería deben estar siempre a la vanguardia de las necesidades sociales; y cuánto más de los derechos de la mujer, población que siempre se ha descalificado; por lo que esta investigación innovadora irrumpe y va más allá, vislumbrando que el derecho sexual y reproductivo de estas sea ejercido; y poder brindarles como profesión las herramientas y cuidados seguros, para el ejercicio de sus derechos de salud sexual y reproductiva

Para esta investigación se planteó la siguiente interrogante: ***¿Cuál es la gestión del cuidado que realiza Enfermería Ginecológica a las mujeres que presentaron un aborto inducido, según la evidencia científica disponible?***

1.5 OBJETIVO

1.5.1 Objetivo General

Analizar la evidencia científica disponible en la literatura sobre la gestión del cuidado de Enfermería dirigido a mujeres que presentan un aborto inducido.

CAPÍTULO II. MARCO REFERENCIAL

En este capítulo se realiza una revisión de los conceptos fundamentales para el desarrollo de esta investigación. Está constituida por ocho subcapítulos desglosados a continuación:

2.1 Salud Sexual, Salud Reproductiva, Derechos Sexuales y Reproductivos

Concepto de Salud Sexual:

La Organización Mundial de la Salud define la Salud Sexual como un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia⁽³⁴⁾. Por ello, dentro del contexto del aborto, esta definición cobra importancia debido a que esa posibilidad de tener experiencias sexuales seguras, se puede ver empañada por todo el cuestionamiento psicológico y social, que un aborto provoca en la mujer, de ahí la importancia del cuidado que brinde la/el enfermero (o) Ginecológica, Obstétrica y Perinatal.

De acuerdo con Zapata Boluda la Salud Sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de disfunción o enfermedad o de ambos⁽³⁵⁾. De esta forma, este concepto dista mucho de la simple ausencia de enfermedad, sino más bien se refiere a que se valore el Ser Humano como un ente biopsicosocial, capaz de lograr un equilibrio, siendo de esta forma pueda lograr una salud sexual no dependiente de ausencia de enfermedades, sino una de manera influyente en la vida personal de individuo, se genere un impacto positivo para la sociedad al mejorar los índices de salud, reducción de costos para tratar la enfermedad, y transacciones sociales sanas y libres de riesgos para la salud.

El tratamiento de la salud sexual debe enfrentar y derribar varios gigantes que lo impiden, según cita Montoya: La salud sexual demanda la superación de mitos y creencias infundadas, tan comunes en las comunidades latinoamericanas. El problema suele tornarse más complejo cuando el mismo personal de salud se encarga de difundir y perpetuar

visiones distorsionadas con relación a la experiencia sexual⁽³⁶⁾. Por lo tanto, luchar por que la población goce de esta, empieza por los profesionales, y expertos en esta materia; quienes deben informarse, actualizarse y transformar en sus mentes una serie de creencias infundadas, hablar de manera que las personas que deban tratar comprendan el mensaje claramente, sin que se propicien juzgamientos, ni discriminaciones.

Concepto de Salud Reproductiva:

La Salud Reproductiva según la OMS supone que las mujeres y los hombres puedan elegir métodos de control de la fertilidad seguros, eficaces, asequibles y aceptables, que las parejas puedan tener acceso a servicios de salud apropiados...⁽³⁷⁾. En Costa Rica, los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva dentro de sus métodos de control de fertilidad no contemplan el aborto inducido; sin embargo, en este mundo globalizado, y con los constantes cambios y demandas poblacionales, los profesionales que brindan atención ginecoobstétrica deben adquirir conocimientos sobre la interrupción voluntario del embarazo.

De acuerdo con la Plataforma de Acción de Beijing, en el artículo 96: Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia⁽³⁸⁾. Por lo tanto, los países comprometidos en brindar y mejorar continuamente los servicios de salud reproductiva deben tomar en cuenta este principio, con la finalidad de que la población pueda contar con todas las oportunidades en igualdad de atención, según las necesidades de esta, evitando así poner en riesgo más vidas de mujeres.

Costa Rica al igual que muchos otros países, se ha comprometido en brindar servicios de atención de salud sexual y reproductiva; sin embargo, el libre ejercicio de los derechos sexuales de la mujer, se ven afectados por estados conservadores, que aún manejan el aborto como un tema tabú, que genera gran discordancia; y que de igual manera va explícitamente de la mano con el deber del Estado y el derecho de la población a recibir la atención en salud que esta demanda.

Derechos sexuales y reproductivos:

La Salud Sexual y la Salud Reproductiva están íntimamente ligadas a los derechos de salud de la población, y los derechos sexuales de las personas. Así por ejemplo, la Ley General Salud de Costa Rica, en el Capítulo 1, artículo 10 indica que: Toda persona tiene derecho a obtener de los funcionarios competentes la debida información y las instrucciones adecuadas sobre los asuntos, las acciones y las prácticas conducentes a la promoción y la conservación de la salud física y mental de los miembros de su hogar, particularmente, sobre higiene, dieta adecuada, orientación psicológica, higiene mental, educación sexual, enfermedades transmisibles, planificación familiar, diagnóstico precoz de enfermedades, depresión, suicidio, esquizofrenia, adicciones a las drogas y el alcohol, el matonismo escolar, el acoso laboral y el apoyo necesario al grupo familiar, así como sobre prácticas y el uso de elementos técnicos especiales⁽³⁹⁾. Nuestro sistema legal en salud no toma en cuenta el aborto voluntario como elemento de derecho; sin embargo, este tópico entra a cobrar vital importancia cuando se mezcla la educación sexual, la planificación familiar; así como la prevención de enfermedades mentales derivadas de este tipo de procesos.

No obstante, a nivel mundial se contempla que los Derechos Sexuales y Reproductivos son parte de los Derechos Humanos. Así se han ido ratificado en diferentes Conferencias, a modo de ejemplo, por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra mujer de la ONU, en su recomendación general 31, punto C, establece que dar prioridad a la prevención del embarazo no deseado mediante la planificación de la familia y la educación sexual y reducir las tasas de mortalidad derivada de la maternidad mediante servicios de maternidad sin riesgo y asistencia prenatal. En la medida de lo posible, debería enmendarse la legislación que castigue el aborto a fin de abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres que se hayan sometido a abortos⁽⁴⁰⁾. De lo anterior muchas naciones, incluida Costa Rica, no velan por cumplir este punto, lo cual deja a la mujer costarricense en una desventaja de salud al exponerla a procedimientos riesgosos, para realizar un aborto inducido, y en lugares clandestinos; dejándola fuera de esa lucha por la eliminación de la discriminación, y subordinada a un Estado de antaño patriarcal.

Los derechos sexuales como tal no se encuentran estipulados en algún documento, por ello autores como Salas en la Primera Encuesta Nacional de Percepción sobre el Estado de los Derechos de la Mujeres, para el INAMU en el año 2008, resume los siguientes derechos sexuales para la mujer costarricense, basándose en Facio, 2008⁽⁴¹⁾, dentro de los cuales enumera:

1. El derecho a la vida:

- El derecho a no morir por causas evitables relacionadas con el parto y el embarazo.

2. El derecho a la salud:

- El derecho a la salud reproductiva.

3. El derecho a la libertad, seguridad e integridad personales:

- El derecho a no ser sometida a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

- El derecho a estar libre de violencia basada en el sexo y el género.

- El derecho a vivir libre de la explotación sexual.

4. El derecho a decidir el número e intervalo de hijos:

- El derecho a la autonomía reproductiva.

- El derecho a realizar un plan de procreación con asistencia médica o de una partera reconocida, en un hospital o en un ambiente alternativo.

5. El derecho a la intimidad:

- El derecho de toda persona a decidir libremente y sin interferencias arbitrarias, sobre sus funciones reproductivas.

6. El derecho a la igualdad y a la no discriminación:

- El derecho a la no discriminación en la esfera de la vida y salud reproductiva.

7. El derecho al matrimonio y a fundar una familia:

- El derecho de las mujeres a decidir sobre cuestiones relativas a su función reproductora en igualdad y sin discriminación.

- El derecho a contraer o no matrimonio.

- El derecho a disolver el matrimonio.

- El derecho a tener capacidad y edad para prestar el consentimiento para contraer matrimonio y fundar una familia.

8. El derecho al empleo y la seguridad social:

- El derecho a la protección legal de la maternidad en materia laboral.
- El derecho a trabajar en un ambiente libre de acoso sexual.
- El derecho a no ser discriminada por embarazo.
- El derecho a no ser despedida por causa del embarazo
- El derecho a la protección de la maternidad en materia laboral.
- El derecho a no sufrir discriminaciones laborales por embarazo o maternidad.

9. El derecho a la educación:

- El derecho a la educación sexual y reproductiva.
- El derecho a la no discriminación en el ejercicio y disfrute de este derecho.

10. El derecho a la información adecuada y oportuna:

- El derecho de toda persona a que se le dé información clara sobre su estado de salud.
- El derecho a ser informada sobre sus derechos y responsabilidades en materia de sexualidad reproducción y acerca de los beneficios, riesgos y efectividad de los métodos de regulación de la fecundidad y sobre las implicaciones de un embarazo para cada caso particular.

11. El derecho a modificar las costumbres discriminatorias contra la mujer:

- El derecho a modificar las costumbres que perjudican la salud reproductiva de las mujeres y las niñas.

12. El derecho a disfrutar del progreso científico y a dar su consentimiento para ser objeto de experimentación:

- El derecho a disfrutar del progreso científico en el área de la reproducción humana.
- El derecho a no ser objeto de experimentación en el área de la reproducción humana.

En los últimos años es que la mujer ha tomado riendas de su sexualidad, y de sus derechos, pero aún se sigue consignando temas como el aborto al Estado Patriarcal, y no como parte del derecho al acceso de la salud sexual y reproductiva, que incluye no sólo el abordaje educativo, sino la decisión sobre su cuerpo y el impacto de sus decisiones sobre el mismo.

2.2 Aborto Inducido

Definición:

El aborto se define como como la terminación del embarazo antes de la viabilidad fetal⁽⁴²⁾. En términos de viabilidad fetal diferentes organizaciones han definido que el aborto es el que se produce antes de las 20 semanas de gestación, o con un feto menor a 500g de peso. El aborto se produce por dos tipos de causas: espontáneas e inducidas. El aborto inducido se conceptualiza según la literatura como la interrupción de la vida de un feto vivo que no ha alcanzado la viabilidad, ya sea por métodos quirúrgicos o médicos ⁽⁴³⁾.

La Organización Mundial de la Salud establece también una clasificación del aborto inducido en aborto seguro, y aborto peligroso. De ella se destaca que: las personas, preparación y condiciones médicas consideradas seguras en la prestación de servicios de aborto son diferentes para el aborto médico y quirúrgico y además dependen de la duración del embarazo. Lo que se considera “seguro” debe interpretarse en consonancia con la guía técnica y de políticas actual de la OMS⁽¹⁸⁾. Sin embargo, todos los procedimientos médicos llevan implícito algún grado de peligrosidad; por lo que es importante conocer las diferentes guías.

Dentro de las razones médicas para realizar un aborto inducido, encontramos el aborto terapéutico, en la cual se documenta un riesgo para la madre o para el feto. Dentro de las causas maternas para realizar un aborto inducido, según un estudio retrospectivo de la Revista Ginecológica y Obstétrica de Nueva Zelanda, en el 2011, donde menciona las indicaciones médicas para realizarlo, se tienen las siguientes⁽⁴⁴⁾:

- ◆ Preclampsia severa temprana (antes de la viabilidad fetal)
- ◆ Complicaciones de la ruptura prematura de membranas.
- ◆ Fallo Gestacional antes de las 20 semanas.
- ◆ Fallecimiento fetal.
- ◆ Anomalía fetal.
- ◆ Condiciones psiquiátricas: Depresión mayor, esquizofrenia, trastornos bipolares, trastorno de ansiedad.

- ◆ Trastornos cardiacos: Válvula mecánica, hipertensión pulmonar, cardiomiopatías.
- ◆ Trastornos renales: Nefritis por lupus, nefropatía reflujo.
- ◆ Trastornos neurológicos: Esclerosis múltiple, malformación cerebro vascular, epilepsia severa, miastenia gravis, entre otros.
- ◆ Trastornos endocrinos: Fenilcetonuria incontrolable, trastorno de graves.
- ◆ Trastornos hematológicos: Vasculitis, Síndrome de Hiper inmunoglobulina E.

Muchos de estos motivos médicos para el aborto terapéutico son discutidos ampliamente a nivel mundial, debido a lo controversial que el tema en cuestión representa, inclusive en países donde este tipo de aborto ya se encuentra aprobado legalmente se continua el debate.

La incidencia de abortos, de acuerdo con un estudio de cohorte realizado en 2016, con datos de 92 países, estima que la tasa anual de abortos entre 2010 y 2014, fue de 56.3 millones, las edades fueron entre 15-44 años, y la tasa más alta de abortos se produjo en mujeres solteras, en comparación a las casadas. El mismo estudio plantea que en Latinoamérica 44 de 1000 mujeres practicaron un aborto entre 2010-2014⁽⁴⁵⁾. Siendo América Latina el lugar de mayor incidencia de aborto inducido, en donde la mayoría de países no cuentan con la aprobación del Estado para la realización de esta práctica; lo que la vuelve riesgosa al ser llevada a cabo ilegalmente.

Clasificación del Aborto Inducido:

La OMS define dos tipos de aborto inducido: el aborto peligroso y el aborto seguro. El aborto peligroso es definido según esta Organización como una intervención destinada a la interrupción de un embarazo practicada ya sea por personas que carecen de la preparación necesaria o en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas, o ambas cosas a la vez⁽¹⁸⁾. Sin embargo, esta definición no es muy asertiva en la práctica, ya que no define quien es el prestador de servicios capaz de efectuar este procedimiento, ni las condiciones necesarias para efectuarlo, así mismo los riesgos implícitos para la usuaria.

De igual forma, la definición de aborto seguro se ve cuestionada, ya que todo procedimiento médico lleva algún riesgo impuesto. Además, de que el método utilizado para realizar un aborto influye de manera directa, también la edad gestacional, la

disponibilidad de servicios de aborto sin riesgos, el grado de información, la edad de la mujer y la situación socioeconómica, son factores que inciden directamente en la clasificación; no se puede erradicar el riesgo, pero si se puede mitigar sus consecuencias a través de políticas de salud pública y personal capacitado para la realización del mismo, así como la educación del proceso a la usuaria.

Dentro de los métodos que se consideran inseguros, se pueden mencionar⁽⁴⁶⁾:

1. Tratamiento orales o inyectables: Sales metálicas, fósforo, queroseno, trementina, soluciones de detergentes, estimulantes uterinos (misoprostol u oxitocina), cloroquina, anticonceptivos orales, hormonas, numerosos téis, y remedios herbales.
2. Preparaciones colocadas en el cérvix, vagina o recto: Tabletas de potasio, enemas, preparaciones herbales.
3. Instrumentaciones del útero: Inserción de catéter e infusiones de solución salina. Inserción de cuerpos extraños: ganchos de ropa, agujas de tejer, ganchos de crochet, jeringas.
4. Introducción de compuestos transcervicales como mixturas de jabón, cresol y fenol.
5. Traumas de abdomen infringidos así mismas: masaje abdominal, saltar de alturas elevadas, levantar pesos superiores.

Es importante mencionar que estos métodos inseguros en manos de personas no capacitadas, o ante la desinformación de la mujer; puede que resulten en complicaciones severas e incluso la muerte.

Complicaciones del Aborto y Consideraciones Especiales:

Es importante contextualizar que el aborto es un factor que incide en las tasas de morbilidad y mortalidad materna elevándolas entre un 4.7 a 13.2% por año alrededor del mundo. Se estima que 1 de cada ocho muertes en el embarazo están relacionadas con el aborto de riesgo, esto representa un elevado costo económico para la salud⁽⁴⁶⁾, de ahí la importancia de contar con políticas estatales que aprueben y regulen la forma en que estos se practican; y se brinde así mismo la asesoría de un equipo interdisciplinario que incluya el consejo pre aborto, y los cuidados post aborto integrales.

En el 2012 el International Journal of Gyneacology and Obstetrician, publica una revisión sistemática en la cual se cuantifican las complicaciones de mujeres internadas por aborto(47) en 14 países de África, 6 de Asia y 4 de Latinoamérica, obteniendo que:

- La anemia se presentó en un 38.1%
- El trauma severo se presentó en un 7.2%
- La infección severa se presentó en 5.1%
- La muerte se presentó en un 3.3%
- La hemorragia severa se presentó en un 3%
- La falla renal se presentó un 1.6%.

A estas complicaciones se le puede añadir factores de riesgo de prácticas inseguras de aborto como: falta de habilidad de proveedor del servicio, pobre conocimiento de la técnica, condiciones que no reúnen los principios sanitarios requeridos, falta del equipamiento requerido, uso de sustancias tóxicas, pobre salud materna, edad gestacional avanzada y falta de programas de cuidados post aborto. Esto requiere especial atención tanto de las autoridades estatales como de los profesionales sanitarios en todos los países alrededor del mundo.

Las complicaciones asociadas al aborto se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 1. Complicaciones asociadas al aborto provocado

<i>Muerte:</i>	1 de cada 8 muertes relacionadas con el embarazo son el resultado de abortos inseguros ⁽¹⁸⁾ . Esto es más común en países donde no cuenta con abordaje legal del tema, lo que incrementa las estadísticas en dichos países.
<i>Hemorragia:</i>	Es una de las complicaciones más comunes resultado del shock hipovolémico por la pérdida de sangre, y la coagulopatía; esto asociado a laceraciones vaginales, del cérvix , del útero y de la vasculatura anexa; así mismo como de retención de productos de la concepción ⁽⁴⁶⁾ .
<i>Infección:</i>	Relacionado con retención de productos de la concepción, trauma y técnicas no estériles. Una infección mal tratada puede terminar sepsis, shock, falla orgánica, coagulación intravascular diseminada, y esterilidad en el futuro ⁽⁴⁶⁾ .
<i>Aborto incompleto:</i>	Se asocia a una persona que realiza el aborto sin conocimiento, además

	de anomalías uterinas, y patologías uterinas.
Trauma:	Son comunes con las laceraciones vaginales y cervicales, además de la perforación de la vejiga urinaria, trompas de Falopio, ovarios, recto, intestinos. Esto provoca síntomas que se asocian a otras complicaciones letales.
Toxicidad por drogas o quemaduras químicas:	Pueden inducir daño local a la vagina o toxicidad en el hígado ⁽⁴⁶⁾ .
Fallo en el procedimiento:	Es decir, que no se logre el aborto, y el embarazo continúe gestándose en el cuerpo de la mujer.

Fuente: Construcción propia.

Reducir estas complicaciones y mejorar la salud de la mujer es posible siempre y cuando a nivel mundial se dé un cambio político-legal sobre el aborto, además de que los profesionales sanitarios reciban y ejecuten las mejores prácticas clínicas dentro un marco ético y de salud.

Estrategias de prevención de aborto y aborto seguro:

Organizaciones como la Organización Mundial de Salud y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) plantean estrategias para prevenir el aborto inseguro, así como guías de prácticas de clínicas del aborto seguro.

La FIGO se advoca mayormente en la prevención del aborto con la promoción de la utilización de métodos anticonceptivos, y en la utilización de programa efectivos de educación sexual mayormente en adolescentes. Se ejemplifica la caída dramática de los índices de aborto en Europa del Este, a través de la adopción de métodos anticonceptivos efectivos en estos países en los años recientes⁽⁴⁸⁾. Por lo tanto, ampliar la visión de la población sobre la anticoncepción cobra vital importancia para reducir el aborto.

En contraste con los países donde el aborto es ilegal, y el tema de la sexualidad se maneja como tabú, se obtiene que programas de educación sexual restrictivos fallan, si no reconocen que los adolescentes son sexualmente activos, y que pueden reducir los embarazos teniendo acceso a programas de anticoncepción⁽⁴⁸⁾. Esto es un claro ejemplo de la realidad costarricense con respecto al embarazo adolescente y por ende el aborto.

La Organización Mundial de la Salud dentro de sus normativas propone una guía de práctica clínica para el aborto en el año 2014, denominada: Guía de práctica clínica para Aborto Seguro. La cual divide por etapas: pre aborto, aborto, y postaborto; las acciones a seguir en cada una para evitar complicaciones. Es importante mencionar que en la etapa de pre aborto se brinda toda la información necesaria, consejería y toma de decisión sobre el aborto, basado esto en historia médica, examen físico, laboratorios y otros estudios complementarios.

Dentro de esta etapa pre aborto la OMS sugiere establecer métodos de anticoncepción para iniciar post aborto. Además, sugiere los métodos médicos y quirúrgicos seguros y la forma en que se deben aplicar para evitar complicaciones según las semanas de gestación. También sugiere que generalmente, casi todos los métodos anticonceptivos pueden ser iniciados inmediatamente después de un aborto médico o quirúrgico⁽⁴⁹⁾; además que establece categoría de riesgos para iniciar los métodos del 1 al 4, siendo 1 menos restrictivo y 4 inaceptable para iniciar como método anticonceptivo post aborto.

2.3 Marco normativo y legal del aborto inducido en América Latina y Costa Rica.

América Latina cuenta con diversas posturas sobre el aborto en cuanto a la legalidad o ilegalidad de este. Existen pocos países donde hay una despenalización total del aborto, tabla 2, es importante tener en cuenta que en estos países se encuentra legalizado el aborto bajo la voluntad y solicitud de la mujer:

Tabla 2. Países Latinoamericanos donde el aborto es legal

Cuba
Guyana
Uruguay
México, específicamente el Distrito Federal

Fuente: Construcción Propia

Otros países donde hay penalización total de aborto, dos de ellos, han tomado medidas regresivas en los últimos años que contrarían los derechos humanos de las mujeres, entre los que tenemos a:

Tabla 3. Países latinoamericanos donde el aborto es totalmente penado

Haití
Honduras
República Dominicana
El Salvador
Nicaragua

Fuente: Construcción Propia

De la misma forma hay otros países incluidos Costa Rica, donde hay una despenalización del aborto parcial por casuales:

Tabla 4. Países latinoamericanos donde el aborto es parcialmente penado.

Antigua y Barbuda	Argentina
Bahamas	Barbados
Belice	Bolivia
Brasil	Colombia
Granada	Ecuador
Jamaica	Guatemala
Panamá	México (Distrito Federal es legal)

República Dominicana	Perú
Santa Lucía, Surinam, Trinidad y Tobago	San Vicente y Las Granadinas
Venezuela	

Fuente: Construcción Propia.

En Cuba (país donde el aborto ha sido despenalizado), su código penal, Ley 62 establece que: **el aborto es legal hasta la 12 semana de embarazo**. El procedimiento indica que el aborto puede ser practicado con autorización médica en los casos que esté en peligro la vida, la salud, que haya sido producto de una violación o incesto, o que el feto venga con alguna malformación⁽⁵⁰⁾. Se establecen las penas para quien realice abortos fuera de las regulaciones de salud establecidas y las penas correspondientes⁽⁵¹⁾. Esto anterior evidencia la puesta en regla del aborto en la sociedad cubana, con regulaciones estrictas y delimitaciones de este.

En México la situación es muy similar, sin embargo, es importante de mencionar que sólo el Distrito Federal de México cuenta con legalidad para la práctica del aborto inducido, dentro de la Ley de Salud para el Distrito Federal, donde se menciona que: Así mismo, proporcionarán a la mujer que solicite la interrupción de su embarazo la información a que se refiere el último párrafo del artículo 148 del Código Penal para el Distrito Federal. Los servicios de consejería también ofrecerán apoyo médico a la mujer que decida practicarse la interrupción del embarazo después del procedimiento de aborto, particularmente en materia de planificación familiar y anticoncepción⁽⁵⁰⁾. Lo cual abarca todo el proceso de aborto para la mujer, y no la deja desprotegida.

Así mismo, tenemos el lado contrario países donde el aborto es totalmente penalizado, por ejemplo Nicaragua, establece en la Ley 641 del Código Penal: aborto está **penalizado en todas las circunstancias**⁽⁵²⁾. Incluso establece penas tanto para quien se realiza un aborto y para quien lo realice. Lo cual es una situación alarmante ya que cualquier acción de aborto, se desarrolla de forma insegura con sus posibles complicaciones, más el peso de la ley en ejercicio.

En Costa Rica, desde 1970 el Código Penal contempla en su artículo 121 que no es punible el aborto practicado con consentimiento de la mujer por un médico o por una obstétrica autorizada, cuando no hubiere sido posible la intervención del primero, si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y éste no ha podido ser evitado por otros medios⁽²²⁾. La utilización de este artículo, y la demanda interpuesta por dos mujeres en la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha obligado que Costa Rica, cree una norma para lo que es el aborto terapéutico.

La Norma Técnica para el Aborto Terapéutico fue elaborada por el Ministerio de Salud, ente rector en Costa Rica de la Salud, y aprobada por Instituciones como la Caja Costarricense del Seguro Social. Cabe destacar que el Ministerio de Salud asumió la rectoría de los lugares donde se realicen este tipo de procedimientos, y además la norma establece pautas para la evaluación de la mujer que se someta a un aborto terapéutico. Esta norma de acuerdo con sus redactores no es un portillo para el aborto libre, ni amplía la ley. Es una guía para que los profesionales en medicina que tratan estos casos tengan mayor certeza y seguridad técnica para abordar la atención de las mujeres cuando peligre su vida o su salud⁽⁵³⁾.

Algunos aspectos que se consideran dentro la Norma Técnica del Aborto Terapéutico son:

- **El procedimiento para valorar si corresponde o no una interrupción al embarazo:** cuando la salud o la vida de una mujer embarazada están en peligro, su médico o la misma mujer pueden solicitar que un grupo conformado por tres profesionales en medicina hagan la valoración para saber si procede. Una vez que estos emitan un criterio, la mujer decide si acepta la recomendación o no.
- **El lugar en que se pueden realizar:** establece condiciones para definir los centros médicos pueden valorar una intervención de esta naturaleza.
- **El tiempo para emitir criterio:** la norma establece que, una vez solicitada la valoración, el grupo de médicos tiene 3 días para responder.
- **El proceso por seguir si el criterio es negativo:** si la respuesta del grupo de médicos es que no procede la interrupción del embarazo, la mujer puede solicitar una nueva valoración por una única vez.

- **La información que debe recibir la paciente:** el documento establece que durante todo el proceso la mujer debe contar con información comprensible, oportuna y basada en la evidencia científica para tomar una decisión.
- **El consentimiento de la mujer:** la norma es clara en que una interrupción del embarazo no podrá aplicarse en contra de la voluntad de la mujer embarazada.
- **La atención integral:** cualquier mujer que se someta a un proceso de este tipo deberá contar con una atención integral que garantice su salud y bienestar.
- **La objeción de conciencia:** la norma les garantiza a las personas profesionales en salud la posibilidad de objetar libertad de conciencia y asegura que esto no afecte la atención de las mujeres.
- **Fiscalización:** el Ministerio de Salud es la institución responsable de vigilar que los centros médicos del país apliquen esta norma y sus protocolos⁽⁵³⁾.

Por lo tanto, la legalidad del aborto inducido sin ningún agravante en la salud sigue siendo un delito penalizado, así lo establece el Código Penal desde 1970 bajo los siguientes artículos:

Artículo 119. Será reprimida con prisión de uno a tres años, la mujer que consintiere o causare su propio aborto. Esa pena será de seis meses a dos años, si el feto no había alcanzado seis meses de vida intrauterina⁽²²⁾. Este artículo refiere al aborto procurado.

Artículo 120. Si el aborto hubiere sido cometido para ocultar la deshonra de la mujer, sea por ella misma, sea por terceros con el consentimiento de aquélla, la pena será de tres meses hasta dos años de prisión⁽²²⁾. Esto es lo que se conoce legalmente como aborto honoris causa.

Artículo 122. Será penado con sesenta a ciento veinte días de multa, cualquiera que por culpa causare un aborto⁽²²⁾. Esta pena es para el aborto culposo.

Queda mucho camino que correr para Costa Rica tome medidas legales en cuanto a la práctica de aborto en condiciones de violación, y menores de edad. El aborto inducido en materia legal continúa siendo castigado, lo cual aumenta el riesgo de muertes maternas debido a la práctica de ellos de manera ilícita. De igual forma, la educación a la población

por parte de los entes estatales, como de los profesionales en salud son de vital importancia para empoderar a las mujeres en cuanto a rol en la sociedad, sus deberes y derechos, y su puesta en ejercicio.

2.4 Perfil social y ético de las mujeres que deciden optar por un aborto inducido

Existen una serie de prejuicios sociales sobre estas mujeres que deciden interrumpir su embarazo de forma voluntaria. Se tiende a tener la percepción que la mayoría de las mujeres que abortan son jóvenes y solteras; sin embargo; diversas investigaciones realizadas en Latinoamérica concluyen que no existe un perfil de las mujeres que se someten a un aborto inducido; y por ejemplo en Colombia el 54.4% de las mujeres que abortado estaban casadas, o en unión libre. En Santiago de Chile, la gran mayoría de las mujeres que abortan tienen entre 20 y 30 años, y sólo el 10% de las mujeres tienen entre 10 a 19 años. En Santo Domingo, República Dominicana, se encontró que el 79% de las mujeres que abortan están unidas o casadas, mientras que el 84% tiene hijos⁽⁶⁵⁾. Por lo que no se puede estereotipar a la mujer a la hora de decidir un aborto.

Otro aspecto que se cree sobre las mujeres que se someten a un aborto inducido, es que son egoístas e irresponsables, pero el hecho de presentar una condición de embarazo; no va de la mano del deseo de ser madre como regla general. Muchas de las razones por las cuales las mujeres recurren al aborto no son razones exclusivamente personales, sino más de circunstancias sociales, culturales o económicas, ejemplo: a causa de una violación, falla o mal uso de anticonceptivos seguros, entre otros⁽⁵⁴⁾. Sin embargo, en general la sociedad sólo piensa en el hecho que esa mujer está quitándole la vida a otro ser humano, sin sopesar las razones que ella tuvo para tomar este tipo de decisiones.

De acuerdo con una investigación cualitativa fenomenológica, realizada por José Manuel Hernández Garre, Isabel Aznar Mula y Paloma Echeverri Pérez, en el año 2017 en Murcia, España; los argumentos de las mujeres que sometieron a un aborto inducido, parten principalmente de la corriente ética del Utilitarismo, es decir, se justifican en argumentos pragmáticos. “Mira tenía una mala situación económica, sin casa y con problemas personales” (T6); “la relación con mi pareja era bastante traumática (...) no vivíamos juntos. El embarazo fue por quedarse el preservativo dentro, un error (...)”⁽⁵⁵⁾. El fragmento

evidencia como la mujer a través del lenguaje soluciona la decisión de abortar basada en lo que es más útil para ella en su contexto.

Estos autores mencionan además que los aspectos personales que estas mujeres se basan también en corrientes del feminismo, del personalismo, de presiones sociales y la de mercantilización. Dentro de los argumentos feministas se encuentran expresiones como “Es mi cuerpo, es mi decisión y puedo hacer lo que quiera”⁽⁵⁵⁾; lo cual va de la mano con los derechos reproductivos de la mujer. En otros casos se visualiza la experiencia de abortar como una mercantilización debido a la oferta de métodos y clínicas privadas, o clandestinas donde operan estos hechos.

Una tesis realizada en la Universidad Central de Ecuador en el periodo de 2016-2018, nos indica que de un total de 634 usuarias estudiadas entre esos años, se obtiene que con respecto a la planificación familiar que utilizan las pacientes que presentan abortos en el establecimiento, se puede observar que la mayor parte de la población no utilizó ningún método anticonceptivo, seguida de las pacientes que utilizaron pastillas anticonceptivas con el 46,21% y 19,72%⁽⁵⁶⁾. Esta situación es muy común en todos los países de Latinoamérica donde la educación en planificación familiar no es efectiva debido al tabú que se genera alrededor del tema de la sexualidad.

En conclusión, establecer un perfil de la personalidad de una mujer que se somete a un aborto, no existe; y sus aspectos personales para realizarlo varían desde circunstancias de salud, sociales, culturales y económicas. Lo que sí debería imperar es el interés por que la mujer que decida realizar un aborto inducido, reciba la atención y educación pre aborto, y post aborto; y así mitigar los riesgos asociados a situaciones clandestinas o abortos peligrosos.

2.5 Aspectos Bioéticos del Aborto inducido

La bioética es la rama de la ética que de acuerdo con la OMS busca aclarar problemas éticos que surgen con relación a la salud: al hacer investigación con seres humanos, diseñar o implementar una política de salud, y brindar atención médica. La bioética no es un código de preceptos sino una actividad de análisis a la luz de principios y criterios éticos, que guía

la práctica en las distintas áreas de la salud⁽⁵⁷⁾. El aborto para la bioética es controversial ya que pone en juego el derecho del deseo de la mujer, y la nueva vida en cuestión; ya que existen diversas posturas sobre cuando comienza la vida.

Enunciada por primera vez en 1971, por el oncólogo Potter, en su libro “Bioética, un puente hacia el futuro”, esta ciencia utiliza herramientas de análisis como los valores y principios éticos, entre los cuales encontramos:

Autonomía. Derecho del paciente a participar en la toma de decisiones en cuanto a la realización de complementarios y aplicación de tratamientos. De él deriva uno de los aspectos más violados en la práctica médica: el *CONSENTIMIENTO INFORMADO*⁽⁵⁸⁾. Esto en cuanto al tratamiento del aborto inducido, se puede decir que el derecho de la usuaria a decidir la realización de un aborto, por sus razones de respetar.

Beneficencia: La obligación de los profesionales de la salud de actuar siempre en bien del paciente⁽⁵⁸⁾. Lo cual pone en tela de juicio al personal de salud en lo que es un aborto provocado, ya que actuamos en bien de la mujer o de la vida que se está gestando.

Justicia: Con sus dos vertientes, la Justicia Distributiva, que involucra el acceso a la salud para todos y la no discriminación en materia de salud⁽⁵⁸⁾. Este principio toma importancia en la práctica del aborto y su legalidad, ya que en muchos países alrededor del mundo este es un acto ilícito, al que las mujeres no pueden acceder, y su atención en salud es discriminada, lo cual pone en riesgo la vida de estas.

No Maleficencia: De posterior incorporación, este principio incorpora la necesidad de no hacer daño al paciente y se basa en la relación Costo-Beneficio en salud. Justicia y No Maleficencia son Principios de Mínimos, porque para que se cumplan es necesario cubrir un mínimo de requisitos exigidos⁽⁵⁸⁾. La mejora de la salud materna como uno de los cinco objetivos del milenio, es claramente violentada en este principio bioético, ya que, al negar la posibilidad de recurrir a un aborto, y llevar un proceso médico terapéutico, se elevan los costos de atención en casos de abortos inducidos y sus malas prácticas, así como el aumento de las muertes maternas.

Solidaridad: Es un principio de reciente formulación, no incorporado por todos los autores, pero a nuestro juicio el más importante de todos. Si no somos solidarios con el que sufre, si no sentimos el dolor ajeno como propio, nunca podremos tener una actuación ética⁽⁵⁸⁾. Por lo que como profesionales debemos procurar que procesos de abortos inducidos tengan un menor impacto en la salud, brindando las herramientas necesarias para enfrentarlo.

Es común que en Latinoamérica el aborto esté muy ligado a las creencias religiosas, dejando de lado los principios bioéticos anteriormente mencionados. Muchos de los gobiernos en estas latitudes del orbe son influenciados aún por el bagaje religioso, dentro del cual deben enmarcar sus decisiones, haciendo restrictivas sus regulaciones en materia de salud sexual y reproductiva, por ejemplo, como en otros tópicos. La connotación del aborto se vuelve pecado, se le asigna la postura de delito, y se castiga a la mujer, y a sus cómplices. Ahí es donde entra la visión de la ciencia de la bioética, para proporcionar conocimiento científico sobre la vida, y los cimientos para que esta siga en curso, estableciendo las pautas.

El aborto en la bioética se visualiza como un dilema entre dos posiciones, quienes adjudican al cigoto un supuesto *derecho absoluto* a la vida desde la concepción hasta la muerte natural, y quienes confieren a la mujer un supuesto *derecho absoluto* a decidir sobre su cuerpo⁽²³⁾. Para muchos autores el derecho llega a su fin con el derecho de terceros. Otros recurren que el derecho a la vida es superior, sin embargo, ningún derecho se sobrepone a otro, según la esencia de la bioética. Es necesario el uso de estudios científicos en ramas como la embriología, genética y neurobiología para constatar que el embarazo, no es por sí mismo un acto, sino que es un proceso.

La tesis gradualista reconoce a la mujer –persona jurídica– el derecho pleno a decidir sobre la interrupción del embarazo durante el primer trimestre. Al embrión lo reconoce como un bien tutelado jurídicamente –mas no como persona jurídica– cuya protección incrementa a medida que logra viabilidad extrauterina en el tercer trimestre de la gestación⁽²³⁾. Esto anterior basado en estudios derivados de las ciencias mencionadas en el párrafo anterior, no es una simple casualidad. Por lo tanto, aquí es donde el principio de la autonomía interviene, pero brindándole herramientas a la mujer para poder ejercerlo.

Hoy, la discusión en torno al aborto ya no se centra en el problema clásico de si el embrión es ser humano o no. Su centro de gravedad se ha desplazado a la cuestión, planteada por el liberalismo más extremo del pretendido derecho de abortar de la madre, en virtud de su autonomía moral, independientemente de los datos de la embriología y la reflexión antropológica sobre el embrión. Por eso es necesario subrayar los límites que la dignidad moral imponen a la decisión de la madre, y de los familiares y del médico tratante, si de verdad quieren respetar el derecho a la vida del no nacido⁽⁵⁹⁾. Esto anterior revela un problema de la bioética también para el profesional en salud, lo que se conoce como objeción de conciencia.

Los grupos feministas establecen recurren a la ética para justificar el aborto utilizando argumentos como⁽⁶⁰⁾:

1. Por razones de igualdad: El estado impone la maternidad bajo la amenaza de cárcel.
2. Razones de libertad sexual: El derecho al placer de las personas, la maternidad no debe ser causa biológica, sino una libre elección.
3. Por una razón de ciudadanía: Mientras el aborto sea penalizado, el cuerpo de la mujer estará sometido al mandato de gestar, sacrificándose así la libertad y el placer sexual.
4. Por razón de justicia social y reproductiva: Legalizar el aborto constituye el cierre de una brecha de desigualdad entre quienes puede pagar una clínica para realizarlo, y entre quienes lo realizan en condiciones peligrosas.
5. Por una razón de laicidad y respeto por la diversidad de las creencias religiosas: La legislación debe dejar a un lado sus propias creencias religiosas y preferencias morales, para que la mujer deje de ver como un instrumento en beneficio de la sociedad.

Sin embargo, el consenso de todos los expertos en esta materia desde su postura está muy distanciado de llegar a ser un acuerdo en beneficio de cada mujer, en su propio contexto.

2.6 La Objeción de la conciencia del profesional en salud, y su relación con el aborto inducido.

La Objeción de Conciencia, se define como el derecho subjetivo que tiene un individuo a desobedecer una norma jurídica que imponga acciones u omisiones contrarias a sus convicciones religiosas, morales o éticas⁽⁶¹⁾. En cuanto a esto y el aborto, hay una serie de aspectos que se deben respetar, más estando en juego la salud reproductiva de la mujer.

El personal sanitario puede recurrir a la objeción de la conciencia para realizar un aborto, esto basado en sus principios morales, religiosos, etc. Savulescu, cree que los médicos no tienen derecho a rechazar la asistencia médica en casos de aborto, así como otros procedimientos. Sin embargo, puede no ser factible decirle a la gente quienes ya son proveedores de atención médica que deberían hacer otra cosa⁽⁶²⁾. Esto vuelve aún más complicado el tratamiento del tema del aborto. Sin embargo, cuando la salud de la usuaria apremia ¿cuál debería ser la conducta?

Debe reconocerse un compromiso donde se acomode el derecho a la objeción de conciencia y los derechos reproductivos de las mujeres. México y su aprobación al aborto en el Distrito Federal ha sido un claro ejemplo donde los profesionales sanitarios recurrieron a la objeción de conciencia para negarse a realizar abortos, e inclusive se incluyó un artículo en la Ley General de Salud, donde estos podían objetar a esta; lo cual llevó a que en su mayoría los profesionales en salud se negaran a realizar este procedimiento.

Pero, a qué nos referimos cuando hablamos de objeción de conciencia y cómo debemos entenderlo; segundo, cuál es su justificación, particularmente porque no se reconoce a menudo en los códigos legales⁽⁶²⁾. Cuando estas preguntas lleguen a un consenso y acuerdo social será más fácil encontrar un punto de encuentro entre la objeción de conciencia y los derechos sexuales y reproductivos de la mujer.

Alguien con integridad moral se abstiene de actuar contra tales principios morales, y apelar a la conciencia puede entonces entenderse como un intento de mantener esa inteligencia. La ley debe encontrar formas para que las personas no se vean obligadas a actuar en contra de sus principios básicos, como una forma de respeto a los individuos y como una forma de

promover una virtud moral que las sociedades debería respaldar⁽⁶²⁾. Estas formas tampoco deben ir en contra de la salud reproductiva de las mujeres, tanto profesionales como usuarias deben estar éticamente amparadas y respaldadas; pero esto sólo se logra llegando a consensos.

Los profesionales en salud tampoco pueden negarse absolutamente a realizar este tipo de procedimientos ya que este tipo de rechazo puede basarse en una discriminación discriminatoria, y en este caso es contrario a las obligaciones profesionales de estos proveedores de la salud, y es éticamente inaceptable, ya que no respeta la dignidad de los pacientes y su derecho a la igualdad de trato⁽⁶²⁾. Por lo tanto, es cuestión de cada país garantizar el derecho a la objeción de conciencia, así mismo reconocer el derecho a la terminación del embarazo, así como los procedimientos seguros y la calidad del servicio que se brinde.

Es importante mencionar que los profesionales en salud no pueden hacer uso de la objeción de la conciencia cuando apremia salvar la vida o la continuidad de la salud. De no realizar algún procedimiento por sus creencias religiosas, debe remitir a un profesional que si lo realice⁽⁶³⁾. Siempre y cuando no esté en juego la vida la persona. Es importante mencionar también que las enfermeras puede negarse a participar directamente en un procedimiento objetando a la conciencia, más no pueden negarse a brindar cuidados indirectos a los usuarios que así lo requieran⁽⁶³⁾. Esto último atañe en gran manera a los profesionales en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal, ya que, aunque sus creencias no acepten realizar un aborto inducido, si están en la obligación de brindar cuidados de enfermería a quien así lo demande.

2.7 Procesos de Estigma y Discriminación de las mujeres que abortan y del profesional en salud.

El estigma es una construcción social basada en los estereotipos culturales que existen en toda sociedad y recae sobre los sujetos que se desvían de las normas y expectativas culturales dominantes. Puede tratarse de rasgos visibles y físicamente manifiestos, o imperceptibles y no evidentes, y por lo tanto ocultables⁽⁶⁴⁾. El aborto es un tema de gran

estigma social, ya que es donde se irrumpe en el ideal de mujer que tiene la sociedad, así como de sus funciones dentro de esta.

Hay distintos niveles de estigma: el percibido, el experimentado y el internalizado. El estigma es percibido, cuando el individuo es consciente de las valoraciones negativas de los otros hacia el/ella. El estigma es experimentado, cuando la persona vivencia de manera directa la reacción negativa de su entorno en forma de prejuicio y discriminación. Y el estigma es internalizado, cuando una persona acepta e incorpora subjetivamente la valoración cultural negativa de los rasgos que lo distinguen⁽⁶⁴⁾. Este estigma lo vive principalmente la mujer que toma la decisión de abortar, sin embargo, los profesionales de salud que lo llevan a cabo también atraviesan esta situación.

Por lo tanto, el estigma relacionado con el aborto se refiere al proceso social a través del cual las sociedades colocan atributos o connotaciones negativas a todo lo relacionado con el tema de aborto: al procedimiento como tal, a la persona que vive un aborto, a la persona que realiza un aborto, a la persona que acompaña el procedimiento del aborto, a la que lo avala⁽⁶⁵⁾. Esto nos pone en un escenario complejo, ya que atañe a todos los involucrados, usuaria, y profesionales de salud. De ahí parte el uso de la objeción de conciencia por parte de muchos profesionales en salud, y la frecuente práctica del aborto en condiciones no seguras para las mujeres.

La sociedad esquematiza los roles sociales de las personas, y a la mujer desde sus inicios se la han conferido tareas concernientes a la maternidad y crianza de los hijos; por lo que el aborto quiebra este paradigma, y vuelve a la mujer que lo práctica, un ente social que va en contra de los preceptos. Hay dos creencias que el aborto desafía y por las cuales es tan estigmatizado:

1. *Las mujeres antes que nada, deben ser madres y, por tanto, una mujer que aborta va en contra de su naturaleza*⁽⁶⁵⁾.

Esta afirmación proviene de un sistema patriarcal antiguo que ha imperado en el mundo, y del cual los países Latinoamericanos no escapan, y además se encuentra muy arraigada en

los hogares, haciendo esto que se visualice la función de la mujer en la sociedad desde un plano diferente.

2. *Un feto es un ser humano con derechos, que siente y piensa como una persona, y por tanto abortar es sinónimo de cometer homicidio*⁽⁶⁵⁾.

Esta creencia radica en conceptos religiosos, morales, divergencias éticas, que se contraponen a los derechos del feto, y reconoce los derechos de este; más deja desprovista a la mujer de sus derechos. Así como se ha avanzado en derechos de la mujer a que los servicios de salud garanticen un embarazo sano, y un parto seguro; deben brindar la oportunidad del derecho de interrumpir el embarazo de manera segura.

La criminalización del aborto impone la maternidad como el único destino posible para las mujeres y adolescentes, niega su capacidad para decidir de manera autónoma sobre su proyecto de vida⁽⁶⁶⁾. De ahí que toda la sociedad la juzgue, le imponga castigos e incluso se le discrimine en la atención, al no seguir el rol social para el cual estaba destinada.

Se define estigma estructural como aquel en que las barreras ideológicas, culturales y sociales abonan a la creación de un ambiente social que estigmatiza a las mujeres que tienen un aborto. Un resultado muy concreto de esta estigmatización es la criminalización, penal y social, del aborto inducido⁽⁶⁵⁾. Como se mencionó anteriormente existen países donde el aborto inducido en cualquier contexto es penalizado, como en otros donde existen ciertas premisas que permiten realizarlo, empero esta estigmatización permite que cada vez se recurra al aborto inseguro, en el cual se pone en riesgo la vida de la mujer.

El estigma social es el más marcado de los tres tipos, los resultados muestran que el estigma está muy presente en la opinión pública y que tiene el potencial de aislar, discriminar y poner en riesgo a las mujeres. El entorno social presiona a las mujeres para mantener en secreto sus intenciones o experiencias de interrumpir un embarazo, con el fin de evitar ser juzgadas, criticadas y discriminadas⁽⁶⁴⁾. Este es importante y de gran peso cuando una mujer decide someterse a un procedimiento para abortar, incluso determinante en la decisión de donde realizarlo, lo cual incide en que termine siendo en lugares clandestinos.

Se reconocen frases que la sociedad utiliza para estas mujeres, como: “Las mujeres que abortan en más de una ocasión son promiscuas”, “Las mujeres que abortan son malas mujeres, malas madres y asesinas”, “Las mujeres que abortan son irresponsables y descuidadas”, “Dios castiga a quienes abortan, ya no podrán tener hijos”⁽⁶⁵⁾. Lo cual conlleva a que la salud mental de una mujer que decide someterse a un aborto inducido se enfrente a las posteriores secuelas, entre ellas la depresión, trastornos de ansiedad, entre otros.

La discriminación de estas mujeres también es parte del estigma social, esto vivencia según la misma mujer a través de haber recibido regaños o haber tenido que entrar por la puerta de atrás de la clínica, para evitar enfrentamientos con los grupos conservadores⁽⁶⁵⁾. Otras refieren haber sido víctimas de grupos conservadores que las engañaban con consejería, incluso la ayuda psicológica recibida se enfoca hacia expectativas de una nueva maternidad para reparar el daño. Todo esto nos vuelve al fin social de la mujer ser madre y criar a los niños, dejando de lado sus derechos y en especial el derecho a la salud sexual y reproductiva.

Por último, el estigma internalizado es aquel que las mujeres internalizan y asumen sobre sí mismas, las etiquetas y los prejuicios que los demás tienen sobre ellas, con frases como “yo sé que hice mal y que tendré un castigo por lo que hice”. Otras actitudes y expresiones del estigma reportadas por las mujeres incluyeron sentir culpa, vergüenza y predisposición al rechazo de los demás, además de actuar con secrecía sobre su aborto⁽⁶⁵⁾. Estos sentimientos de culpa y vergüenza se asocian al proceso de estigmatización social, más no con la decisión de interrumpir el embarazo. La mayoría de las mujeres prefieren mantenerse en el silencio al haber realizado un aborto inducido, antes de sentir la señalización por parte de la sociedad.

Los profesionales de la salud que realizan abortos inducidos también sufren un proceso de estigmatización, así por ejemplo a nivel estructural se evidencian varios puntos:

-La penalización y la sobrerregulación del aborto es la barrera estructural más evidente a la que se enfrenta el equipo médico⁽⁶⁵⁾.

-La formación clínica y profesional de los proveedores de servicios de aborto, no se recibe capacitación sobre el procedimiento clínico, el tema de aborto no es parte de la currícula en estudios universitarios de medicina y carreras afines a la salud⁽⁶⁵⁾.

- Entre otras como el acceso al servicio, ausencia de servicios de calidad y la falta de personal calificado.

A nivel social los profesionales también enfrentan un estigma social, ya que desde siempre se les ha conferido a estos la misión de preservación de la vida. Ser señalado por pares con la designación de “abortera/o” o “abortista” tiene un peso y un desprestigio que inquieta a las y los profesionales. Además de los pares, la familia constituye un otro frente al cual también se preocupan por resguardar el capital simbólico acumulado⁽⁶⁷⁾. Estos profesionales se encuentran frecuentemente experimentando sentimientos que afectan su salud emocional, ya que la sociedad también considera esto un trabajo “sucio”.

Las autoridades de los servicios de salud donde trabajan evitan hablar abiertamente de los servicios de aborto que se ofrecen y colegas de otros servicios de salud u otras instituciones, al no estar de acuerdo con el aborto, se burlan constantemente de las y los proveedores que sí ofrecen estos servicios; les intimidan con comentarios sarcásticos, hirientes, discriminatorios y acusatorios⁽⁶⁵⁾. Esta es una clara manifestación de lo que el aborto inducido, conduce a la discriminación de los profesionales que lo llevan a cabo, con respecto a sus iguales; generando sentimientos de inseguridad y fomentando baja autoestima en los profesionales de la salud.

En contraposición a la discriminación, Argentina, por ejemplo cuenta con una “Red de Profesionales de la Salud por el derecho a decidir” constituida en el año 2014, la cual brinda consejería a las mujeres que deciden recurrir a un aborto inducido, así mismo dentro sus pilares, está el apoyarse mutuamente para minimizar el estigma social tanto para las usuarias como para los profesionales de salud. Su objetivo central es garantizar en la práctica, el acceso de las mujeres y niñas a abortos no punibles a través de profesionales que realizan la Interrupción Legal del Embarazo (por medio del aborto con medicamentos o quirúrgico) en las instituciones de salud pública de todo el país⁽⁶⁷⁾.

El ejemplo de Argentina y su Red son esfuerzos para que el trato del tema del aborto y toda su estigmatización sea vista desde otro punto de vista, disminuyendo anticuerpos ante la sociedad; y dando atención de calidad a estas mujeres. Claramente tanto como para la usuaria, y como el profesional, el contar con los recursos educativos, así como los conocimientos a la vanguardia son los que ayudan a mitigar el riesgo de complicaciones, el impacto a la salud mental, y el estigma y discriminación de los cuales son víctimas.

2.8 Gestión del Cuidado de Enfermería

González mencionado por Ceballos Vásquez et al, refiere que la gestión indica un ordenamiento los recursos existentes con el fin de mejorar el resultado; es decir, mejora la eficiencia, contiene gastos, es un puente entre la salud y la economía y torna a las organizaciones más inteligentes⁽⁶⁸⁾. En este contexto, el/la enfermera es la encargada de gestionar el cuidado que recibe un usuario; por lo tanto, esta debe usar los recursos disponibles de manera que pueda beneficiar al máximo la salud del paciente.

Anteriormente en enfermería se acuñaba el término administración, sin embargo; para la década de los años 1980, se cambió a gestión, que de acuerdo con Kérouac en 1996 mencionada por Zárate la gestión del cuidado enfermero es "un proceso heurístico, dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud"⁽⁶⁹⁾. Se puede decir entonces que la gestión del cuidado de Enfermería es la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados⁽³²⁾.

En la disciplina Enfermero este juicio se realiza a través del Proceso de Enfermería, el cual, pese a que haya propuestas de estandarización como el NANDA, siempre es único, individualizado, basado en el método científico, con resultados sobre la vida del usuario, el cual es único e irrepetible.

Es imposible desligar la gestión del cuidado de enfermería del Proceso de Enfermería, lo que nos diferencia de otras ciencias; por lo tanto, el proceso de atención de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica. Es la única herramienta científica válida

para brindar cuidado de calidad al Ser Humano, y que a su vez cumplen la función de conferirla disciplina científica.

El Proceso de Enfermería está compuesto de 5 pasos (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación), metodología que estandariza la identificación y resolución de los problemas del paciente y direcciona el cuidado basado en la evidencia⁽⁷⁰⁾. De ahí la importancia de su aplicación como profesionales, y no solamente el brindar cuidados al azar, sin una base que dirija el actuar profesional.

A continuación, se detallan cada una de las etapas del Proceso de Enfermería:

Tabla 5. Etapas del Proceso de Enfermería

Etapas	Concepto	Intervención
Valoración	Primera Fase, consiste en la recolección y organización de los datos a partir de las respuestas del paciente a problemas de salud-enfermedad, en la guía de patrones funcionales de Marjory Gordon	Recolecta la información. Realiza la historia de enfermería, valorando cada uno de los patrones funcionales. Revisa la historia del paciente, electrónica o en físico; analiza e interpreta los medios diagnósticos; actualiza, organiza y valida los datos. Analiza e interpreta los datos obtenidos, necesarios para la formulación del diagnóstico de enfermería.
Diagnóstico de Enfermería	Es un juicio clínico sobre un individuo, familia o grupo de la comunidad, que se deriva de la recolección, análisis y síntesis de datos obtenidos en la valoración.	Identifica los diferentes problemas para los cuales se puede ofrecer soluciones. Compara los datos con los estándares normales establecidos. Formula hipótesis provisionales y diagnósticos según el problema identificado. Registra los diagnósticos en el plan de cuidados

Planificación	Se define como la determinación de lo que debe hacerse para prevenir, reducir o eliminar problemas, identificados en el paciente.	Planea las actividades del cuidado de enfermería de acuerdo con la situación de salud de la persona atendida y socializa el plan de cuidados a los miembros del equipo de salud. Realiza propuestas de tratamiento, Determina los resultados esperados y hace modificaciones inmediatas de acuerdo con la situación de salud de la persona atendida. Registra el plan, en la historia clínica electrónica o física.
Ejecución	Son las intervenciones que desarrolla enfermería, con y para el paciente, con el fin de lograr los resultados.	Valora nuevamente al usuario. Establece prioridades en la ejecución del cuidado. Informa cuáles intervenciones se han realizado y cuáles están pendientes. Registra los cuidados y las respuestas a estos. Verifica la Intervención de Enfermería
Evaluación	La evaluación es una actividad planificada y continuada, en la cual se determina la evolución del paciente en relación con los resultados y la eficacia del plan de cuidados.	Determina si se han logrado los objetivos establecidos. Evalúa con la persona atendida, los resultados del cuidado. Evalúa con el personal de enfermería y otros profesionales las intervenciones de enfermería. Revisa, modifica o finaliza el plan de cuidados según la situación de salud de la persona.

Fuente: Elaboración propia

Cabe mencionar que cuando se utiliza el Proceso de Enfermería se obtiene un gran impacto sobre la calidad de vida de los pacientes que reciben cuidado clínico de los enfermeros, ya que las intervenciones de enfermería pueden afectar de manera positiva o negativa la salud del paciente, siendo este nuestro norte en el desenvolvimiento de como profesionales de Enfermería. Teniendo en cuenta que la gestión del cuidado de la mano del Proceso de Enfermería, tiene el propósito de adecuar la atención a las necesidades del enfermo, las demandas de sus familiares, cuidadores y la comunidad. Es un proceso humano y social que se apoya en la influencia interpersonal, del liderazgo, la participación y de la comunicación⁽³²⁾.

El Proceso de Enfermería se fortalece cuando se basa en un modelo conceptual y/o teoría de Enfermería. Burns et al define la teoría como un conjunto de conceptos y declaraciones que presentan una visión de un fenómeno. Los conceptos son términos que describen de manera abstracta y dan nombre a un objeto, idea, experiencia o fenómeno, proporcionándole así una identidad independiente o significado⁽⁷¹⁾. La teoría a su vez sirve de motivación para gestar nuevas investigaciones, y sus resultados sirven para el crecimiento de la ciencia de la Enfermería. A partir de esto en enfermería se definen dos niveles de pensamiento teórico, ver tabla 6:

Tabla 6. Niveles de Pensamiento Teórico

Niveles de pensamiento Teórico			Definición	Ejemplo de Teorías
Grandes Teorías de Enfermería			Teorías más abstractas o modelos conceptuales	-Teoría del Cuidado de Watson
				-Modelo de Sistemas de Newman
				-Teoría de Enfermería de Déficit de autocuidado de Orem
				-Modelo de Adaptación de

		Roy y Andrews
Teoría de Nivel Medio y Prácticas	-Menos Abstractas. -De menor alcance. -Especifican factores como el estado de salud de un paciente, familia, actividades de enfermería. Responden cuestiones prácticas concretas.	-Dolor agudo de Good -Cuidado de Swanson -Promoción de la Salud de Pender et al -Capital Intelectual de Enfermería de Covell

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con Ariza los modelos conceptuales de enfermería favorecen el desarrollo de guías, investigación, docencia y gestión del cuidado de enfermería. En la administración promueven una estructura sistemática de las situaciones relacionadas con el cuidado⁽⁷²⁾. De ahí la importancia de que la gestión del cuidado por medio de la realización del Proceso de Enfermería vaya de la mano de la teoría de Enfermería.

Meleis mencionada por Fergusson indica que los modelos conceptuales favorecen el desarrollo de guías, investigación, docencia y gestión del cuidado de enfermería. En la administración promueven una estructura sistemática de las situaciones relacionadas con el cuidado, rutinas y rituales, refuerzan la identidad de las enfermeras al crear un pensamiento y un lenguaje compartido entre quienes las siguen, refuerzan la importancia del ser humano como centro de atención para el cuidado y, de esta manera, permiten identificar con mayor claridad cuál es la contribución de las enfermeras, como parte de un equipo interdisciplinario, a los servicios de salud⁽⁷³⁾. Por lo tanto, el Proceso de Enfermería, así como los modelos teóricos en la atención de diversas situaciones de salud, y en especial del aborto inducido en este contexto, posiciona a la mujer como el ente de cuidado, y de la gestión del mismo podemos obtener experiencias positivas o negativas, tanto para ella; como para el personal de enfermería a cargo de la atención.

Por lo tanto, la enfermera que realiza el papel de gestora debe guiar sus actividades a partir de los conocimientos que brindan las ciencias administrativas, la economía y la política.

Las teorías y los principios relativos a estas disciplinas son necesarias para la práctica administrativa del cuidado de enfermería. Pero, también la enfermera responsable de la gestión debe considerar los valores, actitudes y conocimientos de la disciplina que le brindan una visión distinta y específica de la gestión de los cuidados. Así deberá ejercer un liderazgo comprensivo que motive a los usuarios internos (personal de enfermería) hacia la mejora del cuidado⁽⁶⁹⁾. La gestión de los cuidados se percibe entonces como un todo, que involucra principalmente al ser Humano, como ente de cuidados, y desde otro punto de vista como promotor del bienestar del otro (usuario y cliente interno), y del uso racional de los recursos disponibles.

Por otra parte, Meleis mencionada por Zárate indica que la gestión de los cuidados se ejerce no solamente con los recursos que dan las teorías de la administración, sino también con las relaciones y concepciones propias de la disciplina de enfermería; es el cuidado de la persona, el centro del servicio de enfermería⁽⁶⁹⁾. Esta gestión implica además el apoyo al personal, la innovación, la creatividad y la transformación encaminado siempre a obtener un óptimo resultado del proceso de gestión.

Finalmente, el Proceso de Enfermería evidencia un instrumento requerido para la práctica profesional, que sumado a la solidez teórica y científica de la disciplina profesional de Enfermería dado por los modelos y teorías de Enfermería, y con el apoyo y retroalimentación permanente de la investigación permitirá lograr una integración de la teoría y la práctica, y a su vez un mayor empoderamiento de la profesión a nivel laboral y social e igualmente proporcionar oportunidades de crecimiento personal y profesional con el aprendizaje continuo, estandarizado y actualizado de la evolución y desarrollo de la profesión⁽⁷⁴⁾. Lo anterior sumado al tema del aborto inducido puede considerarse enriquecedor tanto para la atención de usuaria en estas situaciones, como para el profesional el cual puede explorar nuevos campos de acción, contribuir al conocimiento científico, y mejorar lo ya existente, tanto para el individuo, como para la profesión.

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

En el presente capítulo se describen las características y metodología utilizadas en el desarrollo de la presente investigación.

3.1 Modalidad

El presente estudio se desarrolló bajo la modalidad de Trabajo Final de Investigación Aplicada, que según el artículo 45: Trabajos finales de graduación, sección B, del Reglamento General del Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad de Costa Rica, corresponde a la modalidad asignada para las maestrías profesionales.

De acuerdo con Vargas, R. la investigación aplicada o investigación práctica o empírica se caracteriza por que busca la aplicación o utilización de conocimientos adquiridos, a la vez que se adquieren otros, después de implementar y sistematizar la práctica basada en la investigación⁽⁷⁵⁾. Esta modalidad presenta la siguiente consecución de pasos:

1. Partir de una problemática que requiere ser intervenida y mejorada.
2. Seleccionar la teoría para exponer sus conceptos centrales.
3. Examinar la situación problema a la luz de la teoría seleccionada.
4. Ensayar el prototipo para determinar la probabilidad que tiene el modelo aplicativo para resolver la situación problema.

Una vez realizado lo anterior se debe elegir el modelo para presentar el informe inscrito, según lo estipulado por el SEP. Por lo tanto, para esta investigación se contó con un comité asesor, y se presentó un informe escrito y defendió públicamente como lo estipula el artículo 48 del reglamento anteriormente mencionado.

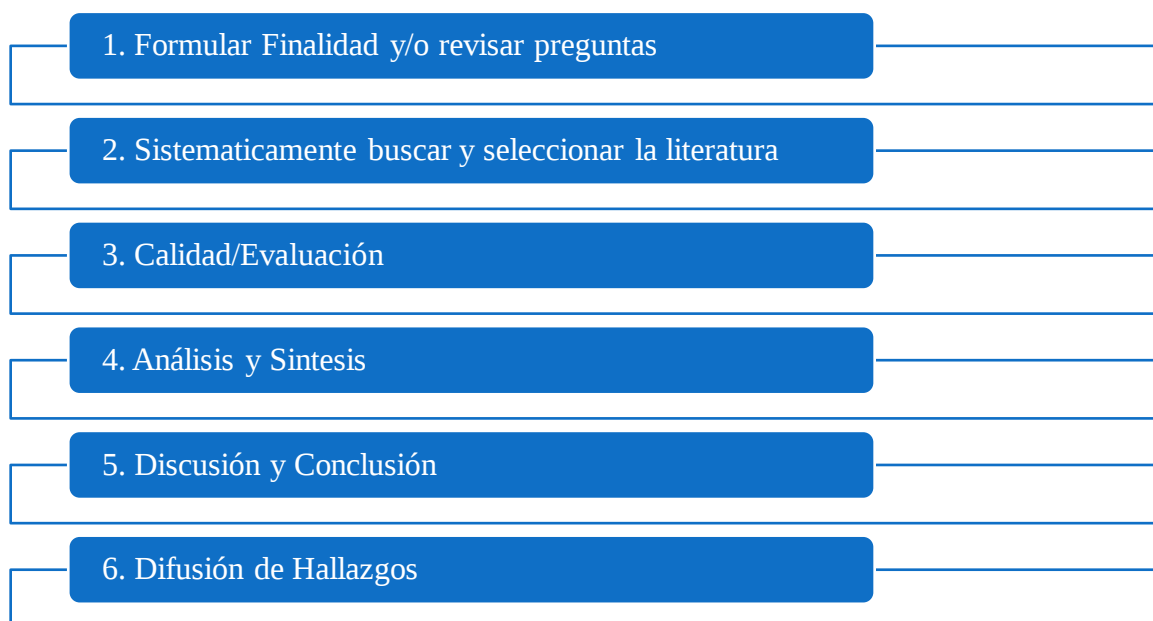
3.2 Diseño del estudio

Para la realización del presente trabajo se empleó la metodología de revisión integrativa de la literatura, basada en los parámetros establecidos por las autoras Whittemore, R. y Knafl, K., las cuales definen la misma como un método de revisión específico que resume la literatura empírica o teórica del pasado para proporcionar una comprensión más completa de un fenómeno particular o problema de salud⁽⁷⁶⁾. En Enfermería, este modelo se ha transformado en un modo creciente de producción científica en los últimos años, que bien conducida a través de investigaciones primarias críticas conducen a resultados de rigor científico.

De acuerdo con, las autoras canadienses Toronto y Remington: el propósito de una revisión integrativa es resumir lo que se sabe sobre un tema y comunicar la síntesis de la literatura a una comunidad específica⁽⁷⁷⁾. Además, que le permite al revisor a capacidad de proporcionar una comprensión más holística de un fenómeno específico.⁽⁷⁷⁾

Estos autores plantean un esquema de 6 pasos para la realización de una revisión integrativa de la siguiente forma:

Figura 2. Los seis pasos de la revisión integradora de Toronto y Remington



Fuente: Construcción propia, con Datos del libro Overview of the Integrative Review⁽⁷⁷⁾

Debido a que existen diversos enfoques para realizar una revisión integrativa, el enfoque metodológico que guiará esta revisión es el trazado por Whitemore y Knafl, conformado por cinco etapas: formulación del problema, búsqueda de literatura, evaluación de los datos, análisis de los datos y la última etapa de presentación.

Se eligen estas autoras, debido a que sintetizan en cinco etapas la metodología, y en su literatura logran describir detalladamente los requerimientos para cada una de ellas. De esta manera se pretende mantener el rigor, dar mayor validez y evitar posibles sesgos en esta investigación.

A continuación, se detallan las etapas de desarrollo anteriormente mencionadas.

3.2.1 Primera Etapa: Definición de la pregunta de investigación o identificación del problema

Esta es la etapa inicial de la revisión integrativa, y corresponde a una identificación clara del problema que se está abordando y el propósito de la revisión.⁽⁷⁸⁾ Desarrollar el propósito y/o la(s) pregunta(s) de revisión es un proceso interactivo e inductivo que se lleva a cabo con el tiempo. Es fundamental que el propósito y las preguntas de la revisión sean amplios y estén bien definidos.⁽⁷⁷⁾

El aborto inducido y la gestión del cuidado de las mujeres que someten a este, ha sido poco estudiado desde la Enfermería Ginecológica, debido a una serie de cuestionamientos tanto para la mujer, como para el profesional; sin embargo, contar con un estudio que reúna este conocimiento es enriquecedor para mejorar la práctica profesional y la atención de estas mujeres.

La pregunta de investigación que guio esta revisión integrativa es:

¿Cuál es la gestión del cuidado que realiza Enfermería Ginecológica a las mujeres que presentaron un aborto inducido, según la evidencia científica disponible?

Una vez definida la pregunta de investigación se establecieron las siguientes variables importantes para la búsqueda de información (véase tabla 7):

Tabla 7. Variables definidas para la búsqueda de información

<i>Población:</i>	Mujeres que presentaron un aborto inducido
<i>Objeto de estudio:</i>	La gestión del cuidado de Enfermería Ginecológica
	Se consideró todas las actividades en el proceso de gestión del cuidado a usuarias que presentaron un aborto inducido a través de las etapas del Proceso de Enfermería: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.
	Se consideró los modelos conceptuales y teóricos que han

contribuido a la gestión del cuidado de mujeres en situación de aborto.

Fuente: Elaboración propia

3.2.2 Segunda etapa: Búsqueda de la literatura

En esta etapa se plantea las bases para adquirir idealmente, toda la literatura relevante sobre el problema de interés.

Según Whittemore & Knafl (2005) son “incluidos los términos de búsqueda, las bases de datos utilizadas, las estrategias de búsqueda adicionales y los criterios de inclusión y exclusión para determinar las fuentes primarias relevantes⁽⁷⁸⁾”.

De acuerdo con Toronto & Remington (2020) La búsqueda bibliográfica debe ser sistemática en su enfoque y exhaustiva utilizando dos o más métodos, como el uso de múltiples bases de datos electrónicas y métodos de búsqueda manual y de ascendencia (la tarea de buscar en revistas revisadas por pares).⁽⁷⁷⁾

Definición de términos de búsqueda

Se definieron los términos de búsqueda según los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y el vocabulario controlado para bases de datos biomédicas Medical Subject Headings (MeSH,), en los idiomas español, inglés y portugués, los cuales se presentan en la siguiente tabla (ver tabla 8).

Tabla 8. Descriptores MeSh y DeCS

Lenguaje natural	Descriptores DeCS	Descriptores MeSH	Definición
Gestión del Cuidado de Enfermería	Descriptor idioma español: Gobernanza compartida en enfermería	Descriptor en inglés: Shared Governance, Nursing	Modelo de práctica de enfermería con procesos de decisión compartidos diseñados para integrar valores y creencias

	Descriptor idioma inglés: Shared Governance, Nursing Descriptor idioma portugués: Governança Compartilhada de Enfermagem		fundamentales que abarca la práctica profesional, como un medio para lograr una atención de calidad.
Modelos de Enfermería	Descriptor idioma español: Modelos de Enfermería Descriptor idioma inglés: Models, Nursing Descriptor idioma portugués: Modelos de Enfermagem	Descriptor en inglés: Models, Nursing	Modelos teóricos que simulan el comportamiento o las actividades de la enfermería, incluyendo los cuidados de enfermería, su administración y economía, la teoría, evaluación, investigación y educación.
Cuidados de Enfermería	Descriptor idioma español: Atención de Enfermería Descriptor idioma inglés: Nursing Care	Descriptor en inglés: Nursing Care	Cuidados prestados al paciente por personal del servicio de enfermería.

	Descriptor idioma portugués: Cuidados de Enfermagem		
Enfermeras Obstetras	Descriptor idioma español: Enfermeras Obstétricas Descriptor idioma inglés: Nurse midwives Descriptor idioma portugués: Enfermeiras Obstétricas	Descriptor en inglés: Nurse midwives	Enfermeros profesionales que han recibido formación de posgrado en tocología
Papel de la Enfermera	Descriptor idioma español: Rol de la Enfermera Descriptor idioma inglés: Nurse's Role Descriptor idioma portugués: Papel do Profissional de Enfermagem	Descriptor en inglés: Nurse's Role	Función esperada de un miembro de profesión enfermería.
Proceso de Atención de	Descriptor idioma español:	Descriptor en inglés: Nursing Process	Todas las actividades de enfermería incluyendo

Enfermería	Proceso de Enfermería Descriptor idioma inglés: Nursing Process Descriptor idioma portugués: Processo de Enfermagem		determinación (identificación de necesidades), intervención (administración de cuidados) y evaluación (la efectividades de la atención prestada)
Aborto inducido	Descriptor idioma español: Aborto inducido Descriptor idioma inglés: Abortion, Induced Descriptor idioma portugués: Aborto Induzido	Descriptor en inglés: Abortion, Induced	Remoción intencional de un feto del útero mediante cualquiera de las numerosas técnicas

Fuente: Elaboración Propia, 2021

Fuentes de búsqueda

Se tomó como criterio para la escogencia de las fuentes de búsqueda aquellas bases de datos que publican investigaciones en salud. Se seleccionaron un total de ocho que se pueden evidenciar en la tabla 9.

Tabla 9. Fuentes de Búsqueda de Lectura

BASE DE DATOS	DESCRIPCIÓN
PubMed	Motor de búsqueda de libre acceso que permite consultar mayoritariamente los contenidos de la base de datos MEDLINE.
EBSCOhost	Artículos de revistas, magazines, periódicos, revisiones de libros y publicaciones sobre ciencias sociales, de la salud, básicas, ingeniería, letras, entre otras.
Google Académico	Es un buscador de Google enfocado y especializado en la búsqueda de contenido y literatura científico-académica. El sitio indexa editoriales, bibliotecas, repositorios, bases de datos bibliográficas, entre otros.
Lilacs	Artículos de revistas, monografías y tesis especializados en ciencias de la salud, sobre América Latina y el Caribe.
Proquest One Academic	Artículos de revistas sobre negocios, salud, medicina, ciencias sociales, educación, humanidades, ciencia y tecnología.
Sage Premier	Revistas electrónicas de la editorial Sage en temas como: ciencias de la salud, ciencias biomédicas y de la vida, ingeniería, ciencias de materiales, economía, administración, computación, derecho, humanidades y ciencias sociales.
Science Direct	Base de datos que provee acceso a datos de búsqueda científica y médica.
Wiley Online Library	Es una base de datos que permite acceder a más de 1400 revistas científicas en las áreas de ciencias de la salud, ciencias sociales, física, matemáticas, ingeniería, ciencias de la vida, economía, finanzas, gestión, psicología y humanidades.

Fuente: Elaboración propia, con datos del SIBDI, 2021

Estrategias de Búsqueda

A partir de las delimitaciones metodológicas, se establecieron las estrategias de búsqueda, a partir de los descriptores DeCS y los MeSH establecidos.

Además, en la formulación de estas estrategias de búsqueda también se utilizaron algunos términos en su lenguaje natural: enfermera ginecológica, interrupción voluntaria del embarazo, aborto provocado, modelo teórico de Enfermería. De acuerdo con, Toronto y Remington la búsqueda con términos de lenguaje natural capturará cualquier resultado que incluya el término, ya sea que la literatura sea "sobre" el tema o simplemente lo mencione.⁽⁷⁷⁾

Se utilizará los operadores booleanos “AND” para combinar de los términos y “OR” para ampliar la búsqueda en las bases de datos, así como el uso de paréntesis.

La búsqueda se realizó en cada una de las bases de datos seleccionadas en los idiomas español, inglés y portugués, para aumentar las estrategias y captar los artículos existentes.

De esta manera las estrategias de búsqueda que se utilizaron estuvieron diseñadas de la siguiente forma:

En inglés se utilizó:

- Shared governance, Nursing AND Abortion, induced
- Model's Nursing AND Abortion induced
- Nursing care AND Abortion Induced
- (Nurse midwives OR Gynecological Nursing) AND Abortion induced
- Nurse's Rol AND Abortion induced
- Nursing Process AND Abortion induced

En español se utilizó:

- Gobernanza compartida en Enfermería AND Aborto inducido
- (Modelos de Enfermería OR Modelo teórico de Enfermería) AND Aborto inducido
- Atención de Enfermería AND Aborto Inducido
- Proceso de atención Enfermera AND Interrupción Voluntaria del Embarazo
- (Enfermeras Ginecológicas OR Enfermeras Obstetrices) AND Aborto inducido
- Rol de la Enfermera AND Aborto Inducido

En portugués se utilizó:

- Governança Compartilhada de Enfermagem AND Aborto Induzido
- Modelos de Enfermagem AND Aborto Induzido
- Cuidados de Enfermagem AND Aborto Induzido
- (Enfermeiras obstétricas OR Enfermeiras ginecológicas) AND Aborto induzido
- Papel do Profissional de Enfermagem AND Aborto Induzido
- Processo de Enfermagem AND Aborto Induzido

Criterios de Inclusión y Exclusión

La literatura seleccionada fue toda aquella que cumplió con los criterios de inclusión, y a su vez no incurrió en los criterios de exclusión. Los mismos se exponen a continuación en la tabla 10.

Tabla 10. Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios	Inclusión	Exclusión
Poblacional	Mujeres que se han sometido a un aborto inducido.	Mujeres con aborto terapéutico, espontáneo (tardío, séptico, retenido).
Contexto	Publicaciones provenientes de cualquier parte del mundo.	
Idioma	Español, Inglés, Portugués	
Fecha de publicación	2011-2021	
Tipo de estudio	Investigación primaria: Estudios cuantitativos, cualitativos y mixtos. Investigaciones secundarias: Revisiones integrativas, revisiones sistemáticas de la literatura, meta-análisis. Reportes de país, revistas, textos, disponibles en bases de datos científicas.	Cartas al editor, folletos, opiniones editoriales. Estudios de texto incompleto y acceso restringido. Documentos que no posean autor o no hayan sido publicados. Documentos de compra.

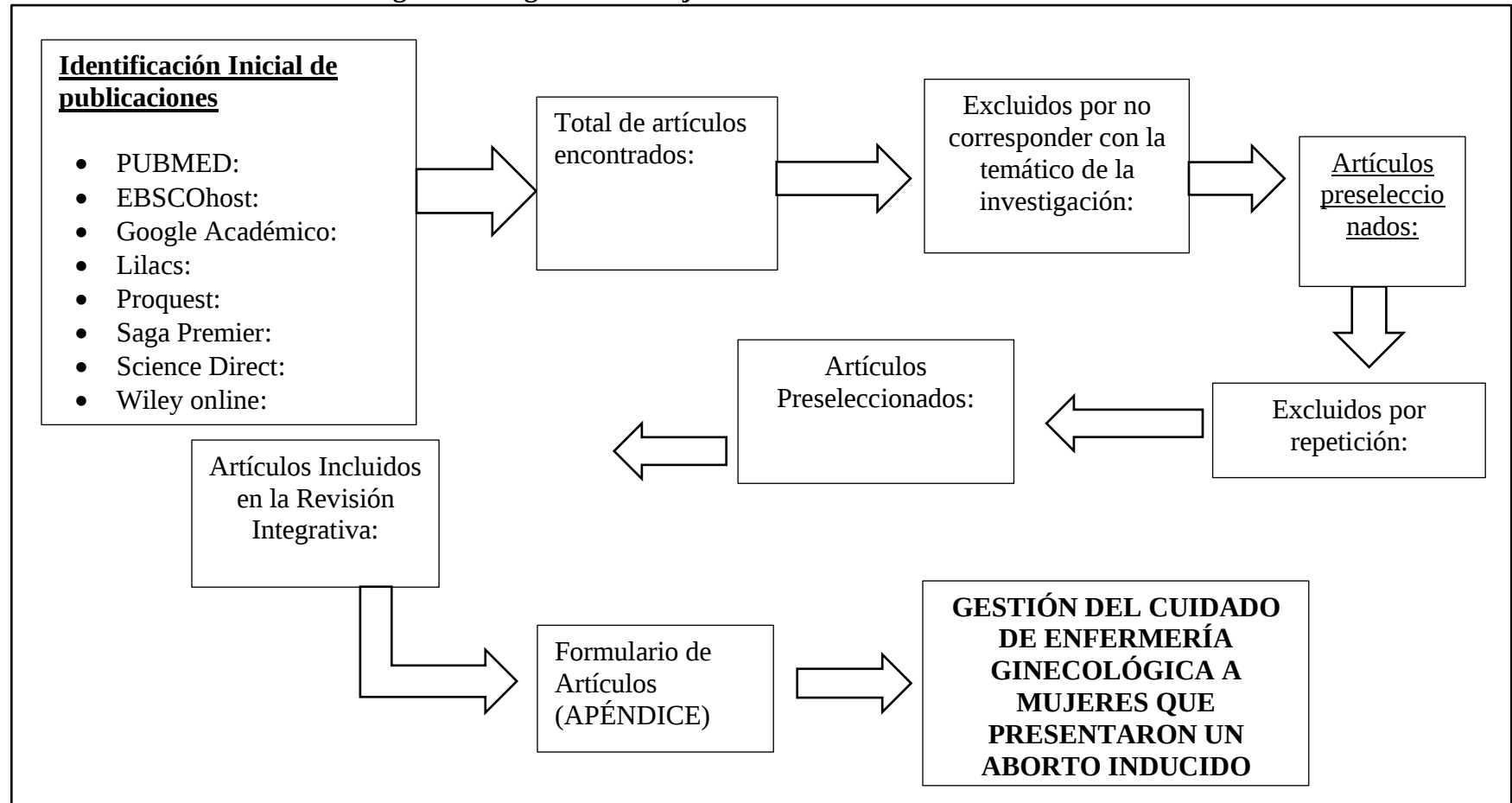
Fuente: Construcción propia

Selección de Artículos

Una vez se realizó la búsqueda de los artículos bajo las estrategias descritas anteriormente, se procedió a la selección de los mismo, debiendo pasar por diversos filtros: eliminación por duplicados, según criterios de elegibilidad, lectura de títulos, resúmenes y posteriormente texto completo. Esto con la finalidad de lograr una la selección acorde a la investigación.

Se utilizó un diagrama de flujo para una mejor identificación del proceso de selección (figura 3). Este describe todo el proceso, desde el reconocimiento inicial de los estudios potencialmente relevantes hasta la selección definitiva de éstos.

Figura 3. Diagrama de Flujo del Proceso de Selección de Datos



Fuente: Construcción Propia

3.2.3 Evaluación de los datos

Esta etapa se orienta a evaluar la autenticidad, calidad metodológica, valor informativo y representatividad de los estudios disponibles. Por la diversidad en diseños metodológicos, se plantea utilizar una herramienta de evaluación crítica específica para cada tipo de estudio que llegue a la selección final, esto debido a como menciona Whitemore & Knafl (2005) “cada tipo de diseño de investigación generalmente tiene diferentes criterios que ejemplifican la calidad”.⁽⁷⁸⁾

Por lo tanto, para esta sección se utilizarán las herramientas de evaluación crítica propuestas por el Instituto Joanna Briggs, de la Facultad de Salud y Ciencias Médicas de la Universidad de Adelaida, Australia.

En la tabla 11 se presenta las herramientas de evaluación crítica disponibles de acuerdo al diseño de investigación.⁽⁷⁹⁾

Tabla 11. Herramientas de evaluación crítica de acuerdo con diseño de investigación

Diseño de Investigación	Herramienta de Evaluación Crítica
Experimentales	-Lista de verificación para estudios cuasi experimentales. -Lista de verificación para ensayos controlados aleatorios
No experimentales	-Lista de verificación para estudios de prevalencia. -Lista de verificación para estudios transversales analíticos. -Lista de verificación para estudios de casos y controles. -Lista de verificación para estudios de cohorte.
Investigación Cualitativa	.Lista de verificación para investigación cualitativa.
Investigaciones Secundarias	-Lista de verificación para revisiones sistemáticas.

Fuente: Elaboración propia, con datos del Instituto Joanna Briggs, 2021⁽⁷⁹⁾

En cuanto a lo referente al rigor metodológico que exigen las revisiones integrativas de la literatura, es necesario otorgar un valor jerárquico a la evidencia disponible y seleccionada. Este es un sistema jerarquizado, basado en las pruebas o estudios de investigación, que ayuda a los profesionales de la salud a valorar la fortaleza o solidez de la evidencia asociada a los resultados obtenidos.⁽⁸⁰⁾

Para este estudio se utilizarán niveles de evidencia que propone Denise Polit y Cheryl Tatano Beck⁽⁸¹⁾, estos están conformados por siete jerarquías que se detallan en la tabla 12.

Tabla 12. Jerarquía de Evidencia de Polit y Tatano

Nivel de evidencia	Tipo de estudio
Nivel I	a) Revisiones sistemáticas de ECAs. b) Revisiones sistemáticas de ensayos clínicos no aleatorizados.
Nivel II	a) ECA. b) Ensayo clínico no aleatorizado.
Nivel III	• Revisión sistemática de estudios correlacionales u observacionales.
Nivel IV	• Estudios correlacionales u Observacionales.
Nivel V	• Revisiones sistemáticas de estudios descriptivos, cualitativos o fisiológicos.
Nivel VI	• Estudios descriptivos, cualitativos o fisiológicos.
Nivel VII	• Opiniones de expertos.

Fuente: Construcción Propia, con Datos Polit, D., & Beck, C. T. (2021)⁽⁸¹⁾

La muestra final de esta revisión integrativa incluyó investigaciones primarias de tipo cuantitativo, cualitativo e investigaciones secundarias; artículos referentes al área de enfermería, enfermería ginecológica, enfermería obstétrica y partería.

Parte de esta etapa incluyó la codificación de los estudios encontrados y la extracción de la información para su posterior comparación. Posterior a la categorización de las investigaciones encontradas, estas fueron clasificadas de acuerdo con matrices para facilitar su comparación.

Mediante la reducción de datos, se pretendió simplificar y organizar los datos extraídos y su clasificación por subgrupos, pero adicionalmente ayudó a garantizar que las publicaciones incluidas no se repitieran.

3.2.4 Análisis de los datos

El análisis y la síntesis de datos son una etapa desafiante del proceso de revisión integradora⁽⁷⁷⁾. El análisis de datos en las revisiones integrativas requiere que los datos de fuentes primarias estén ordenados, codificados, categorizados y resumidos en una conclusión unificada e integrada sobre el problema de investigación.⁽⁷⁸⁾

Los datos extraídos se comparan elemento por elemento para que los datos similares se categoricen y agrupen; posteriormente, se comparan estas categorías codificadas que favorecen el proceso de análisis y síntesis⁽⁷⁸⁾.

Para realizar el análisis de los datos se utilizó el método de comparación constante, el cual se compone de cuatro fases: reducción de datos, visualización de datos, comparación de datos, elaboración de conclusiones y verificación.

Reducción de los datos

Esta fase implica la determinación de un sistema de clasificación general para manejar los datos de diversas metodologías. Las fuentes primarias incluidas en la revisión integrativa deben dividirse en subgrupos de acuerdo con algún sistema lógico para facilitar el análisis⁽⁷⁸⁾.

En primer lugar, se utilizó el formulario de análisis de los artículos incluidos en la revisión integradora, diseñado por Cristine Moraes Ross (2011), el cual nos permite extraer para

cada artículo seleccionado sus características: título, autor, revista, año, objetivo, tipo de estudio, población, resultados y recomendaciones⁽⁸²⁾.

Cada artículo seleccionado recibió un código con una secuencia alfanumérica (A1 a A12), con el objetivo de facilitar la identificación de los sujetos del estudio, el mismo fue utilizado para su correspondiente formulario de análisis.

Posteriormente se elaboró una base de datos a través del programa informático Microsoft Excel, el cual estuvo compuesto dichas características y variables de interés para el estudio: código, título, autor, revista, año, diseño de investigación, país, idioma, muestra y objetivos.

Además, de los resultados que identifiquen la gestión del cuidado de Enfermería a través de las diferentes etapas (Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, evaluación); así como la gestión del cuidado por medio de los modelos teóricos y conceptuales.

Dicha base de datos es de suma importancia pues permite tener la información extraída de cada artículo, a través del instrumento de Ross C. (2011), de manera digitalizada y sistematizada. De esta manera facilitó la aplicación de filtros que a su vez incide en la caracterización de la muestra, y a su vez la categorización de las variables de interés.

Además, dicha información estuvo organizada según el diseño de investigación y cronológicamente, para posteriormente ser sintetizada y llevarla a la fase siguiente.

Visualización de los datos

El siguiente paso en el análisis de datos es la visualización de datos, que implica convertir los datos extraídos de fuentes individuales en una visualización que reúne los datos de varias fuentes primarias en torno a variables o subgrupos particulares⁽⁷⁸⁾.

Para esta fase se desarrolló una matriz que contiene el código alfanumérico junto con las características de cada estudio seleccionado; la cual permite la unificación y sistematización de la información extraída en la fase anterior, que también se ve organizada según el diseño de investigación y cronológicamente, la cual se muestra a continuación:

Tabla 13. Tabla Sinóptica de los artículos seleccionados para la revisión Integrativa, conforme codificación, datos de publicación y objetivos, San José, 2021

<i>Artículos seleccionados: Gestión del Cuidado de Enfermería Ginecológica a usuarias que presentaron un aborto inducido</i>									
Código	Título	Autores	Periódico	Año	Metodología	Lugar	Idioma	Muestra	Objetivo de la investigación

Fuente: Elaboración Propia

Comparación de los datos

El siguiente paso en el análisis de datos es la comparación de datos, que implica un proceso iterativo de examinar las visualizaciones de datos de las publicaciones para identificar patrones, temas o relaciones⁽⁷⁸⁾.

Este método consiste en la comparación de la información recogida para encontrar patrones de comportamiento, conceptos o categorías y subcategorías.

Una vez organizados y visualizados los datos en la matriz, se procedió a realizar comparaciones de los elementos extraídos, para determinar similitudes y diferencias; posteriormente fueron agrupados y organizados a través de una tabla que identifiqué la gestión en las diferentes etapas del Proceso de Enfermería y la Gestión a través de Modelos Conceptuales y Teóricos.

Elaboración de conclusiones y verificación

Es importante enfatizar que la discusión presenta una interpretación de los resultados de la revisión y el significado e importancia para la disciplina⁽⁷⁷⁾.

Esta es la fase final del análisis de datos que mueve el esfuerzo interpretativo de la descripción de patrones y relaciones a niveles más altos de abstracción, subsumiendo los particulares en lo general⁽⁷⁸⁾.

El paso final del análisis de los datos es la síntesis de conclusiones importantes del proceso efectuado.

3.2.5 Presentación de los datos

Esta etapa fue desarrollada en la presentación de los resultados y conclusiones con respecto a los antecedentes de la gestión del cuidado de Enfermería Ginecológica a mujeres que presentaron un aborto inducido.

3.3 Consideraciones éticas

El tema fue propuesto y avalado por la subcomisión de la Maestría en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal y ratificado por la Comisión del Posgrado en Ciencias de Enfermería del Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad de Costa Rica.

Para la elaboración de la presente tesis de maestría se tuvo en cuenta la Resolución 8430 de 1993 Resolución N.8430.63, la cual en el artículo 11 establece la clasificación de las investigaciones, de tal modo que este trabajo correspondió a una investigación sin riesgo por ser de tipo documental.

Los principios éticos que se tuvieron en cuenta para desarrollar la presente tesis, en cuanto a la recolección de los datos, el método de análisis, el manejo de la información, uso apropiado de las referencias y socialización, fueron: el principio de buena fe, imparcialidad, veracidad y reciprocidad, expuestos en la ley N° 6683 del 14 de octubre de 1982 con la última reforma ley N° 7397 del 3 de mayo de 1994. La gaceta N° 89 de 10 de mayo de 1994. Ley N° 6683, ley de derechos de autor y derechos conexos.

CAPÍTULO IV. EVALUACIÓN DE LOS DATOS.

4.1 Proceso de selección de las publicaciones.

En esta etapa se presentan los resultados de la recolección de la información; los cuales parten del acceso a las bases de datos previamente seleccionadas, y la utilización de las estrategias de búsqueda en español, inglés y portugués. De igual manera, se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión para mantener la rigurosidad de la metodología en uso.

En una primera etapa se obtuvieron 1902 artículos de las bases de datos seleccionadas, Pubmed: 103 artículos; EBSCOhost: 70 artículos; Google académico: 993 artículos, Lilacs: 8 artículos; Proquest: 509 artículos; Saga: 99 artículos; ScienceDirect: 90 artículos, Wiley on line Library: 30 artículos.

A partir de la lectura de títulos y resúmenes de las publicaciones recuperadas, se excluyeron estudios que no estaban relacionados con la temática de la investigación, quedando un total de 91 artículos; de los cuales se eliminaron 25 por estar repetidos; quedando un total de 66 artículos.

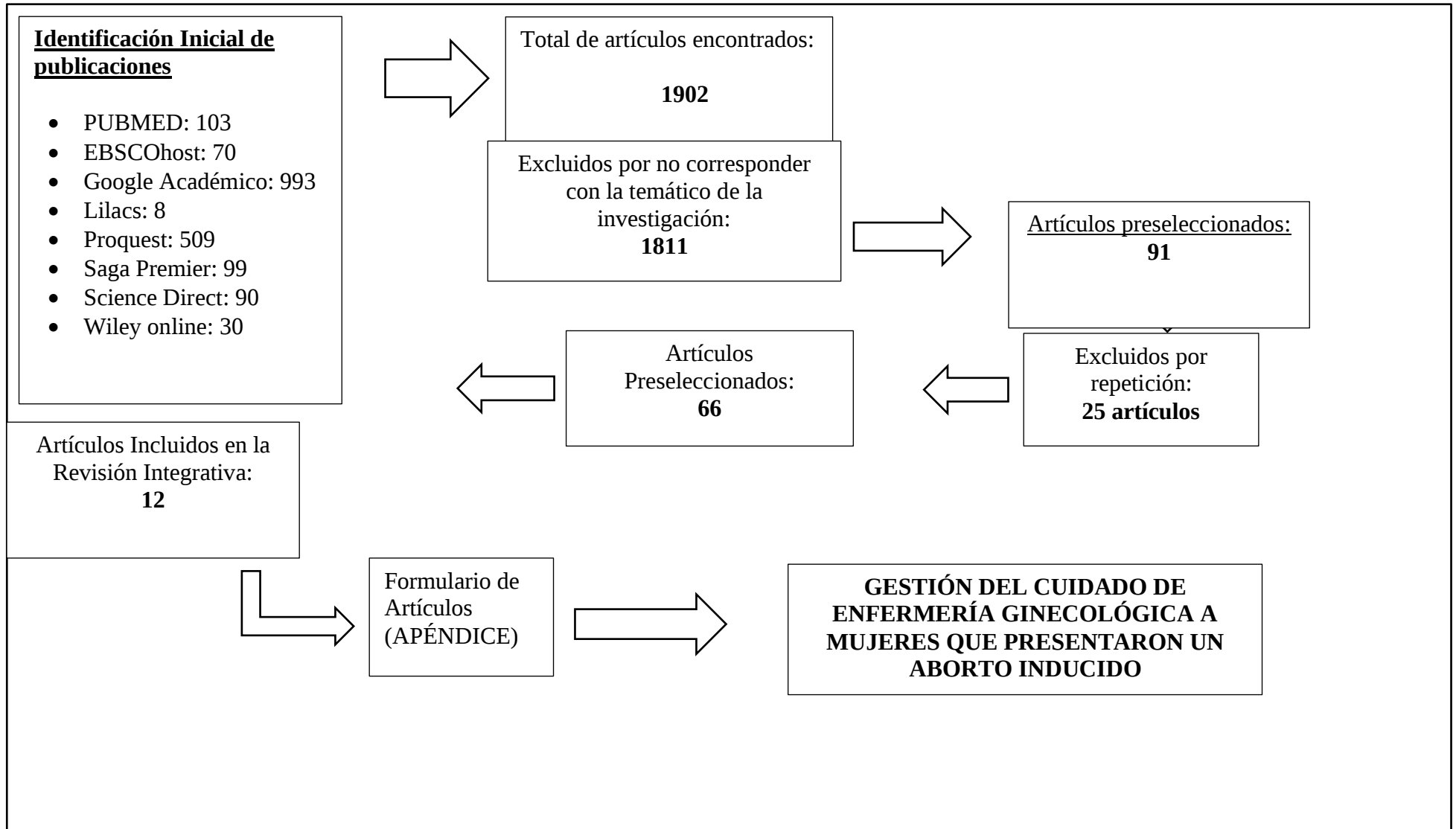
Tras la lectura completa y posterior análisis de los estudios preseleccionados resultó la exclusión de 54 artículos, considerando que estos descartados en su enfoque temático, no se referían al objetivo general, ni específicos de la investigación.

Los artículos incluidos en la investigación según el buscador quedan divididos de la siguiente manera:

- Google Académico: 6
- PubMed: 1
- Proquest: 2
- Science Direct: 1
- Wiley online Library: 2

La figura 2 explica objetivamente la recolección de datos y selección de artículos, ilustrando como fue el diseño de la investigación.

Figura 4. Diagrama de Flujo del Proceso de Selección de Datos



Fuente: Elaboración Propia, 2021.

4.2 Codificación de los artículos incluidos en la revisión.

En esta etapa, se determinan los procedimientos a utilizar en la evaluación de los artículos seleccionados. Cada artículo seleccionado recibió un código con una secuencia alfanumérica (A1 a A12), con el objetivo de facilitar la identificación de los sujetos del estudio. Posteriormente, se elaboró una tabla sinóptica que contiene la siguiente información: código del estudio, título, autores, periódico, año de publicación, metodología, país de origen, idioma y objetivo del artículo (en el apartado de anexos se incluyen cada formulario para validación del estudio, con el desglose de la información completa por artículo, así como la evidencia que sustenta la investigación).

Tabla 14. Tabla Sinóptica de los artículos seleccionados para la Revisión Integrativa, según metodología y el año de publicación, San José, 2021

<i>Artículos seleccionados: Gestión del Cuidado de Enfermería Ginecológica a usuarias que presentaron un aborto inducido</i>									
Código	Título	Autores	Periódico	Año	Metodología	Lugar	Idioma	Muestra	Objetivo de la investigación
A1	Experiences of working with induced abortion: Focus group discussions with gynaecologists and midwives/nurses	M. Lindström, M. Wulff, L. Dahlgren et al	Scandinavian Journal of Caring Sciences	2011	Cualitativo	Suecia	Inglés	15 parteras y 25 ginecólogos	Dilucidar experiencias, percepciones e interacciones de ginecólogos y parteras/enfermeras, trabajando en servicios de aborto, sus experiencias de abortos realizados con medicamentos y abortos realizados en el domicilio de la mujer.
A2	Práticas de Enfermagem na atenção às mulheres em situação de abortamento	M. Soares, V. Freitas, A. Cunha et al	Revista Rede de Enfermagem do Nordeste	2012	Cualitativa	Brasil	Portugués	10 profesionales del equipo de enfermería	Investigar aspectos que orientan las prácticas de Enfermería envueltas a las mujeres en situación de aborto.
A3	Cuidado Integral E Aconselhamento Reprodutivo à Mulher que abortou: Percepções da Enfermagem	I.Da silva, S. Strefling et al	Escola Anna Nery-Revista de Enfermagem	2013	Cualitativo	Brasil	Portugués	19 profesionales de enfermería	Conocer la percepción de los profesionales de Enfermería con respecto a la atención integral, y al asesoramiento reproductivo de la mujer que abortó
A4	Exploring the Role of Midwives in Uganda's Post abortion care: Current Practice, Barriers and Solutions	Bacon, C. Ellis, J. Rostoker et al	International Journal of Childbirth	2014	Cualitativa	Uganda	Inglés	11 parteras	Comprender cómo se proporciona el cuidado post aborto en hospitales públicos de Uganda, la formación, y el papel de la partera en el cuidado post aborto, y las barreras

									percibidas para proporcionar cuidado post aborto.
A5	Percepções da Enfermagem sobre gestão e cuidado no abortamento: Estudo Qualitativo	I.Da Silva, Strefling et al	Texto e Contexto Enfermagem	2015	Cualitativo	Brasil	Portugués	19 profesionales de Enfermería	Describir la gestión y realización de las mujeres hospitalizadas por aborto bajo la perspectiva de los profesionales de enfermería.
A6	Expansion of safe abortion services in Nepal Trough Auxiliary Nurse-Midwife Provision of Medical Abortion 2011-2013	K. Andersen, I. Basnett, D. Shrestha et al	Journal of Midwifery and Women's Health	2016	Cualitativa	Nepal	Inglés	463 Enfermeras auxiliares y Parteras	Destacar los esfuerzos del gobierno Nepalí para poner fin a las muertes y discapacidades por abortos inseguros, para capacitar a los Midwives Auxiliry Nurses como proveedores de servicios de aborto médico.
A7	Os cuidados de Enfermagem durante o processo de abortamento na ótica da Teoría Humanística de Paterson e Zderad	M. Da Silva, V. Martinhago et al	Repositorio Universitario da Ânima	2020	Cualitativa	Brasil	Portugués	18 enfermeros del área obstétrica	Conocer los cuidados de Enfermería durante el proceso de aborto de la mujer hospitalizada según la Teoría Humanística de Paterson y Zderad.
A8	Restrospective Evaluation of Procedural Sedation Practices of Expert nurses during abortion care	M. McLemore, E. Aztlan	Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing	2017	Cuantitativo	Estados Unidos	Inglés	194 historias clínicas de 7 enfermeras	Evaluar la provisión de sedación para procedimientos durante el aborto por enfermeras expertas y describir los factores que están asociados con el tiempo de alta para las mujeres que reciben esta sedación.

A9	Expert consensus on a nurse-led model of medication abortion provision in regional and rural Victoria, Australia: A Delphi Study	C. de Moel-Mandel, M. Graham, A. Taket	Contraception	2019	Cuantitativo	Australia	Inglés	24 panelistas	Desarrollar un modelo de prestación de servicios de aborto con medicamentos dirigido por enfermeras para el entorno de atención primaria de salud de la región y las zonas rurales de Victoria.
A10	Assistência de enfermagem em situações de aborto induzido/provocado	E. Pitilin, A. Banazeski, R. Bedin et al	Enfermería Global	2016	Revisión integrativa	Brasil	Portugués	13 publicaciones	Identificar en la literatura científica sobre los cuidados de enfermería en los casos de aborto inducido/provocado
A11	Rol de la enfermera en la Interrupción Voluntaria del Embarazo	E. Botija	Repositorio UAM	2018	Revisión integrativa	España	Español	20 artículos	Conocer las percepciones y el papel que desarrolla el o la profesional de Enfermería durante la interrupción voluntaria del embarazo
A12	The Role of Nurses in the provision of abortion care: A scoping review	L. Mainey, C. O'Mullan, K. Reid-Scarlet et al	Journal of Clinical Nursing	2020	Revisión Sistemática	Australia	Inglés	74 publicaciones	Definir el rol y alcance de la enfermera y partera dentro del contexto global del aborto.

Fuente:

Elaboración

Propia,

2022

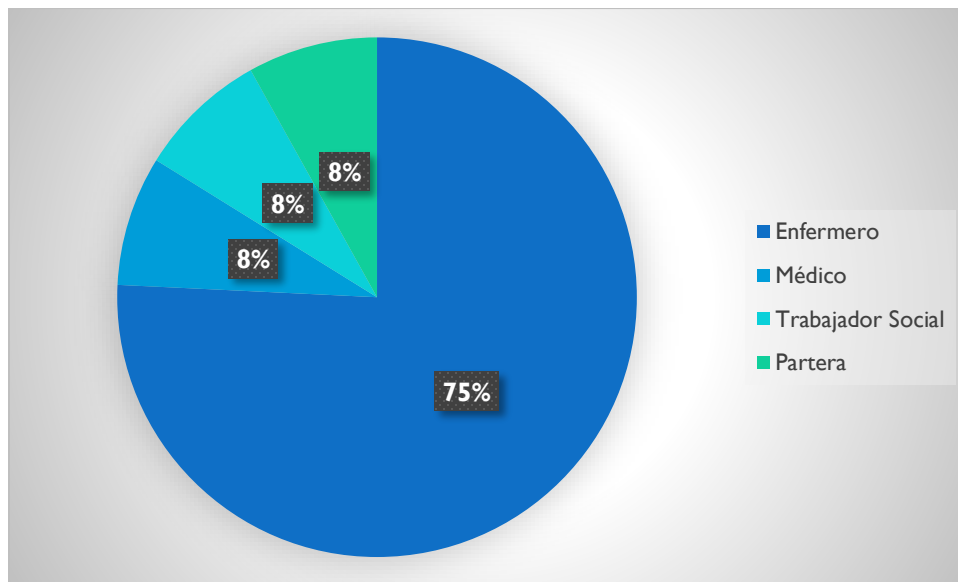
4.3 Caracterización de las publicaciones incluidas.

A continuación, se presenta las principales características de las publicaciones seleccionadas para la presente revisión integrativa.

4.3.1 Distribución de las publicaciones según disciplina profesional y formación académica de los autores principales.

Con relación a los datos obtenidos de los autores principales, se obtiene que el 75% (9 autores) de los autores son profesionales en enfermería, el otro 25% (autores) corresponde a profesionales en medicina, trabajador social y partería (Ver gráfico 1)

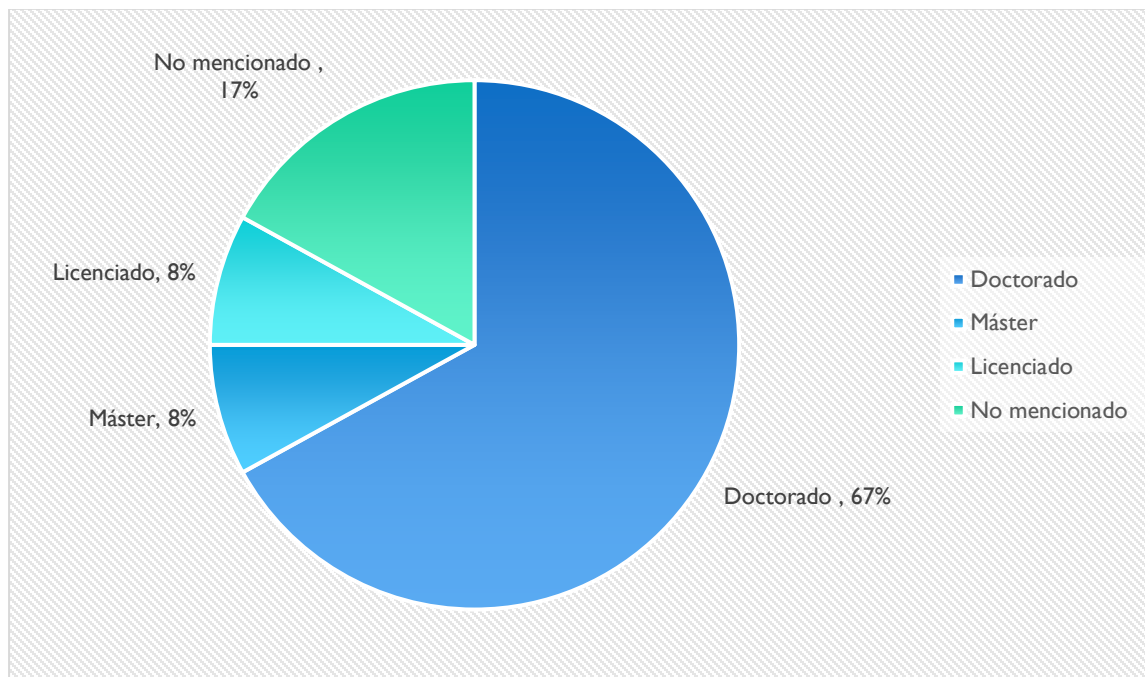
Gráfica 1. Distribución de las publicaciones según disciplina profesional de los autores principales.



Fuente: Morales, K. Recolección de Datos directa de artículos incluidos en la RI.

En cuanto a su formación profesional se obtiene que 8 de los autores cuenta con el grado de doctorado en filosofía o PhD (lo que corresponde a un 67% de los autores incluidos), 1 autor presenta título de Máster (lo que corresponde a un 8% de los autores), 1 cuenta con título de licenciatura (8% de los autores) y finalmente 2 no mencionan su grado de formación profesional (lo que corresponde a un 17% de los autores incluidos) (Ver Gráfico 2).

Gráfica 2. Distribución de las publicaciones según formación académica de los autores principales.

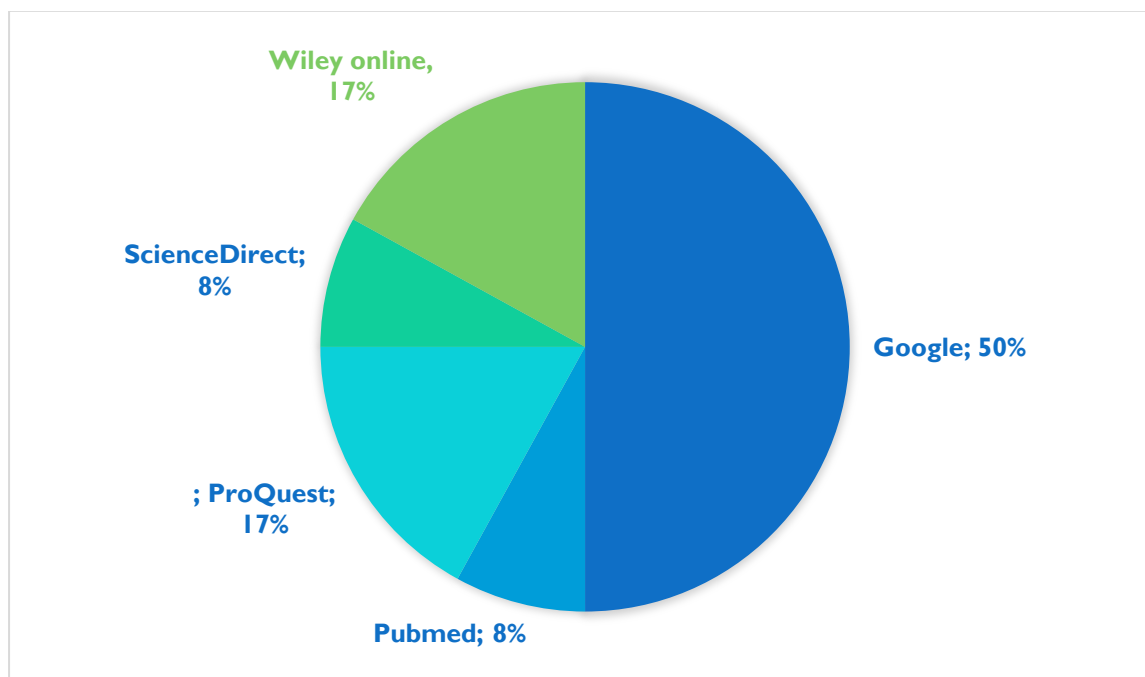


Fuente: Morales, K. Recolección de Datos directa de artículos incluidos en la RI.

4.3.2 Distribución de las publicaciones de acuerdo a las bases de datos.

De los 12 artículos seleccionados para esta revisión integrativa, 6 artículos fueron encontrados en la base de datos Google Académico, lo cual responde a un 50% de los artículos incluidos. De la base de datos PubMed se incluyó 1 artículo (8% del total de artículos) y de ScienceDirect 1 artículo (8% del total de artículos). De ProQuest se seleccionaron 2 artículos (17% de los artículos incluidos), de igual manera se incluyeron 2 artículos de Wiley online Library (17% del total de artículos incluidos). En la gráfica 3 se visualiza la distribución de los mismos.

Gráfica 3. Distribución de las publicaciones de acuerdo a las bases de datos.



Fuente: Morales, K. Recolección de Datos directa de artículos incluidos en la RI.

4.3.3 Distribución de las publicaciones según revista indexada.

En la tabla 15, se observa la distribución de los artículos seleccionados para esta revisión integrativa conforme a la revista o repositorio de publicación. Se destaca que todos los estudios provienen de diversas revistas y repositorios, no se repite ninguna.

Tabla 15. Distribución de las publicaciones de acuerdo con la revista o repositorio

Revista o repositorio	n
Revista Rede de Enfermagem do Nordeste	1
Repositório Universitário da Ânima	1
Journal of Midwifery and Women's Health	1
Repositorio Universidad de Madrid	1
Texto e Contexto Enfermagem	1
Escola Anna Nery-Revista de Enfermagem	1
Enfermería Global	1
International Journal of Childbirth	1
Contraception	1
Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing	1
Scandinavian Journal of Caring Sciences	1
Journal of Clinical Nursing	1
Total	12

Fuente: Elaboración propia, 2021

4.3.4 Distribución de las publicaciones de acuerdo al año de publicación.

De acuerdo con los criterios de inclusión se incluyeron estudios dentro del periodo de tiempo del año 2011 al 2021, lo cual se visualiza en la tabla 16; se estableció este periodo de tiempo debido a que es tema poco estudiado. El mayor número de publicaciones se concentra en los años 2016 y 2020

Tabla 16. Distribución de las publicaciones de acuerdo con el año de publicación

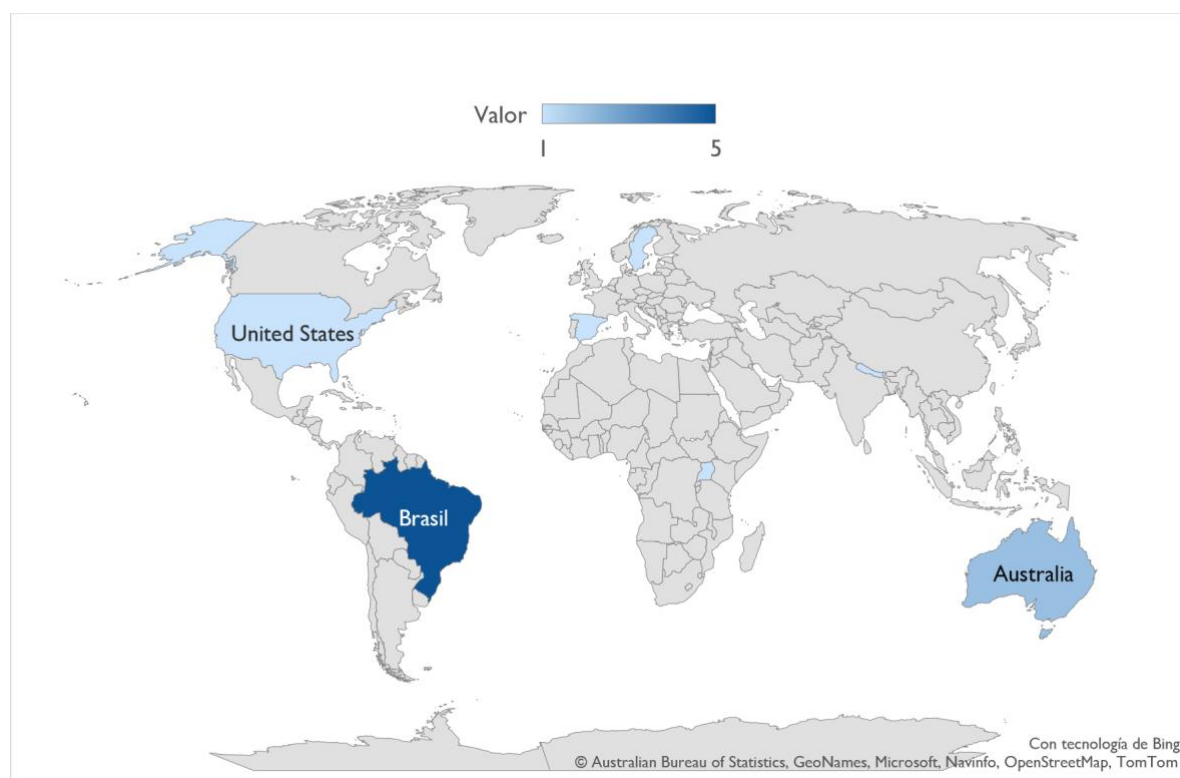
Año	n
2011	1
2012	1
2013	1
2014	1
2015	1
2016	2
2017	1
2018	1
2019	1
2020	2
Total	12

Fuente: Elaboración propia, 2021.

4.3.5 Distribución de las publicaciones según el país de origen.

Según la distribución de los artículos de acuerdo con el país de origen tenemos que en Brasil se encontró que el mayor porcentaje de las publicaciones seleccionadas, lo cual es un 41,6% del total de las publicaciones (5 artículos). Esto podría corresponder a la despenalización del aborto en dicho país y los cambios que conlleva para los profesionales en salud. En segundo lugar, encontramos a Australia, con 16% artículos (2 publicaciones). Posteriormente, Nepal, España, Uganda, Estados Unidos y Suecia con 8.3% artículo cada uno (1 estudio cada uno) En la gráfica 4 encontramos la distribución de los mismos a nivel mundial.

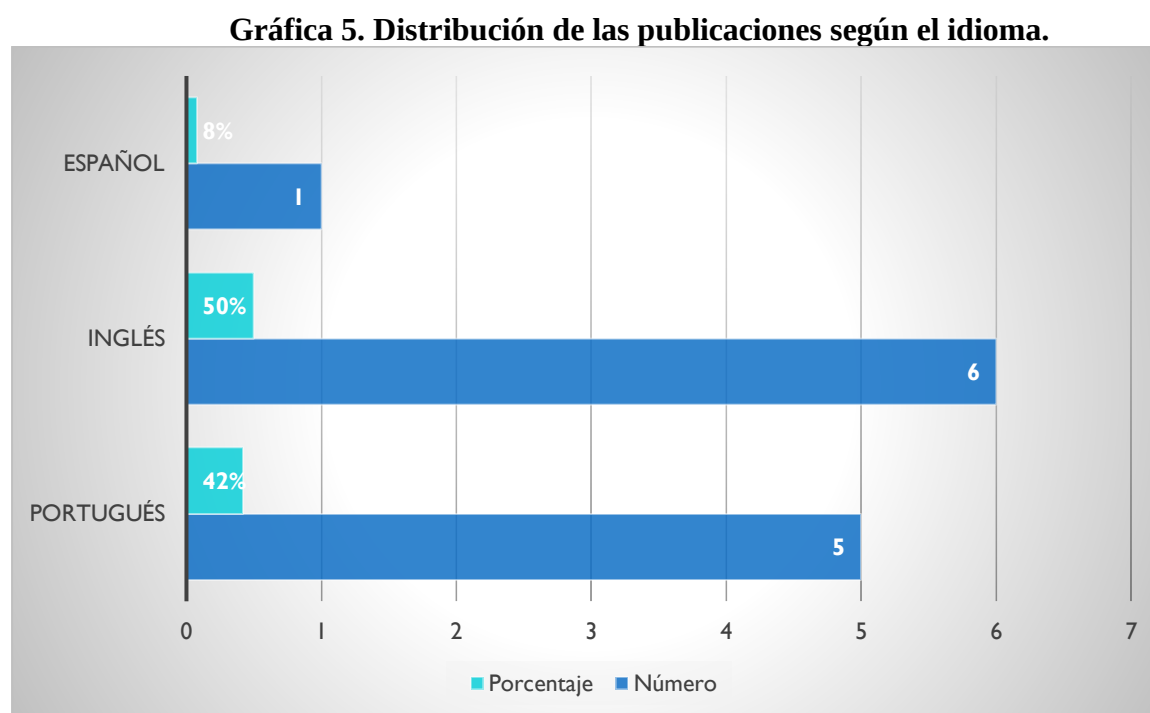
Gráfica 4. Distribución de las publicaciones según el país de origen



Fuente: Elaboración Propia, 2021

4.3.6 Distribución de las publicaciones según el idioma.

De los artículos seleccionados se obtiene que el 50% de los mismos se encuentran en el idioma inglés (6 artículos), el 42% en portugués (5 artículos), y el 8% en idioma español (1 artículo). Lo anterior se visualiza en la gráfica 5.

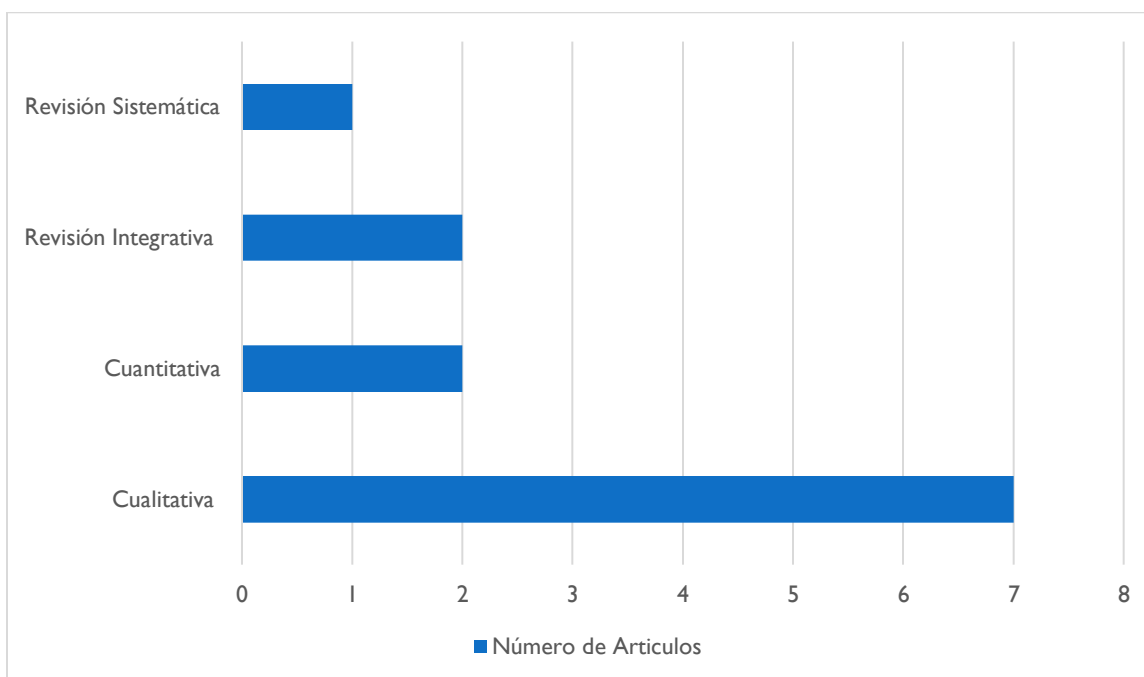


Fuente: Elaboración propia, 2021.

4.3.7 Distribución de las publicaciones de acuerdo con el diseño metodológico.

De acuerdo con el diseño metodológico 7 artículos de los 12 seleccionados emplearon la metodología cualitativa (el 58% de las publicaciones), 2 artículos utilizaron la metodología cuantitativa (17% de los estudios); 3 estudios se basaron en la revisión integrativa (25% de los estudios) véase la gráfica 6.

Gráfica 6. Distribución de los artículos según la metodología empleada.



Fuente: Elaboración Propia, 2021.

De los 7 artículos con diseño metodológico cualitativo, 6 corresponden al enfoque Descriptivo Exploratorio, y 1 a grupo focales. De la misma forma de los artículos con metodología cuantitativa, 1 es de tipo de casos y controles y otro es de tipo cohorte.

4.3.8 Distribución de las publicaciones según categorización.

En la siguiente tabla, se presenta la distribución de los artículos seleccionados según la temática principal de esta revisión integrativa, la gestión del cuidado que realiza enfermería ginecológica a mujeres que presentaron un aborto inducido; las variables utilizadas fueron las etapas del Proceso de Atención de Enfermería, y los modelos conceptuales o teorías que se han contribuido al cuidado de las usuarias en esta situación.

Es importante mencionar que algunos de los artículos mencionan actividades en las cuales se identifican dentro de las diferentes etapas del Proceso de Enfermería (ver tabla 17).

Tabla 17. Distribución de las publicaciones según la categorización

Proceso de atención de Enfermería		
Temática	Número de artículos	Porcentaje
Valoración	9	75%
Diagnóstico de Enfermería	5	42%
Planificación	9	75%
Ejecución	10	83%
Evaluación	4	8%
Modelos Conceptuales o Teorías de Enfermería		
Teoría de Enfermería	1	8%

Fuente: Elaboración Propia, 2021.

4.3.9 Evaluación de los estudios de acuerdo con la listas de evaluación crítica del Joanna Briggs Institute y los niveles de evidencia de Polit y Tatano.

En las siguientes tablas se presenta las listas de evaluación crítica de los estudios seleccionados, según la metodología correspondiente para cada artículo, así mismo se incluye el nivel de evidencia en cada uno.

Tabla 18. Evaluación de los estudios cualitativos de acuerdo con la lista de verificación del Joanna Briggs Institute y los niveles de Evidencia de Polit y Tatano

Código del artículo	Título del Artículo	¿Existe congruencia entre la perspectiva filosófica declarada y la metodología de la investigación?	¿Existe congruencia entre la metodología de la investigación y la pregunta o los objetivos de la investigación?	¿Existe congruencia entre la metodología de investigación y los métodos utilizados para recopilar datos?	¿Existe congruencia entre la metodología de investigación y la representación y análisis de datos?	¿Existe congruencia entre la metodología de la investigación y la interpretación de los resultados?	¿Existe un enunciado que ubique al investigador cultural o teóricamente?	¿Se aborda la influencia del investigador en la investigación y viceversa?	¿Están los participantes y sus voces adecuadamente representados?	¿La investigación es ética de acuerdo con los criterios actuales o, para estudios recientes, y hay evidencia de aprobación ética por parte de un organismo apropiado?	¿Las conclusiones extraídas en el informe de investigación se derivan del análisis o interpretación de los datos?	Puntaje de 10 (%)	Nivel de Evidencia
A1	Experiences of working with induced abortion: Focus group discussions with gynaecologists and midwives/nurses	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	9 de 10 (90%)	VI
A2	Práticas de Enfermagem na atenção às mulheres em situação de abortamento	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	8 de 10 (80%)	VI
A3	Cuidado Integral E Aconselhamento Reprodutivo à Mulher que abortou: Percepções da Enfermagem	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	8 de 10 (80%)	VI
A4	Exploring the Role of Midwives in Uganda's Post abortion care: Current Practice, Barriers and Solutions	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	8 de 10 (80%)	VI
A5	Percepções da Enfermagem sobre gestão e cuidado no abortamento: Estudo Qualitativo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	8 de 10 (80%)	VI
A6	Expansion of safe abortion services in Nepal Trough Auxiliary Nurse-Midwife Provision of Medical Abortion 2011-2013	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	7 de 10 (70%)	VI
A7	Os cuidados de Enfermagem durante o processo de abortamento na ótica da Teoria Humanística de Paterson e Zderad	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	No	Sí	7 de 10 (70%)	VI

Como se puede observar los 7 artículos con metodología cualitativa, se pueden evaluar con la misma lista de verificación, según el Joanna Briggs Institute; y además el nivel de evidencia según lo propuesto por Polit y Tatano y VI para todos.

Los estudios cuantitativos tienen listas de evaluación según los diferentes tipos de estudios que comprende esta metodología, de los cuales se derivan las tablas 19 y 20, respectivamente.

Tabla 19. Evaluación de los estudios cuantitativos retrospectivos de acuerdo con la lista de verificación del Joanna Briggs Institute y los niveles de Evidencia de Polit y Tatano

Código del artículo	Título del Artículo	¿Fueron los grupos comparables además de la presencia de enfermedad en los casos o la ausencia de enfermedad en los controles?	¿Se emparejaron adecuadamente los casos y los controles?	¿Se utilizaron los mismos criterios para la identificación de casos y controles?	¿Se midió la exposición de manera estándar, válida y confiable?	¿Se midió la exposición de la misma manera para los casos y los controles?	¿Se identificaron factores de confusión?	¿Se establecieron estrategias para hacer frente a los factores de confusión?	¿Se evaluaron los resultados de manera estándar, válida y confiable para casos y controles?	¿El período de exposición de interés fue lo suficientemente largo como para ser significativo?	¿Se utilizó un análisis estadístico apropiado?	Puntaje de 10 (%)	Nivel de Evidencia
a8	Restrospective Evaluation of Procedural Sedation Practices of Expert nurses during abortion care	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	No	Si	7 de 10 (70%)	IV

Tabla 20. Evaluación de los estudios cuantitativos cohorte de acuerdo con la lista de verificación del Joanna Briggs Institute y los niveles de Evidencia de Polit y Tatano

Código del artículo	Título del Artículo	¿Fueron los dos grupos similares y se reclutaron de la misma población?	¿Se midieron las exposiciones de manera similar para asignar a las personas	¿a grupos expuestos y no expuestos?	¿Se midió la exposición de manera válida y confiable?	¿Se identificaron factores de confusión?	¿Se establecieron estrategias para hacer frente a los factores de confusión?	¿Los grupos / participantes estaban libres del resultado al comienzo del estudio (o en el momento de la exposición)?	¿Se midieron los resultados de manera válida y confiable?	¿Se informó el tiempo de seguimiento y fue suficiente para ser lo suficientemente largo para que ocurran los resultados?	¿Se completó el seguimiento y, de no ser así, se ¿Razones para la pérdida durante el seguimiento?	¿Se utilizaron estrategias para abordar el seguimiento incompleto?	¿Se utilizó un análisis estadístico apropiado?	Puntaje de 12 (%)	Nivel de evidencia
A9	Expert consensus on a nurse-led model of medication abortion provision in regional and rural Victoria, Australia: A Delphi Study	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	11 de 12 (91.6%)	IV

Tanto para la evaluación de estudios de revisión sistemática como de revisión integrativa, se aplica la misma lista de verificación, en lo que se difiere es en el nivel de evidencia propuesto por Polit y Tatano, como se puede apreciar en la tabla 21.

Tabla 21. Evaluación de los estudios revisión sistemática y revisión integrativa de acuerdo con la lista de verificación del Joanna Briggs Institute y los niveles de Evidencia de Polit y Tatano

Código del artículo	Título del Artículo	¿Está clara y explícitamente formulada la pregunta de revisión?	¿Los criterios de inclusión fueron apropiados para la revisión?	¿Fue adecuada la estrategia de búsqueda?	¿Fueron las fuentes y los recursos utilizados para buscar los estudios adecuados?	¿Fueron adecuados los criterios de valoración de los estudios?	¿La evaluación crítica fue realizada por dos ó más revisores de forma independiente?	Hubo métodos para minimizar los errores de los datos en la extracción?	¿Fueron apropiados los métodos utilizados para combinar los estudios?	¿Se evaluó la probabilidad de sesgo de publicación?	¿Fueron recomendaciones para políticas y/o prácticas apoyadas por los datos reportados?	¿Fueron las directivas específicas para nuevas investigaciones adecuadas?	Puntaje de 11 (%)	Nivel de evidencia
A10	Assistência de enfermagem em situações de aborto induzido/provocado	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	9 de 11 (81,8%)	V
A11	Rol de la enfermera en la Interrupción Voluntaria del Embarazo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No claro	Sí	No claro	6 de 11 ((54,4%)	V
A12	The Role of Nurses in the provision of abortion care: A scoping review	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	11 de 11 (100%)	III

4.4 Evidencia de la Gestión del Cuidado de Enfermería a mujeres que presentaron un aborto inducido.

A continuación, se presenta la evidencia con respecto a la gestión del cuidado de enfermería en mujeres que presentaron un aborto inducido, según categorización.

4.4.1 Evidencia de la Gestión del Cuidado de Enfermería en la etapa de valoración del Proceso de Enfermería a mujeres que presentaron un aborto inducido.

La siguiente tabla muestra los resultados con respecto a la gestión del cuidado de enfermería en la etapa de valoración, así como la codificación de los artículos de los cuales se extrae la información (tabla 22).

Tabla 22. Evidencia de la Gestión del Cuidado de Enfermería en la etapa de valoración del Proceso de Enfermería a mujeres que presentaron un aborto inducido

Etapas del Proceso de Enfermería	Evidencia de la Etapa	Código de artículos
Valoración	• “Sentimientos de angustia, sufrimiento, y frustración.” (A2) • “Interpretar signos y síntomas, no sólo como algo orgánico, pero considerando también los aspectos sociales, económicos, culturales, así como subjetividad y vivencias.” (A3) • “Evitar hacer preguntas invasivas, para no dejarla avergonzada.” (A3) • “El estado actual del embarazo se determina a través de una historia, el examen físico, y el ultrasonido si el cliente puede pagarlo.” (A4) • “Observe como son los signos vitales.”(A5) • “Se verá si el cuello uterino está abierto, si no sangra.” (A5) • “Son pacientes que en ocasiones no son muy cooperadoras. Son reacias a tomar medicación, son rebeldes, llegan a ser perturbadoras.” (A5) • “Si observas y ves que las cosas se ponen serias, que el paciente está muy deprimido.” (A5) • “Mujeres más vulnerables al aborto son aquellas que viven en situación de pobreza.” (A5) • “En este caso, corresponde a los trabajadores de Enfermería partir de la escucha activa, brindando espacio y confianza para que las mujeres puedan romper el silencio y hablar de sus vivencias.” (A5) • “Realización del examen bimanual.” (A6) • “La enfermera de atención primaria evalúa la	A2, A3, A4, A5, A6, A8, A9, A10, A11

	elegibilidad de la mujer para un aborto con medicamentos.” (A8) • “La enfermera experta se basa en criterios para el procedimiento de la sedación durante el cuidado del aborto.”(A8) • “La enfermera de atención primaria es suficientemente capacitada para descartar cualquier contraindicación del aborto con medicamentos.”(A9) • “Escucha los motivos que la llevaron a optar por esa práctica.” (A10) • “Valoración a través de un diálogo distendido, los siguientes temas: el deseo o no de ser madre de la mujer, la relación con la pareja, la sexualidad de la mujer, y los motivos de decisión de interrupción del embarazo.” (A11) • “La necesidad de conversar y expresar sus sentimientos fue común entre las mujeres.” (A11) • “Necesidad de valorar y responder a las necesidades físicas, psíquicas y sociales de la mujer.” (A11)	
--	---	--

Fuente: Morales, K. Recolección de los datos dada por los artículos seleccionados.

4.4.2 Evidencia de la Gestión del Cuidado de Enfermería en la etapa de diagnóstico del Proceso de Enfermería a mujeres que presentaron un aborto inducido.

A continuación, se muestra los resultados con respecto a la gestión del cuidado de enfermería en la etapa de diagnóstico, así como la codificación de los artículos de los cuales se extrae la información (tabla 23).

Tabla 23. Evidencia de la Gestión del Cuidado de Enfermería en la etapa de Diagnóstico del Proceso de Enfermería a mujeres que presentaron un aborto inducido

Etapas del Proceso de Enfermería	Evidencia de la Etapa	Código de artículos
Diagnóstico de Enfermería	• “Lloran por la pérdida, muchas lloran por la conciencia del acto que han cometido.” (A2) • “Retraso en recibir el tratamiento relacionado con el temor al abuso por parte de los profesionales en salud.”(A4) • “Retraso en el acceso a la atención debido a bajo nivel de alfabetización en salud.”(A4) • “Alternancia de sentimientos entre el miedo, la culpa el arrepentimiento, el estigma social y la censura.” (A10) “Sentimientos de angustia, culpabilidad y enfado asociados a la concepción de la interrupción del embarazo como acto contra natura”.(A11) • “Vergüenza y miedo a sentirse juzgada por el contexto social y los profesionales de la salud.”(A11) • “Dolor no sólo en el plano físico, sino también en el psicológico y social por el simbolismo de interrumpir un embarazo”. (A11) • “Necesidad de la mujer de afrontar la pérdida, el dolor y la tristeza asociados al procedimiento.”(A12)	A2, A4, A10, A11, A12

Fuente: Morales, K. Recolección de los datos dada por los artículos seleccionados.

4.4.3 Evidencia de la Gestión del Cuidado de Enfermería en la etapa de planificación del Proceso de Enfermería a mujeres que presentaron un aborto inducido.

En la tabla 24 se muestra la evidencia disponible con respecto a la gestión del cuidado de enfermería en la etapa de planificación, así como la codificación de los artículos de los cuales se extrae la información.

Tabla 24. Evidencia de la Gestión del Cuidado de Enfermería en la etapa de Planificación del Proceso de Enfermería a mujeres que presentaron un aborto inducido

Etapas del Proceso de Enfermería	Evidencia de la Etapa	Código de artículos
Planificación	• “Cuando la paciente tiene menos de 18 años, se debe asegurarse que tuvieran un adulto, o sus padres, o alguien en quien confiar”. (A1) • “El cuidado de Enfermería debe incluir en la interacción con la mujer en situación de aborto, el rescate del cuidado humanizado” (A2) • “Hablas, guías, habla de métodos anticonceptivos.” (A3) • “Parteras que habían asistido a los talleres de APA fueron capacitados en el uso de “verbocaína”: consejería a la mujer sobre el procedimiento, tranquilizándola.” (A4) • “Mujeres que presentan signos o síntomas de aborto se clasifican para determinar si necesitan atención de emergencia.” (A4) • “Proporcionar cuidados integrales post aborto que incluye detección del VIH y la malaria, y asesoramiento familiar.” (A4) • “Una cosa que priorizamos en la organización del servicio, es no dejar mujeres embarazadas o en post parto, junto a las que tuvieron un aborto, por que	A1, A2, A3, A4, A5, A6, A8, A10, A11

nunca se sabe.” (A5)

- “Un espacio acogedor y privado promueve la sensación de confort, brinda interacción profesional/usuario, ayuda en la elaboración de sentimientos, reduce la estancia hospitalaria.”(A5)
- “Requisitos mínimos para la provisión de abortos con medicamentos incluida la disponibilidad de personal calificado, ambiente amigable, para el cliente, disponibilidad de inodoro que funcione, disponibilidad de área de consejería privada, disponibilidad de sala de examen con los instrumentos necesarios, suministros médicos y registro de clientes.” (A6)
- “Asesoramiento previo obligatorio.” (A8)
- “Los analgésicos administrados en el área de recuperación se basa en los niveles de dolor autoinformados de las mujeres y si son capaces de tolerar medicamentos vía oral.” (A8)
- “Las enfermeras registradas expertas pueden utilizar criterios y protocolos de selección de pacientes estándar para administrar sedación de procedimiento para el control del dolor asociado con el aborto en el primer y segundo trimestre.”(A8)
- “La educación en salud durante el ingreso fue destacada.” (A10)
- “Momento del ingreso deber ser propicio para la realización de actividades que incluyan orientaciones y consejos a fin de favorecer la planificación familiar.” (A10)
- “Prevención de las complicaciones, como la infección.” (A11)
- “Permitir la presencia de un acompañante durante

	todo el proceso.” (A11) • “Disponer de habitaciones individuales separadas de las destinadas a parto.” (A11) • “Aumento de la privacidad.” (A11) • “Control del ambiente (temperatura, ruido, intensidad de la luz).” (A11) • “Viabilidad durante la asistencia debería ir acompañada de una atención social y psicológica.” (A11)	
--	--	--

Fuente: Morales, K. Recolección de los datos dada por los artículos seleccionados

4.4.4 Evidencia de la Gestión del Cuidado de Enfermería en la etapa de ejecución del Proceso de Enfermería a mujeres que presentaron un aborto inducido.

En este apartado, se presentan los resultados con respecto a la gestión del cuidado de enfermería en la etapa de ejecución, así como la codificación de los artículos de los cuales se extrae la información (tabla 25).

Tabla 25. Evidencia de la Gestión del Cuidado de Enfermería en la etapa de Ejecución del Proceso de Enfermería a mujeres que presentaron un aborto inducido

Etapas del Proceso de Enfermería	Evidencia de la Etapa	Código de Artículos
Ejecución	• “El alivio del dolor en el tratamiento debe caracterizarse por el profesionalismo.” (A1) • “Llamar a la mujer por la mañana el día de la expulsión, luego después del almuerzo, y una vez más cuando pensaron que el aborto se había completado con el fin de asegurarse que todo está bien.”(A1) • “Primeros auxilios.” (A2)	A1, A2, A3, A4, A5, A6, A8, A9, A11, A12

- “Dar medicación para parar el sangrado.”(A2)
- “Dar medicación para que estén tranquilas.”(A2)
- “Cuidar es tocar su mano, quedarse con ella y responder a su llamado cuando necesita.” (A2)
- “Explique sobre la necesidad de tomar medicación, ya que sienten mucho dolor, incluso por la ansiedad.” (A3)
- “Discutir sobre el cuidado de aspectos ginecológicos de la mujer especialmente con adolescentes, protéjase del embarazo, sino también de enfermedades de transmisión sexual.” (A3)
- “Orientar sobre usar condón.” (A3)
- “El tratamiento de abortos puede ser la aspiración uterina manual o médico con misoprostol, parteras o médicos puedes realizarlos.” (A4)
- “Manejo del dolor durante la evacuación incluyen: Acetaminofén, Diclofenaco, Ibuprofeno, Meperidina y tramadol.” (A4)
- “Después de cualquier dilatación, legrado o Aspiración Manual Uterina, se dispensan antibióticos.” (A4)
- “Proveedores de atención médica también dispensan: sulfato ferroso y ácido fólico.” (A4)
- “Todos los sitios remitieron a los clientes a centro de planificación familiar.” (A4)
- “Educar al público sobre los peligros del aborto inseguro, y cuando buscar atención de las complicaciones.” (A4)
- “Brindar capacitación técnica, científica y humanística al equipo de enfermería posibilitando el

uso de medidas terapéuticas adecuadas y el uso de tecnologías adecuadas.” (A5)

- “El enfermero de la unidad se encarga de combinar los conocimientos teóricos con las actividades prácticas, difundiendo información sobre las leyes vigentes a los trabajadores y usuarias.”(A5)
- “Brindarles máxima seguridad, física y psicológicamente.”(A5)
- “Realizamos trámites técnicos y damos asistencia emocional.”(A5)
- “Llamar al profesional de psicología, para estar juntos, para tener una charla más profunda.”(A5)
- “Proveer consejo basado en la edad gestacional.”(A6)
- “Para mujeres con embarazos mayores o iguales a los 63 días de gestación 200mg de mifepristona por vía oral, seguido 24h después de 4 tabletas (200mcg cada una) de misoprostol administrados por vía sublingual o vaginalmente.”(A6)
- “Asesoramiento y provisión de métodos anticoncepción.”(A6)
- “Manejo del dolor como parte de un servicio integral de atención de aborto, según protocolo: 400mg de Ibuprofeno tomados al momento del misoprostol y luego c/6-8h, según sea necesario.”(A6)
- “Bloqueos para cervicales de 20ml y dosis iniciales o de carga de 100mg de fentanilo y 1mg de midazolam.”(A8)
- “Niveles moderados a altos de dolor se les administra medicación intravenosa”. (A8)
- “Derivar de forma independiente a las mujeres para

una ecografía y análisis de sangre.” (A9)

- “Administrar Mefipristona de forma independiente, y manejar medicación profiláctica para el dolor, y anticoncepción futura.”(A9)
- “Provisión de apoyo emocional después del procedimiento si es necesario.”(A9)
- “Administrar anticoncepción post aborto, incluida la inserción de implantes, DIU o la anticoncepción inyectable.”(A9)
- “Controlar que todo va bien.” (A11)
- “Calmar la ansiedad.” (A11)
- “Respaldar su decisión y no ser juzgado”. (A11)
- “Explicaciones e información en lenguaje sencillo”. (A11)
- “Cuidados post anestésicos (vigilancia del nivel de conciencia, patrón respiratorio y hemodinámico, probar tolerancia oral).” (A11)
- “Se vigilarán signos y síntomas de hemorragias o infección.” (A11)
- “Dar visión de normalidad y sensación de tranquilidad a la mujer a través de la escucha activa.”(A11)
- “Explicar la administración de los fármacos.”(A11)
- “Describir el desarrollo normal del proceso.”(A11)
- “Educar en el control del dolor”. (A11)
- “Identificar principales signos y síntomas para los que deben buscar asistencia urgente.” (A11)
- “Emplearon sin prejuicios consejería y habilidades

	interpersonales”. (A12) • “Utilizaban comunicaciones terapéuticas para reducir la controversia y la vergüenza.”(A12) • “Desarrollo de la relación terapéutica y establecimiento de límites profesionales.”(A12) • “Utilización de métodos psicosociales técnicas para involucrar a las mujeres jóvenes y ayudarlas a tomar decisiones sobre aborto y anticoncepción.” (A12)	
--	--	--

Fuente: Morales, K. Recolección de los datos dada por los artículos seleccionados

4.4.5 Evidencia de la Gestión del Cuidado de Enfermería en la etapa de evaluación del Proceso de Enfermería a mujeres que presentaron un aborto inducido.

Seguidamente, se presentan los resultados arrojados que muestran la evidencia disponible con respecto a la gestión del cuidado de enfermería en la etapa de evaluación, así como la codificación de los artículos de los cuales se extrae la información, mostrados en la tabla 26.

Tabla 26. Evidencia de la Gestión del Cuidado de Enfermería en la etapa de Evaluación del Proceso de Enfermería a mujeres que presentaron un aborto inducido

Etapas del Proceso de Enfermería	Evidencia de la Etapa	Código de los artículos
Evaluación	• “Examinamos el sangrado intentamos encontrar el saco gestacional o el feto, para que sepamos que el aborto se completó.” (A1) • “Estar atento porque hay que ver si expulsó al bebé, y si el cuello del útero se está cerrando.” (A5) • “Todos los participantes fueron dados de alta a su casa con acompañamiento, 83% de los participantes ingresaron a recuperación sin dolor”. (A8) • “Enfermeras expertas son capaces de brindar sedación de procedimientos a las mujeres que se	A1, A5, A8, A11

	someten a abortos utilizando protocolos estandarizados.” “Llamar por teléfono la mañana después de la expulsión y al día siguiente.” (A8) • “Concertar una consulta días después.” (A11)	
--	---	--

Fuente: Morales, K. Recolección de los datos dada por los artículos seleccionados.

4.4.6 Evidencia de Teorías de Enfermería en la Gestión del Cuidado de Enfermería a mujeres que presentaron un aborto inducido.

En la tabla 23 se plasma la evidencia de teorías de enfermería en la gestión del cuidado dirigido a mujeres que presentaron aborto inducido, es de resaltar que únicamente de un artículo seleccionada se logró obtener información al respecto.

Tabla 27. Evidencia de Teorías de Enfermería en la Gestión del Cuidado de Enfermería a mujeres que presentaron un aborto inducido

Teoría de Enfermería	Evidencia de la Teoría	Código de Artículos
Teoría Humanística de Patterson y Zderad	• Primera fase (Preparación consciente para llegar al acontecimiento): “Dependiendo como lo veamos, si influye en el cuidado, porque nos damos cuenta que hay personas que se secan.” • Segunda fase (Conocer intuitivamente al otro): “Terminamos juzgando, pero tampoco sabemos que hay detrás, porque lo causó, por qué ella lo hizo”. “Carencia en la relación subjetiva”. • Tercera fase (Conocer científicamente al otro): “Es posible brindar un cuidado dedicado cuando la unidad no tiene sobrepoblación, ya que en caso contrario la relación con el paciente se torna superficial.” “La atención psicológica creo que falta”. “Procedimientos técnicos se vuelven un obstáculo para la implementación de la humanización”.	A7

	“Necesidad de formación para tratar con mujer que atraviesa este delicado proceso, se acaba atendiendo los casos desde su perspectiva vivencial.” • Cuarta fase (Sintetizar realidades conocidas): “No hay instalación correcta para ellas, no hay enfermera, ni personal completo.” • “Muchas veces la paciente que sufre un aborto va a estar en un ambiente junto a una mujer que acaba de parir, o está con un embarazada”. • “Trabajamos con lo mínimo de lo mínimo, y terminamos priorizando, y dando mayor importancia al paciente que está grave; o al nacimiento.” • Quinta fase (Examinar los datos y experiencias del paciente): “Muchos todavía no saben cómo lidiar con algunas situaciones y que el tiempo y las experiencias los vuelve más fríos.	
--	--	--

Fuente: Morales, K. Recolección de los datos dada por los artículos seleccionados.

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

En el siguiente capítulo se presenta la discusión de los resultados encontrados en las publicaciones incluidas, tomando en cuenta las evidencias o argumentos que aseguran cuál es la gestión que realiza enfermería ginecológica a mujeres que presentaron un aborto; tomando en cuenta las etapas del proceso de enfermería, modelos conceptuales y teorías de enfermería.

5.1 Gestión que realiza enfermería ginecológica en la etapa de la valoración a mujeres que presentaron un aborto inducido.

La gestión del cuidado de enfermería comienza con la etapa de valoración, la cual como es ya sabido es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información, que permite determinar la situación de salud, y la respuesta que las personas dan a esta. ⁽⁸³⁾

Por lo tanto, realizar una adecuada valoración es sumamente importante ya que guía a la toma de decisiones sobre cuál debe ser el enfoque de la intervención del profesional de enfermería. El propósito de la valoración es “captar lo más acertadamente posible la naturaleza de la respuesta humana a la situación de salud que están viviendo las personas objeto de nuestra intervención”. ⁽⁸⁴⁾

La valoración se completa a través de recolección de datos, la organización de estos y la utilización de patrones funcionales para determinar las áreas de intervención. A continuación, se presenta la evidencia que se encontró en la literatura, que muestra cómo se gestiona esta valoración a las usuarias que presentaron un aborto inducido.

➤ ***Recolección de la información de la usuaria:*** Varios autores indican que la recolección de datos se debe dar a través de elementos importantes como el diálogo y la escucha activa.

Por lo tanto, al realizar un historial de enfermería Botija, A., menciona la importancia de una “valoración a través de un diálogo distendido, los siguientes temas: el deseo o no de ser madre de la mujer, la relación con la pareja, la sexualidad de la mujer, y los motivos de interrupción del embarazo”. ⁽⁸⁵⁾

Botija A., enfatiza “escucha los motivos que la llevaron a optar por esta práctica”(85); lo cual es de suma importancia para el profesional que atiende a estas mujeres ya que estas experimentan un estigma internalizado “además de actuar con secrecía sobre su aborto”(65).

Strefling indica que “en este caso corresponde a los trabajadores de Enfermería partir de la escucha activa, brindando espacio y confianza para que las mujeres puedan romper el silencio y hablar de sus vivencias”(86). Además, en la valoración se debe “evitar hacer preguntas invasivas, para no dejarla avergonzada”(87).

➤ ***Examen físico e instrumentos para la valoración:*** Los instrumentos que se destacan en la valoración es el registro de los signos vitales, así como el examen físico. Dentro de la literatura Bacon indica que en Uganda “el estado actual del embarazo se determina a través de una historia, el examen físico, y el ultrasonido si el cliente puede pagarlo”(88).

Strefling menciona “observa como son los signos vitales”, y además “se verá si el cuello uterino está abierto, si no sangra”.(86) Todos estos aspectos orientan la toma de decisiones para el bienestar de la usuaria.

De la misma forma Strefling plantea que “interpretar los signos y síntomas, no sólo como algo orgánico, pero si considerando también los aspectos sociales, económicos, culturales, así como subjetividad y vivencias”(87). Esto como parte de un cuidado humanizado, tomando en cuenta la mujer como ente biopsicosocial, y dejando de lado la estigmatización por parte del profesional que atiende a estas mujeres.

Se menciona que el examen físico incluye, según Andersen, la “realización del examen bimanual”(89); esto como parte de todos los datos que nos orientan a la gestión del cuidado.

➤ ***Valoración de acuerdo con los patrones funcionales de Marjory Gordon:*** Los patrones funcionales son de gran importancia para evidenciar las necesidades de atención; dentro de los hallazgos, Botija enfatiza que hay la “necesidad de valorar y responder a las necesidades físicas, psíquicas y sociales de la mujer”; además que “la necesidad de conversar y expresar sus sentimientos fue común entre las mujeres” (85).

En la literatura se encuentra que los enfermeros destacan que el patrón funcional de tolerancia al estrés en estas mujeres se ve comprometido; así por ejemplo Streffling indica en su investigación, que se identifican “sentimientos de angustia, sufrimiento y frustración”⁽⁸⁷⁾.

Esto anterior va de la mano con el proceso de estigmatización que sufren estas usuarias, mencionado por Villa, L. quien indica que la sociedad se refiere a ellas con frases como “Las mujeres que abortan en más de una ocasión son promiscuas”, “Las mujeres que abortan son malas mujeres, malas madres y asesinas”,...⁽⁶⁵⁾. Lo cual termina por afectar el patrón de tolerancia al estrés, la auto percepción, e incluso los valores y creencias de la mujer en esta condición.

De la misma forma, Streffling en su investigación del 2015 amplía que los profesionales de enfermería indican que “Son pacientes que en ocasiones no son muy cooperadoras. Son reacias a tomar medicación, son rebeldes, llegan a ser perturbadoras”⁽⁸⁶⁾. Además que “si observas y ves que las cosas se ponen serias, que el paciente está muy deprimido”⁽⁸⁶⁾.

Dentro de los patrones funcionales que proporciona Marjory Gordon para realizar la valoración de enfermería es la percepción-manejo de la salud en el cual se obtiene que las “mujeres más vulnerables al aborto son aquellas que viven en situación de pobreza”⁽⁸⁶⁾, de acuerdo con Streffling.

La afirmación anterior es coincidente con lo expuesto por Arcentales “Muchas de las razones por las cuales las mujeres recurren al aborto no son razones exclusivamente personales, sino más de circunstancias sociales, culturales o económicas, ejemplo: a causa de una violación, falla o mal uso de anticonceptivos seguros, entre otros”⁽⁵⁴⁾.

➤ **Valoración en los distintos niveles de atención:** Se destaca que la valoración de enfermería se realiza tanto en tercer nivel de atención; como el en primer nivel de atención.

De esta forma, a nivel hospitalario se utilizan criterios para la continuación de la atención bajo principios científicos, Bacon indica que las enfermeras que administran sedación en usuarias con

abortos “se basa en criterios para el procedimiento de la sedación durante el cuidado del aborto”⁽⁸⁸⁾.

Así mismo, se evidencia que un primer nivel de atención la enfermera es capaz de gestionar el cuidado de la mujer en situación de aborto, como lo indica De Moel- Mandel: “la enfermera de atención primaria es suficientemente capacitada para descartar cualquier contraindicación del aborto con medicamentos”⁽⁹⁰⁾; además, como resultado de todas las actividades “la enfermera de atención primaria evalúa la elegibilidad de la mujer para aborto con medicamentos”⁽⁹⁰⁾.

5.2 Gestión que realiza enfermería ginecológica en la etapa de diagnósticos de enfermería a mujeres que presentaron un aborto inducido.

La formulación del diagnóstico es la segunda fase del Proceso de Enfermería. El diagnóstico "es una forma de expresar las necesidades de atención identificadas en los que, como enfermeros, cuidamos. Así podemos decir que los diagnósticos de Enfermería "expresan las necesidades de cuidados"⁽⁹¹⁾.

Dentro de la gestión de los diagnósticos evidenciada en esta revisión integrativa, Soares menciona como necesidad de cuidado: “Lloran por la pérdida, muchas lloran por la conciencia del acto que han cometido”⁽⁹²⁾ el cual sugiere el duelo por el que atraviesan estas mujeres, y como se ve afectada su seguridad.

Los diagnósticos que se gestionan en el ámbito de la seguridad que muestran la alteración de la psique de la mujer, Botija menciona que “la mujer en esta situación enfrenta sentimientos de culpa, arrepentimiento y vergüenza”, “sentimientos de angustia, culpabilidad y enfado asociados a la concepción de la interrupción del embarazo como acto contra natura”, y “vergüenza y miedo a sentirse juzgada por el contexto social y los profesionales de la salud”⁽⁸⁵⁾.

Otra evidencia de lo anteriormente mencionado es dada por Pitilin quien indica que la “Alternancia de sentimientos entre el miedo, la culpa, el arrepentimiento, el estigma social y la censura”⁽⁹³⁾. Esto anterior de la mano va con lo propuesto por Villa, L. quien indica que “el

estigma es experimentado, cuando la persona vivencia de manera directa la reacción negativa de su entorno en forma de prejuicio y discriminación”⁽⁶⁵⁾. Por lo tanto, es esperable que dentro de los diagnósticos propuestos este tipo sea muy común.

Dentro de la misma estigmatización de la mujer que aborta Botija también plantea como diagnóstico “Dolor no sólo en el plano físico, sino también en el psicológico y social por el simbolismo de interrumpir un embarazo”⁽⁸²⁾; esto debido a que de acuerdo con Bergallo: “la criminalización del aborto impone la maternidad como el único destino posible para las mujeres y adolescentes, niega su capacidad para decidir de manera autónoma sobre su proyecto de vida”⁽⁶⁶⁾.

Mainey, L. expone como diagnóstico “Necesidad de la mujer de afrontar la pérdida, el dolor y la tristeza asociados al procedimiento”⁽⁹¹⁾. Cualquier proceder ginecológico crea en la mujer una invasión a su cuerpo, siendo por lo tanto un aborto una doble afectación en su cuerpo y su psiquis mayormente.

Otros diagnósticos que se incluyeron en las publicaciones, son referentes a conductas que ponen en riesgo de la salud, así por ejemplo Bacon plantea “Retraso en recibir el tratamiento relacionado con el temor al abuso por parte de los profesionales en salud”⁽⁸⁸⁾, lo cual es coincidente con lo expuesto por Villa, L; “ya que se han encontrado en situaciones en las cuales la misma mujer a través de haber recibido regaños o haber tenido que entrar por la puerta de atrás de la clínica, para evitar enfrentamientos con los grupos conservadores”⁽⁶⁵⁾.

Bacon también formula como diagnóstico de Enfermería el “Retraso en el acceso a la atención debido a bajo nivel de alfabetización en salud”⁽⁸⁸⁾; lo que va de la mano con lo propuesto por Arcentales con “respecto a la planificación familiar que utilizan las pacientes que presentan abortos en el establecimiento, se puede observar que la mayor parte de la población no utilizó ningún método anticonceptivo, seguida de las pacientes que utilizaron pastillas anticonceptivas con el 46,21% y 19,72%”⁽⁵⁶⁾.

Cabe destacar que dentro de la evidencia no se encontró diagnósticos elaborados a través de las etiquetas diagnósticas de NANDA, los cuales provienen de una base científica y proveen el plan

de atención del lenguaje enfermero; sino que en todas las ocasiones fue utilizada la formulación PES (Persona, Etiología, Signo o síntoma). Este formato PES, fue propuesto por Marjory Gordon en 1962, y ha sido utilizado por los profesionales de forma deliberada y antojadiza dentro de la construcción de los diagnósticos de enfermería; inclusive dejando de lado la importancia del establecimiento de los patrones funcionales.

Esto implica que dentro de la disciplina aún se manejan diferentes lenguajes en la normalización de los diagnósticos; lo cual conlleva a que estos se formulen con sesgos muy personales, y no con una base científica que enriquezca la toma de decisiones desde la evidencia ya establecida.

Además, esto incide en que el/la enfermero (a) parta más del diagnóstico médico para la elaboración y priorización de los diagnósticos de enfermería, y no realmente de las necesidades de las usuarias para su plan de atención, abriendo paso de la misma forma a la estigmatización en la atención de las usuarias que se someten a un aborto inducido.

5.3 Gestión que realiza enfermería ginecológica en la etapa de planificación de enfermería a mujeres que presentaron un aborto inducido.

Tercera etapa del Proceso de Enfermería por medio del cual se gestiona el cuidado, la cual determina lo que debe hacerse. De acuerdo con González, P. “la planificación se debe realizar para prevenir, reducir o eliminar problemas⁽⁹²⁾”, además de establecer objetivos para poder evaluar la intervención de enfermería posteriormente.

Dentro de la literatura se encuentran diversos aspectos sobre los que basa la planificación de la atención de las usuarias en situación de aborto:

➤ ***Planificación de la infraestructura para brindar servicios de aborto:*** Se encuentra en la literatura según Andersen, que se debe tomar en cuenta “Requisitos mínimos para la provisión de abortos con medicamentos incluida la disponibilidad de personal calificado, ambiente amigable para el cliente, disponibilidad de inodoro que funcione, disponibilidad de área de consejería

privada, disponibilidad de sala de examen con los instrumentos necesarios, suministros médicos y registro de clientes”⁽⁸⁹⁾.

Esto concuerda con lo propuesto por González mencionado por Ceballos Vásquez et al, quien refiere que la gestión indica un ordenamiento los recursos existentes con el fin de mejorar el resultado; es decir, mejora la eficiencia, contiene gastos, es un puente entre la salud y la economía y torna a las organizaciones más inteligentes⁽⁶⁸⁾.

De la mano de la planificación del espacio, se evidencia por parte de Streffling que “un espacio acogedor y privado promueve la sensación de confort, brinda interacción profesional/usuario, ayuda en la elaboración de sentimientos, reduce la estancia hospitalaria”⁽⁸⁶⁾. También, incluye dentro de su investigación que los profesionales de enfermería refieren que “una cosa que priorizamos en la organización del servicio, es no dejar mujeres embarazadas o en post parto, junto a las que tuvieron un aborto, porque uno nunca sabe”⁽⁸⁶⁾.

Botija con respecto a la planificación del espacio expone al respecto que se debe “disponer de habitaciones individuales separadas de las destinadas al parto”, “control del ambiente (temperatura, ruido intensidad de la luz)”⁽⁸⁵⁾. Los resultados esperados a partir de la planificación de este tipo de intervenciones de enfermería es el menor impacto para la salud emocional y física de la usuaria que decide interrumpir el embarazo.

➤ **Planificación de la Gestión Educativa:** En cuanto a la planificación de las actividades educativas, Pitilin indica que el “momento del ingreso debe ser propicio para la realización de actividades que incluyan orientaciones y consejos a fin de promover la planificación familiar”⁽⁹³⁾. Este mismo autor rescata que “la educación en salud durante el ingreso fue destacada”⁽⁹³⁾.

Según Streffling en esta orientación el profesional de enfermería en su conversatorio: “hablas, guías, hablas de métodos anticonceptivos”⁽⁸⁷⁾. También, McLemore incluye que debe haber “asesoramiento previo obligatorio”⁽⁹³⁾.

Bacon en cuanto a la planificación de la educación comenta que “Parteras que habían asistido a los talleres APA fueron capacitados en el uso de “verbocaína”: consejería a la mujer sobre el procedimiento, tranquilizándola”⁽⁸⁸⁾. Esto es muy importante ya que según la tabla 5 del marco conceptual, el plan de cuidados debe ser comunicado a los miembros del equipo de salud, para obtener los mejores resultados en la atención efectuada.

Esto concuerda con lo que la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho de Decidir de Argentina ha estado trabajando; brindando consejería a las mujeres que deciden recurrir a un aborto inducido, así mismo dentro sus pilares, está el apoyarse mutuamente para minimizar el estigma social tanto para las usuarias como para los profesionales de salud⁽⁶⁷⁾.

De la misma forma el planificar el cuidado educativo para estas usuarias cumple con una de las áreas de intervención del profesional de enfermería, que es sumamente importante dentro de la gestión del cuidado, y que es parte del diario quehacer de la disciplina.

➤ ***Planificación de los cuidados directos a usuarias con aborto inducido:*** La planificación de los cuidados directos incluyen de acuerdo con Bacon que las “mujeres que presentan signos o síntomas de aborto se clasifican para determinar si necesitan atención de emergencia”⁽⁸⁸⁾. También, Bacon incluye en la planificación de la atención “proporcionar cuidados integrales post aborto que incluye la detección del VIH y la malaria, y asesoramiento familiar”⁽⁸⁸⁾.

Por su parte, Botija considera dentro de la planificación la “Prevención de las complicaciones, como la infección”, “aumento de la privacidad”⁽⁸⁵⁾.

Dentro de la planificación de la atención directa McLemore destaca que “los analgésicos administrados en el área de recuperación se basa en los niveles de dolor auto informados de las mujeres y si son capaces de tolerar medicamentos vía oral”, además “que las enfermeras registradas expertas pueden utilizar criterios y protocolos de selección de pacientes estándar para administrar sedación de procedimiento para el control del dolor asociado con el aborto en el primer y segundo trimestre”⁽⁹³⁾.

La planificación de los cuidados directos implica la realización de propuestas como se menciona en la tabla 5 del marco conceptual, de aquí que los autores realicen diferentes planteamientos para el abordaje de la atención, el cual trata de abarcar desde la atención de urgencia, pasando por protocolos para disminución del dolor físico y prevención de otras situaciones, tratando de ver la mujer como ente biopsicosocial.

➤ ***Planificación de la gestión del Cuidado Humanizado:*** Este es mencionado por Soares, quien resalta que “El cuidado de Enfermería debe incluir en la interacción con la mujer en situación de aborto, el rescate del cuidado humanizado”⁽⁹²⁾.

Dentro de la humanización del cuidado el acompañamiento de la usuaria fue otro aspecto que se tomó en cuenta en la planificación de la gestión, así de este modo, Lindström menciona que “cuando la paciente tiene menos de 18 años, se debe asegurarse que tuvieran un adulto, o sus padres, o alguien en quien confiar”⁽⁹⁴⁾.

Botija indica que se “debe permitir la presencia de un acompañante durante todo el proceso”⁽⁸⁵⁾, y además menciona que la “viabilidad durante la asistencia debería ir acompañada de una atención social y psicológica”⁽⁸⁵⁾.

Toda esta planificación de la atención humanizada propuesto por estos autores ha sido mencionada anteriormente por Meleis, quien indica que la gestión de los cuidados se ejerce no solamente con los recursos que dan las teorías de la administración, sino también con las relaciones y concepciones propias de la disciplina de enfermería; es el cuidado de la persona, el centro del servicio de enfermería⁽⁶⁹⁾.

5.4 Gestión que realiza enfermería ginecológica en la etapa de ejecución de enfermería a mujeres que presentaron un aborto inducido.

La ejecución corresponde a la cuarta etapa del proceso de enfermería en la cual se pone en marcha el plan el de cuidados elaborado previamente; es aquí donde “todas las intervenciones

enfermera dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada, de las actividades que se llevan a cabo en esta fase cabe destacar la continuidad de la recogida y valoración de datos”⁽⁸⁴⁾.

En la literatura se identifican varios tipos de intervenciones las cuales se destacan a continuación:

➤ ***Brindar primeros auxilios y prevención del shock y complicaciones:*** Encontramos intervenciones relacionadas con el abordaje inmediato de la usuaria, Soares indica “Primeros auxilios”⁽⁹²⁾.

Botija señala que “se vigilarán signos y síntomas de hemorragias o infección” e “identificar principales signos y síntomas para los que deben buscar asistencia urgente”, también “cuidados post anestésicos (vigilancia del nivel de conciencia, patrón respiratorio, probar tolerancia oral”⁽⁸⁵⁾.

Bacon manifiesta que “el tratamiento de abortos puede ser la aspiración uterina manual o médico con misoprostol, parteras o médicos pueden realizarlos”⁽⁸⁸⁾, además que “después de cualquier aspiración manual uterina, se dispensan antibióticos”⁽⁸⁸⁾.

La intervenciones realizadas buscan la prevención de las complicaciones del aborto ya que, según Adler, las 4 principales complicaciones identificadas son: la anemia, el trauma severo, la infección y la muerte⁽⁴⁷⁾. De ahí la importancia del abordaje inmediato, clínico y profesional de estas mujeres que se someten a un aborto.

➤ ***Administración de Medicamentos:*** con respecto a la administración de medicación para inducir el aborto Mainey refiere “para mujeres con embarazos mayores o iguales a los 63 días de gestación 200mg de Mifepristona por vía oral, seguido después de 4 tabletas (200mcg cada una) de misoprostol administrados por vía sublingual o vaginalmente⁽⁹¹⁾”. De Moel-Mandel indica “administrar Mifepristona de forma independiente, y manejar medicación profiláctica para el dolor, y la anticoncepción futura”⁽⁹⁰⁾.

En cuanto a las intervenciones para el manejo del dolor Mainey indica “manejo del dolor como parte de un servicio integral de atención de aborto, según protocolo: 400mg de Ibuprofeno tomado al momento del misoprostol y luego c/6-8h, según sea necesario⁽⁹¹⁾”. Bacon al respecto señala que el “manejo del dolor durante la evacuación incluyen: Acetaminofén, Diclofenaco, Ibuprofeno, Meperidina y tramadol”⁽⁸⁸⁾.

Mc Lemoire añade que “Bloqueos para cervicales de 20ml y dosis iniciales o de carga de 100mg de fentanilo y 1mg de midazolam”, además que “niveles moderados a altos de dolor se les administra medicación intravenosa⁽⁹³⁾”. Lindström también señala que “el alivio del dolor en el tratamiento debe caracterizarse por el profesionalismo”⁽⁹⁴⁾.

Soares, manifiesta “dar medicación para parar el sangrado”, y “dar medicación para que estén tranquilas”⁽⁹²⁾. Mientras que Streffling añade “explique sobre la necesidad de tomar medicación, ya que sienten mucho dolor, incluso por la ansiedad”⁽⁸⁷⁾.

Bacon destaca que los “proveedores de atención médica también dispensan: sulfato ferroso y ácido fólico”⁽⁸⁸⁾. Por último, Botija vuelve a recalcar “Explicar la administración de los fármacos”⁽⁸⁵⁾.

Según la tabla 5 del marco conceptual durante la etapa de ejecución se establecen las prioridades de los cuidados, por lo tanto la administración de medicación en las distintas etapas de un aborto es uno de los cuidados de enfermería más relevantes; y que requieren de mucho cuidado y conocimiento por parte del profesional que lo ejecuta; así mismo este debe evaluar la respuesta de la usuaria a estos.

➤ ***Intervenciones de enfermería de asesoramiento y asesoramiento sexual:*** En relación con este tipo de intervención la literatura evidenció según Streffling “orientar sobre el uso del condón”⁽⁸⁷⁾, también, “discutir sobre el cuidado de aspectos ginecológicos de la mujer especialmente con adolescentes, protéjase el embarazo, sino también de ETS”⁽⁸⁷⁾.

Por su parte, Andersen al respecto menciona “Asesoramiento y provisión de métodos anticoncepción”⁽⁸⁹⁾, y “Proveer consejo basado en la edad gestacional(89)”. En esta misma línea Botija manifiesta que se debe dar “explicaciones e información en lenguaje sencillo”⁽⁸⁵⁾, así como “educar en el control del dolor”⁽⁸⁵⁾.

Bacon es su estudio menciona dentro de las intervenciones de asesoramiento que se debe “educar al público sobre los peligros del aborto inseguro, y cuando buscar atención de las complicaciones⁽⁸⁸⁾”, y “todos los sitios remitieron a los clientes a centro de planificación familiar”⁽⁸⁸⁾.

Mainey,L. con respecto al asesoramiento también expuso que “emplearon sin prejuicios consejería y habilidades interpersonales”⁽⁹¹⁾. Este autor también propone la “utilización de métodos psicosociales técnicas para involucrar a las mujeres jóvenes y ayudarlas a tomar decisiones sobre aborto y anticoncepción”⁽⁹¹⁾.

De Moel-Mandel indica que también dentro de las intervenciones “proveer consejo basado en la edad gestacional”⁽⁹⁰⁾, y “derivar de forma independiente a las mujeres para un ecografía y análisis de sangre”⁽⁹⁰⁾. Para este autor también es importante “administrar anticoncepción post aborto incluida la inserción de implantes, DIU o la anticoncepción inyectable”⁽⁹⁰⁾.

Botija también añade “describir el desarrollo normal del proceso”⁽⁸⁵⁾ como parte de las intervenciones de asesoramiento durante la atención.

El asesoramiento también incluyen al personal de salud de acuerdo con Streffling “el enfermero de la unidad se encarga de combinar los conocimientos teóricos con las actividades prácticas, difundiendo información sobre las leyes vigentes a los trabajadores y usuarias”, y “brindar capacitación técnica, científica y humanística al equipo de enfermería posibilitando el uso de medidas terapéuticas adecuadas y el uso de tecnologías adecuadas”⁽⁸⁶⁾.

De acuerdo con lo propuesto por la FIGO⁽⁴⁸⁾ muchas de las intervenciones de asesoramiento sexual de enfermería parten de la consejería en la prevención del aborto con la promoción de la utilización de métodos anticonceptivos, y en la utilización de programas efectivos de educación sexual mayormente en adolescentes. Así mismo concuerdan con la OMS⁽⁴⁹⁾ que sugiere establecer métodos de anticoncepción para iniciar post aborto.

➤ ***Intervenciones en el apoyo emocional:*** Soares indica “Cuidar es tocar su mano, quedarse con ella y responder su llamado cuando ella necesita⁽⁹²⁾”. De Moel-Mandel plantea “provisión de apoyo emocional después del procedimiento si es necesario”⁽⁹⁰⁾.

Botija expresa “controlar que toda va bien”, “calmar la ansiedad”, “respaldar su decisión y no ser juzgado”, “dar visión de normalidad y sensación de tranquilidad a la mujer a través de la escucha activa⁽⁸⁵⁾”.

Strefling con respecto a lo anterior indica “brindarles máxima seguridad, física y psicológicamente”, “realizamos trámites técnicos y damos asistencia emocional”, además de “llamar al profesional de psicología, para estar juntos, para tener una charla más clara”⁽⁸⁶⁾.

También, Lindström señala en su investigación que “llamar a la mujer por la mañana el día de la expulsión, luego después del almuerzo, y una vez más cuando pensaron que el aborto se había completado con el fin de asegurarse que todo está bien”⁽⁹⁴⁾.

Mainey dentro de sus intervenciones en el aspecto psicológico de la usuaria indica “utilizaban comunicaciones terapéuticas para reducir la controversia y la vergüenza”⁽⁹¹⁾, “desarrollo de la relación terapéutica y establecimiento de límites profesionales”⁽⁹¹⁾.

Las intervenciones de enfermería de tipo emocional ayudan a la mujer a superar esta etapa de una mejor manera, re insertándose a nivel social más rápidamente, ayudando a superar los procesos de estigmatización sufridos al someterse a un aborto inducido, independientemente de la causa.

5.5 Gestión que realiza enfermería ginecológica en la etapa de evaluación de enfermería a mujeres que presentaron un aborto inducido.

La última etapa del Proceso de Enfermería corresponde a la evaluación. Evaluar es “emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios”.⁽⁸⁴⁾

Una forma que la literatura evidenció la evaluación la señala Lindström “examinamos el sangrado intentamos encontrar el saco gestacional o el feto, para que sepamos que el aborto se completó⁽⁹⁴⁾”. Strefling también señala la evaluación “estar atento porque hay que ver si expulsó al bebé, si el cuello del útero se está cerrando”⁽⁸⁶⁾.

McLemore expone su evaluación “todos los participantes fueron dados de alta a su casa con acompañamiento, 83% de los participantes ingresaron a recuperación sin dolor”; y también expone que “enfermeras expertas son capaces de brindar sedación de procedimientos a las mujeres que se someten a abortos utilizando protocolos estandarizados”⁽⁹³⁾.

5.6 Gestión que realiza enfermería ginecológica a través de las teorías de enfermería.

La única teoría que la literatura científica evidenció en la gestión del cuidado a mujeres que presentaron un aborto inducido, es la “Teoría Humanística de Patterson y Zredad”, la cual se ubica dentro de las grandes teorías de enfermería. Esta teoría enfatiza la relación que se establece entre la enfermera y la persona que recibe el cuidado, intentando dar una respuesta a la experiencia fenomenológica vivida por ambos⁽⁹⁵⁾.

Da Silva en su investigación evidenció la gestión de enfermería a usuarias que presentaron un aborto desde la relación que establece la enfermera y la persona que recibe cuidado. De cada una de las fases se obtiene:

- Primera fase (Preparación consciente para llegar al acontecimiento): “Dependiendo como lo veamos, si influye en el cuidado, porque nos damos cuenta que hay personas que se secan⁽⁹⁶⁾.” La evidencia sugiere que la relación que se establece para gestionar el cuidado está marcada por un profesional que se muestra apático ante la situación de la mujer, lo cual va a incidir en la forma en que se brinda el cuidado.
- Segunda fase (Conocer intuitivamente al otro): “Terminamos juzgando, pero tampoco sabemos que hay detrás, porque lo causó, por qué ella lo hizo”; además de “Carencia en la relación subjetiva”⁽⁹⁶⁾. La gestión del cuidado se canaliza a través de una relación en la que el profesional de enfermería no se toma el tiempo para establecer una relación de ayuda terapéutica, sino que asume un juzgamiento.
- Tercera fase (Conocer científicamente al otro): “Es posible brindar un cuidado dedicado cuando la unidad no tiene sobrepoblación, ya que en caso contrario la relación con el paciente se torna superficial”, “La atención psicológica creo que falta”; además que los “procedimientos técnicos se vuelven un obstáculo para la implementación de la humanización”, y “necesidad de formación para tratar con mujer que atraviesa este delicado proceso, se acaba atendiendo los casos desde su perspectiva vivencial⁽⁹⁶⁾.” Este artículo enfatizó que la gestión a través del conocimiento de la mujer en situación de aborto se ve amenazado por la cantidad de pacientes que maneja la unidad, además de la tecnificación y la falta de formación se reflejan en una falta de cuidado humanizado hacia estas usuarias.
- Cuarta fase (Sintetizar realidades conocidas): Da Silva menciona en su artículo que “no hay instalación correcta para ellas, no hay enfermera, ni personal completo.”, “muchas veces la paciente que sufre un aborto va a estar en un ambiente junto a una mujer que acaba de parir, o está con un embarazada”; además que “trabajamos con lo mínimo de lo mínimo, y terminamos priorizando, y dando mayor importancia al paciente que está grave; o al nacimiento.⁽⁹⁶⁾” Esto posiciona que la gestión del cuidado se ve muchas veces atropellada por falta de condiciones espaciales, ambientes no aptos para estas usuarias, y escases de personal que torna más frío el establecimiento de una relación de ayuda para estas mujeres.

- Quinta fase (Examinar los datos y experiencias del paciente): “Muchos todavía no saben cómo lidiar con algunas situaciones y que el tiempo y las experiencias los vuelve más fríos⁽⁹⁶⁾”. En este caso del paciente sería el mismo personal de enfermería quien gestiona el cuidado, el cual no ha sido formado, ni dado seguimiento; para poder gestionar el cuidado de mujeres han presentado un aborto inducido.

En síntesis, Da Silva a través de Patterson y Zredad evidencia que la gestión del cuidado ginecológica a mujeres que presentaron un aborto es meramente tecnicista, con carencia de formación para llevar a cabo un proceso de gestión adecuado; donde la no se valora a la usuaria con ente biopsicosocial, donde la planificación de la atención se ve limitada por el estigma social y la falta de comunicación, la ejecución de las intervenciones son rutinarias; y finalmente no se evalúa, dado a que el personal es frío y rutinario.

REFLEXIÓN DE LA AUTORA

Como mujer, enfermera, trabajadora del área de Ginecoobstetricia desde hace varios años, y en proceso de concluir los estudios de la Maestría de Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal de la Universidad de Costa Rica, considero que este tema del aborto inducido no puede pasar desapercibido como parte de la formación; y como parte del crecimiento profesional y actualización en nuestros centros de trabajo.

No es solamente un dilema ético el que este tópico presenta, sino que en la realidad del día a día está materializado; claro ejemplo de esto es la aprobación de la norma del aborto terapéutico. Sin embargo, considero que como disciplina hemos dejado reglones en blanco en la perspectiva del **No deseo materno** de la mujer; lo cual considero refuerza paradigmas ancestrales establecidos socialmente.

Es de vital importancia que desde las escuelas formadoras de profesionales se nos brinde una educación objetiva y humanizada del trato de usuarias que se someten a un aborto provocado; cambiando ese pensamiento de la mujer como ente creador de vida, ente maternal; y olvidándonos que la mujer actual se enfrenta a nuevos retos sociales, desea innovar en otros espacios para abrirse paso en este mundo mayormente patriarcal; brindando así diferentes visiones de la mujer.

De la misma forma insto a las instituciones de salud a tomar conciencia del abordaje del aborto, y este no sea tomado a la ligera como un simple procedimiento; sino que rescate dentro de sus estructuras físicas; y con mayor empeño en su personal, la atención del cuidado humanizado; brindando infraestructura adecuada para evitar revolver la maternidad, con el deseo de no serlo, o en muchos casos la pérdida inesperada de esta. Además, de velar por que su recurso humano esté altamente capacitado en el abordaje de estas usuarias, y no solamente para realizar un procedimiento de rutina, o cumplir con la guía de atención del usuario, sino trabajar como un equipo multidisciplinar en el tratamiento integral de esta situación de la vida.

Independientemente de la historia de vida de la persona, de sus motivos, y circunstancias, como profesionales con grado de maestría debemos brindar cuidados a la persona que así lo requiere, sin caer en juzgamientos. Es importante además, trabajar en la objeción de la conciencia, brindar espacios de educación continua y abordar la psiquis de las personas que laboran más comúnmente en este tipo de prestación de servicios.

El Ser Humano se encuentra en constantes cambios, por lo tanto, la disciplina debe transformarse y ajustarse a las nuevas necesidades de este, con la finalidad de que el hombre en su continuo de las diferentes etapas de la vida; pueda enfrentarlas de la mejor manera y salir adelante, que finalmente es lo que todos deseamos.

Como mujer este trabajo final de graduación me invitó a transformar mi pensamiento y actitud, con respecto a estas mujeres y a no incurrir en juzgamientos anticipados; a ser consciente que la mujer que se somete a un aborto inducido, es más que el deseo de acabar con una maternidad no deseada; que detrás de ese acto hay una historia de vida que muchas veces el profesional no conoce o juzga anticipadamente.

En mi ser profesional, me ha llevado a múltiples cuestionamientos sobre porque la disciplina evita tratar con temas que representan dilemas éticos, al fin y al cabo, existe una rama que los aborda. Y ahí es donde me pregunto: ¿por qué dejar vacíos en el abordaje de estas usuarias, en vez de asumir con seriedad y profesionalismo el mismo? ¿Por qué mejor tratar el tema desde una visión sin sesgos, partiendo del objeto de cuidado? ¿Por qué no intentar ir más allá de la regla social, y brindar cuidados basados en las necesidades del Ser Humano, si tenemos tanto conocimiento disciplinar para ofrecerlos? Y por último, en educación en salud sexual ¿la estrategia de planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos está realmente teniendo el resultado esperado, se necesita más esfuerzos en esta área?

En síntesis, como seres humanos y profesionales tenemos una invitación a innovar en otros espacios; a buscar estrategias para enfrentar los cambios y, obtener lo positivo de las circunstancias por más adversas que estas sean.

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES

- La evidencia en la literatura sobre la gestión de los cuidados de enfermería a mujeres que presentaron abortos inducidos es escasa; mostrando un déficit de conocimientos en esa área; podría deberse a lo controversial del tema, añadido la baja formación que recibe el profesional en enfermería y la legalidad del mismo a nivel mundial, entre otros.
- En la literatura se evidenció que, aunque la decisión de someterse a un aborto inducido sea irrevocable, el profesional de enfermería debe gestar el cuidado de estas usuarias tomando en cuenta que es un ente biopsicosocial; que de la mano profesional puede ser más satisfactoria su experiencia; que al realizarlo en condiciones de clandestinidad.
- La gestión del cuidado durante la etapa de la valoración rescata elementos de la disciplina que van desde la importancia de contar con un historial clínico, hasta el hecho de valorar el estado emocional de estas usuarias, la escucha activa e inclusive la forma de realizar las preguntas para no generar conflicto.
- Los diagnósticos de enfermería por medio de los cuales se gestiona la atención según la literatura son pocos; y en su mayoría hacen referencia el estado psicológico de la usuaria, y al retraso en la atención que pone en peligro su vida.
- También, con respecto al diagnóstico de enfermería la falta de elaboración de los mismos, nos hace pensar en una atención rutinaria, técnica; alejada de la humanización para con estas usuarias.
- La gestión de la planificación del cuidado toma en cuenta elementos importantes como la disposición espacial de estas usuarias, el momento indicado para brindar educación; sin embargo, este planeamiento en la atención debe fortalecerse partiendo de las necesidades del Ser Humano, y de la mano de los modelos conceptuales y teorías de enfermería.
- La etapa de ejecución cuenta con mucha evidencia de las actividades que la enfermera/enfermero realiza, en algunos casos esas actividades parten de procedimientos

complejos como la sedación para la realización de un Aspirado Manual Uterino; la realización del mismo AMEU; así como el abordaje de la mujer para brindarle cuidados preventivos, de shock y posteriores al procedimiento.

- Si bien es cierto la evaluación como parte de la gestión se realiza en cualquier punto del plan de atención; o al finalizar la intervención; la evidencia en la literatura nos deja un gran vacío de herramientas que ayudan a los enfermeros a retroalimentar cual fue el impacto de sus acciones en la atención de las usuarias.
- No se evidencia en la literatura la evaluación del abordaje de los aspectos emocionales de la mujer que se enfrenta a un aborto inducido; más si menciona evaluaciones del aspecto biológico, dejando un cuestionamiento de la atención meramente biológica y no humanista.
- Los modelos conceptuales y teóricos en la atención de usuarias que han presentado un aborto inducido, carecen de presencia según la literatura, lo que se traduce en una gestión sin sustento de la disciplina.

CAPÍTULO VII. RECOMENDACIONES

- Se recomienda revalorar los contenidos de los cursos en la formación de profesionales de Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal, e incluir en ellos espacio para el tratamiento de temas en boga controversiales para el profesional que se forma en este ámbito; así como brindar herramientas para el abordaje del dilema ético de los mismos; dentro del marco de la legislación vigente.
- A las instituciones que brindan servicios de salud para la mujer, brindar al personal herramientas para la concientización e identificación con el tema del aborto, y el abordaje de mujeres en situación de aborto inducido. Así como, mecanismos para evitar caer en el juzgamiento de las usuarias, y entorpecer la atención. Esto anterior debido a los cambios en las sociedades y la inclusión actual del aborto terapéutico en nuestra legislación.
- Impulsar investigaciones primarias con profesionales de enfermería donde se evidencie la gestión a través de las etapas secuenciales del Proceso de Enfermería, y la fundamentación en los modelos teóricos y conceptuales de la disciplina en países donde el aborto inducido es factible.
- Desde el quehacer de la disciplina enfermera destacar la importancia de nuestro objeto de estudio, el Ser Humano, en cualquiera de las diversas circunstancias del ciclo de la vida; y su abordaje como un todo; de la mano de lo que nos distingue como profesión del resto: El Proceso de Enfermería, y los distintos modelos conceptuales y teóricos que son propios de Enfermería tanto para la profesión en general; así como para sus diversas especialidades.
- Los cambios sociales y la apertura a un mundo cada día más inclusivo impone la necesidad de estar actualizado en los temas en boga; así como de buscar formas de brindar la atención requerida sin caer en posturas inflexibles que afecten la relación usuaria(o)-enfermera (o).

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. En A, Toma LA, Aborto AL, V CRE, Vanegas BC. Asesoría en la toma de decisiones frente al aborto. *Av en Enfermería*. 1994;12(2–3):47–50.
2. Da Fonseca A. UNIVERSIDAD SANTA CATARINA [Internet]. 1996 [cited 2020 Apr 21]. p. 9–10. Available from: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/11/724478/id183945.pdf>
3. Torres REM. Aborto Inducido [Internet]. Vol. 369, Biblioteca Digital Universidad de Cuyo. Universidad de Cuyo; 2013 [cited 2020 Jul 12]. Available from: https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/9394/torres-ruben.pdf
4. Joffe C, Yanow S. Advanced practice clinicians as abortion providers: Current developments in the United States. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2004 [cited 2020 Jul 13];12(24 SUPPL.):198–206. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1016/S0968-8080%2804%2924008-3>
5. De La Vega DP. Aspectos bioéticos relacionados con el aborto [Internet]. Vol. 22, Revista Cubana de Enfermería. 2006 [cited 2020 Jul 12]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192006000300008&script=sci_arttext&tlng=en
6. Foster AM, Polis C, Allee MK, Simmonds K, Zurek M, Brown A. Abortion education in nurse practitioner, physician assistant and certified nurse-midwifery programs: A national survey. *Contraception* [Internet]. 2006 Apr 1 [cited 2020 Jul 13];73(4):408–14. Available from: <http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010782405004269/fulltext>
7. Mariutti MG, Almeida AM de, Panobianco MS. Nursing care according to women in abortion situations. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2007 Feb [cited 2019 Oct

- 30];15(1):20–6. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000100004&lng=en&tlng=en
8. Szulik D, Gogna M, Petracci M, Ramos S, Romero M. Anticoncepción y aborto en Argentina: Perspectivas de obstetras y ginecólogos. *Salud Publica Mex.* 2008;50(1):32–9.
 9. Gesteira SMDA, Diniz NMF, De Oliveira EM. Assistência à mulher em processo de abortamento provocado: Discurso de profissionais de enfermagem. *ACTA Paul Enferm [Internet].* 2008 [cited 2020 Jul 12];21(3):449–53. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000300011&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 10. Martha Lilia Bernal Becerril M, Hernández Ruiz Y, Fernanda Mercader Arroyo M, Teresa Guerrero Labastida A, Gandhi Ponce Gómez M, Lilia Bernal M. A D.F. Health Sector Hospital Legal Pregnancy Interruption Program User Population Enfermería Universitaria. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM.* 2010.
 11. Sagot Rodríguez M, Carcedo Cabañas A. Aborto inducido: ética y derechos. *Med Leg Costa Rica [Internet].* 2002 [cited 2019 Oct 1];19(2):63–77. Available from:
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152002000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=es
 12. Gómez Ramírez C. Estimación del aborto inducido en Costa Rica, 2007. 2008. 65 p.
 13. (No Title) [Internet]. [cited 2019 Nov 1]. Available from:
[http://repositorio.uned.ac.cr/reuned/bitstream/120809/1184/1/Aplicacion del aborto terapeutico en Costa Rica.pdf](http://repositorio.uned.ac.cr/reuned/bitstream/120809/1184/1/Aplicacion%20del%20aborto%20terapeutico%20en%20Costa%20Rica.pdf)
 14. Brenes Hernández, Paola; Robles Delgado R. Aborto terapéutico: Conocimientos y

- Actitudes de Estudiantes Universitarios de Medicina y Enfermería [Internet]. Universidad de Costa Rica; 2009 [cited 2019 Oct 15]. Available from: http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/764/Tesis_Final.pdf?sequence=1&isAllowed=y
15. Maroto Vargas A. Al amparo de la noche c ct e l o iva. 1 ed. San José, Costa Rica; 2010.
 16. Miranda L, Gamboa A, Vargas L. Análisis de la intervención que realiza la (el) enfermera(o) profesional a la paciente post aborto. Enfermería en Costa Rica [Internet]. 2011 [cited 2019 Oct 29];32(2):75–80. Available from: https://www.academia.edu/1796506/Enfermería_en_Costa_Rica_Edición_32_2_2011
 17. Rollero MB. As interrupções da gravidez na prática obstétrica: Recurso terapêutico vs aborto provocado. Acta Bioeth [Internet]. 2016 Nov 1 [cited 2020 Sep 1];22(2):169–78. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2016000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 18. Ganatra B, Tunçalp Ö, Johnson HB, Johnson BRJ, Gülmezoglu AM, Temmerman M. OMS | Del concepto a la medición: la aplicación práctica de la definición de aborto peligroso utilizada en la OMS. Who. 2014;2–5.
 19. En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año [Internet]. [cited 2019 Nov 1]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/detail/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>
 20. Aborto sin riesgos: Segunda edición guía técnica y de políticas para sistemas de salud [Internet]. [cited 2019 Nov 1]. Available from: www.who.int/reproductivehealth
 21. Del E, José S, Rica C. ASOCIACIÓN DEMOGRÁFICA COSTARRICENSE INFORME

DE RESULTADOS CRISTIAN GÓMEZ RAMÍREZ. 2008.

22. Republicado S, Di S. Código penal. 2007.
23. Piekarewicz Sigal M. Bioética, aborto y políticas públicas en América Latina. *Rev Bioética y Derecho* [Internet]. 2015 [cited 2019 Oct 13];(33):3–13. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872015000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
24. Amuchástegui A, Flores Pérez E, Aldaz E. Disputa social y disputa subjetiva. Religión, género y discursos sociales en la legalización del aborto en México. *Rev Estud género La Vent* [Internet]. 2015 [cited 2019 Nov 1];5(41):153–96. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362015000100153&lang=es#fn19
25. La Bioética en la Enseñanza y la Investigación en Enfermería [Internet]. [cited 2020 Jul 18]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192007000300007&script=sci_arttext&tlng=pt
26. JORGELINA ALBORNOZ, AGUSTINA AMBROSETTO AFYMPP. El Cuidado: CALLISTA ROY [Internet]. 2012 [cited 2019 Nov 18]. Available from: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/callista-roy.html>
27. López MM, Celis KF, González-Forteza C, Saltijeral MT, Schiavon R, Collado ME, et al. Relationship between perceived stigma and depressive symptomatology in women who legally interrupt pregnancy in Mexico City. *Salud Ment*. 2019;42(1):25–32.
28. Respuesta del estado psicológico en adolescentes con interrupción del embarazo [Internet]. [cited 2019 Nov 1]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-

03191999000300008&lang=es

29. Fernández Soto G, Arráiz de Fernández C. Investigación en enfermería, innovaciones tecnológicas y su importancia en la transversalidad curricular. *Enfermería Investig Investig Vinculación, Docencia y Gestión*. 2018;3(4, Dic):163–5.
30. Feldman LB, Ruthes RM, Cunha ICKO. Criatividade e inovação: competências na gestão de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2008 Mar;61(2):239–42.
31. Ramos S, Ramos S. Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia (resumen ejecutivo). *Estud Demogr Urbanos Col Mex* [Internet]. 2016 [cited 2020 Apr 25];31(3):833–60. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-72102016000300833&lng=es&nrm=iso&tlng=es
32. Morfi Samper R. Gestión del cuidado en Enfermería. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2020 Aug 9];26(1):1–2. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
33. de Costa Rica C de E. REGLAMENTO-1565. San José, Costa Rica; 2005.
34. Salud OM de la. OMS | Salud sexual [Internet]. Who. 2015 [cited 2020 Jan 8]. p. 417–70. Available from: https://www.who.int/topics/sexual_health/es/
35. Salud sexual y reproductiva - Rosa María Zapata Boluda, María Isabel Gutiérrez Izquierdo - Google Libros [Internet]. [cited 2020 Jan 8]. Available from: https://books.google.co.cr/books?hl=es&lr=&id=zq2SCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=salud+sexual&ots=X5F8d13S9H&sig=9qMkR8QhQpvtvpHB3yjIdPYt0Dk&redir_esc=y#v=onepage&q=salud sexual&f=false

36. Montoya Montoya GJ. La ética del ciudadano en el contexto de la salud sexual y reproductiva. *Acta Bioeth.* 2007 Nov;13(2):168–75.
37. OMS. OMS | Salud reproductiva [Internet]. WHO. 2016 [cited 2020 Jan 8]. Available from: https://www.who.int/topics/reproductive_health/es/
38. Organización de las Naciones Unidas. Declaración y Plataforma de Acción de Beijing Declaración política y documentos resultados de Beijing +5 [Internet]. La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. 1995 [cited 2020 Jan 14]. 143 p. Available from: [http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA S.pdf](http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf)
39. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. Sistema Costarricense de Información Jurídica [Internet]. Actualización de listado de priorizado de principios activos con requisitos de estudios de equivalencia terapéutica. 2016 [cited 2020 Jan 19]. Available from: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=6581&nValor3=96425&strTipM=TC
40. NIÑO ACV. 濟無No Title No Title [Internet]. Universidad Nacional de Colombia. 2015 [cited 2020 Jan 20]. Available from: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1280.pdf>
41. Saskia MS, Calderón S. PRIMERA ENCUESTA NACIONAL DE PERCEPCIÓN SOBRE EL ESTADO DE LOS DERECHOS DE LAS MUJERES EL DERECHO A LA SALUD DE LAS MUJERES: DEL CONOCIMIENTO A LA ACCIÓN.
42. Abortion | Williams Obstetrics, 25e | AccessMedicine | McGraw-Hill Medical [Internet]. [cited 2020 Feb 2]. Available from: <https://accessmedicine-mhmedical->

com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/content.aspx?sectionid=166439017&bookid=1918&Resultclick=2#1160774329

43. Abortion | Williams Obstetrics, 25e | AccessMedicine | McGraw-Hill Medical [Internet]. [cited 2020 Oct 24]. Available from: <https://accessmedicine-mhmedical-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/content.aspx?sectionid=166439017&bookid=1918&Resultclick=2#1160774325>
44. Barrett HL, Lust K, Callaway LK, Fagermo N, Portmann C. Termination of pregnancy for maternal medical indications: Failings in delivery of contraceptive advice? *Aust New Zeal J Obstet Gynaecol*. 2011 Dec;51(6):532–5.
45. Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *Lancet*. 2016 Jul 16;388(10041):258–67.
46. Unsafe abortion - UpToDate [Internet]. [cited 2020 Feb 3]. Available from: https://www-uptodate-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/contents/unsafe-abortion?search=abortion&topicRef=3313&source=see_link
47. Adler AJ, Filippi V, Thomas SL, Ronsmans C. Quantifying the global burden of morbidity due to unsafe abortion: Magnitude in hospital-based studies and methodological issues. In: *International Journal of Gynecology and Obstetrics* [Internet]. 2012 [cited 2020 Feb 3]. p. S65-77. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22920625>
48. Faúndes A. Strategies for the prevention of unsafe abortion. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2012 Oct [cited 2020 Feb 9];119(SUPPL.1):S68–71. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1016/j.ijgo.2012.03.021>
49. World Health Organization. Safe abortion Clinical practice handbook for [Internet]. Who.

- 2012 [cited 2020 Feb 9]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97415/1/9789241548717_eng.pdf
50. Leyes | Observatorio de Igualdad de Género [Internet]. [cited 2020 Feb 10]. Available from: <https://oig.cepal.org/es/laws/2/country/mexico-16>
 51. Leyes | Observatorio de Igualdad de Género [Internet]. [cited 2020 Feb 10]. Available from: <https://oig.cepal.org/es/laws/2/country/cuba-11>
 52. Leyes | Observatorio de Igualdad de Género [Internet]. [cited 2020 Feb 10]. Available from: <https://oig.cepal.org/es/laws/2/country/nicaragua-17>
 53. Ministerio de Salud. "Norma técnica es para salvar la vida de las mujeres". 2019 [cited 2020 Feb 21]; Available from: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/noticias/noticias-2019/1518-norma-tecnica-es-para-salvar-la-vida-de-las-mujeres>
 54. Oeste M al. Mitos y realidades sobre el aborto [Internet]. [cited 2020 Mar 5]. Available from: <http://biblioteca.redtrasex.org/bitstream/handle/123456789/199/DOC-0110.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 55. Manuel J, Garre H, Pérez PE. José Manuel Hernández Garre, Isabel María aznar Mula y PaloMa ecHevarría Pérez La parte menos contada deL aborto voLuntario HABLAN LAS MADRES. LA PARTE MENOS CONTADA DEL ABORTO VOLUNTARIO MOTHERS TALK. PART UNLESS TOLD OF VOLUNTARY ABORTION.
 56. Arcentales Reina NM, Chachapoya Albán EM. UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS CARRERA DE ESTADÍSTICA. 2019.
 57. OPS/OMS | Programa Regional de Bioética [Internet]. [cited 2020 Feb 22]. Available

from:

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5582:regional-program-on-bioethics&Itemid=4124&lang=es

58. Hernández LS. ¿Qué es la bioética? [Internet]. Vol. 10, Informe Médico. 1999, Editorial Ciencias Médicas; 2008 [cited 2020 Feb 23]. p. 475–86. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942010000100036&lng=es&nrm=iso&tlng=es
59. Javier F, Correa L. /1ª El aborto desde la bioética: ¿autonomía de la mujer y del médico? EL ABORTO DESDE LA BIOÉTICA: ¿AUTONOMÍA DE LA MUJER Y DEL MÉDICO? THE ABORTION FROM BIOETHICS: AUTONOMY OF WOMAN AND PHYSICIAN? Cuad. Bioét. XXI. 2010.
60. Deza SML. Abortar es un derecho. 1 ed. Vol. 53, Journal of Chemical Information and Modeling. Argentina; 2019. 1–70 p.
61. Zamora MAG, Vicco MH. Objeción de conciencia como necesidad legal: una mirada desde el aborto. Rev Bioética. 2019 Sep;27(3):528–34.
62. Ortiz-Millán G. Abortion and conscientious objection: rethinking conflicting rights in the Mexican context. Glob Bioeth. 2018 Jan 1;29(1):1–15.
63. Dickens BM, Cook RJ. The scope and limits of conscientious objection. Int J Gynecol Obstet [Internet]. 2000 Oct 1 [cited 2020 Feb 29];71(1):71–7. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1016/S0020-7292%2800%2900330-1>
64. Zamberlin, Nina. Estigma y aborto: Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe : una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia.
65. Villa, Laura; Collado, María Elena; Andrade L. ¿Qué es el estigma? ¿Qué es el estigma?

- 2017 [cited 2019 Oct 29];5–7. Available from: <https://unlp.edu.ar/frontend/media/98/27598/3f23fc987dbbda82587753c9796000a.pdf>
66. Bergallo P, Sierra I, Vaggione JM. El aborto en América Latina: Estrategias jurídicas para luchar por su ... - Paola Bergallo, Isabel Cristina Jaramillo Sierra, Juan Marco Vaggione - Google Libros [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 1]. 200–213 p. Available from: https://books.google.co.cr/books?hl=es&lr=&id=hG7ADwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT262&dq=estigma+y+discriminación+aborto&ots=jZVN66MJRy&sig=sr6IIpcp0bLVI_Se4_qr vVS7_rc#v=onepage&q=estigma+y+discriminación+aborto&f=false
 67. Drovetta RI. Profesionales de la salud y el estigma del aborto en Argentina. 2015 [cited 2020 Mar 1]; Available from: https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/98264/CONICET_Digital_Nro.cd30f4db-337e-4753-b7bc-305a446cf1c9_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y
 68. Ceballos-Vásquez P, Jara-Rojas A, Stiepovich-Bertoni J, Aguilera-Rojas P, Vílchez-Barboza V. La gestión del cuidado: una función social y legal de la enfermería chilena. *Enfermería actual en Costa Rica* [Internet]. 2015 Jul 1 [cited 2020 Aug 9];29(29):2511–4775. Available from: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i29.19733>
 69. Zarate R. La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index de Enfermería* [Internet]. 2004 [cited 2020 Aug 9];13(44–45):42–6. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009
 70. Investigaci CDE. Factores que determinan la aplicación del procesode enfermería en instituciones hospitalariasde Villavicencio, Colombia, 2008. *Av enferm.* 2009;27(1):60–8.
 71. Capitulo INDDEL, Aprendizaje ODEL, Clave T. Comprension de la teoria y los marcos de investigacion. 2016;188–208.

72. Ariza Olarte C. Desarrollo Epistemológico de Enfermería. *Rev Enfermería Univ ENEO-UNAM*. 2011;8:18–24.
73. Fergusson EM. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana. *Aquichan*. 2005;5(1):44–55.
74. Avila de Castellanos MA, Aguirre Sanchez M, Burgos Jara V, Encinas LE. Proceso de atención de enfermería. *Rev Col Nac Enferm*. 1978;25(102):15–24.
75. Vargas R. La Investigación aplicada: Una forma de conocer las realidades con evidencia científica. *Rev Educ [Internet]*. 2009 [cited 2022 Mar 3];33(1):155–65. Available from: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:QpCBnXyT1icJ:https://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion/article/viewFile/538/589+&cd=4&hl=es-419&ct=clnk&gl=cr>
76. Whittemore APRN R, Knafl Elizabeth Gray Distinguished Professor KN, Knafl K. METHODOLOGICAL ISSUES IN NURSING RESEARCH The integrative review: updated methodology.
77. Toronto CE. Overview of the Integrative Review. In: *A Step-by-Step Guide to Conducting an Integrative Review [Internet]*. Cham: Springer International Publishing; 2020. p. 1–9. Available from: http://link.springer.com/10.1007/978-3-030-37504-1_1
78. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: Updated methodology [Internet]. Vol. 52, *Journal of Advanced Nursing*. 2005 [cited 2020 Apr 28]. p. 546–53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16268861>
79. University of Adelaide. Critical Appraisal Tools [Internet]. Joanna Briggs Institute (JBI). 2022. p. 2–6. Available from: <https://jbi.global/critical-appraisal->

- tools%0Ahttps://jbi.global/critical-appraisal-tools%0Ahttps://jbi.global/critical-appraisal-tools?msclkid=13a37d7ab52d11ec8cff276f44fef232
80. Pérsico D, Torres D. Niveles de evidencia y grados de recomendación: el sistema grade. *Rev Chil Anest.* 2014;43:357–60.
 81. Polit D, Beck CT. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice.* Undécima. Wolters Kluwer, editor. Filadelfia; 2021. 839 p.
 82. Roos CM. Ações de redução de danos voltadas para usuários de drogas: uma revisão integrativa. 2011;96. Available from: <http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000782165&Aloc=2011&0Al=96bf5aadd9912ee3>
 83. Luis J, Suarez Á, Del F, Arévalo C, Fernández D, Montserrat F, et al. *Manual de Valoración de Patrones Funcionales.*
 84. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia, (INEPEO) de Asunción P. Proceso de Atención de Enfermería (PAE) - Nursing care process. *Rev Salud Pública Paraguay [Internet].* 2013;3(1):41–8. Available from: <http://www.ins.gov.py/revistas/index.php/rspp/article/viewFile/24/10>
 85. Botija Aguilera E. Rol de la enfermera en la interrupción voluntaria del embarazo [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 21]. Available from: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/684690>
 86. Strefling I da SS, Filho WDL, Kerber NP da C, Soares MC, Ribeiro JP. Percepções da enfermagem sobre gestão e cuidado no abortamento: Estudo qualitativo. *Texto e Context Enferm.* 2015;24(3).

87. Strefling I da SS, Lunardi Filho WD, Kerber NP da C, Soares MC, Gomes VL de O, Vargas E de. Comprehensive care in abortion and reproductive counseling to the woman who miscarried: perceptions of nursing. *Esc Anna Nery - Rev Enferm*. 2013;17(4):698–704.
88. Bacon A, Ellis C, Rostoker J-F, Olaro AA. Exploring the Role of Midwives in Uganda's Postabortion Care: Current Practice, Barriers, and Solutions. *Int J Childbirth*. 2014;(1):4–16.
89. Andersen KL, Basnett I, Shrestha DR, Shrestha MK, Shah M, Aryal S. Expansion of Safe Abortion Services in Nepal Through Auxiliary Nurse-Midwife Provision of Medical Abortion, 2011-2013. *J Midwifery Women's Heal*. 2016;61(2):177–84.
90. de Moel-Mandel C, Graham M, Taket A. Expert consensus on a nurse-led model of medication abortion provision in regional and rural Victoria, Australia: a Delphi study. *Contraception* [Internet]. 2019;100(5):380–5. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2019.07.004>
91. Carvalho da Silva CM, Lopes de Azevedo S, Cavalcanti Valente GS, machado T. F. Rosas AM, Marinho Chrizóstimo M. Diagnósticos de enfermería como instrumentos en la formación del enfermero: una revisión de la literatura. *Enfermería Glob* [Internet]. 2009 [cited 2022 Mar 20];(17). Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300020
92. Soares M, Freitas V, Cunha A, Almeida J, Souto C, Dantas R. Nursing practices regarding attention to women in situation of abortion. *Northeast Netw Nurs J*. 2012;13(1).
93. Pitilin É de B, Banazeski AC, Bedin R, Gasparin VA. Cuidados de enfermería en situaciones de aborto inducido / provocado: una revisión integral de la

- literatura/Assistência de enfermagem em situações de aborto induzido / provocado: uma revisão integrativa da literature/Nursing care in situations of induced. Enfermería Glob [Internet]. 2016;15(3):439–52. Available from: <https://bd.univalle.edu.co/scholarly-journals/cuidados-de-enfermería-en-situaciones-aborto/docview/1809589935/se-2?accountid=174776%0Ahttps://bd.univalle.edu.co/scholarly-journals/assistência-de-enfermagem-em-situações-aborto/docview/1809589970/se-2?accou>
94. de Brito Pitilin É, Banazeski AC, Aparecida Gasparim V. Cuidados de enfermería en situaciones de aborto inducido / provocado: una revisión integral de la literatura. Enfermería Glob Vol 15, nº 3 [Internet]. 2016 [cited 2020 Apr 21]; Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300017&lang=es
 95. Mainey L, O’Mullan C, Reid-Searl K, Taylor A, Baird K. The role of nurses and midwives in the provision of abortion care: A scoping review. Vol. 29, Journal of Clinical Nursing. 2020. p. 1513–26.
 96. González Salcedo P, Chaves Reyes AM. Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente. Investig en Enfermería Imagen y Desarro [Internet]. 2009;11(2):47–76. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145220480004>
 97. McLemore MR, Aztlan EA. Retrospective Evaluation of the Procedural Sedation Practices of Expert Nurses During Abortion Care. JOGNN - J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2017 Sep 1;46(5):755–63.
 98. Lindström M, Wulff M, Dahlgren L, Lalos A. Experiences of working with induced abortion: Focus group discussions with gynaecologists and midwives/nurses. Scand J Caring Sci. 2011;25(3):542–8.

99. Leite Araujo MA, Freitag Pagliuca LM. Análisis de Contexto del concepto de Ambiente en la Teoría Humanística de Paterson y Zderan. Index de Enfermería [Internet]. 2005 [cited 2022 Jan 13];14(48–49):42–5. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
100. Da M, Häckl S, Martinhago V, Fernandes B. OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DURANTE O PROCESSO DE ABORTAMENTO NA ÓTICA DA TEORIA HUMANÍSTICA DE PATERSON E ZDERAD THE NURSING CARE DURING THE ABORTION PROCESS FROM THE PERSPECTIVE OF PATERSON AND ZDERAD'S HUMANISTIC THEORY.

IX. ANEXOS

APÊNDICE

Roos CM. Formulário de Análise dos Artigos incluídos na revisão integrativa. Porto Alegre, 2011.

REVISÃO INTEGRATIVA
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS
TEMÁTICA: Ações de Redução de Danos Voltadas para Usuários de Drogas

- **1. Dados de identificação:**
- Título:

- Autores: Titulação:

- Periódico: Ano: Volume: Número:

- Descritores / Palavras-Chave:

- **2. Objetivo/Questão de investigação:**

- **3. Metodologia:**

- Tipo de estudo:

- População/Amostra: Local onde o estudo aconteceu:

- Técnica de coleta de dados:

- **4. Resultados:**

- **5. Limitações/Recomendações:**

- **6. Observação:**

LISTA DE VERIFICACIÓN DE EVALUACIÓN CRÍTICA DEL JBI PARA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Crítico _____ Fecha _____

Autor _____ Año _____ Número de registro _____

	sí	No	Poco claro	No aplicable
1. ¿Existe congruencia entre la perspectiva filosófica declarada y la metodología de investigación?	☐	☐	☐	☐
2. ¿Existe congruencia entre la metodología de la investigación y la pregunta o los objetivos de la investigación?	☐	☐	☐	☐
3. ¿Existe congruencia entre la metodología de investigación y los métodos utilizados para recopilar datos?	☐	☐	☐	☐
4. ¿Existe congruencia entre la metodología de investigación y la representación y análisis de datos?	☐	☐	☐	☐
5. ¿Existe congruencia entre la metodología de la investigación y la interpretación de los resultados?	☐	☐	☐	☐
6. ¿Existe un enunciado que ubique al investigador cultural o teóricamente?	☐	☐	☐	☐
7. ¿Se aborda la influencia del investigador en la investigación y viceversa?	☐	☐	☐	☐
8. ¿Están los participantes y sus voces adecuadamente representados?	☐	☐	☐	☐
9. ¿La investigación es ética de acuerdo con los criterios actuales o, para estudios recientes, y hay evidencia de aprobación ética por parte de un organismo apropiado?	☐	☐	☐	☐
10. ¿Las conclusiones extraídas en el informe de investigación se derivan del análisis o interpretación de los datos?	☐	☐	☐	☐

Valoración general: Incluir ☐ Excluir ☐ Busque más información ☐

Comentarios (Incluido el motivo de la exclusión)

LISTA DE VERIFICACIÓN DE EVALUACIÓN CRÍTICA DEL JBI PARA ESTUDIOS DE CONTROL DE CASOS

Crítico _____ Fecha _____

Autor _____ Año _____ Número de registro _____

	sí	No	Poco claro	No aplicable
1. ¿Fueron los grupos comparables además de la presencia de enfermedad en los casos o la ausencia de enfermedad en los controles?	☐	☐	☐	☐
2. ¿Se emparejaron adecuadamente los casos y los controles?	☐	☐	☐	☐
3. ¿Se utilizaron los mismos criterios para la identificación de casos y controles?	☐	☐	☐	☐
4. ¿Se midió la exposición de manera estándar, válida y confiable?	☐	☐	☐	☐
5. ¿Se midió la exposición de la misma manera para los casos y los controles?	☐	☐	☐	☐
6. ¿Se identificaron factores de confusión?	☐	☐	☐	☐
7. ¿Se establecieron estrategias para hacer frente a los factores de confusión?	☐	☐	☐	☐
8. ¿Se evaluaron los resultados de manera estándar, válida y confiable para casos y controles?	☐	☐	☐	☐
9. ¿El período de exposición de interés fue lo suficientemente largo como para ser significativo?	☐	☐	☐	☐
10. ¿Se utilizó un análisis estadístico apropiado?	☐	☐	☐	☐

Valoración general: Incluir ☐ Excluir ☐ Busque más información ☐

Comentarios (incluido el motivo de la exclusión)

LISTA DE VERIFICACIÓN DE EVALUACIÓN CRÍTICA DEL JBI PARA ESTUDIOS DE COHORTE

Crítico _____ Fecha _____ Autor _____

_____ Año _____ Número de registro _____

	sí	No	Poco claro	No aplicable
1. ¿Fueron los dos grupos similares y se reclutaron de la misma población?	☐	☐	☐	☐
2. ¿Se midieron las exposiciones de manera similar para asignar a las personas	☐	☐	☐	☐
3. ¿a grupos expuestos y no expuestos?				
4. ¿Se midió la exposición de manera válida y confiable?	☐	☐	☐	☐
5. ¿Se identificaron factores de confusión?	☐	☐	☐	☐
6. ¿Se establecieron estrategias para hacer frente a los factores de confusión?	☐	☐	☐	☐
7. ¿Los grupos / participantes estaban libres del resultado al comienzo del estudio (o en el momento de la exposición)?	☐	☐	☐	☐
8. ¿Se midieron los resultados de manera válida y confiable?	☐	☐	☐	☐
9. ¿Se informó el tiempo de seguimiento y fue suficiente para ser lo suficientemente largo para que ocurran los resultados?	☐	☐	☐	☐
10. ¿Se completó el seguimiento y, de no ser así, se ¿Razones para la pérdida durante el seguimiento descritas y exploradas?	☐	☐	☐	☐
11. ¿Se utilizaron estrategias para abordar el seguimiento incompleto?	☐	☐	☐	☐
12. ¿Se utilizó un análisis estadístico apropiado?	☐	☐	☐	☐

Valoración general: Incluir ☐ Excluir ☐ Busque más información ☐

Comentarios (incluido el motivo de la exclusión)

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR SYSTEMATIC REVIEWS AND RESEARCH SYNTHESSES

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	☐	☐	☐	☐
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	☐	☐	☐	☐
3. Was the search strategy appropriate?	☐	☐	☐	☐
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	☐	☐	☐	☐
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	☐	☐	☐	☐
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	☐	☐	☐	☐
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	☐	☐	☐	☐
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	☐	☐	☐	☐
9. Was the likelihood of publication bias assessed?	☐	☐	☐	☐
10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	☐	☐	☐	☐
11. Were the specific directives for new research appropriate?	☐	☐	☐	☐

Overall appraisal: Include ☐ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (including reason for exclusion)
