

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

Recinto Universitario Rubén Darío

Facultad de Ciencias Médicas



Trabajo Monográfico Para Optar al Título de Médico
y Cirujano

Efecto psicológico por pérdida reproductiva en mujeres atendidas en el
Hospital Amistad Japón Nicaragua- Granada II semestre 2014.

Autores:

Br (a). Olga Isabel Pérez Jarquín
Br (a) Silvia Elena Urcuyo Cerda.

Tutor:

Dr. Eladio Meléndez A. MSSR
Epidemiólogo del Hospital Amistad Japón Nicaragua.
Granada

Granada, Nicaragua. 2015

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

Recinto Universitario Rubén Darío

Facultad de Ciencias Médicas



Trabajo Monográfico Para Optar al Título de Médico
y Cirujano

Efecto psicológico por pérdida reproductiva en mujeres atendidas en el
Hospital Amistad Japón Nicaragua- Granada II semestre 2014.

Autores:

Br (a). Olga Isabel Pérez Jarquín
Br (a) Silvia Elena Urcuyo Cerda.

Tutor:

Dr. Eladio Meléndez A. MSSR
Epidemiólogo del Hospital Amistad Japón Nicaragua.
Granada

Granada, Nicaragua. 2015

DEDICATORIA

Dedico este trabajo en primer lugar a nuestro creador por haberme dado la fuerza y el ímpetu necesario para llevarlo a cabo.

A mis padres quienes fueron mi mayor inspiración.

A mis maestros quienes de forma invaluable llenaron de conocimientos nuestras vidas para sobrellevar todos los obstáculos que atravesamos en el camino.

Olga.

Al creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado.

A mi padre que con tu ejemplo me enseñaste de amor y compasión hacia el más necesitado, mi madre que ha sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy, ha sido un privilegio ser su hija.

A todos mis compañeros a lo largo de este largo camino, gracias a su apoyo y conocimiento hicieron esta experiencia una de las mas especiales.

Silvia.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos de forma especial a nuestra alma máter, casa de nuestros conocimientos, a nuestros maestros que con su actitud desinteresada estimularon nuestro aprendizaje y gracias a sus exigencias lograron formar los médicos que somos de ahora en adelante, a nuestros pacientes que nos han llenado de tantas satisfacciones y son nuestra principal razón para ser mejores día a día.

OPINIÓN DEL TUTOR

Tengo a bien presentar el trabajo monográfico “Efecto Psicológico por pérdida reproductiva en mujeres atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua – Granada. II. Semestre 2014”.

Las Bases Olga Jessenia Pérez Sevilla. Silvia Elena Urcuyo Cerda, son las autoras de dicho trabajo. Ellos desde que iniciaron el proceso de investigación demostraron responsabilidad, creatividad, ética y sensibilidad para tratar el tema.

Entre los resultados se destacan:

Las mujeres que tuvieron pérdidas reproductiva 48.7% tenían edades comprendidas entre 20 a 29 años, población joven relativamente. El tipo de pérdida reproductiva de acuerdo al tiempo de gestación las pérdidas tempranas como el aborto incompleto el 52.6% fue el más frecuente y el 10.5% fueron inducidos. Las pérdidas tardías 3.9% fueron muerte fetal intermedia y muerte fetal tardía.

El tipo de efecto psicológico que generó en ella fue de asombro no creían la noticia que le habían dado el médico. El 42.1% estaban confundidas, el 14.5% estaban desorientadas y el 31.6% señalaron que además de los efectos psicológicos antes mencionados también manifestaban desorientación y estaban tristes, el 31.6% de las mujeres sintieron ganas de llorar y el 46.1% además de eso también sintieron angustia y desesperación.

Todos estos resultados son situaciones que si no se tratan interfieren de alguna manera en el desarrollo pleno de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, hay que recordar que hay acuerdos y compromisos internacionales para mejorar la salud relacionados en estos temas. Que el ministerio de salud y el estado tienen que cumplir. Visualizarlo ha sido la labor de las autoras.

Felicito a las Bachilleras por su compromiso con el trabajo y le insto a seguir preparándose para dar un mejor servicio a la población que les demanda.

RESUMEN

La muerte de un recién nacido en útero, situación que se ha afrontado hasta ahora negándole importancia, con bastante indiferencia. En tiempos de un enfoque mundial sobre la maternidad, dentro del programa de acción sanitaria no se reconoce el anhelo de la madre de tener un bebé vivo. No se registran millones de muertes, los casos de muerte fetal intrauterina no se reconocen en la carga global de morbilidad ni se registran como vidas perdidas en los años de vida ajustados en función de la discapacidad.

Desde el punto de vista de las instituciones no existe protocolo de manejo a la problemática que vive una mujer después de un fracaso reproductivo en las unidades de salud pública. Situación que también se vive en el hospital amistad Japón Nicaragua, donde en una semana pueden ocurrir de 5 a 10 abortos, 1 a 2 muerte perinatales, mensuales, 1 molas hidatiforme cada 3 a 4 meses, 2 a 4 embarazos ectópicos rotos también en este periodo.

Se considera una necesidad imperativa la evaluación de la psiquis de la mujer y el manejo que se les brinda ante el fracaso reproductivo. Este trabajo permitirá explicar los efectos del fracaso a lo inmediato como lo viven en ese momento, que elementos están inverso que agravan dicha condición, y las repuesta del servicio hospitalario ante la necesidad de intervención.

Se realizó estudio descriptivo de corte transversa donde se incluyeron 76 mujeres que acudieron al hospital Amistad Japón Nicaragua en el segundo semestre del 2014 por problema de pérdida reproductiva temprana o tardía. Estas procedían de los cuatro municipio de Granada. Para dicho estudio se utilizó el protocolo de actuación sobre los fracasos reproductivos, elaborado y ejecutado en Chile.

Para cumplir con los objetivos del estudio se recabo información sobre datos socio económico, el tipo de pérdida reproductiva, los efecto Psicológico de las perdidas reproductivas y posibles factores que de alguna manera agravan la salud mental de las mujeres.

La información fue procesada y analizada en el programa computarizado SPSS 21.0 para Windows y la información se presenta en tabla de frecuencia y cruces de variables.

Los resultados encontrados 48.7% tenían edades comprendidas entre 20 a 29 años, siendo 60.6% acompañada según su estado civil, el 60.5% señalaron tener un nivel de escolaridad de secundaria.

Cuando investigamos el tipo de pérdida reproductiva de acuerdo al tiempo de gestación las pérdidas tempranas como el aborto incompleto el 52.6% fue el más frecuente y el 10.5% fueron inducidos. Las perdidas tardías 3.9% fueron muerte fetal intermedia y muerte fetal tardía.

Al comparar el tipo de perdida reproductiva relacionada al tiempo de gestación con los efecto Psicológicos que manifestaron las mujeres atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua conociendo previamente que el 96.1% fue un médico que le informo de la

perdidas entonces el 56.2% no lo creían y el 75.0% no entendían la explicación que le daban el médico. El 36.8% no fueron acompañadas por su compañeros en todo el proceso, el 27.6% sienten vergüenza por el que dirán los que las conocen o la propia familia. Logramos identificar que el 64.7% no recibieron ningún apoyo por ningún experto de parte del Hospital siendo 55.3% con pérdidas temprana y casi totas exceptuando solo una de las mujeres que tuvieron pérdidas tardías.

Conclusión: El fracaso reproductivo ocurrido en etapa temprana de la gestación fue el aborto espontáneo incompleto. Y en etapa tardía la muerte fetal intermedia como la tardía tenían el mismo porcentaje. Ambas pérdidas son más frecuente en la mayoría de los grupos con características socio - demográficamente ya mencionada anteriormente que ocurre cotidianamente

ÍNDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN.....	9

II. ANTECEDENTES.....	11
III. JUSTIFICACIÓN	12
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
V. OBJETIVOS.....	14
Objetivo General	
Objetivos Específicos	
VI. MARCO TEÓRICO.....	15
Definiciones.	
Clasificación de las pérdidas reproductivas.	
Factores que intervienen en las pérdidas tempranas reproductivas.	
Reacciones ante una pérdida reproductiva.	
Elementos que contribuyen a los efectos psicológicos.	
Etapas del duelo.	
VII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	32
7.1 Tipo de Estudio.....	32
7.2 Lugar y periodo	32
7.3 Universo y Muestra.....	32
7.4 Operacionalización de variables.....	33
7.5 Técnica y Procedimiento.....	36
7.6 Cruce de variables	37
7.7 Aspectos éticos	37
VIII. RESULTADOS.....	38
IX. DISCUSIÓN.....	40
X. CONCLUSIÓN.....	42
XI. RECOMENDACIÓN	43
XII.BIBLIOGRAFÍA.....	44
XIII. ANEXOS	46
Anexos 1. Instrumento de recolección de la información.	
Anexos 2. Cuadros de Resultados.	
Anexos 3. Gráficos de Resultados.	

I. INTRODUCCIÓN

La muerte de un recién nacido en útero, situación que se ha afrontado hasta ahora negándole importancia, con bastante indiferencia. En los hospitales han tendido a minimizar el impacto que estas muertes tienen sobre los padres porque piensan que al no haber conocido al hijo, es como si no tuvieran derecho a realizar un duelo por el bebé muerto. (Asociaciones Umamanita y El Parto es Nuestro, 2007).

En tiempos de un enfoque mundial sobre la maternidad, dentro del programa de acción sanitaria no se reconoce el anhelo de la madre de tener un bebé vivo. No se registran millones de muertes, los casos de muerte fetal intrauterina no se reconocen en la carga global de morbilidad ni se registran como vidas perdidas en los años de vida ajustados en función de la discapacidad, y no forman parte de los objetivos de desarrollo del milenio de la ONU. Los acuerdos internacionales en reducción de la muerte materna y del niño fueron establecidos no así la muerte fetal intrauterina que no se mencionó en ninguno de estos compromisos y también no se refiere a la terapéutica psicológica que deben recibir los progenitores (J Frederik Frøen, 2011)

Actualmente no se puede desvincular los aspectos psicológicos y sociales en el entendimiento y enfrentamiento de la salud – enfermedad. Las mujeres tienden, por los estereotipos de género tradicionales, a preguntarse si son responsables de lo que les sucede generando muchos sentimientos negativos en detrimento a salud mental y por ende a la salud sexual y reproductiva cuando le sucede un aborto o una muerte perinatal.

El indicador principal del bienestar de una mujer después de tener un aborto o un fracaso reproductivo, sin importar raza o religión, es el nivel de bienestar antes del inicio de la gestación. Independientemente de que una persona haya tenido un aborto provocado, terapéutico o espontáneo, el hecho de que una mujer tenga que haber vivido una interrupción en su embarazo ya es motivo de dolor para ella, ya que el embarazo es un proceso que comenzó a gestarse no solo en el cuerpo, sino también en la psiquis de la madre, por lo que experimentar luego esa pérdida, por las razones que sean, trae repercusiones a nivel psicológico y emocional para la mujer y muchas veces también para su entorno. (Rodríguez, 2006)

El gobierno de Nicaragua asumió compromisos internacionales en materia de salud sexual y reproductiva. Pero sin embargo muchos de estos no han sido considerados como tal posiblemente a la falta de demanda por desconocimiento de la población. Desde el punto de vista de las instituciones no existe protocolo de manejo a la problemática que vive una mujer después de un fracaso reproductivo en las unidades de salud pública. Situación que también se vive en el hospital amistad Japón Nicaragua, donde en una semana pueden ocurrir de 5 a 10 abortos, 1 a 2 muerte perinatales, mensuales, 1 molas hidatiforme cada 3 a 4 meses, 2 a 4 embarazos ectópicos rotos también en este periodo. (NICARAGUA, 2014) Siendo una situación invisibilidad y se le ha dedicado poca importancia.

II. ANTECEDENTES

En la busque de medios electrónico no se encontró estudio similares que se hayan publicado en otros países o en el nuestro. Lo que logramos encontrar fueron orientaciones técnicas o norma en la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas del país de Chile. (Chile, 2011) pero no evidencia ningun estudio que se haya realizado sobre este tema. Y a nivel de nuestro pais en universidades que tienen facultad de medicina no logramos encontrar referencia alguna.

III. JUSTIFICACIÓN

En 1994, la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas, estableció que “En todos los casos, las mujeres deben tener acceso a servicios de calidad para la atención de las complicaciones que se deriven del aborto o pérdida reproductiva. En la actualidad, la comunidad científica (Rue-Speckhard, 1992, Ney-Wickett, 1997, Cassadei, 1996, Ney, 1989, entre otros) ya ha dado a conocer la existencia de consecuencias psicológicas del aborto en la mujer o de lo fracaso reproductivo. (Pavia)

Las consecuencias psicológicas del aborto son reconocidas también por autores del área de la fertilización asistida, diagnóstico prenatal y eugenesia y aborto terapéutico. Profesionales que se dedican a tales tareas recomiendan, paradójicamente, un tratamiento y seguimiento de los pacientes (madre y padre)

En el sistema de salud Nicaragüense, no hay una atención integral ni una unidad de servicios en salud mental especializada que dé seguimiento a las mujeres que han tenido una pérdida reproductiva, esto debido a la gran cantidad de personas que asisten diario a los hospitales y el poco personal para lograr atender la demanda y se suma la falta de investigaciones exhaustivas de la necesidad en reconocer dicha problemática.

Se considera una necesidad imperativa la evaluación de la psiquis de la mujer y el manejo que se les brinda ante el fracaso reproductivo. Nuestro trabajo permitirá explicar los efectos del fracaso a lo inmediato como lo viven en ese momento, que elementos están inverso que agravan dicha condición, y las repuesta del servicio hospitalario ante la necesidad de intervención. De esta manera estaremos contribuyendo a visibilizar por primera vez en nuestro medio esta problemática que esperamos encontrar que las autoridades de salud establezcan acciones específicas para mejorar la salud mental sexual y reproductiva de las femeninas que de manera indirecta también incide en la salud de la familia,

IV. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

¿Cuáles fueron los efectos psicológicos por pérdida reproductiva en mujeres atendidas en el Hospital amistad Japón Nicaragua de Granada durante el segundo semestre del año 2014?

V. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar los efectos psicológicos por pérdida reproductiva en mujeres atendidas en el Hospital amistad Japón Nicaragua de Granada durante el segundo semestre del año 2014.

Objetivos específicos

1. Caracterizar socio demográficamente a las mujeres que vivieron una pérdida reproductiva.
2. Identificar los tipos de pérdida reproductiva vivida en las mujeres incluidas en el estudio.
3. Describir los efectos psicológicos manifestados por las mujeres después de su pérdida reproductiva.
4. Conocer las condiciones que pudieron agravar los efectos psicológicos sentidos.

Definiciones.

Pérdida Reproductiva:

Embarazo que no culmina en el nacimiento de un ser humano producto de una complicación. Que puede ser temprana y tardía en su edad gestacional o inmediatamente después del nacimiento.

Clasificación de las pérdidas reproductivas:

- Pérdidas Temprana
- Pérdidas Tardías.

- Pérdidas tempranas.

Aborto:

Pérdida de un producto menor de 22 semanas de gestación con un peso menor de 500 gramos.

Aborto Inevitable:

Embarazo con pronóstico ominoso, Generalmente hay hemorragia y dolor intenso, rotura de membranas, con o sin modificaciones cervicales.

Los criterios de inevitabilidad son los siguientes:

- Cuello dilatado, mayor que lo esperable para la paridad de la paciente.
- Huevo roto.
- Huevo infectado.
- Desprendimiento ovular.
- Metrorragia importante.

Aborto en Evolución:

Embarazo no viable con contracciones uterinas dolorosas frecuentes y modificaciones cervicales: cuello borrado y con dilatación del orificio cervical interno (OCI). Pueden palparse a través de cuello partes fetales u ovulares.

Aborto Incompleto:

Presencia de restos ovulares o partes fetales o embrionarias en la cavidad uterina, sin contracciones uterinas. Clínicamente en una paciente que ha tenido contracciones uterinas, se ha evidenciado o relata que expulsó material compatible con restos, y al examen ginecológico se encuentra un útero de tamaño acorde al embarazo o un poco menor, pero nunca normal, cuello dilatado y hemorragia de regular a gran cuantía.

Aborto completo:

Ausencia de restos ovulares o partes embrionarias o fetales en la cavidad uterina después de haber ocurrido la expulsión del contenido uterino. Clínicamente en una paciente que ha tenido contracciones uterinas, se ha evidenciado o relata que expulsó abundante material compatible con restos, embrión o feto, y que al examen ginecológico se encuentra un útero de tamaño normal o menor para la gestación, cuello cerrado o levemente dilatado, y metrorragia escasa o nula. Generalmente, existe el relato de la paciente que dice haber experimentado disminución del dolor y la hemorragia después de la expulsión de los tejidos ovulares. El cuello uterino, en caso de aborto completo se cierra casi completamente a las 72hrs de producido el aborto.

Aborto Retenido:

Presencia intrauterina de embrión o feto sin actividad cardíaca o un saco gestacional sin embrión. En caso de huevo anembrionado, definido como un saco gestacional de más de 35mm de diámetro mayor en ecografía transabdominal, o de 18mm en ecografía transvaginal, sin embrión en su interior.

Aborto Inducido:

Todo embarazo no viable con evidencia o sospecha fundada de maniobras con el fin de interrumpir el embarazo, que tengan cualquiera de las características correspondientes a las diferentes etapas o tipos de aborto ya mencionados.

Aborto Séptico:

Cualquiera de las categorías o etapas de aborto ya mencionadas que presenten fiebre sobre 38°C en dos tomas separadas por 6hrs. A esto se puede agregar, en algunos casos,

contracciones uterinas, flujo purulento con o sin mal olor saliendo por el orificio cervical externo (OCE), con o sin signos de compromiso peritoneal, miometrial o anexial. (Martínez 2001)

Todo aborto con fiebre se debe considerar provocado hasta que no se demuestre lo contrario.

Enfermedad Trofoblástica Gestacional:

Espectro de procesos de proliferación celular que se origina del trofoblasto vellositario de la placenta.

2,1b. Mola Hidatiforme:

Presentan características clínicas y de laboratorio que permiten sospecharlas. Por los altos niveles de hormona gonadotropina corionica humana. (HCG), producen complicaciones médicas cada vez más infrecuentes de observar como: quistes ováricos tecaluteínicos bilaterales, hiperémesis, pre-eclampsia, hipertiroidismo e insuficiencia respiratoria secundaria a embolia de tejido molar.

2,1c. Neoplasia trofoblástica gestacional postmolar:

según la federación internacional de ginecología y obstetricia (FIGO): niveles de HCG se mantienen estables o disminuyen menos del 10% del basal en 3 semanas, aumento mayor al 10% del basal en 2 semanas, o persistencia de HCG detectable por más de 6 meses post evacuación.

Embarazo Ectópico:

Embarazo ectópico es la implantación del huevo fecundado en cualquier parte de la cavidad pelviana o abdominal que no sea la cavidad uterina. Tiene una incidencia muy variable, de aproximadamente un 1.8% a 2% de todos los embarazos.

Embarazo ectópico crónico:

Es una entidad poco definida en ginecología, pero existe. Es un embarazo ectópico que en algún momento se complicó, con rotura de trompa o aborto tubario, pero el cuadro se estabilizó espontáneamente sin manifestarse clínicamente como para inducir al clínico a un mayor estudio, formándose un complejo tubo ovárico, con adherencias de trompa, ovario y

estructuras vecinas, debido a la presencia inicial de fibrina y coágulos. Se puede producir en cualquier momento rotura de la trompa y manifestarse clínicamente, si ello no ocurre, el embarazo ectópico puede pasar desapercibido para siempre.

➤ Pérdidas Tardías:

Una muerte fetal es la presencia del feto sin actividad cardíaca diagnosticada por ecografía.

Muerte Fetal intermedia:

Presencia de feto sin actividad cardíaca diagnosticado por ecografía.

Muerte fetal tardía:

Es la que ocurre después de la vigesimoctava semana de gestación.

Muerte neonatal temprana:

La que ocurre dentro de los primeros siete días después del nacimiento.

Muerte fetal temprana:

Es aquella que ocurre entre la 22^{sg} y las 27 semanas de gestación.

Factores que intervienen en las Pérdida Temprano Reproductivo

Factores genéticos.

Más de la mitad de los abortos en las primeras 13 semanas de embarazo son provocados por problemas cromosómicos del feto. Los cromosomas son las estructuras diminutas dentro del centro de cada una de las células del cuerpo. Cada cromosoma lleva muchos genes que determinan los rasgos de una persona.

Los abortos pueden ser el resultado de un número o estructura anormales de los cromosomas. Muchos de los problemas cromosómicos no se heredan (que pasan de los padres). Estos ocurren por casualidad y probablemente no ocurrirán de nuevo en un próximo embarazo. En la mayoría de los casos, no hay nada malo con la salud de la mujer o el hombre. La frecuencia de estos problemas aumenta con la edad de la mujer.

Factores de la salud de la mujer.

Las infecciones pueden afectar al útero y al feto y, como resultado, terminar con el embarazo. Problemas hormonales de la mujer también pueden provocar un aborto muy temprano. Si la mujer tiene una enfermedad crónica, como diabetes no controlada, tiene un riesgo más elevado de abortar. A veces el tratamiento de la enfermedad puede mejorar la oportunidad para un embarazo saludable.

Los problemas con el útero o cérvix de una mujer (que se esté abriendo) también puede provocar el aborto. Los problemas incluyen un útero anormalmente formado o un cérvix incompetente. Un cérvix incompetente se empieza a dilatar y abrir demasiado temprano, normalmente a la 14–26 semanas de embarazo, sin dolor u otras señales de trabajo de parto. (Secretaría Distrital de Salud. Bogotá)

Factores del estilo de vida.

Las mujeres embarazadas que fuman pueden tener sangrado vaginal durante el embarazo con mayor frecuencia. Su riesgo de aborto es más alto que el de las mujeres que no fuman. El abuso del alcohol y el uso de drogas ilegales también aumentan el riesgo de aborto. Sobre todo en el embarazo temprano.

La mayoría de las situaciones de la vida diaria no aumentan el riesgo de aborto. No hay ninguna prueba, por ejemplo, que el trabajo, el ejercicio, las relaciones sexuales o el haber usado pastillas anticonceptivas aumenten el riesgo de una mujer embarazada.

El malestar estomacal, a menudo llamada enfermedad de la mañana, es tan común en el embarazo temprano y no aumenta el riesgo. De hecho, mujeres que tienen la enfermedad de la mañana pueden tener menos riesgo de aborto.

A menudo, mujeres que han tenido un aborto creen que se causó por una caída, un golpe o incluso un susto. En la mayoría de los casos, esto no es verdad. De hecho, en la mayoría de los abortos el *embrión* o el feto se murió algunas semanas antes de que el aborto ocurriera. (Ministerio de Salud. Chile, 2011)

Reacciones ante una pérdida reproductiva.

En general, cuando las mujeres ingresan por una pérdida reproductiva a los servicios de ginecoobstetricia están confundidas, tienen temor a la actitud del personal de salud a eventuales problemas judiciales, se sienten avergonzadas, tienen muchas dudas respecto a lo que les va a ocurrir en su hospitalización, incertidumbre frente a su futuro tienen dificultad o no son capaces de controlar sus emociones no saben cómo reaccionar ante lo que les espera, tienen dificultades para tomar decisiones y la embargan sentimientos de culpa. (Bautista.p. el duelo ante la muerte de un recién nacido 2001).

Para muchas mujeres, la curación emocional requiere de mucho más tiempo que para la curación física. Los sentimientos de pérdida pueden ser intensos. Aun cuando el embarazo acabó muy temprano, el sentido de unión entre una mujer y su feto puede ser fuerte.

El pesar puede involucrar una gama amplia de sentimientos. Puede intentar buscar la causa de porque su embarazo terminó. Puede culparse. Puede tener dolores de cabeza, pérdida de apetito, sentirse cansada o problemas para concentrarse o dormir.

Sus sentimientos de pesar pueden diferir de los de su compañero. Han sentido los cambios físicos del embarazo. El compañero también se puede afligir, pero él no puede expresar sus sentimientos de la misma manera que la mujer. Él puede sentir que tiene que ser fuerte para los dos y no puede compartir su dolor y desilusión con la mujer. Esto puede crear tensiones entre los dos, cuando la mujer necesita más de él.

La mayoría de las mujeres que abortan puede tener un embarazo saludable después. La curación emocional es tan vital como la curación física. Afligirse le permite aceptar la pérdida dolorosa y seguir con su vida. (Sanchez Pichardo, 2007)

Teniendo en cuenta esto, es necesario considerar en la mujer que tiene una pérdida reproductiva es siempre una situación estresante, por lo que es normal que las mujeres manifiesten ansiedad la que se caracteriza por una anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuro, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión; el objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo, inquietud, problemas para relajarse, cansancio, pesadumbre, también son frecuentes los sentimientos de tristeza y duelo, reconocido por el DSM IV-TR, como una reacción ante la muerte de una persona

querida. Es importante no calificar inmediatamente de patológicas estas reacciones, más bien, deben hacerse algunas preguntas que permitan identificar, en primer lugar, si la mujer está experimentando o no sentimientos de pérdida y duelo.

Las mujeres que han decidido por la adopción cuando ingresan al hospital por trabajo de parto, o aquellas que lo deciden después de éste, suelen tener emociones ambivalentes, por muy segura que parezca su decisión. Los sentimientos de tristeza y duelo son frecuentes en las mujeres atendidas por una pérdida reproductiva, particularmente cuando la gestación fue planificada, buscada, esperada y aceptada. (Madinabeitia, 2011)

Actitudes sociales insensibles que agravan el estado de la salud mental de las mujeres con una pérdida reproductiva:

Las actitudes sociales insensibles y las respuestas de la familia, amigos y profesionales bien intencionadas han servido para perpetuar el duelo no resuelto. La sensación de haber “explotado” que la gente experimenta en las etapas iniciales de un duelo (Shock) los deja abiertos y vulnerables. Por lo tanto, se encuentran muy sensibles a las respuestas y a la retroalimentación que reciben de su sistema de apoyo y de su entorno inmediato. Un comentario que puede parecer casual e inocuo para el que habla o uno hecho con buenas intenciones, puede tener un impacto profundo en el afligido, influenciando como él o ella procesará su experiencia de duelo y como se definirá a esa persona.

Durante esos momentos iniciales las personas están buscando la retroalimentación que definirá la validez social de su situación. La respuesta que reciben, de acuerdo con Borg y Lasker, hará “la enorme diferencia entre una tragedia que es soportable y una que empeora por la insensibilidad, el error y la falta de atención de una necesidad”. Las respuestas que no apoyan ni facilitan la resolución de una pérdida incluyen aquellas que:

- Minimizan la pérdida. “las cosas podías haber sido peores” Intentan encontrar algo positivo en el cambio o pérdida. “Por lo menos tienes un bebé hermoso y saludable”. Esta es una respuesta típica a una madre después de una cesárea inesperada.
- Son condescendientes o triviales. “Lo que pasa es lo mejor”. ” Estoy seguro que todo va a salir bien”.

- Negarse a discutir sobre la pérdida - la conspiración del silencio - es una forma común de negar sus significados. Esta reacción surge del deseo de evitar el malestar por la pérdida y no por la preocupación por las necesidades del afligido. (Ripalda, 2011)

Elementos que contribuyen a los efectos psicológicos.

5. Valores culturales y religiosos

La cultura occidental tiende a enfatizar y valorar el desarrollo de la mente y del pensamiento racional en vez de cultivar los sentimientos. A medida que los niños crecen, la respuesta de los padres es el factor clave para enseñarles a ellos a tener o no miedo de sus sentimientos. Los niños sienten miedo de sus sentimientos y del poder emocional contenido en ellos, a menos que se les provea de:

- Adecuada información acerca de la naturaleza y el propósito de los sentimientos.
- Límites y parámetros para la expresión adecuada de estos sentimientos y Apoyo para integrar esta energía para que les sirva en la vida.

Consecuentemente ellos podrías concluir que los sentimientos y la energía resultante son “malos” y que ellos mismos son malos por tener estos sentimientos. Cuando como adultos se experimenta la intensidad de los sentimientos encontrados en el duelo, las personas tienden a reaccionar de la forma como aprendió a hacerlo en la infancia. Debido a que se les ha proporcionado apoyo para pensar pero no para sentir, ellos bloquean su energía y no pueden dominarla para responder y procesar los eventos de la vida. Cuando ocurren el cambio y la pérdida, la información, las habilidades y las herramientas para procesar el duelo no están disponibles para ellos.

La ética tradicional Judeo Cristiana acentúa esta respuesta por su gran tabú en contra de los sentimientos de rabia, miedo y tristeza. La rabia es definida como estar fuera de control – algo impío y no cristiano. El miedo es definido como una falta de fe - no creer en Dios. La tristeza es percibida como una forma de egoísmo: si el duelo es por la muerte de alguien, el fallecido está en el cielo con Dios y por lo tanto está mejor que antes. Si el duelo es por otras pérdidas, la experiencia es definida con frecuencia como una prueba o como un castigo de Dios. Estas actitudes y creencias demandan y necesitan que las personas

renieguen de una parte significativa de sí mismos sus sentimientos los cuales son ingrediente fundamental y la esencia del proceso del duelo.

5, a. Guiones culturales

“Los guiones culturales” se refieren a valores, actitudes y conductas enseñadas a las personas en referencia a su género. Evolucionan desde los mensajes y la información que se les da acerca de ser hembras o varones en su sociedad y se hacen parte de la programación con la que las personas se desenvuelven en sus vidas. Esto es un aspecto crítico en la respuesta a la pérdida y al cambio.

El vínculo con un feto es diferente para los hombres y mujeres. El bebé es llevado en el vientre materno. Es ella quien experimenta los cambios hormonales y fisiológicos. Para el hombre, la realidad del embarazo el vínculo subsiguiente no se inicia con frecuencia hasta el segundo trimestre. Por lo tanto, su nivel de vinculación no es con frecuencia tan importante como el de la mujer y el significado de la pérdida no es tan grande. Una excepción parece ser cuando se encuentra que son factores genéticos los que influyen la pérdida. La experiencia del duelo en el hombre se enfoca más en la imagen de sí mismos, la autoestima y la inhabilidad generalizada de tener un hijo en vez de la pérdida específica de un bebé.

5, b. El desgaste y la respuesta de los profesionales

Los profesionales de la salud que trabajan en obstetricia, en el trabajo de parto y en el parto, en cuidados intensivos y en oncología también experimentan el duelo cuando un paciente muere o nace con anomalías congénitas. Existe una rotación alta en el personal de enfermería de estas unidades tanto como un 85-90 % en algunos hospitales debido al factor de desgaste. El desgaste es uno de los síntomas primarios del duelo no resuelto.

El tiempo para procesar el duelo, la información y el apoyo para hacerlo y el clima del ambiente (que incluye grupos de apoyo y el procesar y compartir algún tiempo con los colegas) no están con frecuencia disponibles para asistir a los profesionales de la salud para darse cuenta y resolver su duelo. Lidar con el duelo y con la pérdida no ha sido incorporado en el currículo de entrenamiento ni en la rutina diaria. El duelo no resuelto

produce estrés. El estrés inhibe el funcionamiento inmunológico en el cuerpo lo cual incrementa la susceptibilidad a la enfermedad.

El duelo no resuelto tiene un impacto en la atención y el desempeño. Sufre la calidad del cuidado, se reduce la resolución de problemas, se deterioran la memoria y el recuerdo y se hacen juicios inadecuados en el manejo de los casos. Aparece otra fuente de estrés del surgimiento repentino de la alta tecnología en la medicina: uno de sus efectos ha sido divorciar a la muerte del proceso vital consiguiendo aislar a las personas del reconocer a la muerte como parte del ciclo de la vida. Es esto lo que ha sido la muerte de cualquier manera una materia altamente cargada una mística que crea miedo y expectativas no realistas por parte de ambos, el consumidor y el proveedor. (Gardland, 2014).

6. Etapa del duelo.

El modelo Kübler-Ross, comúnmente conocido como las cinco etapas del duelo, fue presentado por primera vez por la psiquiatra suizo-estadounidense Elisabeth Kübler-Ross (1926-2004) en su libro *On death and dying*, en 1969. Este libro describe, en cinco etapas distintas, un proceso por el cual la gente lidia con la tragedia, especialmente cuando es diagnosticada con una enfermedad terminal o una pérdida catastrófica.

1. Negación.

La negación consiste en negar el evento traumático, es una defensa temporal para el individuo. Este sentimiento es generalmente reemplazado con una sensibilidad aumentada de las situaciones e individuos que son dejados atrás después de la muerte.

2. Ira.

Una vez en la segunda etapa, el individuo reconoce que la negación no puede continuar. Debido a la ira, esta persona es difícil de ser cuidada debido a sus sentimientos de ira y envidia. Cualquier individuo que simboliza vida o energía es sujeto a ser proyectado resentimiento y envidia.

3. Negociación.

La tercera etapa involucra la esperanza de que el individuo pueda de alguna manera posponer o retrasar la muerte. Usualmente, la negociación por una vida extendida es realizada con un poder superior a cambio de una forma de vida reformada. Psicológicamente, la persona está diciendo: Entiendo que voy a morir, pero si solamente pudiera tener más tiempo.

4. Depresión

Durante la cuarta etapa, la persona que está pasando por un duelo empieza a entender la seguridad de la muerte. Debido a esto, el individuo puede volverse silencioso, rechazar visitas y pasar mucho tiempo llorando y lamentándose. Este proceso permite a la persona desconectarse de todo sentimiento de amor y cariño. No es recomendable intentar alegrar a una persona que está en esta etapa. Es un momento importante que debe ser procesado.

5. Aceptación.

La etapa final llega con la paz y la comprensión de que la muerte es una etapa de la vida. Generalmente la persona en esta etapa quiere ser dejada sola. Además, los sentimientos y el dolor físico pueden desaparecer. Esta etapa también ha sido descrita como el fin de la lucha contra la muerte. (Gardland, 2014).

6. Duelo causado por una muerte perinatal.

Muerte perinatal: aspectos emocionales del duelo. El duelo, como proceso psicológico desencadenado por la muerte del hijo/a en período perinatal suele ser subestimado en su magnitud y en sus secuelas. Los abortos espontáneos de embarazos deseados y los fracasos de fertilización asistida, con frecuencia son vividos -por la mujer o por ambos padres- con tanto dolor como la muerte fetal y neonatal. La pérdida del bebé imaginario y de la ilusión de la maternidad/paternidad, cuando son vividas en silencio, no elaboradas y aceptadas, puede persistir como un trauma escondido.

Duelo Patológico El duelo en el periodo perinatal, según algunos estudios, evoluciona en forma patológica entre el 20% y 40% de los casos. La evolución del duelo depende de la

calidad del proceso de vinculación materno-fetal previa, de las prácticas asistenciales y de la relación con los/as profesionales que atienden a la mujer. Puede afectar la siguiente gestación y la relación con los hijos que nazcan posteriormente.

Complicaciones en la siguiente gestación: La gestación que sigue a una muerte perinatal no elaborada es de alto riesgo obstétrico y psicológico. El miedo y los síntomas de ansiedad que afectan a la mujer, especialmente en fechas próximas al aniversario, favorecen los trastornos psicofisiológicos, aumentan la probabilidad de aborto y/o de parto prematuro, es decir, de una nueva pérdida reproductiva.

Los síntomas de ansiedad y los problemas asociados, son más persistentes y severos cuando el nuevo embarazo ocurre muy poco tiempo después de la pérdida. Complicaciones en la relación con los/las hijos/as que nacen después: Además de la ansiedad prenatal, existe riesgo de que se desarrolle un trastorno de la vinculación por inhibición del apego. Un duelo no resuelto es factor predictor de apego desorganizado en los hijos posteriores.

El miedo a perder otro hijo puede inhibir el proceso de vinculación con el nuevo bebé, ya sea porque el duelo está aún en curso o porque no ha sido suficientemente elaborado y aceptado. Los indicadores más frecuentes de este temor a una nueva pérdida son la ausencia de bebé imaginar una atención ansiosa a los movimientos fetales, la falta de preparativos para recibir al bebé, las crisis de pánico y las consultas reiteradas a los especialistas en búsqueda de seguridad

En algunas mujeres predomina la inhibición del duelo aún en curso, el que queda en suspenso y la imagen del bebé del embarazo actual reemplaza a la imagen del bebé muerto. El o la niña de reemplazo, particularmente si es del mismo sexo, tiene mayor riesgo de sufrir maltrato y/o trastornos de identidad.

Diagnóstico antenatal de malformaciones fetales: Una situación que requiere especial consideración es el diagnóstico antenatal de malformaciones fetales. Es importante recordar que ningún examen ni procedimiento de atención prenatal es neutro, la madre y el padre, cuando está presente, pueden interpretar los silencios, expresiones y gestos de la persona que los atiende como signos de alarma, de que algo no está bien. La normalidad de la

ecografía valida el feto sano, da seguridad corporal y emocional, personaliza las características físicas y conductuales del bebé contribuyendo a la vinculación.

Al contrario, la sospecha de alteración fetal, provoca una gran ansiedad y temor. Si bien la incertidumbre inquieta y produce ansiedad, las contradicciones y la discordancia entre diferentes profesionales, suelen crear un conflicto emocional mayor, generando en la madre sentimientos de inseguridad, culpa y rabia, los que pueden desencadenar demandas hacia los profesionales.

El diagnóstico que suscita mayor intensidad emocional es el descubrimiento in útero de patología del feto, particularmente si tiene riesgo de incompatibilidad vital. Precipita a la familia en una cascada de reacciones que comprometen el proceso de vinculación con el bebé. Al proceso de vinculación normal se contraponen la amenaza de la pérdida del bebé. Se rompe brutalmente la representación del bebé sano, explotan múltiples sentimientos pena, rabia, temor, culpa, frustración y la herida narcisista por “la incompetencia de la función maternal”.

Frente a este sufrimiento, los mecanismos de defensa más frecuentes son la negación y el duelo anticipado.

La negación del diagnóstico hace que la madre o ambos padres, deambulen de médico en médico buscando otra opinión que sea contraria a lo que le han informado. Si el diagnóstico conlleva el riesgo vital, los padres pueden adoptar por anticipar el duelo, lo que quiebra el proceso de vinculación en curso, con graves problemas si el bebé sobrevive. La reacción de los padres no depende exclusivamente de la patología del feto.

La forma de dar la noticia y el pronóstico anunciado, son fundamentales para no entorpecer el proceso de vinculación y la vida psíquica parental. Por el gran sufrimiento psíquico del diagnóstico de anormalidad, la información de éste debería realizarse siempre en el contexto de una excelente relación médico paciente. Debiera ser entregado a ambos padres, o a la madre junto a otra persona cercana que ella decida, posibilitando la catarsis, disipando dudas y despejando culpas. Es importante que los y las profesionales estén

disponibles para reiterar esta información las veces que sea necesario, porque es frecuente que el shock emocional inicial bloquee la capacidad de comprensión de las personas.

Para el equipo profesional, comunicar un diagnóstico de anormalidad, pronosticar una muerte perinatal y acoger el sufrimiento de los padres, es una tarea difícil y emocionalmente desgastadora y que se contrapone al entusiasmo de apoyar la gestación de una vida.

Los mecanismos defensivos más frecuentes son la evitación y la hipermedicalización. La atención personalizada e integral de las personas que viven esta situación puede requerir, además del imprescindible diálogo entre profesionales de la ginecoobstetricia, la neonatología y de la salud mental, la atención conjunta de los futuros padres. En los casos más graves y complejos, una reunión clínica multiprofesional asegura la coherencia de los mensajes, contribuyendo a la contención emocional de la madre, respalda y da seguridad al equipo, disminuyendo la evitación y la hipermedicalización, y favoreciendo la actitud de escucha activa, que los padres perciben como un factor protector.

Los padres agradecen la coherencia de la información y les permite tolerar la incertidumbre acerca de vida y muerte del bebé que gestan.

Pérdida reproductiva con complicaciones: Cuando la mujer ha presentado infección, lesiones, hemorragia o una gestación de segundo trimestre, es necesario considerar:

Infección: Si se presume o confirma una infección después de la pérdida reproductiva, o se encuentran signos de maniobras practicadas en condiciones de riesgo, se debe posponer la inserción de un DIU y la esterilización hasta que la infección haya desaparecido. Si el DIU o la esterilización es el método deseado, se deberá proveer de un método transitorio y citar a una consulta de seguimiento para decidir sobre el momento más adecuado para efectuarlas. Cualquier otro método anticonceptivo se puede iniciar en forma inmediata.

Lesiones: Cuando se ha diagnosticado una lesión del tracto genital (perforación uterina, lesión grave vaginal o cervical o quemaduras por productos químicos), se debe posponer la esterilización femenina o la inserción de un DIU hasta que las lesiones hayan sanado. Si es

necesario practicar una cirugía para reparar la lesión y no existe riesgo, la esterilización puede realizarse simultáneamente. Si es necesario posponer el procedimiento, se debe proveer de un método transitorio y fijar un control de seguimiento, para decidir sobre el momento más adecuado para efectuar la esterilización o inserción del DIU.

Las lesiones que afectan la vagina o el cuello uterino, pueden dificultar el uso de los métodos de barrera femeninos y del DIU. Cualquier otro método anticonceptivo se puede iniciar en forma inmediata.

Pérdida reproductiva de segundo trimestre: Existe mayor riesgo de expulsión de un DIU si la inserción se hace inmediatamente después de una pérdida reproductiva del segundo trimestre. En usuarias de diafragma, se debe evaluar el tamaño, lo mismo que se hace después de un parto. Cualquier otro método que la mujer desee, puede ser iniciado en forma inmediata si no hay infección, lesiones o anemia. (Sanchez Pichardo 2007).

7. factores de riesgo psicosocial.

Los factores de riesgo psicosocial más frecuentes que agravan el duelo reproductivo. Son los siguientes:

A. Estar en la etapa de la adolescencia.

b. Escolaridad baja.

c. Poseer antecedentes de enfermedad de algún trastorno mental: depresión, ansiedad, esquizofrenia, retardo mental y síntomas como la ideación suicida.

d. Responder afirmativamente el haber vivido o vive en un medio con violencia o abuso sexual

e. Antecedentes de uso o abuso de alcohol, drogas ilícitas o medicamentos no recetados.

f. Antecedentes de TRES o más pérdidas reproductivas previas

g. Falta de control de gestación de 15 semanas o más

h. Falta de apoyo familiar o social

- En caso de adolescentes, es importante investigar si cuenta con apoyo de su pareja o de su familia de origen. De no ser así, es necesario el contacto con algún adulto responsable, que la adolescente sugiera, para asegurar la concurrencia a una consejería en reproducción y adherencia a la regulación de fertilidad en Atención Primaria en Salud. Siempre es fundamental considerar la posibilidad de abuso sexual y, en caso de duda, referir a servicio social y psicólogo.
- En mujeres con escolaridad baja, debe haber un mayor esfuerzo por entregar información y responder a las preguntas que puedan ser comprendidas de manera simple de asegurarse de que el mensaje que se quiere transmitir fue recibido y comprendido por la paciente, es pedirle que lo repita con sus propias palabras.
- Antecedentes de enfermedad mental: depresión, trastornos de ansiedad, esquizofrenia, retardo mental o ideación suicida.
- Posible violencia: Cuando existe la posibilidad de que la mujer esté en esta situación ponerse a la mujer a realizar la denuncia en forma inmediata, comunicándose a las autoridades correspondientes. Si no hay riesgo inminente, siempre informar a la mujer de sus derechos y derivar al “Programa de Atención Integral de Violencia Intrafamiliar para Mujeres Adultas”.
- Consumo problemático de alcohol y/o drogas: Las preguntas para determinar si existe consumo problemático o dependencia, deben hacerse después de informar a la mujer que estas preguntas se hacen a todas las pacientes y no a ella en particular. Más que aplicar como instrumento de detección, se recomienda hacer preguntas directas: En todo caso, se considera consumo perjudicial a aquel que, directa o indirectamente, produce consecuencias negativas para la persona o para otras, la salud, armonía familiar, rendimiento laboral o escolar, seguridad personal y funcionamiento social. En cambio, existe dependencia cuando se presentan manifestaciones fisiológicas, conductuales y cognitivas, en las que el consumo adquiere la máxima prioridad para la persona. Una manifestación característica de la dependencia es el deseo, a menudo insuperable, de ingerir la sustancia

- Antecedente de tres o más pérdidas reproductivas: Cuando una mujer presenta antecedente de tres o más pérdidas reproductivas, es necesario indagar si está intentando tener un hijo y presenta problemas biológicos para llevar a término una gestación, o si se trata de un indicador de que no controla suficientemente su vida sexual, es necesario considerar que un nuevo intento requiere enfrentar positivamente el proceso de duelo, lo que, en algunos casos, puede tardar varios meses, incluso hasta un año. Si se trata de una dificultad para el control de la actividad sexual, es necesario una referencia, en lo posible personalizada, a consejería en Salud Sexual y Reproductiva y a Control de Regulación de Fecundidad en Atención Primaria de Salud (APS)
- Falta de control de una gestación de 15 semanas o más: Si no ha existido ingreso a control de gestación, es importante preguntar si se trata de una gestación no planificada, rechazada o producto de abuso sexual, y seguir la conducta recomendada. Siempre referir a Consejería en Salud Sexual y Reproductiva y a Control de Regulación de Fecundidad en Atención Primaria en Salud.
- Falta de apoyo familiar o social: En el caso en que la mujer que ha experimentado una pérdida reproductiva carezca de apoyo de una pareja, familia, amigas u otras personas, es importante preguntar por síntomas depresivos y seguir la conducta recomendada.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 Tipo de estudio

Descriptivo de corte transversal.

7.2 Lugar y periodo.

Es estudio fue realizado en el servicio de Ginecobstetricia, del Hospital Amistad Japón Nicaragua ubicado en el km 43^{1/2} de la carretera Masaya – Granada en el área periurbana de la región con una capacidad de atención hasta 50 mujeres hospitalizadas por diversa enfermedades de salud sexual y reproductiva donde más del 85.0% son por complicaciones y atenciones del embarazo parto y puerperio. El estudio se realizó en el segundo semestre del 2014.

7.3 Universo y muestra.

Fueron todas las mujeres ingresada por algún fracaso reproductivo que incluía (embarazado ectópico, mola hidatiforme, aborto en todas sus expresiones, óbito fetal, ya sean muerte fetal intermedia y tardía) que en total fueron en ese periodo 76 casos atendidas durante todo el periodo de estudio.

La muestra fue por conveniencia de los 76 caso ocurrido fueron tomados todos ya que el universo era pequeño no había inconveniente para incluirlas a todas

Criterios de Inclusión:

- Se incluyeron todas las mujeres que presentaron según definición planteada perdida reproductiva durante el periodo de estudio y que fueron atendidas en el servicio de Ginecobstetricia del HAJN.
- Se incluyeron independientemente de la edad materna, que fueran procedentes del área urbana o rural de los municipios y del mismo Granada, sin importar su estrato social, económico, religión, escolaridad y estado civil.

- Se incluyeron las embarazadas sin importar que enfermedad de base que se complicara o no, y que a la vez haya contribuido al fracaso reproductivo. Así también se incluyeron aunque el fracaso haya sido espontaneo o inducido.

Criterios de exclusión

- Se excluyeron las embarazadas que aun explicándole la importancia del estudio y las razones del mismo no desearon participar, o las que durante la entrevista desistieron de la misma y no continuaron brindando información. Así como las que no cumplen los criterios de inclusión. Aunque al final no hubo ningún inconveniente con el total de participantes.

7.4 Operacionalización de Variables

Variable	Concepto Operacional	Indicador	Escala/ Valor
Objetivo 1.			
Edad Materna	Tiempo de vida de las mujeres que acude al hospital para ser atendido por un fracaso obstétricos	Años.	13 – 15 16 – 20 21 – 30 31 – 40 41 – 45
Estado Civil	Relación de convivencia o que convivio con otra persona.	Según lo referido en el entrevista.	Casado Acompañada Viuda Soltero
Escolaridad	Nivel educativo de la mujer al momento de ser atendida.	Según lo referido en el entrevista	Analfabeta Solo lee y escribe Primaria Secundaria Universitario Post - Grado
Procedencia	Área geográfica del departamento de Granada donde habita o vive la mujer que llego para ser atendida en el hospital	Según lo referido en el entrevista	Urbano Rural
Religión	Creencia de Dogma relacionado con la espiritualidad de la persona en este caso de la embarazada	Según lo afirmado en la entrevista	Católica Evangélica Testigo de Jehová Otra

		Que sintió	Gana de llorar Angustia Desesperación Todas las anteriores
		Recuerda constantemente el fracaso reproductivo	Si No
		Sensaciones físicas	Mucho dolor en bajo vientre Sensación de ardor o quemazón en los genitales Nausea o vómitos Mareo
		Otras sensaciones	Culpa Molestia Vivencias de vida del producto Malestar por otras madres con su hijo Aislamiento Sin apoyo
Objetivo 5.			
Condiciones que agravaron los efectos psicológico de las mujeres con fracaso reproductivo	Estado interno o externo de la mujer presentaba al momento de un fracaso reproductivo.	Temor por los aspectos legales	Si No
		Vergüenza o miedo por el que dirán	Si No
		Falta de acompañamiento por el marido	Si No
		Falta de satisfacción por apoyo del personal de salud que la atendió	Si No
		Falta de Explicaciones adecuadamente por los procedimientos que le realizaron	Si No
		Falta de apoyo psicológico de experto de la institución que la atendió	Si No

7.5 Técnica y Procedimientos

7.5a. Fuente de información

Fue primaria; los datos se recolectaron de las mismas mujeres que tuvieron un fracaso reproductivo que se encontraban en la sala de internación de Ginecobstetricia del hospital.

7.5b. Método e Instrumento

Para cumplir con los objetivos planteados se elaboraron instrumento de recolección de la información que cuenta con los indicadores a investigar como son los datos sociodemográfico de la pacientes, el tipo de perdida, los efectos psicológicos que manifestaron las pacientes esto según las orientaciones técnicas para la atención integral de la mujer que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas (Chile, 2011) también indicadores a investigar fueron las condiciones que agravan las afectaciones psicológicas de las que fueron incluidas al estudio.

El instrumento fue validado mediante prueba piloto entrevistando a 10 mujeres atendidas previamente al iniciar el estudio mientras estuvieron en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital por alguna perdida reproductiva que a la vez fueron incluidas en el estudio, ya que satisfactoriamente el instrumento llenaba las expectativas planteadas para el estudio.

7.5c. Análisis de la información

La recolección de la información se realizó por persona ajena a la realización del estudio para evitar subjetividad al momento de analizar la información, dicha persona fue entrenada y capacitada sobre lo que se tenía que realizar para encuestar a las pacientes sin intervenir en la respuesta de cada una de ellas teniendo en cuenta que la entrevista ya estaba estructurada.

Posteriormente los datos fueron introducidos en una base electrónica construida en el sistema estadístico de ciencias sociales SPSS 21.0 para Windows. Quienes introducían los datos eran las propias investigadoras.

Para el análisis de la información se establecieron tabla de frecuencia posteriormente cruces de variables que permitieron relacionar los datos generales de las madres con el tipo de fracaso reproductivo, así con los efectos psicológicos manifestados con el tipo de fracaso, otro fue el fracaso con las condiciones que pudieron agravar los efectos psicológicos. Los resultados se presentan en tablas y gráficos elaborados en Word, Excel y Power Point.

7.6 Cruces de variables

- 1) Tipo de Pérdida reproductiva según Edad.
- 2) Tipo de Pérdida reproductiva según Estado civil.
- 3) Tipo de Pérdida reproductiva según Religión.
- 4) Tipo de Perdida reproductiva según Ocupación de las mujeres
- 5) Tipo de Perdida reproductiva según Número de Hijos
- 6) Tipo de Perdida reproductiva y Efectos Psicológicas manifestado
- 7) Tipo de Perdida reproductiva y condiciones que pudieron agravar las Manifestaciones psicológicas

7.7 Aspecto Ético de la Investigación.

Para la obtención de la información, las mujeres se les pidieron consentimiento previa explicación de la importancia y razones del estudio así también se les dijo como llenar el instrumento de recolección de la información, además se dijo que la investigación era anónima y de uso solo académico.

En la investigación se conservó la información de igual manera que fue planteado por las mujeres incluidas en el estudio. Cabe destacar que aunque fue otra persona que entrevisto, a las mujeres se le planteo también el sigilo estricto de la información obtenida.

VIII. RESULTADOS

Las mujeres que fueron incluidas en el estudio sobre pérdidas reproductivas atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua de Granada 48.7% tenían edades comprendidas entre 20 a 29 años, siendo 60.6% acompañada según su estado civil, el 60.5% señalaron tener un nivel de escolaridad de secundaria.

Estas mujeres que presentaron pérdidas reproductivas el 56.6% procedían del área rural y el 35.5% profesaban religión Católica y el 55.3% eran ama de casa, estas mujeres tenían entre 1 a 2 hijos. (Ver tabla 1).

Cuando investigamos el tipo de pérdida reproductiva de acuerdo al tiempo de gestación las pérdidas tempranas como el aborto incompleto el 52.6% fue el más frecuente y el 10.5% fueron inducidos. Las pérdidas tardías 3.9% fueron muerte fetal intermedia y muerte fetal tardía. (Ver tabla 2).

El grupo de mujeres entre 20 a 29 años de edad el 36.8% tuvieron todas las formas de aborto y este mismo grupo ocupaban los mayores porcentaje también para mola hidatiforme, Embarazo Ectópico Roto y Muerte fetal intermedia, no así la muerte fetal tardía que la presentaba el 2.6% de todas las pérdidas, eran las mujeres de 15 a 19 años.

El 44.7% de las mujeres que tuvieron aborto eran casadas y el 27.6% eran de religión católica, de ocupación ama de casa el 44.7% de las que tuvieron aborto también. El 36.8% de las pérdidas por aborto 36.8% de las mujeres no tenían hijos y el 2.6% también no tenían hijos presentaron muerte fetal tardía. (Ver tabla3).

Al comparar el tipo de pérdida reproductiva relacionada al tiempo de gestación con los efectos Psicológicos que manifestaron las mujeres atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua conociendo previamente que el 96.1% fue un médico que le informó de la pérdida entonces el 56.2% no lo creían y el 75.0% no entendían la explicación que le daban el médico.

El 42.1% estaban confundidas, el 14.5% estaban desorientadas y el 31.6% señalaron que además de los efectos psicológicos antes mencionados también manifestaban desorientación y estaban tristes.

Al momento de la pérdidas 31.6% de las mujeres sintieron ganas de llorar y el 46.1% además de eso también sintieron angustia y desesperación. (Ver tabla 4).

Otros efectos Psicológicos el 44.7% han presentado pensamiento intrusivo al considerar como sería si fueran vivido el producto, el 39.5% han estado recordando constantemente el suceso que la llevo a la pérdida, sienten mucho dolor en bajo vientre dijeron 35.5% de las mujeres y el 34.2% se siente mal al ver otras madres con su hijos. (Ver tabla5).

Las mujeres que refirieron que siente que nadie les ha dado apoyo fueron 67.1% sobre saliendo más la que tuvieron pérdidas temprana 60.5% de los casos. El 44.7% de las pérdidas tempranas sienten temor por castigo divino por lo sucedido.

El 36.8% no fueron acompañadas por su compañeros en todo el proceso, el 27.6% sienten vergüenza por el que dirán los que las conocen o la propia familia. Logramos identificar que el 64.7% no recibieron ningún apoyo por ningún experto de parte del Hospital siendo 55.3% con pérdidas temprana y casi totas exceptuando solo una de las mujeres que tuvieron pérdidas tardías. (Ver tabla 6).

IX. DISCUSIÓN

Obviamente que los resultados encontrados de las mujeres incluidas en el estudio aunque la muestra sean pequeña, los resultados son muy importante por la frecuencia con que ocurren determinados problemas a la salud mental de la mujeres y obviamente invisibilizado y sobre todo porque observamos que es población joven con escaso recurso nivel de escolaridad baja es decir la representación de más de 50.0% de la población de mujeres nicaragüense que en algún momento se han enfrentado a un fracaso reproductivo.

Al inicio de la vida reproductiva una complicación como está y la manera expectante en que se va desarrollando con un contexto de desinterés y de poco involucramiento por la institución rectora en salud, puede contribuir de manera significativa en la psiquis y vida reproductivas de la mujer. Aunque contradictoriamente más del 60.0% no recibió apoyo psicológica por ninguna experta del hospital solo 7.9% refirieron no sentirse satisfecho por el personal de salud que le atendió probablemente se deba al hecho q las mujeres perciben su problema de salud solo relacionado al elemento físico.

Hay compromisos internacionales en materia de la salud sexual y reproductiva que son de obligatorio cumplimiento para nuestro país y hasta el momento después de más de 10 años de haber sido firmadas, se ha trabajado muy poco en la construcción del protocolo de manejo por ejemplo para los fracasos reproductivo. La falta de estudio a esta problemática no permite visualizar la magnitud del problema.

No podemos pensar que una mujer que tenga un aborto, aunque sea espontaneo no repercuta en su salud mental y aun peor el caso cuando ocurre en etapa tardía donde ya hay una mayor convivencia de la madre con el hijo por nacer. Vemos resultados de mucho interés donde refirieron no saber qué hacer y que se sentían desorientadas, tristes, con ganas de llorar y angustiadas. Estos sentimientos reflejados en las mujeres que sufrieron un tipo de pérdida es una forma común de revelar las etapas que se viven en el duelo como son la incredulidad, el estado de shock, pensamientos intrusivos, culpa, rabia, agresividad, intolerancia y conciencia de la pérdida. Ante este fracaso las reacciones que se presentan son normales y predecibles, la recuperación transcurre por etapas que son muy parecidas al

proceso de sanación de una herida que evoluciona hasta la cicatrización, esta situación va estableciendo ideas marcadas por el padecimiento que no se concluye probablemente con solo tratar físicamente a la persona.

Cabe mencionar la importancia y la necesidad que se requiere identificar y trabajar en cada una de estas mujeres estos procesos como elementos del duelo, ya que de no ser así, se corre el riesgo de presentar un duelo patológico, desencadenando este una serie de trastornos como la depresión, que viene a deteriorar la calidad de vida, un bloqueo en el desarrollo personal, familiar, social, profesional, productivo. etc.

Permitirles a estas mujeres que expresen todos esos pensamientos y sentimientos que surgen en el momento de la crisis vendría a disminuir el malestar psíquico y físico, ya que se estaría realizando un manejo adecuado de esta situación, dándole la oportunidad de que identifiquen, comprendan y acepten sus propias reacciones ante la pérdida como algo normal, natural, necesario para su recuperación y crecimiento.

El sistema de salud no toma en consideración estas necesidades de las mujeres con pérdidas reproductiva más del 60.0% de las estudiadas sienten; que no tienen apoyo de nadie, el temor y la vergüenza seguirán generado personas insatisfechas aunque se diga y se llegue a creer que son bien atendidas en ese centro hospitalario, generalmente lo que se les atiende como dijimos es su dolencia física. Otra evidencia de la forma como marca un seceso como este obviamente en la mayoría de las mujeres que desean su embarazo, es el hecho de sentirse mal al observar a otras madres con sus hijos durante la atención hospitalaria que se les está brindando.

X. CONCLUSIONES

1. De las mujeres que tuvieron algún tipo de fracaso; ya habían tenido de 1 a 2 hijos, seguido de las que no había tenido ninguno más de un tercio de la población estudiada, son de edades aún bastantes jóvenes, con nivel de educación bajo, procedentes de zonas rurales, siendo ama de casa en su mayoría, con estado civil acompañas, prácticamente consideramos población ampliamente vulnerable física y emocionalmente.
2. El fracaso reproductivo ocurrido en etapa temprana de la gestación fue el aborto espontáneo incompleto. Y en etapa tardía la muerte fetal intermedia como la tardía tienen el mismo porcentaje. Ambas pérdidas son más frecuente en la mayoría de los grupos con características socio - demográficamente ya mencionada anteriormente que ocurre cotidianamente.
3. Los efectos psicológicos que las mujeres manifestaron fueron de manera general en más de 30.0% de las participantes fueron; confusión, desorientación, tristeza, culpa y pensamientos intrusivos. La tristeza expresada como la ganas de llorar o directamente referido es uno de los sentimientos más frecuente. Los pensamientos intrusivos se da en más de 40.0% de las mujeres estudiadas.
4. En ambos grupo de mujeres con perdida reproductiva temprana como tardías señalan; que nadie les dio apoyo, sienten temor por castigo divino, no fueron acompañado por su marido y no recibieron atención Psicológica especializadas obviamente es lógico que esto también son elementos que aumentan más las manifestaciones psíquicas de deterioro en las mujeres.

XI. RECOMENDACIONES

1. Considerando que este hospital atiende los problemas maternos que las mujeres en su vida reproductiva pueden presentar. Dicha institución promueva desde su iniciativa de atender de manera especializada a las mujeres con pérdidas reproductiva Psicológicamente la elaboración de protocolo de actuación para tales casos.
2. Elaborar dicho protocolo de actuación con los trabajadores de salud mental del hospital y de atención primaria en conjunto con médicos ginecobstetra de dicho hospital.
3. Tomar en consideración y como una necesidad imperativa las valoraciones psicológicas de las mujeres que han sufrido un tipo de pérdida posterior de los procedimientos médicos quirúrgicos en el hospital Amistad Japón Nicaragua.
4. Considerar aumentar el número de personal especializado en el área de salud mental en el hospital y de referencia con atención primaria, donde se logre garantizar que antes y después del egreso de los servicios hospitalarios se les dé seguimiento por salud mental.
5. Incentivar mayores investigaciones sobre los efectos psicológicos por pérdida reproductiva en mujeres que son atendidas en los diferentes centros hospitalarios que involucre un mayor número de muestra. También otros estudios donde se pueda comparar intervenciones psicológicas y sus efectos contra aquellas que no tienen intervención.

XII. BIBLIOGRAFIA.

1. Asociaciones Umamanita y El Parto es Nuestro. (2007). *Guia para la atención a la muerte perinatal y neonatal*. . Madriz.
2. Bautista, P. (s.f.). <http://fundasamin.org.ar/newsite/wp-content/uploads/2014/01/El-duelo-ante-la-muerte-de-un-reci%C3%A9n-nacido.pdf>. Recuperado el 26 de Agosto de 2014
3. Chile, S. s. (3 de Mayo de 2011). <http://web.minsal.cl/portal/url/item/b53faf5d1d527a52e04001011e010ef5.pdf>. Recuperado el 29 de Mayo de 2014
4. J Frederik Frøen, J. C. (14 de Abril de 2011). download.thelancet.com/flatcontentassets/.../stillbirths_spanish_series_1.p. Recuperado el 30 de 08 de 2014
5. Los Misionero del sagrado corazón. (s.f.). *Consecuencias emocionales, psicológicas y psiquiátricas del aborto*. Lima, Peru .
6. Madinabeitia, A. P. (Enero a Marzo de 2011). http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352011000100005&script=sci_arttext. Recuperado el 28 de Agosto de 2014
7. Martínez, X. F. (s.f.). <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/ArsMedica18/Sindrome.html>. Recuperado el 2 de Septiembre de 2013
8. NICARAGUA, M. . (2014). *Estadísticas vitales para la salud* . Granada : MINSA - NICARAGUA.
9. Pavia, M. C. (s.f.). http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo49/files/Trabajo_de_Investigacion_Lic.pdf. Recuperado el 1 de Septiembre de 2014

10. Ripalda, R. C. (17 de Marza de 2011).
<http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/900>. Recuperado el 5 de Septiembre de 2014
11. Rodriguez, C. A. (2006).
<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2006/fmh5571c/doc/fmh5571c.pdf>. Recuperado el 26 de agosto de 2014
12. SÁNCHEZ-PICHARDO, M. A. (2007).
http://www.sumedico.com/documentos/9_documento.pdf. Recuperado el 5 de Agosto de 2014

XIII. ANEXOS



Instrumento de Recolección de la Información
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN – MANAGUA

Efecto psicológico de las mujeres después de una pérdida reproductiva atendidas
en Hospital Amistad Japón Nicaragua - Granada. II. semestre 2014.

Nota: la información será recolectadas por las propias investigadoras.

I. Datos Generales. (Llenar según lo afirmado por la paciente)

1. Edad. _____ Años
2. Estado Civil; Casada ___ Acompañada ___ Viuda ___ Soltera _____
3. Escolaridad; Analfabeta ___ Solo lee y escribe ___ Primaria ___ Secundaria ___
Universitaria ___ Post- Grado _____
4. Procedencia; Urbano ___ Rural _____
5. Religión. _____
6. Ocupación. _____
7. Número de hijos. _____

II. Tipo de Pérdida Reproductiva. Marque según lo referido por la paciente y confirmar según expedientes.

8. Pérdidas Tempranas; Aborto Incompleto. _____ Aborto fue Espontaneo. Si/no. _____
Aborto Completo. _____
Aborto Séptico. _____
Huevo muerto retenido (Aborto Retenido). _____
Mola Hidatiforme. _____
Embarazo Ectópico Roto. _____
9. Pérdida Tardía; Muerte Fetal intermedia (22 a 27sg). _____
Muerte Fetal Tardía (28 a 36sg). _____
Muerte Neonatal Temprana (hasta 7 días de nacido). _____
Muerte Fetal y Neonatal acompañada de malformaciones congénita. _____

III. Efectos Psicológicas manifestado por las mujeres. Marque según lo que refiera la pacientes.

10. Como se dio cuenta Ud. que tuvo una perdida reproductiva.
 - a. Se lo dijo el médico. _____
 - b. Se dijo algún familiar. _____
 - c. Lo considero Uds. Por observación y sensación de la salida de sangre y resto celulares de la vagina y acompañado de dolor en bajo vientre. _____
11. Creías al inicio lo que te habían dicho o visto sobre la perdida reproductiva que tuviste. si/no _____
12. Entendía Uds. La explicación que le daban sobre su pérdida reproductiva. si/no _____
13. Cual fue la reacción que Uds. Tuvo al momento de conocer la noticia de la perdida.
 - a. Estaba confundida _____
 - b. estaba desorientada _____

- c. no sabía que hacer ____
 - d. no sabía dónde ir ____
 - e. no sabía a quién consultarle ____
 - f. todas las anteriores ____
14. En este momento ha sentido;
- a. Gana de llorar ____
 - b. Angustia ____
 - c. Desesperación ____
 - d. Todas las anteriores ____
15. Ha estado recordando constantemente el suceso que la llevo a la perdida. Si/no ____
16. Sensaciones Física;
- a. Mucho dolor en bajo vientre si/no ____
 - b. Sensación de ardor o quemazón en genitales si/no ____
 - c. Tiene nausea y vómitos si/no ____
 - d. Mareos si/no ____
17. Otras sensaciones;
- a. Se siente culpable. si/no ____
 - b. Se siente molesta. Si/no ____
 - c. Piensa como pudo haber sido este hijo si fuera vivo. si/no ____
 - d. Se siente mal al observar a otras madres con sus hijos vivos. Si/no ____
 - e. No quiere saber nada ni hablar con nadie en este momento. Si/no ____
 - f. Siente que nadie le ha dado apoyo. Si/no ____

IV. Condiciones que agravan la afección psicológica de la mujeres.

- 18. Siente que nadie le dio apoyo. si/no ____
- 19. En el caso del aborto tuvo miedo por los aspectos legales relacionados por la penalización del aborto. Si/no ____
- 20. Siente temor por algún castigo de divino por lo que le sucedió. Si/no ____
- 21. Siente vergüenza o miedo por el que dirán las que las conoce o su familia. Si/no ____
- 22. Fue acompañada por su marido en todo el proceso. Si/no ____
- 23. Siente satisfacción por el personal de salud que la atendió. Si/no ____
- 24. Le explicaron adecuadamente los procedimientos que les realizaron. Si/no ____
- 25. Recibió apoyo psicológico por parte de alguna experta de este hospital. Si/no ____

¡MUCHAS GRACIAS!

ANEXOS 2

RESULTADOS

Tabla No. 1

Características Generales de las mujeres que presentaron pérdidas reproductivas. Hospital amistad Japón Nicaragua de Granada II semestre 2014.

n=76		
Datos Generales	Frec	%
Edad		
15 a 19	32	42.1
20 a 29	37	48.7
30 a 39	5	6.6
40 y +	2	2.6
Estado Civil		
Casada	9	11.8
Acompañada	46	60.6
Soltera	21	27.6
Escolaridad		
Lee y escribe	3	3.9
Primaria	26	34.2
Secundaria	46	60.5
Bachiller	1	1.4
Procedencia		
Urbana	33	43.4
Rural	43	56.6
Religión		
Católica	27	35.5
Evangelio	24	31.6
Morava	3	3.9
Ninguna	20	26.3
Testigo	2	2.7
Ocupación		
Ama de casa	42	55.3
Comerciante	8	10.5
Estudiante	23	30.3
Otras	3	3.9
Numero de Hijo		
Ninguno	35	46.1
1 a 2	36	47.4
3 y +	5	6.5

Fuente de información: Primaria.

Tabla No. 2

Tipo de Perdida reproductiva en mujeres atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua de Granada II semestre 2014.

Tipo de perdida reproductiva	n=76	
	Frec	%
Perdidas Tempranas		
Aborto Incompleto	40	52.6
Aborto Completo	17	22.4
Mola hidatiforme	5	6.6
Embarazo ectópico roto	8	10.5
Perdida Temprana		
Inducido	8	10.5
Espontaneó	68	89.5
Perdida Tardías		
Muerte fetal intermedia (22 a 27SG)	3	3.9
Muerte fetal tardía(28 a 36 SG)	3	3.9

Fuente de información: Primaria.

Tabla No. 3

Tipo de Pérdida reproductiva y características generales de las mujeres atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada II semestre 2014.

n=76

	Tipo de pérdida reproductiva									
	Todos los abortos n =57		Mola Hidatiforme n =5		Emb Ectópico roto n =8		MF.intermedia n =3		M.F tardía n =3	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Edad										
15 a 19	25	32.9	1	1.3	4	5.3	0	0.0	2	2.6
20 a 29	28	36.8	3	3.9	4	5.3	2	2.6	0	0.0
30 a 39	3	3.9	1	1.3	0	0.0	0	0.0	1	1.3
40 y +	1	1.3	0	0.0	0	0.0	1	1.3	0	0.0
Estado Civil										
Acompañada	8	10.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.3
casada	34	44.7	3	3.9	4	5.3	3	3.9	2	2.6
soltera	15	19.7	2	2.6	4	5.3	0	0.0	0	0.0
Religión										
Católica	21	27.6	2	2.6	2	2.6	2	2.6	0	0.0
Evangélica	16	21.1	1	1.3	3	3.9	1	1.3	3	3.9
Morava	2	2.6	1	1.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Ninguna	16	21.1	1	1.3	3	3.9	0	0.0	0	0.0
testigo	2	2.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Ocupación										
Amas de casa	34	44.7	3	3.9	5	6.6	0	0.0	0	0.0
Comerciantes	2	2.6	2	2.6	0	0.0	2	2.6	2	2.6
Estudiantes	18	23.7	0	0.0	0	3.9	1	1.3	1	1.3
Otros	3	3.9	0	0.0	3	0.0	0	0.0	0	0.0
Numero de Hijo										
Ninguno	28	36.8	1	1.3	4	5.3	0	0.0	2	2.6
1 a 2	27	35.5	2	2.6	4	5.3	2	2.6	1	1.3
3 y +	2	2.6	2	2.6	0	0.0	1	1.3	0	0.0

Fuente de información: Primaria

Tabla No. 4

Tipo de Perdida reproductiva y Efectos Psicológico que manifestaron las mujeres atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada. II semestre 2014.

	n=76					
	Tipo de perdida reproductiva					
	Tempranas n = 68		Tardía n = 8		Total	
	n	%	n	%	n	%
Como se dieron cuenta. Que tuvieron una perdida reproductiva.						
Se lo dijo el medico	66	86.8	7	9.2	73	96.1
Lo consideraron ellas misma.	2	2.6	1	1.3	3	3.9
Creían al inicio lo que te habían dicho o visto sobre la perdida reproductiva que tenían						
Si	34	44.7	6	7.9	40	52.6
No	34	44.7	2	2.6	36	47.4
Entendían las explicaciones que le daban sobre la perdida reproductiva						
Si	52	68.4	5	6.6	57	75.0
No	16	21.1	3	3.9	19	25.0
Reacción que tuvieron al momento de conocer la noticia de la pérdida.						
Estaba confundida	29	38.2	3	3.9	32	42.1
Estaba desorientada	10	13.2	1	1.3	11	14.5
No sabía que hacer	1	1.3	1	1.3	2	2.6
No sabía a quién contarle	1	1.3	1	1.3	2	2.6
Estaba triste	3	3.9	2	2.6	5	6.6
Todas las anteriores	24	31.6	0	0.0	24	31.6
En el momento de la perdida sintieron						
Ganas de llorar	19	25.0	5	6.6	24	31.6
Angustiada	8	10.5	0	0.0	8	10.5
Desesperación	7	9.2	2	2.6	9	11.8
Todas las anteriores	34	44.7	1	1.3	35	46.1

Fuente de información: Primaria.

Tabla No. 5

Tipo de Pérdida reproductiva y Efecto Psicológico manifestados por las mujeres atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada. II semestre 2014.

n=76

	Tipo de pérdida reproductiva					
	Tempranas n = 68		Tardía n = 8		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ha estado recordando constantemente el suceso que la llevo a la perdida	27	35.5	3	3.9	30	39.5
Sientes Mucho dolor en bajo vientre	22	28.9	5	6.6	27	35.5
Sientes Sensación de ardor o quemazón en genitales	6	7.9	2	2.6	8	10.5
Tienen nausea y vómitos	15	19.7	2	2.6	17	22.4
Siente mareos	19	25.0	1	1.3	20	26.3
Se siente culpable.	7	9.2	1	1.3	8	10.5
Se siente molesta.	8	10.5	1	1.3	9	11.8
Piensa como pudo haber sido este hijo si fuera vivido.	27	35.5	7	9.2	34	44.7
Se siente mal al observar a otras madres con sus hijos vivos.	23	30.3	3	3.9	26	34.2
No quiere saber nada ni hablar con nadie en este momento.	14	18.4	2	2.6	16	21.1

Fuente de información: Primaria.

Tabla No. 6

Tipo de Pérdida reproductiva y condiciones que pudieron agravar las Manifestaciones psicológicas en las mujeres atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua de Granada II semestre 2014.

n=76

	Tipo de pérdida reproductiva					
	Tempranas		Tardía		Total	
	n	%	n	%	n	%
Siente que nadie le ha dado apoyo	46	60.5	5	6.6	51	67.1
Siente vergüenza o miedo por el que dirán las que las conoce o su familia	29	26.3	0	0.0	29	26.3
Siente temor por algún castigo de divino por lo que le sucedió	34	44.7	2	2.6	36	47.4
Siente vergüenza o miedo por el que dirán las que las conoce o su familia.	20	26.3	1	1.3	21	27.6
No Fueron acompañadas por su marido en todo el proceso	27	35.5	1	1.3	28	36.8
No Sienten satisfacción por el personal de salud que la atendió	5	6.6	1	1.3	6	7.9
No le explicaron adecuadamente los procedimientos que les realizaron	9	11.8	3	3.9	12	15.8
No recibió apoyo psicológico por parte de alguna experta de este hospital.	42	55.3	7	9.2	49	64.5

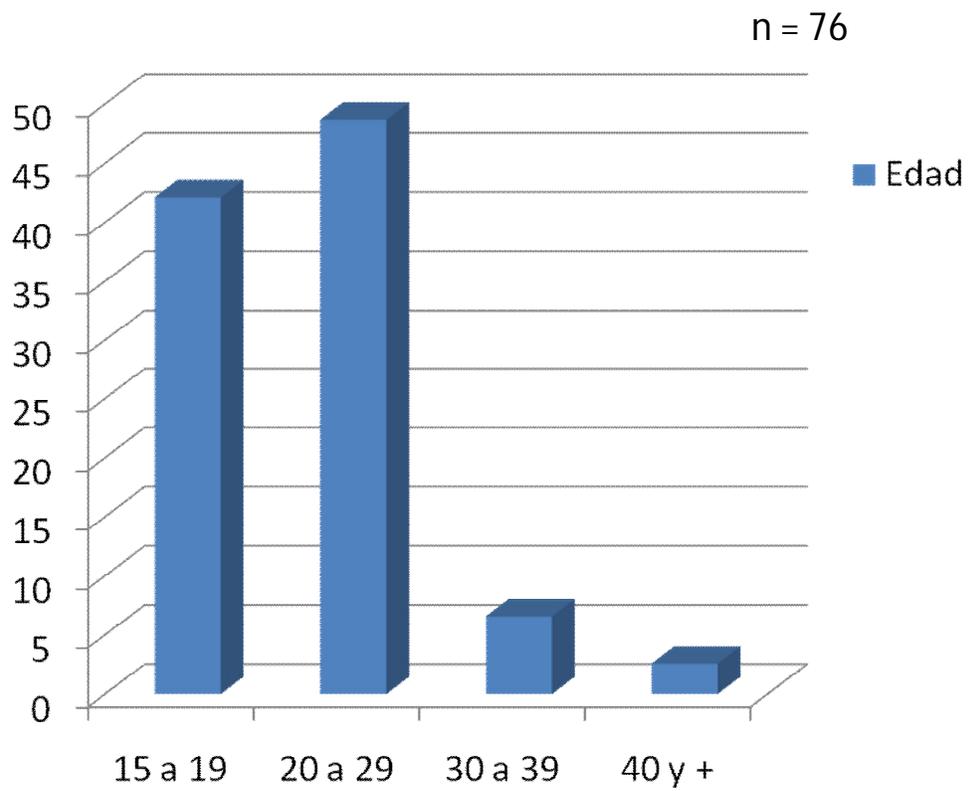
Fuente de información: Primaria.

Anexos 3.

RESULTADOS

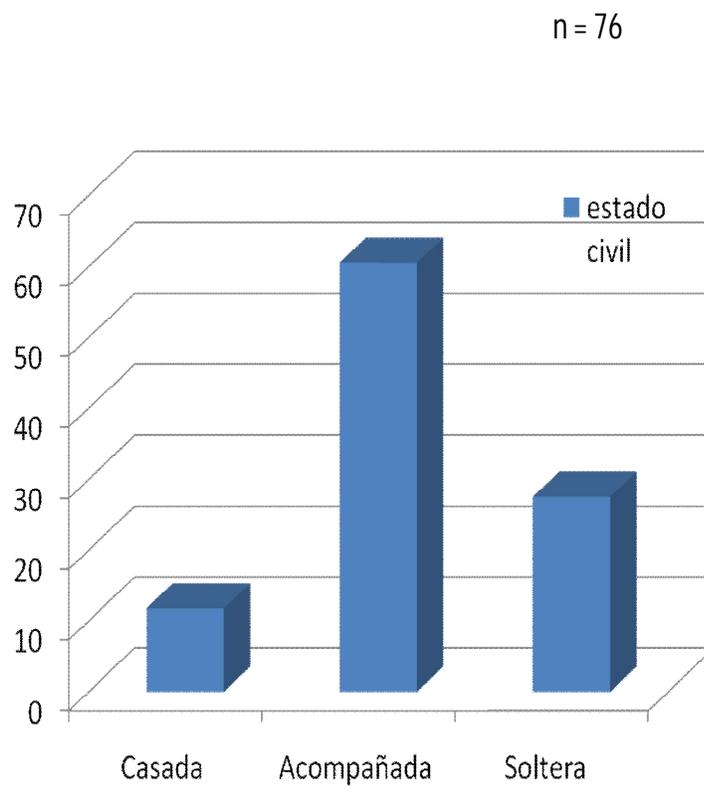
Grafico 1.

Edad de las mujeres que presentaron pérdidas reproductivas. Hospital amistad Japón Nicaragua. Granada. II semestre 2014.



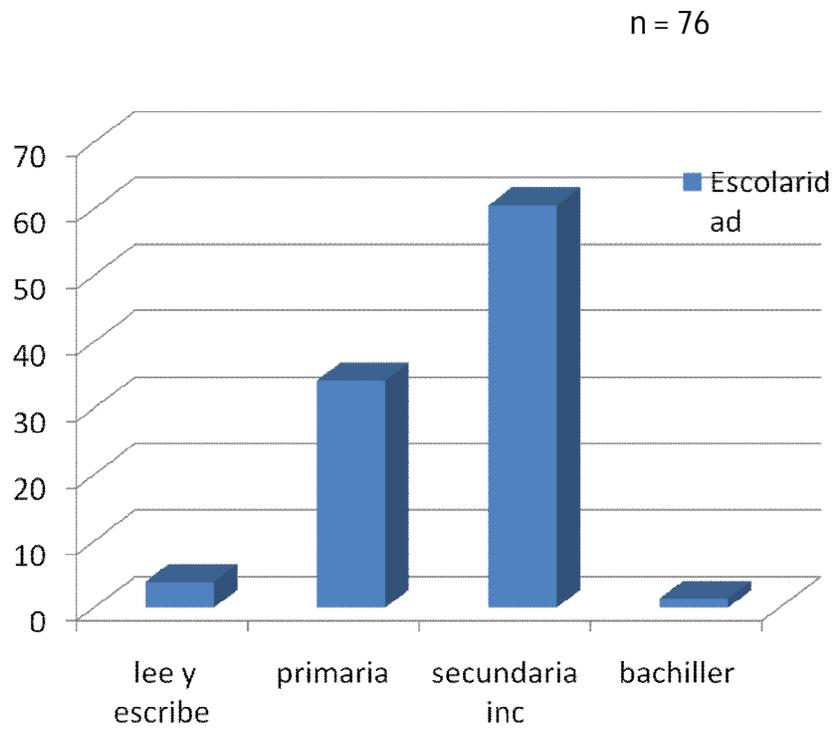
Fuente: Tabla 1.

Grafico 2.
Estado civil de las mujeres que presentaron pérdidas reproductivas. Hospital amistad Japón Nicaragua. Granada. II semestre 2014.



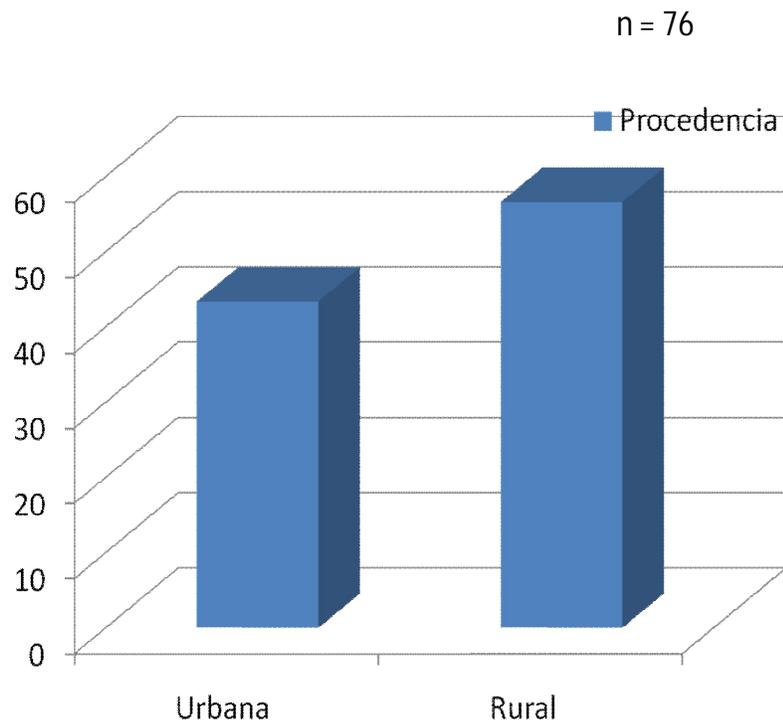
Fuente: Tabla 1.

Grafico 3.
Escolaridad de las mujeres que presentaron pérdidas reproductivas. Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada. II semestre 2014.



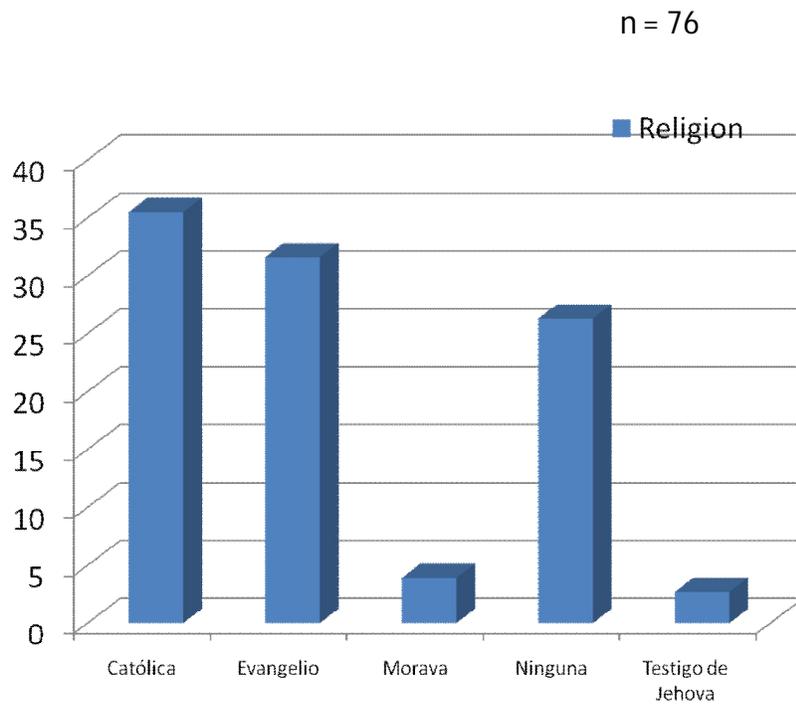
Fuente: Tabla 1.

Grafico 4.
Procedencia de las mujeres que presentaron pérdidas reproductivas. Hospital amistad Japón Nicaragua. Granada. II semestre 2014.



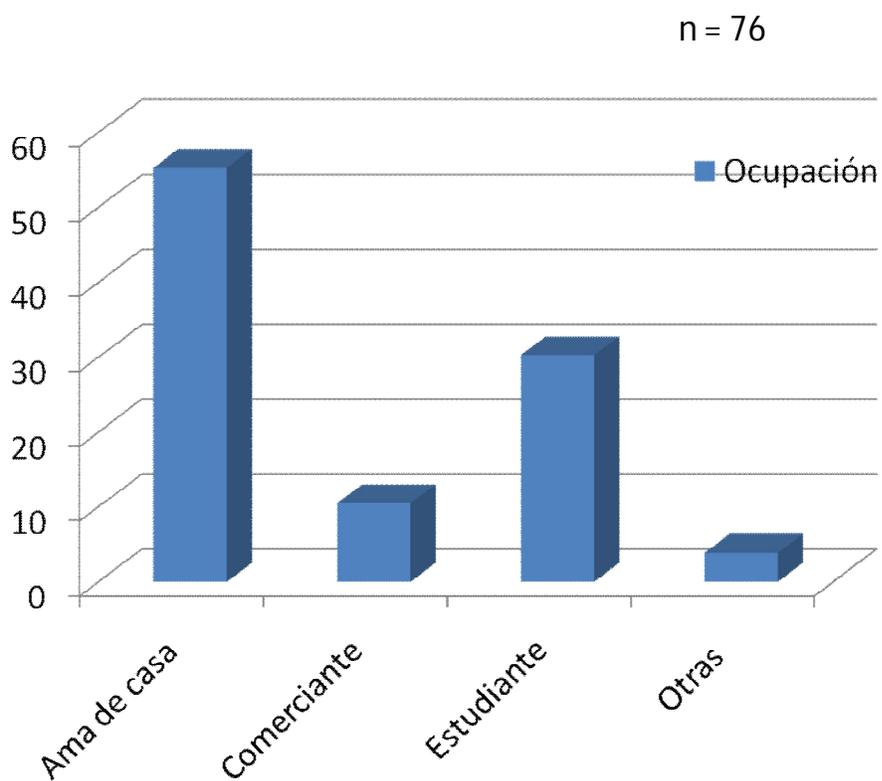
Fuente: Tabla 1.

Grafico 5.
Religión de las mujeres que presentaron pérdidas reproductivas. Hospital amistad Japón Nicaragua. Granada. II semestre 2014.



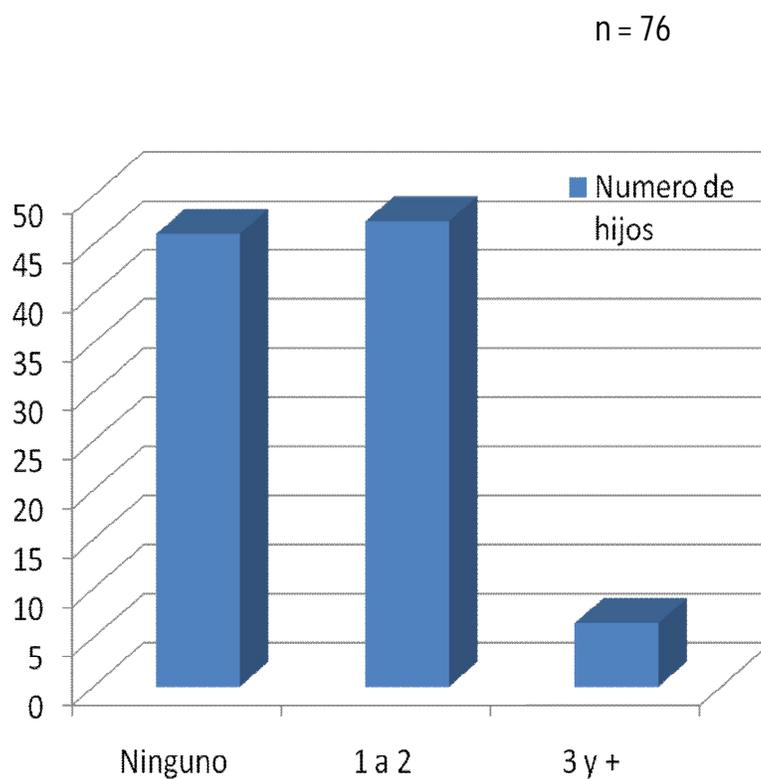
Fuente: Tabla 1.

Grafico 6.
Ocupación de las mujeres que presentaron pérdidas reproductivas. Hospital amistad Japón Nicaragua. Granada. II semestre 2014.



Fuente: Tabla 1.

Grafico 7.
Numero de hijos de las mujeres que presentaron pérdidas reproductivas. Hospital amistad Japón Nicaragua. Granada. II semestre 2014.

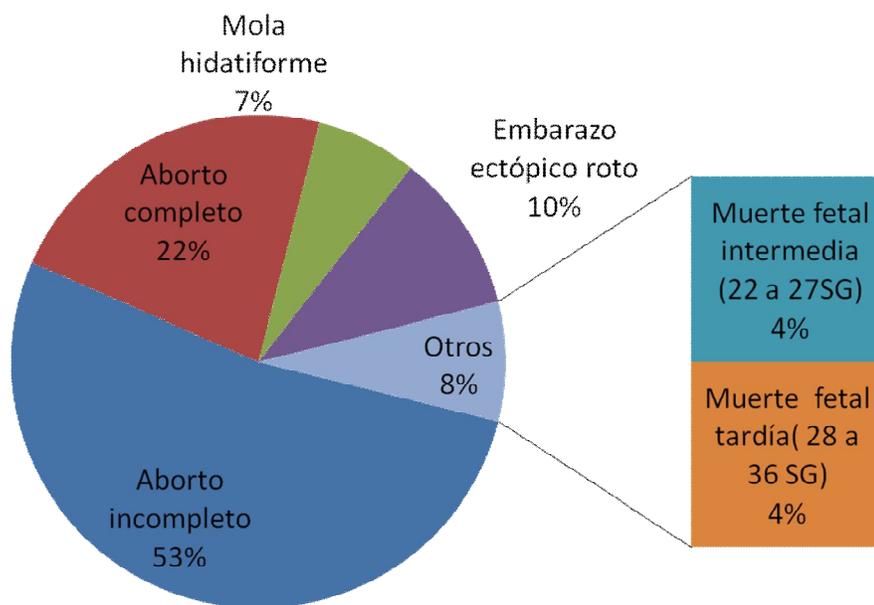


Fuente: Tabla 1.

Grafico 8.
 Tipo de Perdida reproductiva de las mujeres atendidas.
 Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada. II semestre 2014.

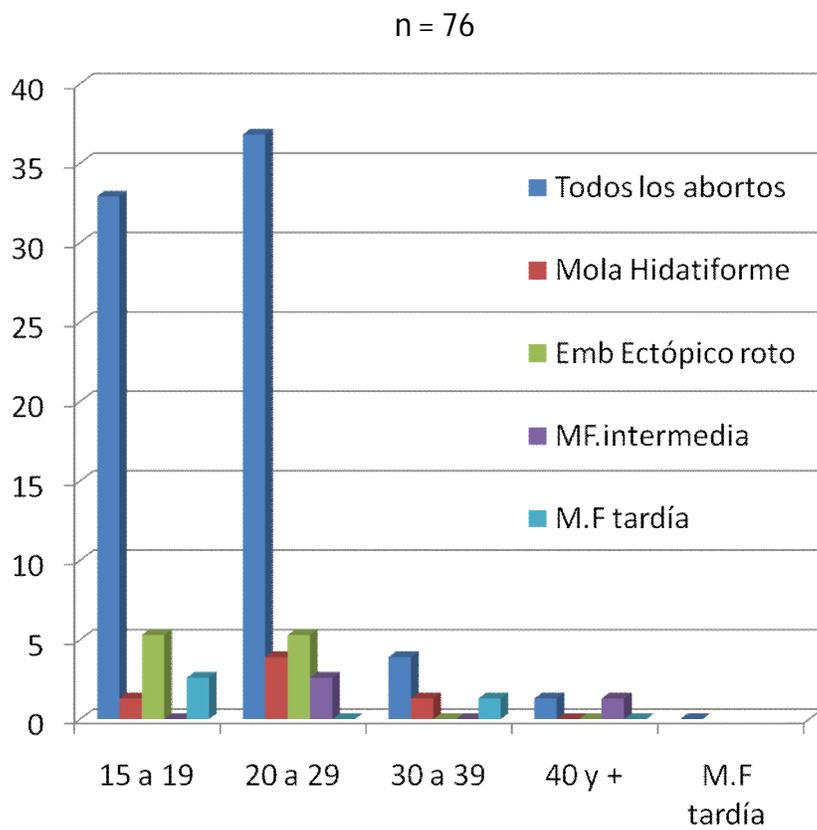
Tipo de Perdida Reproductiva

n = 76



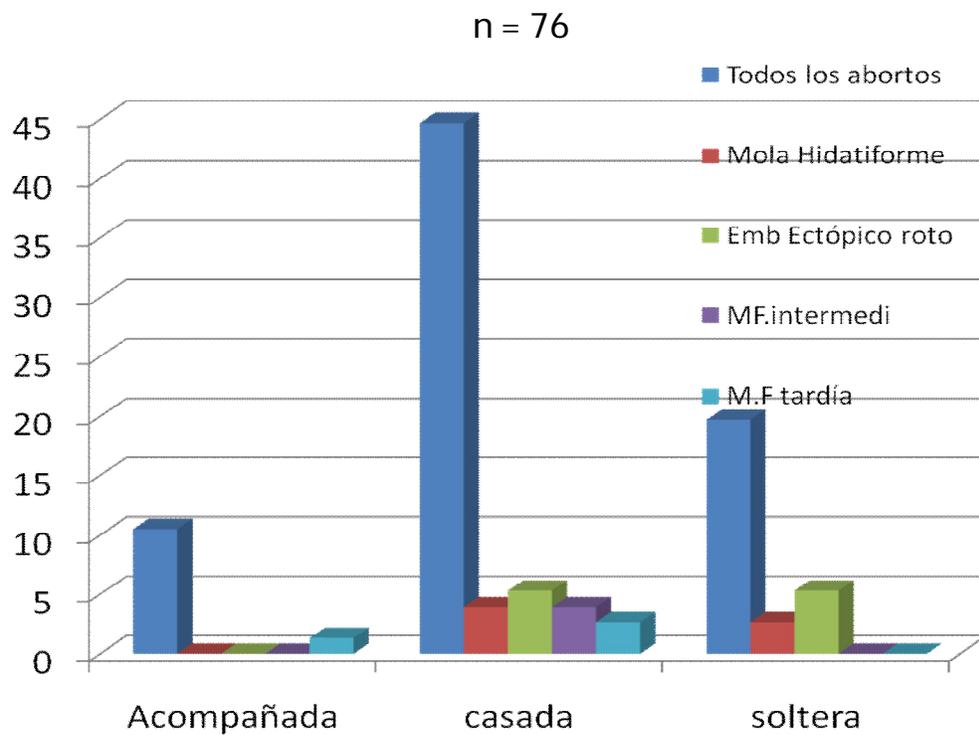
Fuente: Tabla 2.

Grafico 9.
 Tipo de Perdida reproductiva según Edad de las mujeres
 atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada.
 II semestre 2014.



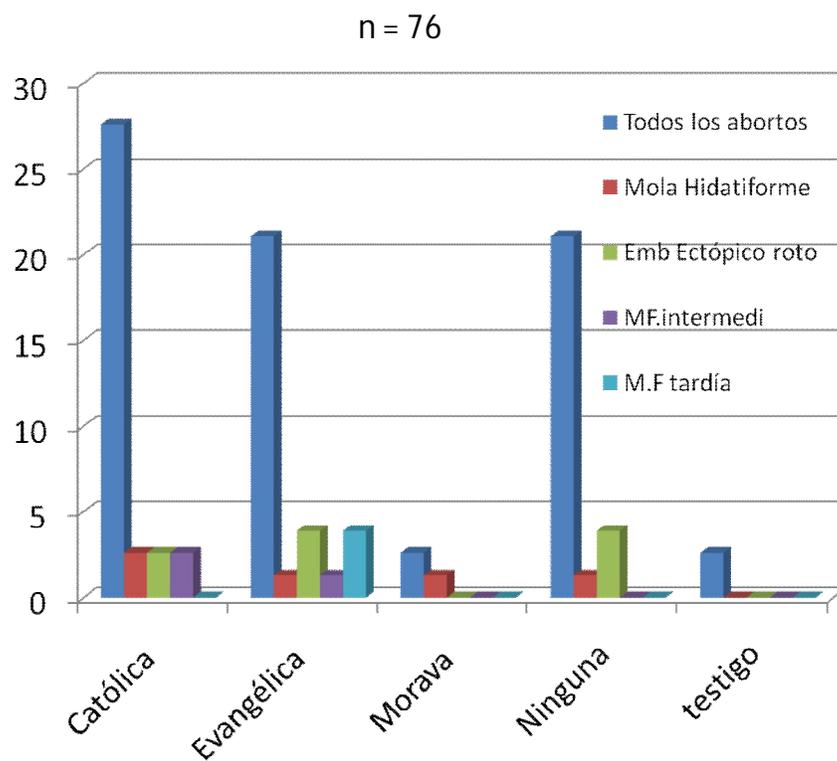
Fuente: Tabla 3.

Grafico 10.
 Tipo de Perdida reproductiva según Estado civil de las mujeres atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada. II semestre 2014.



Fuente: Tabla 3.

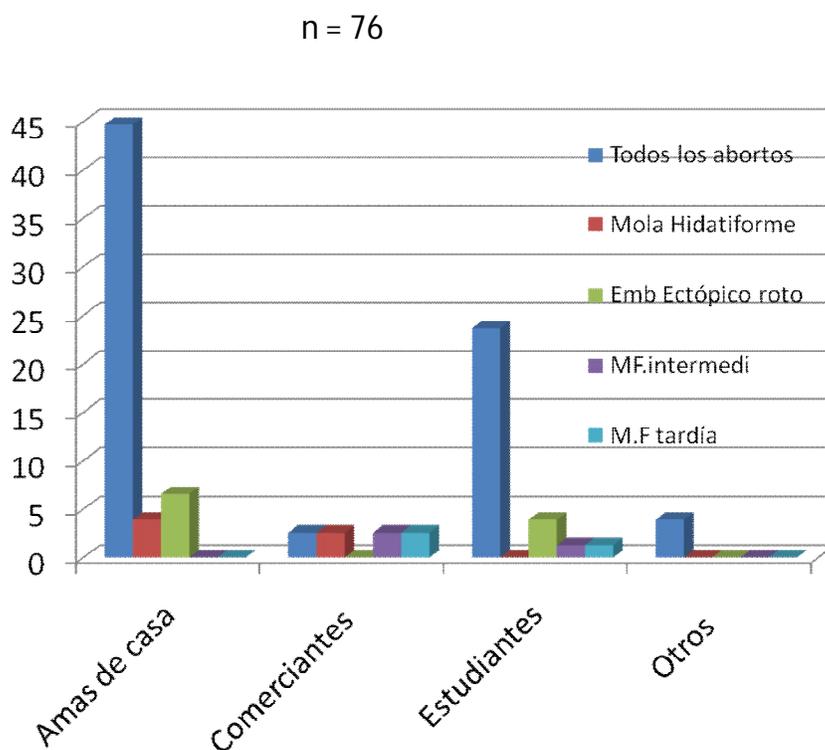
Grafico 11.
 Tipo de Perdida reproductiva según Religión de las mujeres
 atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada. II
 semestre 2014.



Fuente: Tabla 3.

Grafico 12.

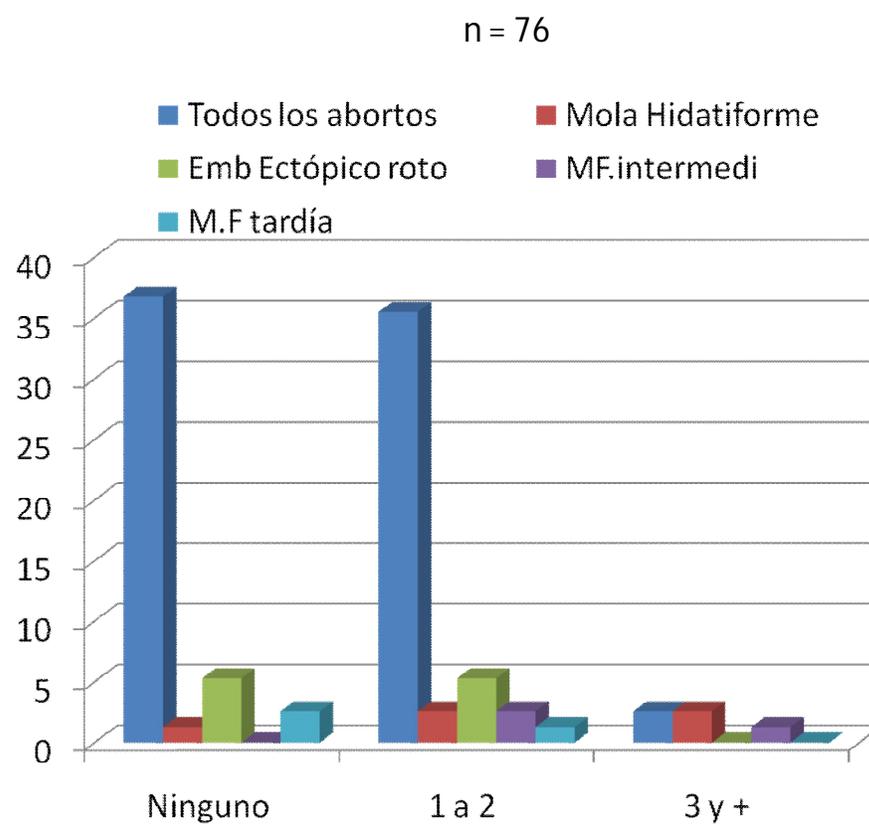
Tipo de Perdida reproductiva según Ocupación de las mujeres atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada. II semestre 2014.



Fuente: Tabla 3.

Grafico 13.

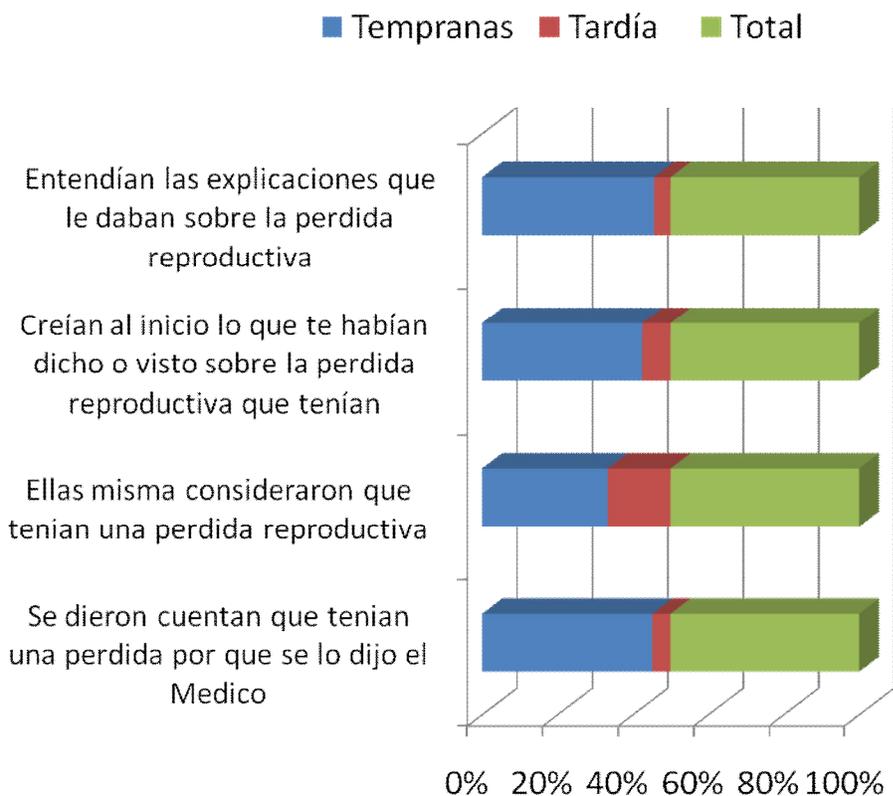
Tipo de Perdida reproductiva según Número de Hijos que tenían las mujeres atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada. II Semestre 2014.



Fuente: Tabla 3.

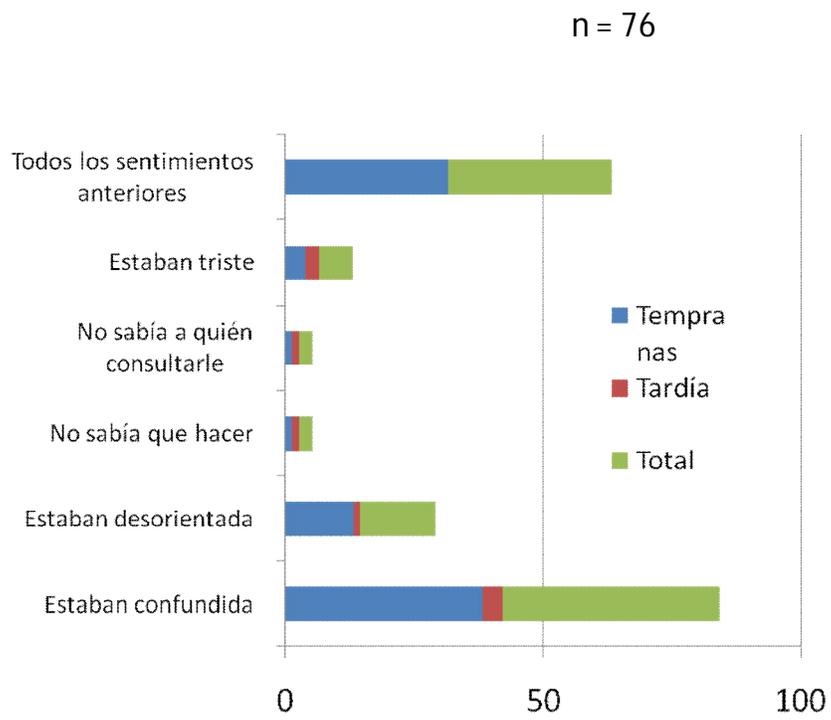
Grafico 14.
 Tipo de Perdida reproductiva y Efectos Psicológicas
 manifestado por las mujeres atendidas en el Hospital Amistad
 Japón Nicaragua. Granada. II. Semestre 2014.

n = 76



Fuente: Tabla 4.

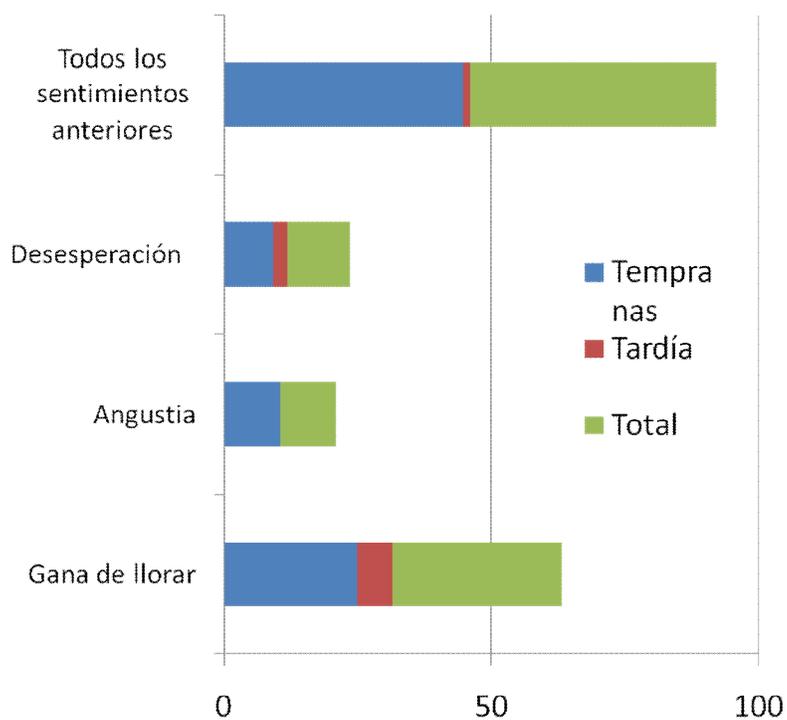
Grafico 15.
 Tipo de Perdida reproductiva y Efectos Psicológicos
 manifestado por las mujeres atendidas en el Hospital Amistad
 Japón Nicaragua. Granada. II. Semestre 2014.



Fuente: Tabla 4.

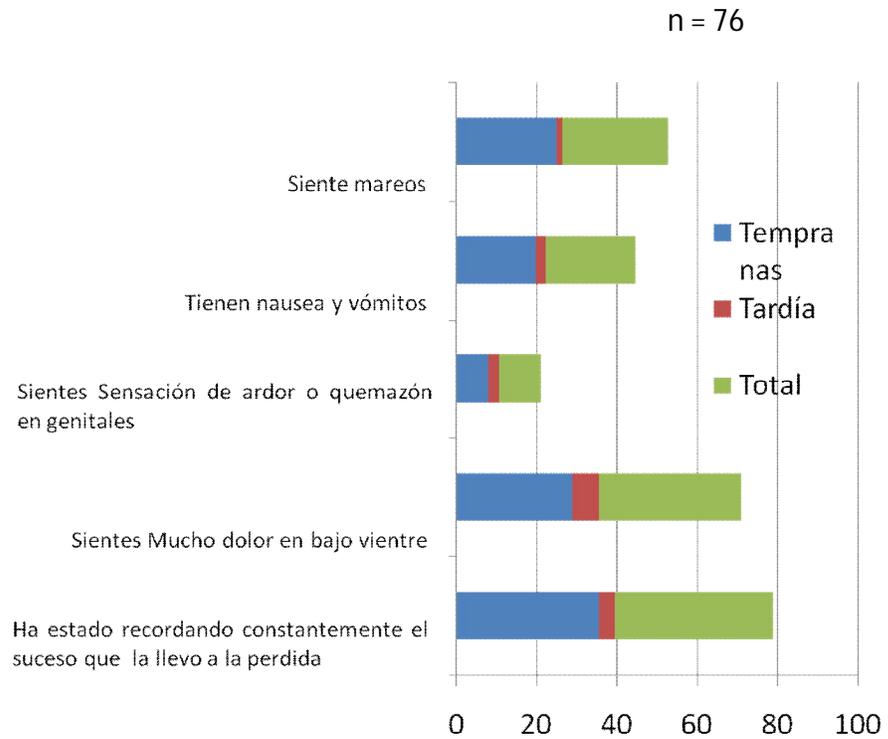
Grafico 16.
 Tipo de Perdida reproductiva y Efecto Psicológico
 manifestados por las mujeres atendidas en el Hospital
 Amistad Japón Nicaragua. Granada. II semestre 2014.

n = 76



Fuente: Tabla 4.

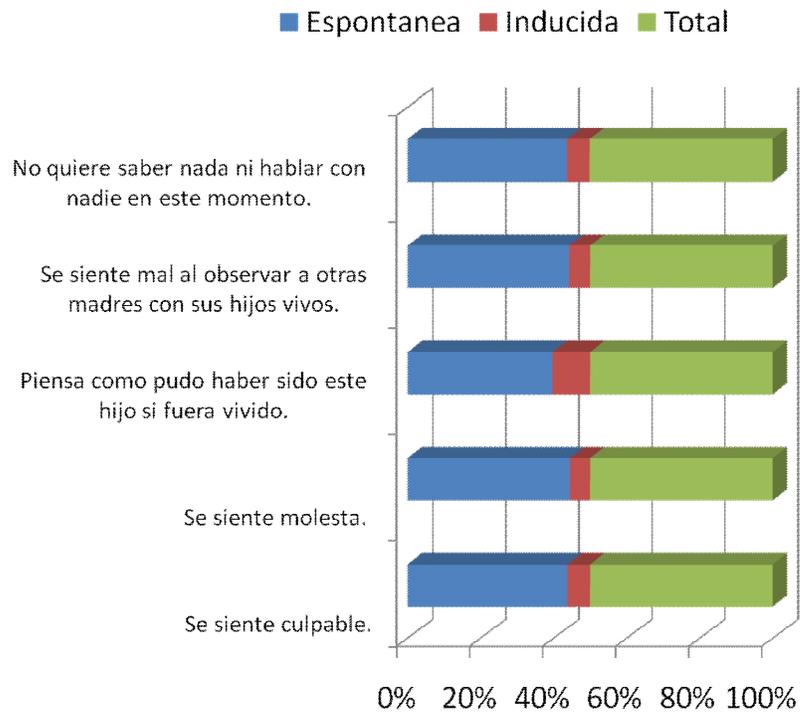
Grafico 17.
 Tipo de Perdida reproductiva y Efectos Psicológicos
 manifestados por las mujeres atendidas en el Hospital
 Amistad Japón Nicaragua. Granada. II semestre 2014.



Fuente: Tabla 5.

Grafico 18.
 Tipo de Perdida reproductiva y Efectos Psicológicos
 manifestados por las mujeres atendidas en el Hospital
 Amistad Japón Nicaragua. Granada. II semestre 2014.

n = 76



Fuente: Tabla 5.

Grafico 19.
 Tipo de Perdida reproductiva y condiciones que pudieron agravar las Manifestaciones psicológicas en las mujeres atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada. II semestre 2014.

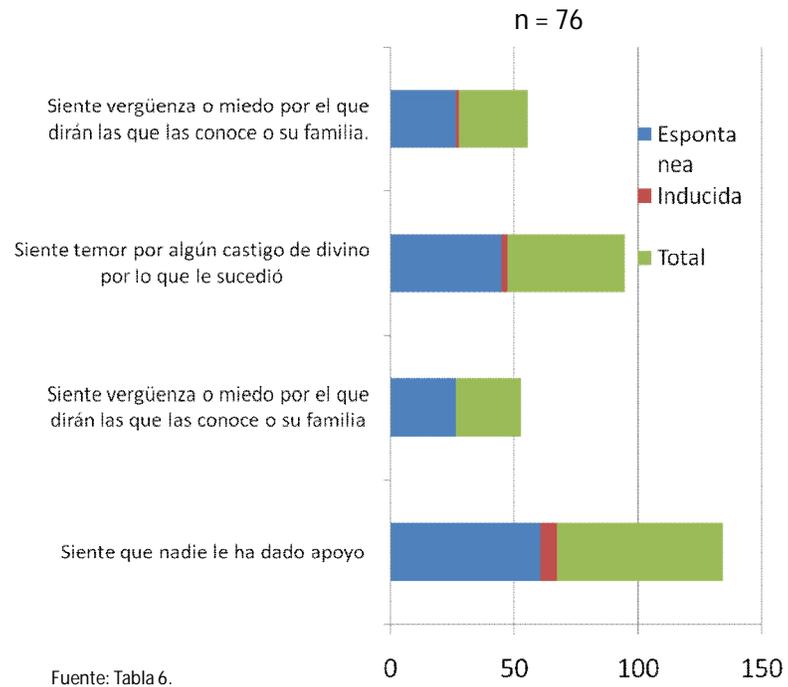
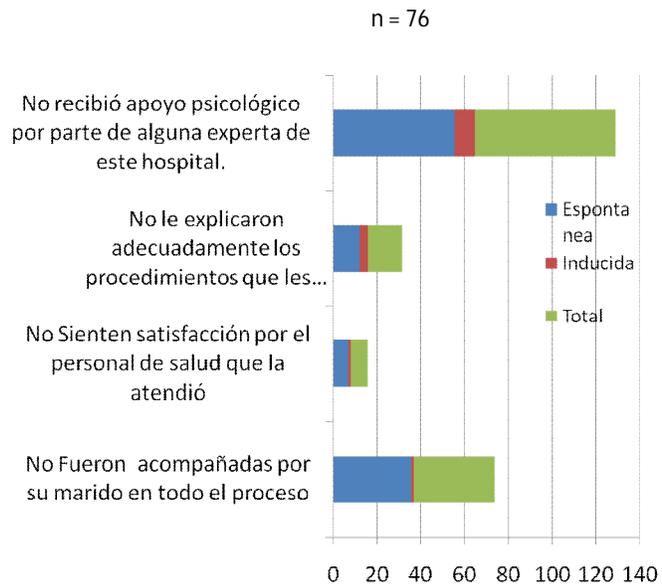


Grafico 20.
 Tipo de Perdida reproductiva y condiciones que pudieron agravar las Manifestaciones psicológicas en las mujeres atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada. II semestre 2014.



Fuente: Tabla 6.

