

**LA IMPORTANCIA DE LA ADMINISTRACIÓN EN SALUD MENTAL:
ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y PSICOSOCIALES A INTEGRARSE EN LA RUTA INTEGRAL DE
ATENCIÓN EN SALUD, PARA MUJERES EN FASE DE POST – ABORTO EN EL MUNICIPIO DE TULUÁ –
VALLE, EN EL AÑO 2019**

LUZ CARLINA BONILLA PLAZA

TUTORA

RAQUEL DÍAZ BUSTAMANTE

**Trabajo de Investigación para optar el título de
Magister en Administración de Salud**

**Universidad del Valle
Escuela de Salud Pública
Maestría en Administración de Salud
Santiago de Cali, septiembre de 2019**

Gracias al Dueño de la Vida que me ha dado la
fuerza para caminar y concederme un gran apoyo
de nombre Raquel.

Dedicado a María C., Ana Julia, mis hermanos
sus hijos y Laura Sofía

Tabla de Contenido

Introducción	5
1. Planteamiento del problema	11
La IVE como un problema de salud pública	11
Morbilidad, mortalidad y salud mental en el post – aborto	14
2. Estado del arte: Investigar el post- aborto.....	16
3. Objetivos de la investigación	19
3.1 Objetivo general	19
3.2 Objetivos específicos	19
4. La metodología empleada: una reflexión etnográfica sobre los retos de trabajar con narrativas en el post-aborto	20
Categorías de análisis	23
5. Enfoques que sirvieron para el análisis de los hallazgos	25
6. Resultados y Discusión: El contenido de los capítulos	26
Capítulo I:	28
Más allá del proceso administrativo: Acceso a la atención antes durante y después de una IVE por parte de las participantes.....	28
1.1 ‘Algunas razones’: la decisión de estas mujeres para acceder a una IVE	29
1.2 ‘Las vivencias administrativas’: proceso administrativo y psicosocial durante la IVE	37
1.3 ‘Pertinencia en la atención’: percepción y expectativas de estas mujeres en la calidad de la atención en el post – aborto	43
1.4 ‘Desgaste cognitivo’: barreras emocionales y la necesidad de explorar el tema	50
2 Capítulo II:.....	53
La naturaleza del post – aborto: exposición de las características psicosociales y económicas.....	53
2.1 ‘Lo fáctico del post – aborto’: contención de la morbilidad desde las rutas de atención y algunas experiencias de mujeres	54
2.2 ‘Rastreo de la muestra’: pesquisa de las condiciones materiales y sociales.....	63
2.3 Confianza sobre el proceso de atención en el post - aborto: Barreras administrativas y emocionales	68
3. capítulo III:.....	73
Equilibrio emocional: Relación clínica, comunicación y adaptación después del procedimiento	73
3.1 El efecto del encuentro clínico: actores en la relación clínica en el contexto del post – aborto..	74
3.2 Modalidad comunicativa: transmisión de la información durante el post - aborto.....	78
3.3 Adaptación: acción facilitadora durante el post- aborto.....	85
4. Capítulo IV:.....	89
Plan de atención en el post – aborto: pauta para una RUTA de acción	89
4.1. Estigma administrativo: la fase post – aborto entendida desde signos y síntomas patológicos ..	90

4.2. El duelo y la huella sociocultural: la necesidad de replantear los signos y síntomas	95
4.3. Individuación en el post – aborto: enfoque de género y salud sexual y reproductiva	99
4.4. Restauración y divulgación: caminos de prevención	107
Conclusiones: Reflexiones finales – pautas y motivaciones para un análisis futuro	114
Pautas y un corto recorrido por los hallazgos de la investigación	115
Aspectos administrativos y psicosociales a integrar en la RIAS para la atención de mujeres en fase de post- aborto	115
Pautas de las mujeres para mejorar los procesos administrativos del procedimiento	121
Reflexión epistemológica: vivencias al investigar el tema	122
¿Por qué hacer investigación cualitativa sobre temas que construyen puentes entre la salud mental y la administración en salud?	123
Referencias bibliográficas.....	126
Anexos	141
Anexo 1. Guion de entrevista	141
Anexo 2. Encuesta sociodemográfica	143
Anexo 3. Autorización de realización de proyecto de grado	145
Anexo 4. Consideraciones Ética y Consentimiento informado	146
Acceso a la información	146
Riesgos y beneficios derivados de la investigación	147
consentimiento informado	150
Anexo 5. Aval definitivo del comité de Ética de la Universidad del Valle	153

Lista Tablas y Figuras

Tabla 1. Cifras de aborto inducido por regiones	12
Tabla 2. Procesamiento de la información.....	24
Tabla 3. Categorías de análisis.....	24
Tabla 4. Consideraciones éticas - Ruta de intervención	148
Figura 1. Triada de la Calidad.....	48
Figura 2. Componentes del modelo APA.....	105
Figura 3. Análisis administrativo para la atención en el post - aborto	112
Figura 4. Aspectos a incluir en una Ruta de atención para el post – aborto.....	120
Figura 5. La investigación cualitativa en la Administración en salud.....	125

Introducción

“Ser mujer no es el significado del diccionario, es mucho más, es el centro; usted nunca siente cansancio, [si] usted está enferma y siempre está para todo el mundo, la mujer tiene episodios de una soledad enorme y reflexiona [sobre] la vida, la calcula y dice: ‘voy a cambiar’. Eso es ser mujer, es guerreársela toda la vida”.

(Alba Lucía¹ 4 años en fase de post aborto)

Alba Lucía es una de las participantes del presente estudio. Su comentario, rescata la singularidad de lo que significa ser y vivir como mujer, más allá de los estereotipos contruidos y la sitúa como un ser en constante cambio y adaptabilidad, quien vive en una constante búsqueda del mejoramiento de su actuar y pensar. En ese continuo de cambios, de adaptación y aceptación, uno de los desafíos más significativos que puede transitar una mujer es la maternidad, la cual, hace que esta se convierta en la portadora y custodia de una nueva vida.

La maternidad puede ser una etapa de plenitud o no, dependiendo de la manera en la que esta se afronte. Es un proceso que está mediado y facultado según el contexto social, la cultura, el pensamiento y el plan de vida a ejecutar de cada sujeto, es decir, la reproducción ha pasado de ser una respuesta netamente biológica y una estructura cultural prediseñada, a una gama de factores de los cuales la mujer está en la facultad (1) de considerar, antes de entrar a darle paso o no a una nueva vida. Entre las opciones con las que cuenta toda mujer para decidir sobre su futuro reproductivo, se encuentra la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Sin embargo, no es una opción o decisión fácil de tomar. Dependiendo de los factores sociales y políticos que una mujer afronte durante la realización de dicho procedimiento, diversas investigaciones² indican que tanto en el cuerpo como en la psique de estas mujeres, quedan

¹ Dado a la confidencialidad de las participantes de la investigación sus nombres fueron cambiados, para referenciarlas en el texto se hizo uso de un seudónimo.

² Gómez C, García R. Categorización diagnóstica del síndrome post aborto. Actas esp Psiquiatr; 2005; 33(4): 267 -272. Speckhard A, Rue V. Post Abortion Syndrome: Una preocupación emergente de salud pública. Issues 1992; 48: 95-119. Harlow B, Cohen L, Otto M, Spiegelman D, Cramer D, Robins L, et al. Early life menstrual characteristics and pregnancy experiences among women with and without major depression: The Harvard study of moods and cycles. J Affect Disord. 2004; 79 (1-3):167-76. Pinto M, Gómez C, Uribe R, Miranda

secuelas que con el paso del tiempo, se vuelven huellas mnémicas que causan malestar psicológico.

Dichas secuelas se traducen en el aumento del uso de los servicios de salud mental, en episodios de violencia intrafamiliar, abuso de sustancias psicoactivas, exposición a conductas de riesgo y aumento en las tasas de suicidio (2 – 4). Estas acciones pueden ser menguadas a través de un modelo de atención inductivo, que vea a las usuarias del sistema de salud en 3D³, es decir, con un nombre, una historia y con derecho a la *justicia restaurativa* (5, 6). Lo anterior se ve reflejado en las vivencias y necesidades de quienes atraviesan la *fase del post – aborto*⁴, en donde las estrategias administrativas de las entidades de salud aplicadas en la atención de las mujeres que están en fase de post – aborto, se convierten, por un lado, en barreras administrativas, y por el otro, se traducen en bloqueos emocionales para estas mujeres. Esto se debe, por ejemplo, a la dificultad para reconocer sus necesidades y poder satisfacerlas, frenando el continuo de la salud y el aumento de la tensión emocional que acarrea este tipo de procedimientos, tal como lo expresa una de las entrevistadas:

“(…) Para todo hay un seguimiento después de cualquier procedimiento en un hospital o clínica; [es] una manera de saber cómo está el paciente, cómo le fue con el procedimiento, de informarle cuáles son los pasos a seguir, que no haya esa especie de pared que te deja sin saber nada, de indicarte qué hacer, para uno darse cuenta y así poderse ayudarse a sí mismo. Si al menos [del hospital] lo hubieran llamado a uno y le dijeran – ‘ya pasó tanto tiempo -, ¿cómo te sientes?’; [qué te ofrezcan] ayudas psicológicas, médicas. Tú no sabes si [el procedimiento] te deja secuelas físicas, psicológicas, tú no lo sabes, pero si los

C, Pérez A, de la Espriella M, et al. The economic burden of depression in Colombia: direct costs of intrahospital management. Rev Colomb Psiquiatr. 2010; 39(3):465–80. Ostbye T, Wenghofer E, Woodward C, Gold G, Craighead J. Health services utilization after induced abortions in Ontario: a comparison between community clinics and hospitals. American journal of medical quality: the official journal of the American College of Medical Quality. 2001; 16(3): 99–106. Coleman P, Boswell K, Etzkorn K, Turnwald R. Women Who Suffered Emotionally from Abortion: A Qualitative Synthesis of Their Experiences. Journal of the American Physicians and Surgeons. 2017; 22(4): 113-118.

³ I Foro Latinoamericano de Ineficiencias y Desperdicios en Salud – Dra. Pinto Nov 2018

⁴ Se utilizar el término de post – aborto, porque de esta forma se le conoce en la bibliografía

*profesionales están pendientes de ti, ellos sí lo van a saber y uno
podrá estar más tranquila, más serena, sin tanto dolor ¡claro! ...”*

(Mérida 3 años en fase de post - aborto⁵).

La etapa del post – aborto es la noción que se remite exclusivamente al síndrome o a las consecuencias emocionales que presentan las mujeres tras una IVE, puede durar años (2 – 4), y con ello se muestra lo importante de la conformación de un equipo asistencial que acompañe a estas pacientes, en la restauración de la salud y le permita descubrir su propio mecanismo neurótico o bloqueo mental, que según Petit (7) es el recurso que permite a la persona separarse del dolor que le causa una situación estresante, pero que utilizados frecuentemente, pueden ser patológicos, afectando la salud mental. Al respecto Salama (8) menciona que durante esta fase se pueden producir una serie de bloqueos emocionales como la desensibilización, que es la afectación en la sensibilidad, el cual produce un impedimento en la persona para utilizar sus sentidos y sus sensaciones (8, p.79). Estos bloqueos mentales, no son fácilmente percibidos por la persona que los tiene, pero con la guía de un profesional que obedezca a una ruta de atención psicosocial, que, a su vez, identifique aspectos administrativos y psicosociales que puedan incidir en la aparición de estos. Sin embargo, la literatura sobre este tipo de ayudas psicosociales es escasa, lo que lleva a pensar que el diseño de investigaciones aplicadas al tema, podrían permitir, entre muchas otras cosas, diseñar una metodología que disminuya las respuestas de malestar de mujeres en fase post- aborto, haciendo uso de la administración en salud mental.

Desde 1977 se reconoce la relevancia de los aspectos psicológicos, y la necesidad de aumentar la eficacia de la administración en salud mental (9), como lo dicen Hernández, et. al. (10) se deben revisar las falencias estructurales, conceptuales y socioculturales del servicio de salud mental. Como parte importante del bienestar de la persona, la salud mental al igual que otros servicios, debe de organizarse partiendo de las situaciones reales, es decir de los casos ingresados para realizar un diagnóstico situacional⁶ del servicio, y así, estructurar

⁵ Puntualizando el número de años que la mujer se encuentra en fase de post – aborto, se observa que las secuelas de una IVE pueden durar por años.

⁶ Análisis del entorno interno y externo de las instituciones o servicios que permite la toma de decisiones frente a la organización de los mismos.

las estrategias de intervención psico – social para darle solución a las problemáticas emocionales y sociales que presentan las mujeres en el post – aborto. Entre otras cuestiones, permitiría organizar los recursos humanos y financieros para realizar las acciones e intervenciones correspondientes, influir en el equipo humano que está llevando a cabo la intervención para alcanzar el equilibrio emocional, realizando la evaluación del proceso y los ajustes correspondientes según el ambiente⁷. La suma de todas estas acciones permitiría estructurar documentos, pautas y rutas que se enfoquen en el mejoramiento de la salud mental dándole alcance holístico al concepto universal de salud.

La Organización Mundial de la Salud en el 2016 (11), menciona que la salud mental es un estado de bienestar en el que la persona es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de una comunidad, como lo menciona el Plan Decenal de Salud Pública (12) que contiene la dimensión de convivencia y salud mental, la cual, apunta al desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo de la vida, con equidad y enfoque diferencial en la cotidianidad.

Como elemento relevante, los anteriores documentos señalan cómo la dimensión emocional debe estar incluida en los planes de desarrollo e intervención en salud, tal como lo expone el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental y la Política Nacional de Salud Mental para el período 2013 – 2020 (13, 14), en donde promover la salud mental, prevenir trastornos mentales, ofrecer atención oportuna y de alta calidad, permite la recuperación de quienes padecen afecciones emocionales, no sólo desde factores individuales sino también sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales, refiriéndose a la atención psicosocial.

Contribuir en la mejora a la salud integral de la mujer que accede a una IVE, hace relevante pensar en un abordaje de estas pacientes desde una dimensión psicosocial, que contenga las consecuencias físicas, sociales y emocionales que acarrea este procedimiento médico. Para

⁷El ambiente es lo circundante al ser humano, su espacio físico, familiar social y cultural, todo lo que piensa, siente, su sistema de creencias, las decisiones que tome y las experiencias; por otra parte, son los diferentes grupos sociales con sus estímulos. Para mayor información ver: Roy C. El modelo de adaptación de Callista Roy. 3ª ed. Nueva Jersey: Pearson; 2009.

ello, ciertos países han optado por despenalizar la práctica del aborto para disminuir las secuelas físicas y emocionales que surgen tras una interrupción voluntaria y han incorporado en sus políticas públicas, medidas de educación temprana en materia del IVE; medidas en las que se pueda evitar situaciones que expongan a las mujeres a la decisión de abortar, facilitando recursos de prevención e información y condiciones sanitarias básicas (15).

La diversidad de opiniones frente a las afecciones emocionales después de una IVE, conlleva la ejecución de rutas difusas en la atención de sus secuelas, sin embargo, vemos a continuación, países cuyas leyes han incorporado políticas públicas que abordan el componente psicológico y social tras una IVE desde el enfoque de la justicia restaurativa. En Uruguay donde el aborto no es punible desde el año 2012 según la ley N° 18.987 art. 3, acentúa la existencia de los programas de apoyo psicológico, social, económico e información a la mujer (16). España en su ley 2/2010⁸, actualizó sus políticas públicas dándole énfasis a la educación sexual y una atención humanizada en el post – aborto (17). En el Reino Unido existe el ‘Abortion Act’ de 1967 que señala la importancia de la salud mental y los programas que salvaguardan la misma (18).

Según Beristain (19), los procesos de acompañamiento (atención) psicosocial buscan fortalecer la red de apoyo de los pacientes. Esto, permite reconstruir comunidades dispersas, disminuir el impacto psicológico de la persona y su entorno socio – familiar, legitimar al sujeto como ciudadano de derechos; entre estos derechos, se incluye la atención de todas las mujeres en la fase del post – aborto. Las Normas de atención humanizada en el post – aborto de Paraguay⁹, expone que las mujeres en situación de post – aborto, independientemente de su causa, se encuentran en un momento muy frágil de sus vidas en lo que respecta a su salud física, psicológica y emocional (20). El Servicio Extremeño de Salud (SES) de España presenta una guía de Atención Profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad 2015 (21), plantea intervenciones y/o alternativas para las mujeres con antecedentes de IVE que presenten afecciones o secuelas emocionales tras el procedimiento.

⁸ Ley de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo

⁹ En este modelo es fundamental considerar la atención psicosocial de las mujeres en situación de post – aborto integrando trabajadores/as sociales y psicólogos/as en la respuesta integrada, con sus respectivas especializaciones en la atención a la salud.

Estos planteamientos dan cuenta de la importancia de un abordaje focalizado en las mujeres que han pasado por una experiencia de IVE médica o quirúrgica, y que le permita a las instituciones y el personal de salud planear, organizar, dirigir, evaluar y controlar la atención que se les brinda a nivel psicosocial a estas mujeres. No obstante, Obando et al. (22) dejan claro que una de las dificultades para llevar a cabo la propuesta psicosocial en el post – aborto está en la manera en que los actores del sistema de salud ignoran estas propuestas.

El presente trabajo investigativo me ha permitido encontrar varios hallazgos que ponen en consideración el derecho a la reparación de estas mujeres en fase de post – aborto en Colombia, visibilizando la necesidad de que esto no puede ser un ejercicio que se limita al cuidado del equipo asistencial durante el procedimiento y que se agota con la orientación de métodos de planificación para evitar que estas mujeres, vuelvan a incurrir en dicha práctica. Tal como lo señala Naranjo (23), este es un problema que necesita de un tratamiento interdisciplinar que permita abordar las dimensiones psico – sociales del sujeto en la fase del post – aborto.

Por lo anterior, el presente trabajo busca de manera imperativa establecer cuáles son los elementos relevantes a integrar en el proceso de atención psicosocial en el post – aborto para la ruta de atención integral a nivel psicológico y social de esta población en la ciudad de Tuluá, desde una perspectiva administrativa. Para ello, se formuló la siguiente pregunta de investigación *¿Cuáles deben ser los aspectos administrativos y psicosociales a considerar para el proceso de atención en mujeres en fase de post – aborto, que deben integrarse a la Ruta Integral de atención en salud en el municipio de Tuluá –Valle?*

Para que esta pregunta de investigación cobre sentido, es de suma importancia contextualizar el planteamiento del problema de investigación desde datos, enfoques teóricos y metodológicos desde los campos de la salud pública y de la administración en salud. A través de las diversas cifras que engloban la problemática de la IVE y su posterior fase, el post – aborto, se puede brindar evidencias concretas de la gravedad de la situación, centrar su relevancia y tomar acciones frente al abordaje psicosocial durante esta.

1. Planteamiento del problema

La IVE como un problema de salud pública

La OMS (24), en sus cifras oficiales a nivel mundial indica que entre el año 2010 y el 2014, se produjeron cerca de 56 millones abortos anuales, lo que equivale a 35 abortos por cada 1000 mujeres entre los 15 y los 44 años, esto significa que el 25% del total de embarazos terminó en un aborto provocado. Cabe anotar la existencia de sub – registros en las cifras debido a abortos clandestinos. En los últimos 10 años se han practicado 28 mil abortos quirúrgicos en hospitales o clínicas que ofrecen servicios en salud sexual y reproductiva. En países como Holanda, alrededor de 9 mil abortos se llevaron a cabo en el año 2009 (25); en los Estados Unidos entre el año 2008 y 2014 se practicaron 926.200 abortos inducidos, en promedio 14.6 abortos por cada 1,000 mujeres (26); en Australia se calculan 100 mil abortos inducidos al año (27).

En el caso de México las estadísticas de la IVE desde abril de 2007 hasta el 31 de marzo de 2019, señalan que se han presentado 214,165 casos, de los cuales, 165,859 son IVE medicado, 45,265 IVE son por aspiración y 3,041 IVE por legrado uterino instrumentado, con un promedio de 3,623 IVE trimestrales (28). En Argentina para el año 2016 se registraron 53.000 ingresos por abortos a hospitales públicos de todo el país, estas cifras son sin discriminar según el tipo de aborto (29); en Chile según el Ministerio de Salud para el 2017 hubo 7,694 egresos por abortos médicos y no especificados (30). En República Dominicana según la ANDECLIP¹⁰ se realizan 90 mil IVE al año, en donde 1 de cada 4 nacimientos termina en IVE. Más adelante se problematizará esto en tasa de mortalidad y morbilidad.

En Colombia para el año 2015, según ENDS¹¹ se practicaron 282,3 interrupciones o abortos inducidos¹² sin especificación de su naturaleza médica o quirúrgica (31). Los principales departamentos y ciudades del país que reportan estas cifras se muestran en la tabla 1. Para

¹⁰ Asociación Nacional de Clínicas Privadas 2016

¹¹ Encuesta Nacional de Demografía en Salud, presenta las cifras del aborto a nivel nacional, departamental y municipal.

¹² Comparación de términos utilizado en la Encuesta Nacional de Salud

el departamento del Valle del Cauca (sin incluir a Cali y el Litoral pacífico)¹³, se practicaron 5,4 IVE; en el caso específico del municipio de Tuluá – Valle del cauca en el año 2015, el 19% de los embarazos terminó en una IVE (32, 33).

Tabla 1 Cifras de aborto inducido por regiones

Departamento	Abortos inducidos	Departamentos	Abortos inducidos
Guajira, Cesar y Magdalena	10,2	Medellín	49,3
Barranquilla	21	Antioquia sin Medellín	4,4
Atlántico, San Andrés, Bolívar Norte	17	Caldas, Risaralda, Quindío	4
Bolívar Sur, Sucre, Córdoba	10,2	Tolima, Huila, Caquetá	14,2
Santanderes	7	Cali	23,4
Boyacá, Cundinamarca, Meta	10	Litoral Pacífico	10
Bogotá	80	Cauca y Nariño sin Litoral	9
Orinoquía y Amazonia			

Datos tomados de ENDS 2015

Se calcula que cada año alrededor del mundo siete millones de mujeres deben ser ingresadas al hospital por complicaciones de un aborto inducido, que puede ocasionar discapacidad temporal o permanente, infertilidad, o en casos extremos, la muerte (31). Según el DANE (34), en Colombia en el 2017 se registraron 444 muertes maternas¹⁴; en departamentos como Antioquia se registraron 36 casos de muertes maternas, en Atlántico 33, La Guajira 28, Bogotá 31, Cundinamarca 18, Choco 19, Meta 10, Valle del cauca 19, Cali 8, en el caso de Tuluá no hay registro para el año 2017. Según la OMS (35) y el observatorio de salud de Caldas 2016 (36), el 28% de las causas directas de muertes maternas están relacionadas con afecciones preexistentes como diabetes, obesidad, VIH entre otras, el 27% a hemorragias graves después del parto, el 14% a la hipertensión gestacional (preclampsia y eclampsia),

¹³ Los indicadores sociales de Cali y Buenaventura no pueden unificarse dado a que las dinámicas sociales son diferentes, y las cifras de aborto son elevadas a comparación del resto del departamento.

¹⁴ Se registra bajo el código 614 Embarazo, Parto y Puerperio.

11% a las infecciones, 9% partos obstruidos, el 8% a complicaciones de abortos inducidos y el 3% a coágulos sanguíneos (embolias).

En el caso de Colombia, la IVE se encuentra despenalizada bajo la Sentencia C-355 de 2006 de la corte constitucional con sentencias de tutelas ulteriores (37). Esta Sentencia señala los Derechos Sexuales y Reproductivos como parte de los derechos fundamentales de las mujeres como lo son la Vida o la Salud¹⁵, lo cual deja la práctica de la IVE en el marco de la legalidad, obedeciendo su consentimiento a tres causales específicas: a) Cuando la continuación del embarazo ponga en peligro la vida de la gestante, b) Inviabilidad del feto (malformaciones), c) En caso de que el embarazo sea producto de una violación o incesto (37). La Sentencia C-355 acentúa el derecho reproductivo a la información oportuna y veraz frente la IVE, teniendo en cuenta el nivel de conocimiento de las mujeres sujetas de derecho; de igual forma subraya las obligaciones de las entidades prestadoras de salud a la hora de atender a estas pacientes¹⁶.

No obstante, en el presente estudio se encontró que, para el caso, 13 de las 15 mujeres entrevistadas en el marco de esta investigación y cuyo procedimiento fue practicado en la ciudad de Tuluá, este derecho a la información no fue ejercido ni antes, ni durante, ni después de la IVE:

“(…) La institución no me dio ninguna información; me hubiese gustado que me dijeran algo antes y como sería el procedimiento”

(Liza 7 años en fase de post – aborto)¹⁷.

“(…) No, pues ellos no dan información, vístase, váyase para su casa y ya...”

(Sandra 10 años en fase de post – aborto).

Según la resolución 5857 de 2018, la IVE está contemplada en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC¹⁸, por tanto, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y la red de servicios

¹⁵ Ley Estatutaria 1751 de 2015

¹⁶ Corte Constitucional de Colombia, 2009b, 2012

¹⁷ A lo largo del texto se escucharán las voces de las participantes de la investigación. Los nombres reales de las participantes han sido modificados por razones éticas y de confidencialidad. Sin embargo, cada una escogió un nombre con el que desea ser identificada a lo largo del texto.

¹⁸ Unidad de Pago por Capitación, valor que se reconoce por cada uno de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud el cual cubre las prestaciones en el Plan de Beneficios en Salud.

de salud pública y privada deben garantizar información y el acceso a los servicios de salud de las mujeres, ya sea del régimen contributivo o subsidiado (38). Las mujeres con IVE practicado bajo la Sentencia C-355 de 2006 de la corte constitucional, deben pasar por una atención psicosocial, acorde al Documento Técnico de Atención Integral en la IVE (39), la EPS además de suministrar las opciones de tratamiento frente el embarazo, debe brindar orientación y asesoría; dicho apartado actualmente cubre los siguientes aspectos: a) revisión de la toma de decisión, b) aspectos legales, c) información sobre tratamientos quirúrgicos y tratamientos con medicamentos, d) anticoncepción. También menciona la importancia de brindar apoyo emocional a la paciente, aunque es importante resaltar que el plan de acción frente al apoyo emocional no se describe en dicho documento técnico para prestadores de salud.

En el cumplimiento de la ley y bajo las tres causales que despenalizan la práctica de la IVE tanto médica como quirúrgica, durante el 2015 se registró que el 28,3% de las IVE fueron atendidas en hospitales o puestos de salud públicos; el 17,5% en un consultorio médico particular; y el 13,3% en un centro de atención contratado por una EPS y el 15,8% en un hospital – clínica privada (31). Cabe señalar que la información para el análisis del seguimiento de casos no está disponible, desconociendo la naturaleza de este, en cuanto a tiempo, prácticas y/o intervenciones.

Luego de una IVE se han demostrado científicamente secuelas como muertes maternas, afecciones psicológicas, inestabilidad social, por ello a continuación se explica, cómo se conceptúa el post – aborto desde la morbilidad.

Morbilidad, mortalidad y salud mental en el post – aborto

El post – aborto es la noción que se remite exclusivamente al síndrome o a las consecuencias emocionales que presentan las mujeres tras una IVE y no al periodo inmediatamente después del procedimiento, es decir que, se ha encontrado que el post – aborto o síndrome post – aborto puede surgir inmediatamente después del evento o permanecer latente por mucho tiempo, en periodos de 6 meses, o de 4 a 10 años (40, 41). Este periodo está ligado

exclusivamente a la aparición y permanencia de los signos y síntomas como sentimientos de culpa, angustia, tristeza, desasosiego, depresión, agresividad, irritabilidad, baja tolerancia a la frustración e incapacidad para establecer vínculos duraderos, intentos de suicidio y tienen seis veces más riesgo de suicidio, entre otros (2 – 4). Vale la pena distinguir la fase de *post-aborto* a la de las fases *post quirúrgicas* o *post parto*, entendidas como el tiempo de recuperación física y mental de la persona tras dar a luz a un ser humano vivo (42, 43). No obstante, sobre la fase post aborto no se han desarrollado o incluido, aspectos propios de la etapa como el duelo, aspecto que podría llevar a reconocer cómo una mujer puede afrontar el post – aborto.

Harlow (44) afirma que las mujeres con antecedentes de aborto quirúrgico tienen de dos a tres veces mayor riesgo de depresión a lo largo de su vida; se subraya que para el 2010 este trastorno depresivo en la población general tuvo una carga económica de 399.000 millones de pesos para Colombia y de 134.000 millones para las seis principales ciudades del país (45). Ostbye et al. (46) hablan de mayor ingreso a hospitalización por infecciones 1.6 más probabilidad de riesgo luego de un aborto quirúrgico, aumentando los costos en la atención a las pacientes en fase de post – aborto.

Reardon (47) indica que las secuelas psicológicas que deja este procedimiento en la vida de las mujeres representan un incremento del 110% en el uso de los servicios por problemas de depresión y otras patologías como el trastorno bipolar. Adicional a esto, Coleman (48) ha encontrado un incremento del 44% de casos de violencia intrafamiliar e infantil en mujeres que experimentan la fase de post – aborto y cuando esta práctica ha sido auto – inducida quirúrgicamente.

El procedimiento del aborto quirúrgico en una intervención que implica riesgos, que pueden terminar con la muerte de la mujer, peligro que se acrecienta según las variables del profesional y el lugar de atención. Los comportamientos autodestructivos luego de un aborto inducido mencionado con anterioridad se traducen también en muertes maternas, ya que posiblemente contribuyen a las tasas de accidentes, suicidios y sobredosis de sustancias psicoactivas (49, 50).

Se ha detectado en la práctica profesional la existencia de secuelas psicológicas después de un aborto inducido, que van de la mano de la literatura y coinciden con el procedimiento de la IVE en las mujeres que participaron en esta investigación. Lo anterior, conlleva a tener tensión emocional, la cual se interpone con el funcionamiento adaptativo al entorno, dificultando el sentimiento de bienestar y el sano desarrollo de una mujer dentro de la sociedad, y que se expresan en trastornos de tipo afectivo – emocionales como la depresión; de la comunicación (como es el caso de la irritabilidad); de alimentación como la bulimia o la anorexia; neuro – vegetativos; trastornos en la esfera sexual y del sueño (como el insomnio o pesadillas) (41).

En la actualidad existe un interés en diferentes países por investigar y aplicar el enfoque de atención psicosocial en el área de la salud; en el caso de la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Este enfoque se ha venido empleando con pacientes que han tenido pérdidas perinatales y abortos espontáneos. Sin embargo, hay pocos estudios que aborden la atención psicosocial en la fase del post – aborto tras una IVE médica o quirúrgica. Algunos de las investigaciones consultadas que contribuyeron a la realización de la presente investigación, hacen hincapié en la individuación de la problemática, para llevar a cabo una óptima atención psicosocial. A continuación, se mostrarán las más relevantes.

2. Estado del arte: Investigar el post- aborto

Hay quienes reconocen y quienes no, las afecciones emocionales tras una IVE. Esto, hace que la investigación en la atención psicosocial sea escasa, a pesar de que existan múltiples investigaciones que han permitido diagnosticar la angustia y algunos trastornos psicológicos en el post – aborto. Las investigaciones que han abordado el componente psicológico luego de un aborto inducido, médico o quirúrgico, enfatizan en la contención de los síntomas emergentes, pero no en un objetivo puntual de la obtención de salud mental desde un enfoque diferencial; a continuación, se muestran aquellas investigaciones que abordan el tema de la atención psicosocial en la fase del post – aborto, las cuales permitieron escoger la metodología de la presente investigación.

El artículo “*Exploring treatment preferences for psychological services after abortion among college students*”, es un estudio de tipo descriptivo con diseño transversal, donde la recolección de los datos se realizó mediante la aplicación de 3 cuestionarios (demográfico, post – aborto e intervención IVE); Curly y Johnston (51) muestran las preferencias de tratamiento para los servicios psicológicos en el post – aborto, dirigido a estudiantes universitarias que experimentaron angustia psicológica luego de un aborto. En el estudio, varias de las participantes prefirieron una intervención psicosocial dirigida por profesionales, y desde ahí, hacen énfasis en la construcción de programas de intervención con estrategias psicoterapéuticas que ayuden al sufrimiento psicológico de las mujeres después de un aborto.

“*El cuidado de enfermería según la mujer en la situación de aborto*”, es un estudio de Gondim et al. (52), de tipo exploratorio – descriptivo, donde se aplicaron técnicas cualitativas como entrevistas semi – estructuradas y se analizó mediante análisis de contenido, el cual da cuenta de los hallazgos de cómo mujeres en situación de post aborto¹⁹, vivencian el cuidado del personal de enfermería que reciben, señalando la necesidad de fomentar un espacio donde la comunicación sea el principal objeto a atender, mejorando la relación personal y asistencial, en la cual, los profesionales colaboren en elucubraciones emocionales que permitan dimensionar el aborto desde el campo existencial.

En el artículo “*A therapeutic approach to reduce post abortion grief in university women*”, Tentoni (53) describió el enfoque terapéutico para ayudar a las mujeres a lidiar con los sentimientos de dolor y culpa, causado por el impacto que le generó la decisión y realización del aborto, generando un bloqueo de su emocionalidad en un proceso de asimilación del evento transcurrido. Los resultados del estudio se obtuvieron mediante la recolección de las historias de vida, su posterior análisis se realizó mediante la triangulación de las mismas, los datos de anteriores investigaciones y la revisión teórica. Se rescata que, en la intervención posterior al aborto, es relevante realizar trabajos vivenciales que incluyan el cuerpo y el espacio físico (lugar donde ocurrió el aborto) como categorías de análisis.

¹⁹ Término usado por los autores.

La investigación titulada *“La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud”*, Pastor et al. (54) retoma los principales hallazgos científicos de un estudio que indagó por las experiencias de los profesionales de la salud de la Unidad Materno Infantil del Hospital de Montilla- Córdoba (España), en situaciones de muerte y duelo perinatal; se trata de un estudio cualitativo descriptivo con un enfoque fenomenológico. La investigación destaca la necesidad de crear estrategias, recursos y la organización del servicio en el duelo perinatal, para que así, los profesionales en salud puedan dar respuestas acordes a quienes atraviesan por este duelo, haciendo relevante, el fortalecimiento de la comunicación y técnicas de apoyo familiar, y con ello, permitir a los profesionales en salud, gestionar y ofrecer un servicio reconstructivo en la pérdida perinatal.

“La atención psicosocial a personas víctimas del conflicto armado en contextos institucionales de salud pública”, es una investigación llevada a cabo por Obando et al. (22) y se aleja del objeto de estudio de la presente investigación. No obstante, retoma las dimensiones del abordaje psicosocial lo cual ayuda a pensar sobre las herramientas metodológicas para la identificación y descripción de los aspectos psicosociales en el post – aborto. Por otra parte, este estudio reflexiona acerca de las posibilidades de aplicación que tiene la intervención psicosocial para la atención de víctimas del conflicto armado en Colombia y en contextos institucionales de salud pública, entendiendo la rehabilitación como un proceso de readaptación/reincorporación a la sociedad, además de brindar el empoderamiento del sujeto como agente activo y constructor de un proyecto de vida. El anterior estudio contribuyó a escribir el problema de investigación dado a que se identifican las necesidades de la persona a partir del enfoque psicosocial que impacta la salud mental del individuo, desde una metodología cualitativa que da cuenta de los aspectos cotidianos de los sujetos a estudio, haciendo un mayor acercamiento al fenómeno en su estado natural que facilita el abordaje de las problemáticas. Es relevante resaltar que las anteriores investigaciones recomiendan ahondar en la atención psicosocial en el post – aborto;

Los estudios sobre abordajes psicosociales que se han propuesto en las últimas décadas en Colombia están relacionados con la población víctima de la violencia social y política, siendo exclusivamente esta población quien tenga en sus lineamientos jurídicos de atención, el componente psicosocial, como lo plantean Obando et al. (22).

En cuanto a la metodología empleada en los estudios de atención psicosocial más recientes, están inclinadas a investigaciones cualitativas, documentales y descriptivas que dan cuenta de las experiencias del sujeto a intervenir, donde el número de participantes de los estudios de investigación oscilan entre 5 y 19 participantes, por esta razón, se optó en el marco de la presente investigación, por desarrollar un abordaje metodológico *exploratorio – descriptivo* con un *enfoque cualitativo y etnográfico*, que permitió comprender y problematizar los aspectos socioculturales que aluden a la fase del post – aborto en el contexto social de cada participante. Dichos aspectos pueden agruparse en creencias, hábitos, costumbres, modos materiales de existencia, acceso al sistema de salud, entre otros, brindaron las pautas que pueden servir para las mejoras de la ruta de atención integral, pensada desde la singularidad y la realidad de los casos. Para ello se respondió a los siguientes objetivos:

3. Objetivos de la investigación

3.1 Objetivo general

Describir los aspectos administrativos y psicosociales a integrarse en el abordaje psicosocial para mujeres en fase de post – aborto, en una Ruta de Atención Integral en Salud, en instituciones prestadoras de salud de nivel II en la ciudad de Tuluá, en el año 2019

3.2 Objetivos específicos

- Describir la atención psicosocial tras un aborto médico o quirúrgico desde la experiencia de mujeres en fase de post – aborto, cuyo procedimiento fue realizado en instituciones de salud de nivel II del municipio de Tuluá.
- Describir las condiciones psicológicas, sociales y económicas en la fase de post – aborto, que deben tenerse en cuenta en una atención psicosocial oportuna en instituciones de salud de nivel II del municipio de Tuluá

- Identificar los hitos de atención psicosocial para mujeres en fase de post – aborto partiendo de las lógicas de la Ruta Integral de Atención en Salud en instituciones de nivel II.

Con lo anterior es importante demarcar que la presente investigación toma las vivencias de las mujeres en el post – aborto, las identifica, las analiza y las describe bajo la mirada de modelos de atención vigentes a nivel nacional. Dado a lo anterior se empleó la metodología narrada a continuación.

4. La metodología empleada: una reflexión etnográfica sobre los retos de trabajar con narrativas en el post- aborto

Para dar respuesta a la pregunta de investigación se realizaron entrevistas estructuradas a 15 mujeres que se encuentran en fase de post – aborto, cuyo procedimiento fue realizado en una institución de nivel II²⁰ en la ciudad de Tuluá, Valle del cauca. La escogencia de este lugar se debió a que en este municipio de Tuluá existe una prevalencia del aborto (19% de los embarazos termina en una IVE) cercana a la cifra que describe la OMS (24) a nivel mundial y concernientes a las secuelas psico – sociológicas, tal como se explicó anteriormente, dejando entrever la posibilidad de la repetición del evento y el incremento de este.

Por solicitud de las participantes del estudio, el trabajo de campo se realizó en las casas de las mujeres, dado a que ellas aducen sentir mayor tranquilidad, confianza y seguridad para hablar sobre el tema de investigación, a excepción de una participante cuya entrevista se realizó en un parque de su elección, lo cual le generó sensación de comodidad.

Para cada entrevista estructurada se realizó un guion (ver anexo # 1) y se inició con la aplicación de una encuesta sociodemográfica (ver anexo # 2). En total, se entrevistaron 15

²⁰ En este nivel de complejidad acude mayor porcentaje de mujeres a realizarse una IVE, en promedio 6 mujeres al año, en comparación de 0 en el I nivel y 4 en el III nivel de complejidad.

mujeres que se encuentran en la etapa del post – aborto, con un tiempo entre 3 y 13 años de haber terminado el embarazo de manera voluntaria y bajo el amparo de la sentencia C355 de 2006, en una IPS del municipio de Tuluá – Valle del cauca. Las participantes tienen una edad entre 18 y 49 años. Tres (3) de las participantes pertenecen al régimen subsidiado; tres (3) al régimen especial y nueve (9) al régimen contributivo. Estas mujeres se ubican entre los estratos socioeconómico del 2 al 4. En cuanto al nivel educativo cursado, se encontró que cinco (5) de las participantes cuentan con secundaria completa, una (1) con título técnico, tres (3) en tecnología²¹ y seis (6) de las participantes tienen título profesional universitario.

Para la selección de la muestra se tuvo en cuenta a) el número inicial de participantes establecido a través del criterio lógico y el barrido teórico – investigativo²² (15 participantes) y b) se adelantaron las entrevistas hasta que abarcó la cabalidad de las categorías de análisis, con ello se dio cumplimiento al criterio razonable y saturación de los datos²³. Las participantes fueron seleccionadas de las bases de datos de la Fundación Casa de Vida San Miguel Arcángel (Fcv – SMA)²⁴ con previa autorización (ver anexo # 3).

Las entrevistas con mujeres en fase de post – aborto se realizaron en el municipio de Tuluá, Valle del cauca, en las horas de la mañana, entre las 8:40am y 12:30m. Esto se hizo porque en este horario el funcionamiento cognitivo de las participantes para este rango de edad es más elevado según Evans (55), facilitando la evocación del evento con mayor facilidad. Se resalta que la recolección de los datos se hizo bajo consideraciones éticas (ver anexo # 4).

Cabe resaltar que la recolección de la información a través de las entrevistas fue un reto metodológico, dado a la resistencia de las mujeres con antecedente de IVE autorizado por una EPS; en numerosas ocasiones, las participantes cancelaron el encuentro para ser entrevistadas por el temor a ser juzgadas. Por este motivo, la realización del trabajo de campo

²¹ El tecnólogo desarrolla y crea técnicas que abarquen las necesidades humanas y mejore la calidad de vida y el técnico las aplica, adapta y hace el mantenimiento de esas técnicas.

²² El número de participantes a entrevistar se seleccionó bajo la primicia de Patton, según el criterio razonable, es decir que la totalidad de los sujetos a estudio brinde la explicación suficiente al fenómeno, cuyo objetivo no es la representatividad sino la riqueza de la información, para ello esta primicia indica un número específico entre 10 y 15 participantes para mayor información ver: Patton M. *Qualitative evaluation and research methods*. 2 ed. Newbury Park: Sage; 1990. p 186

²³ Se utilizó la saturación de los datos cuando la información recolectada redundaba sobre los mismos Para mayor información ver: Alonso L. *La mirada cualitativa en sociología: una aproximación interpretativa* 2 ed. Madrid España Fundamentos; 1998. Cap. 1

²⁴ Organización sin ánimo de lucro de Tuluá – Valle del cauca, con número de Nit. 900795081-2, el cual tiene por objeto social reparar el daño emocional de mujeres en fase de post-aborto.

tomó mayor tiempo. Esto le permitió a la investigadora, reflexionar sobre cómo las mujeres que se practicaron una IVE bajo la legislación, requieren mayor tiempo para contar sus experiencias, visualizándose un arraigado sentimiento de culpa sin resolver:

“Yo creo que hubiera sido importante para mi vida la atención emocional, cuando uno realiza un aborto, tu autoestima baja, tu parte psicológica se trauma, tu parte emocional duda, hay temores, entonces es bueno saber que luego de la intervención que se hizo, tu vagina, tus ovarios, tu útero está en perfectas condiciones para volver a concebir, como también la parte emocional es súper importante, porque hay algo que es la culpa, la culpa interna es algo complejo, es una carga emocional bastante compleja, porque uno dice hubiera sido valiente como algunas niñas en tenerlo, porque admiro mucho a las niñas de 15 de 14 años que pese a todas las circunstancias dicen tenerlo para mi es de admiración”

(Samanta 9 años en fase de post aborto).

También vale la pena destacar, que las participantes narran sus experiencias a grandes rasgos, generalizándolas, sin dar mayor detalle y haciendo que en varias ocasiones se perdiera el hilo conductor de la conversación. Esto hace que el entrevistador recapitule una, dos o hasta tres veces la misma pregunta

En aras de describir los aspectos socioculturales de las experiencias de mujeres con interrupción voluntaria del embarazo quirúrgica o médica, comprendidas desde el marco de referencia de la mujer (creencias, hábitos, costumbres, predisposiciones, entre otros) y según los protocolos de atención psicosocial establecidos en instituciones prestadoras de servicio de nivel II, se realizó un abordaje metodológico *exploratorio – descriptivo* con enfoque *cualitativo y etnográfico* de corte transversal (56), que permitió hacer una aproximación global de las vivencias subjetivas de las participantes, y así, describir, analizar e interpretar esta información de manera inductiva. Esto permitió obtener premisas particulares y reflexiones finales que permitieron dar respuesta al problema y al objetivo general de la

investigación, que, en este caso, fue el de describir los aspectos administrativos y psicosociales a integrarse en el abordaje psicosocial para mujeres en fase de post – aborto, en la Ruta de Atención Integral en Salud, en instituciones prestadoras de salud de nivel II en la ciudad de Tuluá, en el año 2019.

El enfoque cualitativo y etnográfico, sirvió de manera notable en la comprensión del proceso de atención psicosocial durante la fase de post – aborto, dado que permitió la aplicación de técnicas como la entrevista estructurada, facilitando la comprensión holística del fenómeno social, subrayando la importancia del análisis y descripción de la interacción del sujeto con su entorno social, cultural, económico y político. Todo ello en concordancia con lo que apunta Silverman (57), a través de la recolección de datos naturales, que están organizados según los conceptos, imágenes y símbolos del ser humano, generando impacto en la intervención social en favor de la salud.

Categorías de análisis

El análisis de los datos obtenidos de la aplicación de las entrevistas se elaboró desde la matriz de análisis cualitativo construida a partir de las categorías de análisis (categorías deductivas) extraídas del marco teórico (58, 59). De las categorías deductivas, emergen categorías inductivas que se construyen a partir de las unidades de análisis (relatos) comunes entre las participantes (59) como; se utilizaron citas textuales de las mujeres que participan en la investigación, permitiendo visibilizar los conceptos preestablecidos y los emergentes, en los cuales, se pudieron identificar patrones comportamentales y culturales que ayudarán a la construcción de pautas que permitan diseñar rutas de atención (60). Se ilustra en las tablas 2 y 3.

La información recolectada en la investigación se presenta en narrativas, construcciones sociales que la persona necesita para relatar su historia, resultado de la interacción en la cultura que se encuentra (61); es decir el pensamiento y expresión de la visión del mundo de una cultura.

Tabla 2. Procesamiento de la información

Categorías deductivas	Análisis descriptivo	Categorías inductivas	Interpretación
Establecidas desde el planteamiento teórico	Citas textuales del discurso en: Entrevistas a mujeres (participantes).	Una clasificación que parte del discurso de los sujetos de estudio	Exégesis de los resultados dada desde la triangulación de los objetivos, revisión bibliográfica y teoría

Tabla 3. Categorías de análisis

Categorías deductivas	Análisis descriptivo	Categorías inductivas	Interpretación
1. Enfoque psicosocial en la atención post – aborto; 2. Adaptación; 3. Justicia restaurativa; 4. Enfoque de Género, salud sexual y reproductiva;	“(…) Yo tengo 43 años y mis últimos 9 años han sido perturbados a causa de esto [IVE], porque ahí en el inconsciente esta la culpa y muchas de mis acciones provienen de eso [la culpa]; también luego [de la IVE] no quieres aceptar la realidad, no puedes estar feliz por completo, porque el procedimiento no es como tomarse un acetaminofén, a nivel psicológico quedas con ese trauma...” Samanta 9 años en etapa de post – aborto.	1.Modalidad informativa, 2. Modalidad oracional, 3. Relación clínica, 4. Comunicación, 5.Barreras administrativas y emocionales, 6. El duelo 7. Huella sociocultural, 8.Relevancia económica, 9. Seguimiento de la salud sexual reproductiva 10 Individuación.	Más allá del proceso administrativo. La naturaleza del post aborto. Equilibrio emocional Plan de atención en el post – aborto.

El procesamiento de la información dio respuesta a la pregunta de investigación, permitiendo el análisis de aspecto psicosociales en el post – aborto que pueden aplicarse posteriormente a la ruta de atención psicosocial en instituciones de salud de nivel II, instrumento presentado como un proceso administrativo en donde los servicios de salud mental, bajo el abordaje de afecciones emocionales y la comprensión de las mismas en el entorno social, brindará pautas

al personal de salud y administrativo en lo concerniente a la atención y seguimiento de estas pacientes, enfocados en la reparación del estado emocional del sujeto.

5. Enfoques que sirvieron para el análisis de los hallazgos

Para la recolección de datos se aplicó una entrevista estructurada de 26 preguntas, elaborada a partir de las cuatro categorías de análisis del estudio: 1) *enfoque psicosocial en la atención post – aborto*; 2) *adaptación*; 3. *justicia restaurativa*; 4) *enfoque de Género, salud sexual y reproductiva*. A lo largo de este texto se retomaron las voces de las participantes, con el objeto de establecer una relación entre las experiencias de las mujeres con el enfoque de atención psicosocial y las estrategias administrativas para enriquecer una Ruta Integral de Atención en Salud en el municipio de Tuluá – Valle para la fase de post – aborto, en concordancia con el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental para el período 2013 – 2020 (13).

Las experiencias de las mujeres se analizaron a través de los modelos de atención basados en el *proceso administrativo de Luna y Blandez*, la *teoría de la Acción de Argyris*, la teoría de la *adaptación de Roy*, la *relación terapéutica* y la *comunicación*, en especial, la información suministrada por las usuarias de las IPS. Esto permitió favorecer el entorno de estas mujeres, para así, contribuir a la búsqueda de las herramientas adecuadas para que toda mujer pueda alcanzar la estabilidad emocional en el post – aborto. Lo anterior, junto al paradigma de la *justicia restaurativa*, permitirá que estos hallazgos brinden alternativas más integrales que alimentadas desde la Política de Atención Integral en Salud, podrían llegar a disminuir la tensión psicosocial, dándole respuestas de calidad, duraderas y estandarizadas a las exigencias de salud de las mujeres en fase de post – aborto. La singularidad de las condiciones sociales y materiales de existencia de todas participantes hace que el *enfoque de género, salud sexual y reproductiva*, sea la mejor opción para encontrar los elementos a integrar en la ya mencionada ruta de atención, como también, puede servir como base para la planificación estratégica de dichos servicios en salud. A continuación, se presentan los

hallazgos de la investigación a manera de capítulos, el análisis de las narrativas se trianguló con objetivos, la bibliografía científica y el marco teórico.

6. Resultados y Discusión: El contenido de los capítulos

El enfoque cualitativo etnográfico permitió recoger las experiencias de las mujeres, facilitando la identificación, descripción y comprensión holística del problema de investigación planteado en el marco de esta investigación. La descripción, análisis, resultados y discusión del fenómeno se desarrollan en cuatro capítulos, los cuales dan cuenta de los objetivos específicos de la investigación, como se expone a continuación.

El primer capítulo contextualiza la atención de la IVE desde la perspectiva de las participantes y cómo esto lleva o crea la necesidad de tener una mirada crítica sobre el proceso de atención, antes y después de la intervención médico-quirúrgica. Todo esto, para cumplir con el objetivo específico número uno de la presente investigación: describir la atención psicosocial tras un aborto médico o quirúrgico desde la experiencia de mujeres en fase de post – aborto, cuyo procedimiento fue realizado en instituciones de salud de nivel II del municipio de Tuluá.

El segundo capítulo tiene como objeto, describir las condiciones psicológicas, sociales y económicas en la fase de post – aborto, que deben tenerse en cuenta en una atención psicosocial oportuna en instituciones de salud de nivel II del municipio de Tuluá. Este capítulo inicia explicando cómo es abordada la fase de post – aborto en diferentes países, partiendo de las tasas de morbilidad para la IVE. Esto da paso a la exploración de los aspectos materiales y psicosociales de las participantes que son relevantes en el proceso administrativo para la recuperación de la salud mental.

El tercer capítulo profundiza el objetivo anterior y muestra como emerge la importancia de la salud mental en la atención en el post – aborto. Aquí, la información brindada por las participantes, es tomada como pieza clave para alcanzar el entendimiento de su situación de salud, es decir, la transmisión de sus experiencias dan cuenta sobre los aspectos que la pueden

hacerse sentir segura a nivel físico y emocional en esta etapa del post – aborto, destacando la importancia en la construcción de una relación clínica humana, empática, directa, que fomente la escucha activa, la interacción médico – paciente, desde una comunicación que facilite el ajuste psicosocial de estas mujeres es decir que alcancen la adaptación.

El cuarto capítulo visibiliza qué aspectos deben tenerse en cuenta para la atención de la fase de post – aborto y a partir de estos, brinda pautas sobre cómo esta fase debe ser comprendida y estructurada desde la administración en salud mental, teniendo en cuenta la morbilidad o aquellas afecciones y/o bloqueos emocionales que interrumpen el proyecto de vida de estas mujeres en fase de post – aborto. Con ello, este capítulo se da a la tarea de identificar los hitos de atención psicosocial para mujeres en fase de post – aborto partiendo de las lógicas de la Ruta Integral de Atención en Salud en instituciones de nivel II.

Posteriormente se encontrarán las conclusiones, reflexiones finales de los hallazgos encontrados que aportarán información para la definición de una herramienta metodológica que reconozca el análisis de aspectos administrativos y psicosociales en el post – aborto, para la construcción de una Ruta Integral de Atención pertinente para las mujeres en fase de post – aborto que abarque sus experiencias, como también, la perspectiva profesional desde la relación clínica y la organización de los servicios atencionales, especialmente en el área de salud mental.

Por otro lado, se plasmarán pautas que robustecen el conocimiento de los administradores de salud, frente a las diversas problemáticas en salud, que en ocasiones se presentan como eventos específicos que deben ser abordados como lo contempla la Ruta Integral de Atención. En el caso de mujeres en fase de post – aborto requiere un abordaje que garantice una adecuada recuperación, disminuyendo los riesgos en salud mental con el mínimo costo social y económico.

Capítulo I:

Más allá del proceso administrativo: Acceso a la atención antes durante y después de una IVE por parte de las participantes

“(…) No me acuerdo, lo único [que si recuerdo fue a] una doctora que me dijo que me iba a dar unas pastillas, que me las tomara y luego volviera muy temprano, simplemente me dejaron allí; me estaba desangrando, tenía una hemorragia y me atendieron casi al medio día. Yo estaba ahí desde las 6:00 am; me dijeron quítese la ropa; la enfermera me dijo que me iba a quedar una hora recuperándome y luego me dijo que me vistiera y me fuera”
(Sandra 10 años en fase de post aborto).

En el primer capítulo, se realizará un ejercicio crítico y descriptivo sobre el proceso de atención antes, durante y después, de la intervención médico-quirúrgica de una IVE. Esto permitirá identificar y ahondar en la atención psicosocial tras un aborto médico o quirúrgico desde la experiencia de mujeres en fase de post – aborto, cuyo procedimiento fue realizado en instituciones de salud de nivel II del municipio de Tuluá.

Con el interés de dar respuestas concretas a las problemáticas identificadas, como lo es, la tensión emocional de mujeres en fase de post – aborto, sumado al propósito de lograr un impacto positivo en la salud mental de las mujeres luego de una IVE, es relevante realizar un recorrido desde el inicio del proceso de la terminación del embarazo. Esto permitirá describir la experiencia de una manera completa, resaltando cuáles de los factores de esa atención presentes en los protocolos de abordaje de una IVE en Tuluá, migraron a una fase posterior, generando un malestar²⁵ psicológico trasladado al ambiente de la mujer.

Con esta primicia, este capítulo, aborda las causales en la elección de una IVE, tomando en cuenta el ejercicio mental para la toma de decisiones realizado por las mujeres participantes de la investigación, como también el diagnóstico médico de este grupo de estudio, para

²⁵ Entendido en la presente investigación como tensión psicológica con presencia de ciertos síntomas de: inestabilidad emocional, sentimientos de culpa, angustia, tristeza, desasosiego, ansiedad, sentimiento de fracaso, dolor, pena, depresión, agresividad entre otros.

describir cómo influye el ambiente social, cultural y familiar, en elegir la terminación del embarazo de manera voluntaria. Todo ello, desde la percepción de las participantes sobre el proceso administrativo, a la luz del protocolo para la Atención integral de la Interrupción Voluntaria del Embarazo IVE (39) tomando como base las etapas del proceso administrativo llamado PODEC²⁶.

Dado a la relevancia de ver la problemática desde la perspectiva de los actores de esta, tal como lo plantea el nuevo modelo MAITE²⁷, se acopian las vivencias de las participantes, relacionadas a la pertinencia de la atención del equipo asistencial y las actividades provenientes de la sistematización de los procesos administrativos. Esta pertinencia permite ver elementos de la calidad de la atención, transmitida desde una perspectiva psicosocial, tomando como partida los componentes técnico, interpersonal y de confort que miden la calidad en la atención en salud como también el registro o la representación mental, que activa una huella mnémica²⁸. Todo esto para entender si estos factores del ámbito administrativo, facilitan o no la construcción de discursos que den paso a la exploración de los componentes psicosociales que están inmersos en la atención en fase de post – aborto desde las experiencias de mujeres; dichos aspectos serán abordados propiamente en el capítulo II.

1.1 ‘Algunas razones’: la decisión de estas mujeres para acceder a una IVE

Las razones por las cuales una mujer decide acceder a una IVE son el punto de partida para contextualizar la problemática del post- aborto. Las causales que llevaron a las mujeres de la investigación a practicarse este procedimiento son de diversa índole, con un proceder en común, como lo es evaluar la situación desde su contexto social, debido a que toda persona hace un registro mental de su situación en relación a su experiencia, su entorno familiar,

²⁶Proceso administrativo: Planear, organizar, dirigir, evaluar y controlar.

²⁷ Modelo de Acción Integral Territorial, nuevo marco que integra los objetivos y estrategias Política de Atención Integral en Salud (PAIS) transformándolos en procesos; remplazo al Modelo de Atención Integral en Salud MIAS.

²⁸ Forma bajo la cual los acontecimientos o la esencia de las percepciones, quedan inscritas en la memoria.

laboral y personal, colocando en función la percepción de dicha situación, causando sensación de bienestar o malestar.

En el caso de las mujeres que participaron en la investigación el momento del embarazo lo perciben como algo negativo, así las mujeres que se encuentran en embarazo analizan los riesgos de la decisión de terminar este y cómo esta disposición va a modificar sus estilos de vida, con ello consolida la acción de la decisión tomada.

“(...) Cuando me enteré que estaba embarazada me asusté mucho yo no sabía nada de la vida, nada, no sabía qué hacer, siempre creí que era algo malo que me estaba sucediendo, que no iba a encontrar salida, que el embarazo no era para mí y que eso iba a acabar con mi vida, necesitaba quitarme la angustia, el miedo, y el desespero que tenía. Pero siempre pensé: qué pasaría si lo hiciera, que me iba a morir, qué iban a pensar los demás de mí, pero al final vi la oportunidad y lo hice, ahora sé que pude hacer otra cosa, pero en ese momento solo veía una salida, abortar...”

(Sara 12 años en fase de post – aborto).

Es práctico reducir a cifras las razones por las cuales estas mujeres se realizaron una IVE a partir de las causales estipuladas por la corte constitucional²⁹, por ejemplo, la presente investigación encontró que 7 de las 15 participantes del estudio, el diagnóstico médico de malformaciones del feto, fue una de las razones por las que terminaron su embarazo. Es importante hacer énfasis que las participantes desconocieron la clase de malformación genética y subrayan que no fue estudiado a fondo el diagnóstico para la práctica de la IVE:

“(...) En ese momento me dijeron que tenía una malformación no sé de qué tipo, luego me dijeron que debían hacerme un legrado...”

²⁹ a) Riesgo de la vida de la mujer, b) Viabilidad del feto (malformaciones) y c) Violación o incesto.

(Sandra 10 años en fase de post – aborto).

“(...) Hoy recuerdo que me colocaron un doppler y [el médico] me dijo que el bebé venía mal, que no tenía posibilidades de vivir, entonces yo creo que venía como se dice “especial” y yo no sé porque dije que sí y ya me hicieron el aborto...”

(Diana 5 años en fase de post – aborto).

“(...) Yo estuve yendo al médico por mucho tiempo, ya tenía 4 meses, cuando me sacaron unas pruebas, no recuerdo el nombre y el médico me dijo que tenía una malformación, luego de eso fui a un ginecólogo privado y me hice el aborto...”

(Gabriela 4 años en fase de post – aborto).

“(...) Yo tenía 24 años, quedé en embarazo, me dijeron que el bebé tenía unas malformaciones, me hice el aborto, luego me puse a buscar qué era en realidad eso de la malformación y estuve tiempo buscando qué significaba, qué era eso...”

(Carol 6 años en fase de post – aborto).

“(...) El bebé tenía algo mal, venía con problemas de salud, que algo en el cerebro no se había formado y moriría pronto...”

(Mérida 3 años en fase de post – aborto).

“(...) Sólo supe que el bebé no iba a estar bien, que no iba a tener una buena vida, que presentaba complicaciones y se me hizo el procedimiento...”

(Alba Lucia 4 años en fase de aborto).

“(...) El procedimiento lo hice después de tener un diagnóstico de una complicación, donde me dijeron que el bebé ya no se estaba desarrollando que era mejor tomar la decisión ya...”

(Bila 8 años en fase de post – aborto).

Tres (3) participantes, afirmaron haberse realizado una IVE por afectación de su salud:

“(...) Recuerdo que me sentía cada vez peor, mis riñones se deterioraban, hoy pienso distinto, pero en aquel entonces sólo decidí no tener que pensar más en eso y aborté...”

(Chintia 6 años en fase de post – aborto).

“(...) En ese momento del embarazo sentía que me moría, yo ya tenía dos hijos y este tercero me trajo muchas complicaciones de salud, hasta perdía la visión, eso en parte me llevó a tomar la decisión...”

(Deyanira 11 años en fase de post aborto).

“(...) Lo que pasó es que se me subió la presión, demasiado, estaba en unos niveles muy altos, los médicos me decían que si continuaba con el embarazo perdería mi vida así que sí aborté...”

(Deysi 9 años en fase de post – aborto).

Y dos 2 de las mujeres participantes de la investigación tomaron la decisión de practicarse una IVE debido a abusos sexuales:

“(...) No todas las mujeres que se hacen un aborto son por brinconas, como me decían otras tuvimos que sufrir abusos, quedar en embarazo por esos abusos y por eso tomar la decisión de abortar...”

(Sara 12 años en fase de post – aborto).

“(...) Yo tomé la decisión de abortar porque fui abusada y nadie me ayudo, me asusté y solo pensé en terminar con eso”

(Katy 3 años en fase de post – aborto).

No obstante, las razones o las causas por las que estas mujeres se practicaron un IVE, también están ligadas a factores externos propios de la mujer que no se encuentran en la legislación o a los marcados en la literatura; son los factores vivenciales que se imponen a la hora de tomar

la decisión de una forma temporal, real y personalizada, es decir, analizando su entorno aquí y ahora.

“(...) Sentí mucha presión, creí que me iba a volver loca, tenía otros dos hijos y estaba sin marido, vivía con mi mamá y apenas comenzaba a trabajar, no tenía cómo mantener económicamente a otro niño, era muy joven y tener un tercero, sin papá, no podía volver a tener esa presión y señalamiento que ya tenía por ser madre soltera. Sé que no debió ser así, pero en ese momento estaba muy estresada con la situación, estaba sola y solo vi esa salida abortar “(...) porque (...) yo vivía con mi madre y no tenía marido, ya tenía dos hijos, me quedé callada...”

(Amparo 13 años en fase de post – aborto).

“(...) Era un embarazo que nadie [en mi familia] quería yo tal vez lo hubiese querido, pero no sabía qué hacer; mis padres me presionaron cada día para que lo hiciera, mi mamá dejó de hablarme, yo me sentía sola, la mente se me nubló y casi no pude tomar una decisión clara, sentía los pensamientos muy confusos, ya no dormía y poco comía, hasta que sucedió y llegó el día del procedimiento...”

(Liza 7 años en fase de post – aborto).

“(...) Era muy joven cuando me embaracé y todo lo que oía acerca de lo joven que yo era, me hacía sentir muy triste, ¡mucho!, con una sensación de querer acabar con la situación, mi madre estuvo allí insistiéndome que no podía tener el bebé y yo me dejé influenciar, empecé a buscar cómo hacerme el aborto, dejé que la sociedad y en especial mi madre tomaran la decisión...”

(Sara 12 años en fase de post – aborto)

En la indagación se observa que una de las causales más recurrente y que hace parte del protocolo de autorización para una IVE en el marco de la ley (62), es el de la salud mental de la mujer en gestación; teniendo en cuenta el discurso de las participantes de la investigación, se rescata que las causales están ligadas a factores psicosociales como la estabilidad económica, embarazos adolescentes catalogados como no deseados, madurez psico – afectiva, es decir, la capacidad de autorregular sus emociones en función de la satisfacción de sus necesidades y la adaptación a la realidad circundante, como también el crecimiento intelectual que a ella le permite la comprensión de su situación (63 – 65) . Todo esto deja ver que la decisión de la práctica de una IVE está fuertemente ligada al contacto que tuvo la participante con el mundo circundante, la familia y/o figuras de autoridad. Algunas de las causas psicosociales mencionadas por las participantes de la investigación, vale la pena resaltar:

“(...) yo era inocente de lo que había hecho, pero sí necesitaba de un psicólogo por el trauma que yo tenía en cuanto a mi parte familiar, porque es que el aborto no es solo el acto como tal de hacerlo, hay unos actos anteriores que hacen que se ejecute eso y los medios en que fue concebido ese bebé; entonces eran dos cosas: la parte familiar y afrontar el hecho de la concepción”.

(Samanta 9 años en fase de post – aborto)

Dado a estos factores causales tanto legales, como psicosociales, inicia el proceso mental superior, el pensamiento, con la formación de una idea, su procesamiento y posterior análisis, lo cual, conlleva a tomar la decisión de la práctica de una IVE según los patrones adquirido en los diferentes entornos de la mujer en estado de gestación (64, 66). Conocer el origen de las causas es relevante, porque con ello se podrá trabajar en la prevención del mismo (67), puesto que se aumenta el riesgo de repetir la práctica de la IVE, ayudando a disminuir los costos psicológicos que acarrea (sentimientos de culpa, angustia, desasosiego, ansiedad, sentimiento de fracaso, depresión, agresividad, irritabilidad, auto lesiones entre otros) (2 – 4).

Con lo anterior se quiere evidenciar que los patrones mentales aprendidos también pueden ser contados como causales, serían causas mentales dirigidas desde los patrones de crianza y la significación de la gestación como amenazante (68), y en la cual, como lo dice Dosso (69) se espera, que la sensación de malestar disminuya con la IVE, para la recuperación de la salud mental, pero cuando la tensión o estrés presentada antes de la IVE no disminuye, sino que persiste, se evidencia un estrés posterior al procedimiento médico o quirúrgico (70), donde, la sensación anterior a la IVE continua en el post – aborto, que evidencia un malestar psicológico agudo o estrés post – trauma, por la cercanía o recuerdo de la IVE, significado por algunas de las participantes de la investigación como un evento traumático (71, 72):

“(...) Yo pensé que todo iba a estar mejor, que después de que me hiciera el procedimiento, me sentiría más tranquila, pensaría con mayor claridad, pero quedé muy traumada después de este día. De hecho, Dios me dio el privilegio de ser mamá, allí me di cuenta que necesitaba ayuda porque cuando supe que estaba embarazada yo tenía muchos temores, porque, yo pensé que me iba a volver a pasar lo mismo, que tenía que decidir lo mismo, me angustié terriblemente, yo decía: ‘Dios mío’; yo entraba al baño y me miraba una y otra y otra vez y decía: ‘Dios cuida a mi bebé de una malformación, ayúdame’. Pensé que me estaba enloqueciendo”.

(Carol 6 años en etapa de post aborto)

Pasando por las causas físicas, psicológicas y legales, se halló una causa administrativa que también se contempla en la decisión del post – aborto y es la falta de información, que contemplan las participantes de la investigación con la frase “*me hubiese gustado que*” como se describió con anterioridad:

“No hubo mucha información, me hubiese gustado que me explicaran más de lo que está pasando y de lo que iba a suceder después”.

(Diana 5 años en fase de post – aborto)

“Me hubiese gustado que dijeran, mira esto es el inicio de algo, porque es que el aborto es el inicio de un trauma, de un dolor que te queda para toda la vida, de una depresión, de muchas cosas”

(Mérida 3 años en fase de post – aborto)

La anterior situación vulnera a estas mujeres, específicamente en el artículo 10 de la Ley de Salud 2015 (73) en sus literales c y d que aducen: ‘Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud: c) A mantener una comunicación plena, permanente, expresa y clara con el profesional de la salud tratante; d) A obtener información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de estos. Ninguna persona podrá ser obligada, contra su voluntad, a recibir un tratamiento de salud’ (73, p. 6).

Las mujeres participantes de la investigación, perciben con el déficit de la información, detrimento de la oportunidad de obtener un panorama completo de la situación para poder analizarla de la forma más adecuada; se tiene la impresión que la decisión fue tomada de una manera imparcial, donde ellas no fueron tomadas en cuenta y la información carecía de veracidad, manifestando sensación de inconformidad, convirtiendo a la información como recurso valioso en la decisión de una IVE. Esta información debe ser tomada como pieza clave para alcanzar el bienestar y el entendimiento de la situación de salud, como también un ejercicio de prevención, es decir, la trasmisión de las experiencias y datos por parte del personal de salud hace que la usuaria se sienta segura a nivel físico y emocional con probabilidad de la disminución de la práctica de una IVE (74).

Ejecutar estas actividades de mantener a la mujer informada, da cuenta del proceso administrativo para la prestación de servicios, en función de las necesidades de los usuarios del sistema de salud, por tanto se describirá a continuación las acciones administrativas que se llevan a cabo, para el abordaje psicosocial en la práctica de una IVE, para con ello tener un panorama completo del proceso administrativo desde sus inicios, que pueda facilitar el análisis de los elementos que hacen parte de la planeación y posterior ejecución de ruta de atención psicosocial en la fase de post – aborto.

1.2 ‘Las vivencias administrativas’: proceso administrativo y psicosocial durante la IVE

“(...) Iba bajando una y subían a la otra yo estaba marcada con el 54”.

(Amparo 13 años en fase de post – aborto)

Las mujeres de la investigación describen el acceso a la IVE, desde el proceso de solicitar el procedimiento, la percepción del lugar en que se les práctico la IVE y el trato del personal asistencial hacia ellas:

“(...) La ruta de atención para el aborto la puedo resumir en quirófano, sala de post-parto, casa. Yo me entero de que tengo que hacerme un legrado, que tengo que terminar el embarazo, gracias a una cita con el ginecólogo y allí me doy cuenta de las condiciones de salud del bebé; después de eso y de algunas pruebas me agendaron el día del procedimiento, me dieron a tomar un medicamento el día anterior a la operación, llegue al hospital el día programado y llené un formato de ingreso; pero me sentí súper incómoda porque expulsé [el embrión] y quedó en gineco, pero gineco está lleno de más bebés y aquí la vecina suya tiene un bebé, la otra tiene otro bebé, y en el otro cuarto usted escucha a otro bebé. Usted tiene ansiedad de irse para su casa o por lo menos no estar allí, es mejor otro sitio para las que han abortado. Me hacen el legrado, y ya al ginecólogo no lo vuelves a ver, haciendo esto más incómodo, usted queda en comunicación con el médico interno, es súper incómodo porque es mirándole su vagina e ir a decirle al otro médico general y el otro vuelve es como usted volver a ser víctima constantemente...”

(Alba Lucia 4 años en fase de post – aborto)

“(…) Cuando llegué al hospital el día del aborto, primero en la recepción fueron poco amables; luego el proceso entre la llegada y ver el médico fue poco ágil, muy demorado, porque cuando llegué me dijeron no hay quien le haga una ecografía; cuando ya fui donde el especialista, el ginecólogo, que hoy es el día, que lo veo y me causa como repudio ese señor, un señor déspota, grosero; me molestó que estaban todos los muchachos los aprendices ahí y pasar donde este señor con todos los estudiantes, fue súper incómodo y aún más cuando de un momento a otro dijo el ginecólogo: ‘Aquí no hay nada’, eso recuerdo antes del legrado, yo salí destrozada, ese momento fue tan doloroso porque para mí fue doloroso...”

(Deysi 9 años en fase de post – aborto)

La administración abarca un conjunto de fases sucesivas a través de mecanismos de carácter simultáneo, como la planeación, organización, dirección, evaluación y control (PODEC), donde este último realimenta el proceso administrativo (75), ya que es probable la aparición de nuevos desafíos que conlleven a una nueva *planeación*³⁰. Desde el discurso de las participantes de la investigación, se pudo visualizar ese proceso administrativo que se llevó a cabo, desde la ejecución del protocolo Atención Integral de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (39) que enfatiza en la entrega de una información clara sobre en qué consiste el procedimiento de una IVE, además hace referencia: “es importante que la mujer se sienta considerada y tratada con respeto y comprensión” (39, p.32)

El documento técnico para prestadores de servicios en la atención integral de la IVE (39), describe la atención tanto física (es decir el diagnóstico y realización del procedimiento), como la psicosocial. Para esta última dimensión estipula que se debe: 1) revisar la decisión de la IVE por parte del profesional orientador; 2) revisar los aspectos legales o los derechos

³⁰ Herramienta administrativa que permite pensar y dar claridad al futuro (visión) y a la razón de ser (misión) de la institución o servicio, en aras de la consecución de las metas, realización de los objetivos de una forma clara que no deja espacio a la improvisación.

de las mujeres que buscan una IVE; 3) brindar asesoría a las mujeres de los métodos médico-quirúrgicos para la práctica de una IVE existentes; y 4) brindar información de la anticoncepción luego de una IVE. Además de ofrecer apoyo emocional antes de la intervención médico – quirúrgica, desde un ambiente tranquilo que genere sensación de bienestar para la mujer en gestación que ha decidido terminar el embarazo. Las mujeres que participaron en la investigación, perciben que la atención para la IVE es mecanizado y carente de este componente psicosocial descrito con anterioridad:

“(...) Entiendo que todo debería de ser un proceso tranquilo, porque así se lo explican a uno, que uno va a salir bien y que es para mi salud, pero cuando uno llega al hospital todo es muy frío, como si te trataran máquinas, como si no fueran personas atendiendo personas, a mí nadie me pregunta nada, de cómo podía sentirme, así que no me sentí tranquila, hice como si entendiera, pero la verdad no entendí nada, porque lo único que me dijo el médico fue: ‘¿usted sabe que es un legrado?’ y yo hice silencio, pensé que me iban a decir qué sucedería, cómo sería pero no fue así...”

(Chintia 6 años en fase de post – aborto)

“(...) [Todo el proceso asistencial se sintió] de una forma muy técnica (...) todo lo hicieron mecánicamente no contó que allí estuviera una persona, se enfocó [el médico] sólo a decirme chao, esperaba que me comentara un caso, que me hubiese dicho algo, alguna palabra que le hubiera salido, que me hubiera tomado de la mano, se hubiera puesto en mis zapatos, pero no, con seguridad puedo decir que no me sentí bien...”

(Gabriela 4 años en fase de post – aborto)

“(...) Fue duro [el trato del personal asistencial] porque me asustaron porque tenían la cara como agria, aunque muy

amables, pero no preocupados por lo que pasaría conmigo, en mi sentir, en lo mental, en las dudas que pudiera tener, qué pasaría luego, pero no el momento es su prioridad...”

(Bila 8 años en fase de post – aborto)

Con lo expuesto anteriormente por las participantes de la presente investigación, se observó que una IVE puede estar pensada en los planes de atención con cargo a la UPC (38), pero son las usuarias las que registran y ven, qué tanto sigue el personal asistencial el proceso administrativo propuesto en la ley, o si dan las respuestas propias a sus necesidades (74).

Lo anterior subraya la existencia de un déficit en la *evaluación*, herramienta administrativa que mide si las acciones que se realizan coinciden con lo planeado, los objetivos y logros esperado (75) , como también se evidencia una falla en la herramienta de *control* que calcula los resultados, en relación a la planeación, facilita la corrección de las fallas, adelantando planes de contención, que pueden redefinir o encausar las metas y los planes previamente establecidos (75); estas fallas analizadas en el proceso para acceder a una IVE, fracturan el continuo del proceso administrativo, debido a que, no hay una atención psicosocial previa que aborde el componente emocional de la usuaria, en donde el modelo de atención para la IVE se agota con el procedimiento quirúrgico y no da plenitud a los cuatro pasos descritos con antelación. Esto se debe a la falta de verificación de que se esté cumpliendo la ruta de atención establecida en la norma (76, 78).

Cabe anotar que el protocolo Atención Integral de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (39) dice que no debe ser obligatorio, ni exigencia administrativa o prerrequisito, que las mujeres pasen por una intervención psicosocial para realizar el procedimiento de la IVE. Por el contrario, las mujeres entrevistadas plantean que la orientación sobre cómo y el porqué de todo el procedimiento, es un elemento administrativo importante antes de su realización:

“Primero que todo, no hubo un antes (...) al no haber un antes, al no haberte acogido, no haberte explicado lo que iba a ocurrir y lo que estaba punto de hacer, en mi ignorancia y por confiar en mis padres, (...) reconozco que el apoyo, la escucha y [el] sentir

que [el personal de salud] están preocupados e interesados por tu salud, habría sido muy bonito”

(Liza 7 años en fase de post – aborto).

“Para mí es muy importante [que haya] una persona que te dé apoyo de psicología, que siempre el acompañamiento desde el inicio fuera con un psicólogo”.

(Sandra 10 años en fase de post – aborto)

Se hace relevante la importancia de estructurar de manera óptima la fase de la dirección, herramienta administrativa de carácter crucial encargada de amonestar a los colaboradores para la ejecución de las actividades que darán cumplimiento a las metas y objetivos propuestos (75), por medio del cual, el personal de salud realizará los protocolos planeados, desde una amplia comunicación con los usuarios, disminuyendo el riesgo de prestar un servicio limitado, que denote la falta de planificación, es decir una valoración de la situación desde las necesidades de la persona, como también incluir la elaboración del diagnóstico situacional³¹, concretando decisiones en aras de la calidad de la salud, reflejada en los estilos de vida de la mujer que consulta por una IVE.

Con lo anterior no se pretende imponer la orientación o el apoyo emocional por parte del personal de salud, pero sí que este sea mencionado al momento de solicitar el servicio para una IVE, ya que está contemplado en la ruta de atención, como lo dice explícitamente el documento de atención de la IVE (39): *“La orientación y asesoría están dirigidas a dar apoyo emocional a la mujer, brindarle información sobre las posibles opciones de tratamiento y acompañarla en su decisión; cualquiera que esta sea”* (39 p. 32). El proceso administrativo debe implementar las herramientas, para que a cabalidad se realice lo estipulado en los protocolos de atención, así la *planeación* se visualiza y ejecuta de una manera más amplia, abarcando la voz de las mujeres que demandan una IVE, con una visión más cercana a sus propias necesidades y subrayando la importancia a mantenerlas informadas

³¹ El diagnóstico situacional consiste en identificar los factores internos y externos de la problemática o situación a abordar, es decir el análisis del micro y macro contexto, desde el socioeconómico, político, jurídico, demográfico, geográfico, epidemiológico entre otros.

como un derecho de la usuaria del servicio de salud, dando paso a la *organización*³² de este servicio que dará respuesta a las problemáticas de manera efectiva.

De esta manera, los recursos podrían ser óptimamente utilizados y los objetivos en salud sean abordados y cumplidos como pieza clave para la *dirección* en la atención de una IVE, que conlleve a una óptima *evaluación*, controlando las variables: a) la relación clínica, esto se debe a que el médico ya no es único que interactúa con los usuarios o pacientes, sino también, el personal administrativo, los tecnólogos y clínicos, haciendo que, cada vez más, se utilice el término de “Clínica Encounter” o “Encuentro Clínico”, lo que hace que la atención sea cada vez más efectiva a favor de encontrar la solución a problemas (79) y b) la modalidad de la información, es decir la transmisión de información por parte del equipo asistencial, la cual ha sido evaluada por la participante como el indicador propicio del buen funcionamiento de la relación clínica (76), que pueden hacer del proceso administrativo un éxito que genere salud, o, por el contrario, procesos que dejen la sensación de insatisfacción y/o huellas mentales traducidas por las usuarias como traumas:

“(…) Después del legrado yo quedé traumada para mí fue algo muy duro y difícil entonces, me obsesioné cada vez más con la idea de embarazarme, [programé] una cita con el ginecólogo, fui a la cita [exclusivamente] para decirle cuando podía embarazarme quería información datos, una fecha...”

(Sandra 10 años en fase de post – aborto).

Según las vivencias administrativas de las participantes sobre la atención psicosocial en la IVE, se observa la importancia de encontrar el equilibrio en la comprensión de la relación entre la mujer y su ambiente, desde una atención en salud que se enfoque en la identificación de las necesidades y la pertinencia en la resolución de las mismas, siendo así la calidad punto

³² Herramienta administrativa que utiliza la combinación de los recursos, humanos, financieros y tecnológicos que entran en función para garantizar un servicio con calidad

relevante para el análisis e identificación de estrategias administrativas empleadas en las rutas de atención para el post – aborto, como se muestra a continuación .

1.3 ‘Pertinencia en la atención’: percepción y expectativas de estas mujeres en la calidad de la atención en el post – aborto

“(...) Creo que a la atención le falta calidad, le falta que estén más pendientes de lo que le pasa a uno fuera [después del procedimiento], que no se demoren tanto en atenderlo o qué fue de mi después del aborto, ya no hubo quien te atendiera...”

(Chintia 6 años en fase de post – aborto)

Puesto que la Administración en salud consiste en planificar, organizar, dirigir, evaluar y controlar los recursos en salud, para alcanzar los objetivos que satisfagan las necesidades de los usuarios (80), la calidad en salud no está fuera de ello. Este elemento tan importante debe *planificarse* en concordancia con el pensamiento y sistema de calidad de Juran (81), donde su creencia principal es que la calidad no es un accidente debe ser planificada, no sólo darse por sentado como un componente implícito de la atención y tampoco reducirse a la frase de un “buen servicio”, sino a una búsqueda constante del equilibrio entre la persona y el ambiente, en el que se cumplan o se satisfagan las necesidades de las personas, tomando en cuenta la perspectiva subjetiva y contando con el objeto diferenciador de cada sociedad, comunidad, grupo, individuo, o usuarias en el caso de la presente investigación.

Esto lleva a direccionar los recursos de forma acertada, tal como lo expresa la OMS en 1991: *“Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”* (82). En la anterior definición de la OMS se denota tres componentes en la atención con calidad: 1) el tecnológico, que abarca la utilización de conocimientos y destrezas para la ejecución de un servicio; 2) lo humano, que hace referencia a la relación clínica; y 3) el operativo el cual se

relaciona con la efectividad en la prestación de los servicios y en la sensación de confort del usuario con su entorno.

Con estos tres componentes se debería diseñar un conjunto de actividades, que, enlazadas entre sí, alcancen un beneficio mayor, desde lo que la persona desea, piensa y percibe, sin olvidar la relación clínica en el proceso de calidad la cual estimula las significaciones mentales propias de las usuarias (83, 84). Esto las lleva a exigir una serie de servicios que se acoplen con lo que genera confort y sensación de bienestar, direccionándose a cualquier servicio que considere vital con su buen funcionamiento y/o cadena de valores; todo aquello que amenace esa cadena de valores, lo encontrará fuera del sistema de calidad (85, 86). Se puede visualizar que la calidad en el servicio está sujeta a una serie de acontecimientos experimentados por el individuo que deben ser tomados en cuenta a la hora de ofrecer paquetes de servicios en salud, que permitirá solventar las problemáticas que posean (87). Es decir, se trata de entrar en el mundo del paciente y verlo en su propia agonía y sufrimiento frente a una situación que agobia y amenaza su bienestar, su integridad.

Se denota que la calidad de la atención brindada por la institución para las mujeres de la presente investigación está centrada en el componente tecnológico (82, 85), es decir, los métodos utilizados para diagnosticar y realizar la IVE, son descritos por ellas desde este componente como satisfactorio, a excepción de dos participantes que presentaron hemorragias y reingresos a la institución de salud por complicaciones seguidas al procedimiento, No obstante, la sensación de bienestar, aceptabilidad o comodidad con el proceso se reduce drásticamente con relación a la fase de post – aborto:

“(...) El trato en realidad fue bueno, me dijeron (...) hay que hacer un legrado, me tuvieron mucho rato esperando, pero me trataron bien en lo que cabe (...) me gustaría que ellos [los médicos] tuvieran más calidad humana con las personas, no se trata de darle mimos, pero sí ponerse en el lugar del otro y entender que luego de un procedimiento como este, se necesita de atención, luego [del legrado] está uno con dos dolores, el del cuerpo y el de la mente. Es bastante incómodo estar allí en sala

de recuperación, porque sientes que luego de la operación ya tú no cuentas...”

(Sandra 10 años en etapa de post – aborto)

Lo anterior, señala la falta o deficiencia en los componentes de la relación interpersonal y el confort, donde los elementos que estaban a su alrededor no alcanzaron a llenar sus expectativas. Desde una mirada psicosocial, cuando se da la percepción de un servicio bajo en calidad, que registra una nula relación interpersonal, es conceptualizada, por el usuario, como insultante generando malestar (82 – 85):

“(…) pero nunca te preguntan cómo estas, cómo te sientes [después del procedimiento] (...) y yo siendo una niña, el trato fue inhumano, eran unos robots viéndome que yo estuviera físicamente bien (...) a veces uno hace las cosas influenciado por el miedo y después va a un centro y sale atemorizado de la manera en que lo tratan...”

(Sara 12 años en fase de post – aborto)

La mencionada relación interpersonal en la calidad de la salud, entre las usuarias y el personal asistencial, es conceptualizada por autores (88) como normas sociales que están mediadas por las directrices éticas de los profesionales y de la expectativa de cada usuario (85), registrándose de una forma individual. Esto hace que la sensación de confort se vea atravesada por todos los elementos que hay alrededor y por ello, el contexto asistencial que describen las participantes de este estudio, está direccionado en enfatizar que la atención médica se agota con el acceso y la práctica de la IVE y no se tienen en cuenta elementos de apoyo emocional u orientación psicosocial luego del procedimiento médico – quirúrgico; que sin duda, esto facilitará la asimilación del mismo (2 – 4, 40, 41, 46 – 49, 63, 89, 90):

“(…) Sólo me mandó [el médico] unas pastas para tomar, en el hospital no me preguntaron cómo estaba, me sentía un poco triste, pero yo creí que estaba bien y podía irme con mis otros

hijos, pero sólo fue al principio, a los 3 días que me puse mal, con mucha hemorragia, casi muero. Me tuvieron que llevar de nuevo al hospital, me llevaron a Yumbo, después de eso sentía que la tristeza era más grande, no sabía si decirle a mi comadre o ir a buscar ayuda en la iglesia o alguien, [pensaba] qué voy a hacer con mis hijos, no sabía; [después] me encerré en la casa y me quedé muy callada, sin hablar con nadie. Ahora sé, que, si me hubieran dado orientación, tal vez, nada de esa agonía hubiera pasado y puedo decir que a veces siento que no ha pasado...”

(Deyanira 11 años en fase de post – aborto)

Esto advierte la importancia de la relación interpersonal en la calidad de la atención, a consecuencia de la huella mnémica en las mujeres que accedieron a la IVE, dándole fuerza y consistencia a sus vivencias, plasmada en los discursos, en la reconstrucción de los hechos y sus propias realidades.

“(…) Como no escuchaba ninguna palabra [de las enfermeras o médicos], sólo el llanto de los bebés que habían nacido, yo estaba muy ansiosa después del legrado, sólo quería salir corriendo, por eso creo que las EPS deberían tener un conducto que cuando una mujer tiene un aborto en diferentes circunstancias, antes de la salida debería tener una valoración psicológica y eso no lo hay en el post usted aborta y chao para su casa...”

(Alba Lucia, 4 años en fase de post – aborto)

“(…) Yo no tuve ninguna orientación después del legrado, un post no hubo, pero creo que, si te practiques un aborto o fue espontáneo, porque creo que es el mismo dolor, si tú lo haces [una IVE] peor porque tienes culpa, entonces eso lo debes tratar con un profesional, las EPS deberían estar vinculadas a fundaciones especializadas y decirte mira los martes y los jueves

están estos grupos de apoyo que te ayudarían, si hay un tratamiento para las personas que han intentado suicidarse por qué no para las que se les murió un ser humano. El gobierno no está dando [continuidad del tratamiento psicosocial], ni las entidades [clínicas] privadas, así tu pagues una medicina prepagada no te dicen ‘tú tuviste un aborto pasa con la doctora tal, especializada o el psicólogo tal especializado en traumas post-aborto’ eso no existe...”

(Mérida 9 años en fase de post – aborto)

“(...) Uno creería que los mismos centros de salud, las clínicas y hospitales están equiparados con esta atención [psicosocial en el post – aborto] pero no, yo después de estar en sala de recuperación, no supe de nadie del hospital. Sé que de manera privada ya existen sitios [servicios amigables], pero sería bueno verlo dentro de los mismos hospitales o a un lado que no tenga que irlos a buscarlos o escudriñarlos en otros sitios...”

(Sara 12 años en fase de post – aborto)

A través de los comentarios de las participantes de la investigación se reconoce varios aspectos que identifican y describen los elementos que se encuentran inmersos en la atención psicosocial de la fase post – aborto y las expectativas de estas mujeres frente a qué es un servicio de salud con calidad y si los procedimientos se están haciendo bien como lo diría Crosby (91); “calidad es hacer las cosas bien desde el principio”. El primer aspecto, la importancia en la calidad de la atención para el post – aborto apunta a la unión de la triada administración, usuarios y profesionales en salud tal como lo muestra la siguiente figura 1:



Figura. 1 Triada de la Calidad

El segundo aspecto según el discurso de estas mujeres, visualiza la importancia de organizar el servicio de post – aborto desde los atributos de la calidad (92), en la cual, una mujer que se ha practicado una IVE tenga la posibilidad de usar el servicio de salud es decir la *accesibilidad* como primer atributo de la calidad; atributos de *oportunidad* que entren en juego a la hora de satisfacer las necesidades en salud para la fase de post – aborto, con la utilización de tecnologías adecuadas que logren minimizar la aparición de déficit emocional traducidos en síntomas psicopatológicos (2 – 4), desde el atributo de la *seguridad*. Dado a que no hay registro vivencial de una atención post – aborto por parte de las mujeres de la investigación, se hace recurrente la exigencia por parte de estas mujeres el atributo de la *pertinencia*, que le garantice que recibirá los servicios que necesita por parte de la IPS de manera *continua*, mediante una secuencia lógica basada en el conocimiento científico, que a su vez llene sus expectativas de salud con un alto grado de *satisfacción*.

Tercer aspecto, las experiencias de las usuarias hacen pensar en lo imperativo de poner en práctica el aspecto psicosocial antes de la IVE y su posterior fase en el post – aborto, tal como lo plantea el Documento técnico para la Atención postaborto y sus complicaciones (93), haciendo parte de la atención integral con calidad para estos procedimientos, tal como lo

enuncia Donabedian: "Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado"(94).

Mejorar la calidad del servicio en la fase de post – aborto, cambiaría la percepción sobre la pertinencia del procedimiento en aras de la salud mental de las participantes, como también, podría contribuir a la aceptación y recuperación del déficit emocional, tal como lo dice una de las participantes:

“(...) Eso [la intervención psicosocial] para mí hubiera sido en ese momento, (...) como una pasta como un alivio, un descanso, un desahogo, yo hubiera soltado porque (...) hay un momento que usted hace una pausa y usted va a recordar esa cosa [procedimiento de la IVE], así que para mí hubiera sido y es un superarlo más rápido. ¿Qué me hubiera gustado a mí? recibir esa atención en el momento, más yo no lo tuve, eso crea en uno una herida (...) en el momento sería una pasta que me aliviara el dolor por dentro porque a mí me aliviaron lo físico más no lo psicológico”. **(Gabriela 4 años en fase de post – aborto)**

No planificar la calidad genera detrimento de la salud como lo dice el reporte de The Lancet Global Health Commission (95), que se visualiza en la construcción de los diálogos por parte de las mujeres a estudio y en la dificultad para llevar el hilo conductor de la conversación, lo que conlleva a la pérdida de detalles en la experiencia, dejando entrever barreras emocionales que influyen en la narración de los hechos (96) ; por tanto, a continuación se revisa el desgaste cognitivo luego de una IVE, que repercute en la búsqueda de la atención en fase de post – aborto por parte de la usuaria. La exploración del tema dejará entrever cómo se está abordando la fase de post aborto por parte del personal de salud y qué aspectos genera el continuo de desgaste cognitivo.

1.4 ‘Desgaste cognitivo’: barreras emocionales y la necesidad de explorar el tema

La experiencia en la IVE, crea un registro mental a partir de una sucesión de escenas que fijan imágenes en el cerebro catalogadas como agradables o no (70); a partir de esa categorización, se podrá reproducir verbalmente la vivencia de forma robusta y con mayor número de datos en el menor tiempo posible, o por el contrario, tener un recuerdo limitado con escasez de información, a consecuencia de las barreras emocionales, que no permiten la evocación de lo vivenciado y tome más tiempo rehacer el discurso y pasar del apoyo al auto apoyo (8).

En la presente investigación se halló que las conceptualizaciones de la atención por parte de las mujeres, se centró en la forma mecanizada del trato por parte del personal de salud y en su modalidad oracional, esto es, la actitud y forma en la que se *comunique* la información (97), en este caso, por parte del personal médico – asistencial, frente al contenido hecho discurso, o sea, las oraciones, que posteriormente activan las significaciones negativa o positivas de quien escucha, favoreciendo o no el continuo de la comunicación generadora de salud:

“(...) aportaban [las enfermeras] para sentirme mejor con la palabra, en decirme: ‘tranquila, todo va a estar bien, ellos estaban allí como apoyándome...”

(Carol 6 años en fase de post – aborto).

“(...) Si me hubiera gustado [oír] otras palabras, pero ellas no le dicen ni una palabra a uno; un mi amor, un abrazo, pero esas enfermeras no, no dicen nada”.

(Bila 8 años en fase de post – aborto)

En el caso de las participantes de la investigación las palabras utilizadas, la actitud y la no concepción de un trato humanizado por parte del personal asistencial, dejó un registro pobre en el plano de la conciencia (98) dado al conocimiento que se tienen de sí mismo y del ambiente circundante, siendo difícil contar su historia no sólo por el dolor causado, sino

porque al revivir la experiencia también se impone los significantes que le han colocado a la misma, haciendo un esfuerzo cognitivo que ha deteriorado el estado de la memoria de manera intencional, tal como lo expresan a continuación algunas de las mujeres entrevistadas:

“(...) No recuerdo nada específico del procedimiento, nada del diálogo en sí... simplemente ya, ya estuvo el procedimiento, nada más como quien dice ya se acabó todo...”

(Deysi 9 años en fase de post – aborto).

“(...) No recuerdo del día del aborto. Siempre he tratado [de reconstruir] lo que sucedió, pero, el mismo dolor y el trato brusco, hicieron que no quiera pensar en eso, pero, no recuerdo mucho, hay cosas que me quedaron muy marcadas y podría describirlas como el color de la bata que llevaba puesta, la cara de la enfermera o la voz del doctor, pero otras prefiero no recordar y ha funcionado, porque salieron de mi mente”.

(Amparo 13 años en fase de post aborto)

“(...) lo único que hice fue tratar de borrarlo de la cabeza, yo me hice la auto sanación crudamente porque no me sane, porque hoy en día me duele un poquito, simplemente traté de anularlo ¿qué lo he logrado? ¡Sí! Porque no recuerdo cosas en sí, pero no recuerdo”.

(Gabriela 4 años en fase de post aborto)

La naturaleza de la relación del personal asistencial con las usuarias se ve reflejada en la dificultad que tienen las mismas para presentar una óptima experiencia; se sienten asistidas en su deseo de terminar el embarazo, pero a la vez, alejadas de una fuente de salud completa, en la cual se sintieron solas en el proceso de alcanzar el equilibrio, dado a que no hubo un ambiente de apoyo emocional dejando la experiencia velada (99, 100). Las mujeres participantes de la investigación llegaron a solicitar una IVE con la necesidad de alcanzar la salud, según sus relatos hubo detrimento de esta, con sentimientos de culpa, tristeza, rabia hasta depresiones e intentos suicidas entre otros:

“(…) Es algo bastante grande porque hay mucho vacío, tristeza, soledad y sensación de abandono, eso es lo más que recuerdo, [la atención en el post aborto] debería ir en apoyo hacia estas cosas”
(Liza 7 años en fase de post – aborto).

Varios de los sentimientos que no habían sido contemplados por ellas después de terminar el embarazo a voluntad, fueron reprimidos y así, la psique estructura un mecanismo de defensa llamado represión³³ y oculta el evento generador del malestar emocional, creando vacíos en la memoria que son llenados sólo con la expresión oracional de lo ocurrido mediante las respuestas a las preguntas reiterativas (98, 101). Cabe notar que la pronunciación de las participantes de la investigación al responder la entrevista estructurada fue lenta, con mayor apatía hacia el tema, sin mayores descripciones. Se aclara que diversos detalles de la experiencia utilizados en la investigación se lograron a través de retomar reiterativamente las preguntas con espacio de tiempo prolongado en cada respuesta.

Al comparar estas situaciones, lo que diferencia a una mujer que se práctica una IVE en la clandestinidad o en los servicios amigables (comúnmente confundidos como clandestinos, dado a la concepción cultural), con aquella que se presenta a una institución prestadora de servicio de nivel II, son las condiciones médico – quirúrgicas, es decir la experiencia con un personal asistencial. Entre los hallazgos de esta investigación, se observa que la atención en salud dirigida exclusivamente a la parte médica, género en ellas significaciones negativas frente a este proceso:

“(…) uno necesita de esa atención [una intervención emocional] mas no la brindan, a ellos les da igual hacer el procedimiento y ya, pero no tienen en cuenta en el estado que uno queda, lo que siente, lo que piensa que hubiese sido; pues bien, no lo brindaron...”

(Diana 5 años en fase de post – aborto)

³³ Mecanismo de defensa que saca de la conciencia, pensamientos, recuerdos, deseos, todo material que no es aceptable o no cause bienestar.

Lo anterior, puede llegar a crear bloqueos posteriores que no permiten obtener herramientas de auto – apoyo (8) que generen comportamientos de salud y así disminuir conductas como suicidios, adicciones, maltrato infantil, depresiones (2 – 4), lo que hace necesario explorar el tema de manera crítica, puesto que la *evaluación* y el *control* en el proceso administrativo (73) está siendo escaso, comparado a lo estipulado en los modelos de atención para la IVE en su fase de orientación y asesoría. Esto se traduce en barreras administrativas que facilitan la aparición de bloqueos emocionales en las mujeres que han decidido terminar con el embarazo, es decir la falta de accesibilidad, de oportunidad (92) y de la inexistencia de un servicio psicosocial para las mujeres en fase de post – aborto, conlleva a la atención parcial de los servicios de salud mental, impidiendo el diagnóstico de los bloqueos emocionales que con el paso del tiempo se van formando en afecciones psíquicas, conflictos internos que lleva al constante deseo de alcanzar la homeóstasis sin lograrlo, conduciendo al agotamiento cognitivo presentando comportamientos repetitivos que alteran progresivamente la salud mental, haciéndose ineludible estudiar la relación clínica.

Ahondar en esta etapa inicial sobre el cómo y porqué estas mujeres decidieron acceder a una IVE, abre el camino para el entendimiento de la atención y ciertas conductas en el post – aborto, ya que permite visibilizar los elementos a tener en cuenta para el abordaje de esta etapa. Sin duda una ruta de atención psicosocial durante el proceso de realización de este procedimiento, permitiría disminuir las respuestas de malestar traducidas en afecciones emocionales, que rompen con la homeostasis de la mujer en fase de post – aborto y su mundo circundante.

2 Capítulo II:

La naturaleza del post – aborto: exposición de las características psicosociales y económicas

“(…) La plata para comprarme medicamentos, disminuyó el estrés, para mí después de contar con lo económico pude despreocuparme en lo médico, fue un alivio, pero quedé sin atenderme lo psicológico, porque no lo sabía que debía hacerlo”
(Gabriela 4 años en fase de post – aborto)

El contenido del presente capítulo se da a la tarea de describir e identificar las condiciones psicológicas, sociales y económicas que emergen en la fase de post – aborto y que deben tenerse en cuenta en una atención psicosocial oportuna en instituciones de salud de nivel II. Para dar alcance a lo anterior, se hace en primera instancia, una descripción del manejo práctico de la atención psicosocial en el post – aborto, desde los documentos oficiales para su abordaje. Se reconocen las tasas de morbilidad como unas de las consecuencias de la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), sobre las cuales y con el fin de mitigar su impacto, la administración en salud de algunos países en el mundo en sus planes estratégicos, han estructurado rutas de atención integrales para su posterior fase llamada post – aborto (39, 89).

Del cumplimiento y efectividad de estas rutas integrales de atención en Colombia, dan cuenta las mujeres que participaron en este estudio con antecedente de una IVE y que requerían de atención psicosocial en el post – aborto. Mujeres, que a través de sus vivencias logran describir las condiciones materiales y psicosociales reales que rodearon este evento en sus vidas y que influyeron en la recuperación de su salud mental, la cual, como se mencionó anteriormente, se ve obstaculizada por las barreras emocionales provenientes de las barreras administrativas, abriendo paso a la discusión sobre la importancia de la salud mental en la atención en el post – aborto.

2.1 ‘Lo fáctico del post – aborto’: contención de la morbilidad desde las rutas de atención y algunas experiencias de mujeres

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE), especialmente la práctica clandestina, está caracterizada como un problema de salud pública, debido a las consecuencias de morbilidad en las mujeres, como lo son hemorragias, infecciones, insuficiencia sanguínea grave, sin dejar de lado las afecciones mentales (depresión, ansiedad, autolesiones entre otras) (24, 41, 2, 62, 89). Barreda (102) menciona que del 30% al 55% de las mujeres que se han practicado una IVE tiene ideaciones suicidas y de ese anterior porcentaje, entre el 7 y el 30% cometen acto suicida, dice también que hay mayor probabilidad de prácticas de

conductas autodestructivas (trastornos de la alimentación, abuso de la ingesta del alcohol y de sustancias psicoactivas), a su vez, las mujeres con antecedente de una IVE presentaron mayores ingresos hospitalarios por causa psiquiátrica.

Por otro lado, Barreda, señala que a corto plazo la mujer que se ha practicado una IVE presenta disminución de la libido, con alteraciones del sueño, distorsión en la percepción visual de su corporalidad sintiéndose ‘*menos atractivas*’, y apunta que las mujeres con historial de una IVE tienen un 99% más probabilidad de ejercer maltrato sobre sus hijos (102). Varias de las participantes sortearon varios de estos síntomas cuando apenas comenzaban a transitar la fase de post – aborto:

“(...) Cada vez me sentía más triste [después del procedimiento], yo intentaba hacer las cosas igual para que nadie notara [mi tristeza], usted entiende, a las mujeres muchas veces nos toca hacer cosas que no queremos, así que, seguí con mis labores en la casa y en el trabajo también, pero sólo pensaba que quería acabar con todo, y que quitarme la vida era lo mejor, pero sí me daba miedo hacerlo, entonces comencé a tomar [licor] cada vez más y más, hice otras amistades que sabía que no me convenían y me iba con ellos sin conocer mucho de su personalidad; no pensaba mucho en lo que hacía y por qué lo hacía, me sentía una basura, todo me molestaba, quería regresar al día que me hicieron el legrado y tal vez, tomar otra decisión o no, porque yo estaba muy decidida a hacerlo, pero sé que eso casi me desquicia, (...) comencé a golpear a mis hijos, hasta que un día pensé en matarlos y matarme ...”

(Chintia 6 años en fase de post – aborto).

Con respecto a la mortalidad, la OMS (24), entre los años 2010 y 2014 en sus cifras oficiales declara que en regiones desarrolladas mueren 30 mujeres por cada 100.000 abortos, en las

regiones en vía de desarrollo suman 200 fallecimientos por cada 100.000 y en África³⁴ se alza a 550 muertes por cada 100.000 abortos. En Argentina para el año 2016, el 17,5% de las muertes maternas fue a causa de un embarazo terminado en aborto, sin especificación de aborto espontáneo o la práctica de una IVE (103); en Chile el riesgo de morir por aborto entre 1956 y 2007, fue de una muerte por cada dos millones de abortos, entre mujeres de 15 – 49 años de edad (104); en Portugal se registra 10 muertes por cada 100.000 nacidos vivos a causa de una IVE (105) y en Colombia para el 2015 el 8% de las IVE terminaron en fallecimiento de la mujer (33). Para disminuir la morbimortalidad en la mujer, como consecuencia de terminar un embarazo a voluntad, los gobiernos de diferentes países diseñan rutas de atención a nivel físico y emocional.

Las rutas integrales de atención en salud existentes para el abordaje psicosocial del post – aborto, en países como Paraguay ayudan a la adaptación social después del aborto (20), esta ruta se basa en: a) restaurar el estado emocional de la mujer que se ha practicado una IVE, desde el trato digno por parte del equipo médico – asistencial; b) las instituciones de salud deberán brindarle a la mujer con antecedente de una IVE, espacios físicos de carácter terapéuticos donde se entreguen las herramientas psicológicas para sobrellevar la situación y recuperar el bienestar tanto emocional como físico; c) el equipo médico asistencial deberá orientar a las usuarias en el empoderamiento de la mujer en aras de incorporarse a sus actividades cotidianas; d) ofrecer una acogida a la mujer, es decir, el recibimiento u hospitalidad de la institución de salud la cual mostrará entendimiento, empatía y respeto hacia la usuaria.

En Argentina la ruta de atención en el post – aborto, está bajo instructivo llamado Guía para la Atención Integral de Mujeres que Cursan un Aborto (106), este manual refiere la importancia de que el personal asistencial verifique el estado emocional en la que se encuentra la usuaria después de la IVE, por tanto, se basa en la construcción de un vínculo de confianza entre el equipo asistencial y la usuaria, el cual busca (106): a) brindar a estas mujeres la facilidad de que exploren sus sentimientos mediante apoyo terapéutico para

³⁴ Se rescata este continente por la magnitud de casos de abortos inducidos, los cuales sobrepasan otras regiones alrededor del mundo.

evaluar su capacidad de sobrellevar la situación en el post – aborto, manejar su ansiedad y comprender la información que necesita de la institución de salud para tomar decisiones; b) el personal de salud debe crear conciencia en la mujer, de la responsabilidad que tiene con su salud, los posibles tratamientos y la atención post - aborto; c) la IPS debe garantizar que la mujer luego de una IVE, reciba las respuestas adecuadas a sus preguntas y reforzar la idea de que el equipo de salud está para acompañar su recuperación. d) el profesional de la salud debe identificar situaciones que requieran la participación de otros servicios en la atención o la derivación posterior de la mujer en fase de post – aborto (106).

Por otro lado, el Servicio Extremeño de Salud (SES) de España, en cuanto a la atención integral en el post – aborto en su dimensión psicosocial, sugiere que (21): a) la institución tiene el deber de brindar información oportuna y pertinente a la mujer luego de una IVE sobre lo que está sucediendo en sus cuerpos; b) el personal de salud entrará a explicar y reiterar a estas mujeres que todo lo que se siente, piensa, y hace, es normal y natural en su situación, lo cual valida y legítima sus reacciones y sentimientos, ayudando a eliminar la culpa; finalmente, c) el personal de salud debe desarrollar el buen trato y empatía durante la atención de estas pacientes (21).

En Colombia existe el Documento Técnico para la Atención en el Post – aborto y sus complicaciones (APA) que se enfoca en que (93): a) el personal médico – asistencial deberá ayudar a la mujer a tomar la decisión de solicitar acompañamiento post – aborto como consecuencia de una IVE; b) la IPS garantizara que la mujer reciba la información necesaria, por parte de los profesionales en salud, sobre sus posibles tratamientos y las complicaciones que traen estos tratamientos; c) el personal asistencial deberá identificar las necesidades físicas y psicológicas de estas mujeres y si es necesario remitirla a medicina especializada o psicología, si el caso lo requiere; d) los profesionales a través del diálogo, identifiquen y actúen adecuadamente, frente a factores que puedan afectar la salud sexual y reproductiva de la mujer. Cabe notar que los documentos técnicos para la atención en el post – aborto de los diferentes países, incluyendo a Colombia, planteados con anterioridad, describen el abordaje psicosocial desde la noción de orientación y/o asesoría emocional del profesional en salud hacia la usuaria; la ruta de atención psicosocial se basa solo en describir y plantear los objetivos que debe alcanzar la orientación.

El Documento Técnico para la Atención en el Post – aborto (APA) dice (93): “La orientación pos – tratamiento, puede ser entonces una excelente oportunidad para brindar apoyo psicológico, restaurar o reforzar el sentido de autoestima que a menudo se altera después de un aborto, contestar preguntas, dar continuidad al proceso de orientación ya iniciado, y determinar si la mujer requiere cuidados especiales” (94 p. 63). El anterior planteamiento conlleva a entender la importancia de construir espacios que promuevan en estas mujeres la expresión de sus necesidades y sentimientos (107) y la solicitud de la atención psicosocial luego del procedimiento de una IVE si llegaran a requerirlo, como un proceso continuo de la restauración de la salud mental. Para generar un contraste entre el contenido de estos documentos y las vivencias de las participantes de este estudio, se explorarán a continuación con mayor detenimiento sus relatos de las experiencias durante y después del procedimiento médico-quirúrgico, para así, poner en evidencia la manera en la que ellas narran lo fáctico de los protocolos para el abordaje psicosocial en el post – aborto con relación a la atención en las instituciones de salud.

Tanto los protocolos de atención en el post – aborto, como las mujeres a estudio señalan que el apoyo emocional por parte del equipo asistencial hacia la mujer durante el procedimiento de la IVE aumenta la probabilidad de que en el post – aborto, ella esté más tranquila, con mayor equilibrio psicosocial (93), facilitando la restauración de su estado emocional e incorporación a sus actividades cotidianas. No obstante, las mujeres de la presente investigación describen la preeminencia de ese acompañamiento psicosocial durante el procedimiento:

“(...) Todos en el hospital fueron muy amables conmigo en el momento del procedimiento, [en cuanto a] lo que refería a [administrar] los medicamentos y al momento de la hospitalización, luego firmé el consentimiento, el médico me explicó el procedimiento del legrado, luego me quedé allí en una sala esperando. Llegó la hora del legrado, no escuché a nadie más, sólo a las enfermeras que me colocaban [medicamentos]... Pero eso de que me preguntaran cómo se siente, qué piensa, es decir, ¿si recibí alguna palabra para tranquilizarme? No, [y la

necesitaba] porque estaba muy nerviosa y me preocupaba que pasaría conmigo (...) Una sola palabra de ellos [del equipo asistencial] me hubiera aliviado un poquito el dolor después...”

(Bila 8 años en fase de post – aborto)

“(...) Recuerdo la actitud del asistente del procedimiento que me sostenía la mano [durante el procedimiento] (...) Yo no conocía a nadie y al tomarme de la mano sentí que allí estaba [conmigo], fue un apoyo muy grande porque después de lo sucedido, después de tomarme la mano, fue un alivio, un alivio para que no me sintiera mal, triste. Para mí fue suficiente que ese señor me cogiera la mano porque usted no sabe, se siente rabia, tristeza, dolor, muchas cosas combinadas, que usted se borra totalmente [de la conciencia] queda uno [con la mente] en blanco (...) sentí que fue un apoyo, como considerarme por el momento que estaba pasando y que estaba sola...”

(Gabriela 4 años en fase de post – aborto)

La experiencia de Bila y Gabriela se acerca a lo propuesto por los protocolos de atención para la IVE y su posterior fase post – aborto, debido, al contacto verbal y no verbal, demostrado en la atención por parte del personal administrativo y asistencial, este contacto al ser de una manera más humana y sensible al dolor que ellas aducen, habrá una favorable reacción de estas mujeres a esta fase con un mejor equilibrio psicosocial, como lo dice el Documento técnico para la Atención en el post – aborto (93) “Si el proceso de atención brindado a la mujer se realizó en condiciones plenas de apoyo, es muy probable que ella se sienta tranquila, en equilibrio emocional y coherente” (93, p.63).

Estas rutas de atención en el post – aborto desde la dimensión psicosocial, están íntimamente ligadas a la evaluación de las necesidades individuales de la mujer (106) por parte del equipo asistencial para que den respuestas a las exigencias emocionales de las usuarias, para ello se brinda un servicio salud integral que abarque un antes, durante y después del procedimiento de la IVE:

“(...) Cuando llegué a la clínica vi muchas mujeres embarazadas que iban a abortar, traté de irme, pero una enfermera me abordó en la puerta y me convenció de quedarme. Me insistió que pagara de una vez, a ellos como que solo les interesaba la plata, porque era costoso; luego nos pusieron a todas las mujeres en una piecita, todo era muy silencioso en la sala donde estábamos, [vi cómo] les ponían una batola verde, cuando iba saliendo una [del legrado] entraba la otra; ya me dijeron métase aquí tome esta batola, usted es el número tal, porque nos marcaban el abdomen, a mí me tocó el 54. Ya me encontré en ese quirófano con el ginecólogo, un hombre viejo y muy tosco, ni siquiera me miró. Yo necesitaba esa mirada, no sé las demás, pero yo sí la necesitaba. Sólo escuché súbase, bájese, ya puede irse; después revisaron el sangrado dos enfermeras y ya terminó, por ese día. Entré en silencio [a la clínica] y salí en silencio...”

(Amparo 13 años en fase de post – aborto)

“(...) Todo fue como una consulta médica, [primero] me contacté con recepción, ya me pasaron al médico, él me colocó el doppler, me mostró la imagen, que no entendí. Ellos no decían palabras en particular, nunca me miraron a los ojos, la comunicación fue la más mínima posible. El comportamiento de las enfermeras era dejarnos a mí y a las otras que esperaban el procedimiento del legrado todo el tiempo solas, nos decían: ponte esta bata y nos dejaban solas, súbete a la camilla y quedábamos solas. Ya me hicieron el procedimiento, me dieron una fórmula médica con antibióticos, con pastas para el dolor y ahí fue todo; pero que me dijeran algo como: ‘si sientes algún dolor vuelves, si sientes algo ve por urgencias’, eso no me lo dijeron (...) todo [el trato asistencial y el procedimiento] fue muy traumático, definitivamente yo necesitaba una ayuda psicológica porque no estaba bien; [necesitaba] sobre todo un acompañamiento

psicológico después del procedimiento, quería información que fuera dirigida a las consecuencias del procedimiento, qué te iba a suceder luego del procedimiento y qué es lo que está sucediendo...”

(Katy 3 años en fase de post – aborto)

En las anteriores experiencias de las mujeres de la investigación, se relata la atención médico-asistencial durante y después de la terminación del embarazo de forma voluntaria, el cual estas mujeres hacen hincapié en el apoyo emocional por parte de los profesionales en la salud, como también el énfasis del contacto visual por parte del personal asistencial hacia la usuaria y la importancia de una adecuada comunicación no verbal de los profesionales en la salud, que facilite el contacto empático, mejorando el encuentro clínico (80, 108, 109). Por otro lado, según lo relatado por las mujeres entrevistadas, en la atención post – aborto hay un silencio incómodo por parte del profesional en salud, el cual crea en la usuaria ansiedad y una necesidad de recibir información sobre su estado físico, psicológico y de los pasos a seguir en su condición de salud; así que, esta poca información a su vez deja en ellas la sensación de no alcanzar el equilibrio psicosocial en fase de post – aborto (80, 110), debido a la escasa o nula atención psicosocial luego de la IVE:

“(…) Luego del procedimiento del aborto, perdí mucha sangre, me pasaron de una camilla a la otra, luego me llevaron a mi cuarto de hospitalización, donde estuve una semana. Luego salí muy triste; no tengo queja del personal de salud, pero no hubo una ruta de atención [psicosocial en el post – aborto], la ruta, la puedo resumir del Hospital a la casa, y a los 6 meses, me mandaron una citología; esto deja una sensación de insatisfacción y la pregunta de si quedaste bien o no [física y psicológicamente] luego del procedimiento...”

(Carol 6 años en fase de post – aborto)

En el discurso de la mayoría de las mujeres no se visualiza una Ruta Integral de Atención en Salud – RIAS, clara para el post – aborto a nivel psicosocial, es decir, un paso a paso que denote cómo darle alcance al objetivo que plantea el Documento Técnico para la Atención en el Post – aborto (93), objetivo enfocado en, identificar las necesidades psicológicas de estas mujeres para su posterior remisión a medicina especializada. Esto permite analizar en la presente investigación, que dentro de la atención psicosocial en el post – aborto, se debe plantear explícitamente un enfoque práctico, dado a que las RIAS son las acciones de cuidado que se esperan para el bienestar del individuo en su respectivo entorno (111), por tanto se observa que el objetivo del Documento Técnico para la Atención en el Post – aborto (93), no está ligado a unas verdaderas acciones en la práctica asistencial, que lleve a cabo el objetivo de las RIAS: “garantizar la atención integral en salud a las personas” (111, p.19)

Según el concepto de las RIAS ligado al discurso de las mujeres a estudio descritos con anterioridad, la ruta de atención psicosocial para el post – aborto debería responder a un ‘*cómo*’, es decir, a unas acciones determinadas de atención y en la ruta que propone el Documento Técnico para la Atención en el Post – aborto (93), se observa sujeta a la descripción única de los objetivos, dejando la atención psicosocial para el post – aborto reducida a la *planeación* descrita en los documentos, manuales y protocolos técnicos para la atención en el post – aborto, con ello se considera trascendental incorporar elementos administrativos como la *organización*, con el objeto de socializar o dar a conocer los servicios psicosociales en el post – aborto, además reconocer y disponer de recurso humano y de infraestructura para la adecuada atención de estas mujeres que facilite la evaluación y restauración de su estado emocional, en favor de la calidad de la salud desde una perspectiva psicosocial (75).

Para una oportuna atención en el post – aborto desde la RIAS, además de las condiciones psicológicas, surge también la necesidad de reconocer las condiciones sociales y económicas que permitan tomar decisiones a nivel administrativo (10) relacionadas con el posterior reconocimiento y estructuración de las acciones a incorporar en una ruta de atención psicosocial en el post – aborto.

2.2 ‘Rastreo de la muestra’: pesquisa de las condiciones materiales y sociales

Para poder comprender mejor las experiencias de estas mujeres en fase de post – aborto, es fundamental comprender las condiciones materiales y sociales en las que estas viven. La situación económica, la vida en pareja, entre otras variables incide en la experiencia de estas mujeres con una IVE, resulta importante describir estos aspectos para complejizar aún más la pregunta de investigación.

Las 15 participantes de este estudio practican la religión cristiana – católica, todas tienen de 1 a 3 hijos; con lo referente a su ocupación una (1) de las participantes de la investigación se desempeña como lideresa comunitaria quien en ese momento se encontraba haciendo labores de socialización de la ley 1257 de 2008 (112) de la violencia contra la mujer en el municipio de Tuluá. Cinco (5) mujeres se dedican a labores domésticas, siete (7) son trabajadoras dependientes, sus labores están relacionadas con seguridad y salud ocupacional, abogada, auxiliares de administración en supermercados, auxiliares de cocina, auxiliar contable, auditoría contable; una de estas mujeres (1) es estudiante de contabilidad y trabajadora dependiente como auxiliar contable, dos (2) son trabajadoras independientes una de ellas desempeñándose como maestra de clases de refuerzo de las materias académicas y la otra participante es diseñadora de modas.

En cuanto al régimen de salud a la cual pertenecen cuatro (4) pertenecen al régimen subsidiado, ocho (8) al régimen contributivo y tres (3) al régimen especial (Policía Nacional). En la estratificación socioeconómica, seis (6) mujeres pertenecen al estrato dos (2), seis (6) mujeres al estrato tres (3) y tres (3) mujeres al estrato cuatro (4). En cuanto al nivel educativo, una (1) de las participantes tiene secundaria incompleta, cuatro (4) de las participantes tienen secundaria completa y diez (10) de las participantes tienen estudios técnicos, tecnológicos y/o universitarios relacionados con la administración de empresas, la gestión integral y contaduría pública.

Medina et al. (113) dice que es importante indagar por los aspectos sociales de las vidas de las mujeres en fase de post – aborto, ya que, las circunstancias por las cuales estas mujeres llegaron al procedimiento de la IVE son relevantes en la descripción y comprensión de las

condiciones sociales de esta problemática, puesto que, por ejemplo, algunas de las mujeres fueron llevadas al procedimiento médico – quirúrgico por terceros, padres, parejas y/o amistades, incidiendo, tal vez, en la capacidad facultativa o voluntaria de la decisión de terminar el embarazo:

“(...) Yo me embaracé de un hombre que no querían mis padres; el papá del bebé tampoco lo quería, cuando se dio cuenta [del embarazo] se fue y hasta ahora no he sabido nada de él; luego mi mamá me decía que abortara, que no podía hacerme cargo yo sola ni ellos del bebé, así que ella y mi padre llamaron a un médico amigo de ellos, le contaron la situación y el médico dijo: ‘listo, me llevaron casi a la fuerza al hospital, se llenaron unas formas diciendo que estaba mal mentalmente’. Mi mamá entró conmigo al quirófano, me tomaba de la mano y me decía tranquila todo va a pasar y sentí todo menos tranquilidad...”

(Liza 7 años en fase de post aborto)

“(...) Cuando supe que estaba embarazada le dije a mi pareja y me contestó que debía abortar, que, si quería continuar con él debía hacerlo; yo en ese momento me asusté mucho al verme sola, entonces llamé a una amiga y ella me convenció de que fuéramos a una clínica, yo estaba muy asustada, pero al final fui, el aborto era muy caro y yo era una persona de escasos recursos, así que tuve que robar para poderme hacer el aborto, no podía ir a pedirle a mi familia ellos no querían saber nada de mí, dependía de un hombre que no quería el bebé y me mandaba a abortar por mi cuenta...”

(Samanta 9 años en fase de post aborto)

Por otra parte, participantes como Deyanira y Alba Lucia tomaron la decisión de terminar el embarazo sin intervención de terceros:

“(…) Yo no quería estar embarazada, lo único que pensaba era que no quería estar en embarazo, yo tenía dos hijos, no me estaba sintiendo bien, y sin ninguna presión yo aborté, lo hice, yo sola fui y busqué, me dijeron dónde. Yo no entiendo bien de las leyes, pero en esos días habían aprobado, que se podía abortar, la persona que me asesoró, me dijo, que como me estaba sintiendo era mejor y más fácil que me lo hicieran...”

(Deyanira 11 años en fase de post aborto).

“(…) Cuando ya tomé la decisión de abortar, sólo quise tener a mi familia de acompañantes, sabía que con ellos me iba a sentir mejor y protegida. Mi familia siempre estuvo ahí conmigo día y noche, de decían: ‘llore, viva su luto, es normal lo que siente, si no quiere hablar aquí nos quedamos entonces al lado suyo’. Nunca estuve sola...”

(Alba Lucia 4 años en fase de post – aborto)

Los eventos descritos anteriormente, señalan dos aspectos de suma importancia. El primero, muestra la importancia del círculo familiar y/o red de apoyo de la mujer a la hora de acceder al procedimiento. En cuanto la descripción que hacen estas mujeres sobre la red de apoyo en las participantes de la presente investigación, se encontró que cinco (5) mujeres del estudio ven a los familiares en primer, segundo y tercer grado de consanguinidad como su red de apoyo; una (1) de las mujeres ve a las amistades como red de apoyo; una (1) a instituciones religiosas; y ocho (8) mujeres afirman no tener ninguna. De igual manera, para la mayoría de las mujeres, sería de suma importancia tener un familiar presente durante el procedimiento, quien pueda incluso ser orientado por parte del personal de salud sobre las consecuencias del post – aborto. Esta idea genera una sensación de seguridad y bienestar, elemento clave del proceso de recuperación en esta fase:

“(…) Pienso que, si le dieran un asesoramiento psiquiátrico a la familia, esta estaría involucrada y entendería por lo que uno está pasando, porque ellos no conocen lo que está pasando esta

persona, por ejemplo, el esposo no es una mujer, no entiende por lo que estás pasando, pero si un profesional [en psiquiatría o psicología] lo asesora, el acompañamiento de su familia sería diferente, estarían más pendientes de lo que te suceda y sufrirían menos por no poderte ayudar, y tu estarías más tranquila sintiéndote apoyada, así superas más rápido el trauma que te dejó abortar...”

(Mérida 3 años en fase de post – aborto)

“(...) Cuando ya me hicieron el aborto, estuve en sala de recuperación por espacio de unas horas y luego me fui para la casa, sola, sin saber qué hacer, pienso que lo importante sería que estuviera la familia involucrada en el proceso de recuperación, así todo sería más fácil...”

(Diana 5 años en fase de post – aborto)

El segundo aspecto social que vale la pena destacar, tiene que ver con la *relevancia económica*, señalada como una categoría emergente de la investigación. Desde la opinión de las mujeres a estudio en fase de post – aborto, esta categoría arroja que estar ‘bien’ significa tener una economía estable que garantice la atención a la salud. Es decir, las experiencias de estas mujeres señalan que la atención mental está supeditada a lo monetario, que las EPS no están dispuestas a cubrir el tratamiento psicosocial en fase de post – aborto, aunque ellas perciben que es un patrón en el servicio de salud, puesto que, las entidades privadas y los planes complementarios, tampoco ofrecen una atención psicosocial en el post – aborto.

“(...) Hay que tener poder adquisitivo, para acceder a una atención en lo emocional después del procedimiento, porque tendría que ser particular ya que ni el hospital, ni los planes de medicina propagada te ofrecen ese servicio de apoyo luego de un aborto, así que de forma particular sería costoso, de muchas

sesiones, y tendría que pagar todo ese seguimiento con un psicólogo y no tendría la solvencia económica para hacerlo...”

(Deysi 9 años en fase de post – aborto).

Esta categoría emergente de la *relevancia económica* es analizada desde el concepto de la autonomía económica de las mujeres dado a que, las participantes de la investigación, no han podido acceder a esa atención psicosocial en el post – aborto debido a su condición económica; con respecto a la autonomía económica la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) dice (114): “La autonomía económica es un pilar fundamental de la autonomía de las mujeres y, por definición, requiere que estas perciban ingresos que les permitan superar la pobreza, participar de manera activa de la vida social y política, y dedicarse a sus seres queridos sin que ello se transforme en una barrera para el logro de sus propias aspiraciones” (114, p.39). Para el caso particular de este estudio, esto les permitiría a estas mujeres el alcance de la salud mental luego de una IVE.

Para lograr este servicio de la atención psicosocial en el post – aborto, debe de haber autonomía económica, que según Kabeer (115, 116) es desarrollar el potencial para alcanzar lo deseado, es decir, el empoderamiento de la mujer para generar ingresos y en este caso, acceder al servicio psicosocial en el post – aborto. Para el análisis de la investigación, la falta de autonomía económica no sólo se encuentra presente en la dificultad para generar ingresos, sino también en la falta de empoderamiento para solicitar el derecho a la atención emocional en el post – aborto, como lo dice Kabeer (116) por limitaciones extrínsecas, es decir, la institución de salud no ofrece la orientación necesaria para que la petición del acompañamiento psicosocial se haga efectivo luego de una IVE, como, por ejemplo;

“(...) A mí me dieron una fórmula médica con antibióticos, con pastas para el dolor y ya no más, pero no mencionaron si sientes algún dolor vuelves, si sientes algo en tu mente ve por urgencia, tampoco dijeron que se me iba a ser difícil convivir en mi casa, , nunca me mencionaron nada de eso, ya con el tiempo uno se empieza a dar cuenta de todas las consecuencias y ya uno dice la

falta de información del hospital, de lo contrario yo misma hubiera ido a buscar, a preguntar en el hospital o buscaba al médico que me atendió...”

(Samanta 9 años en fase de post – aborto)

Así se puede concluir que la autonomía económica que estas mujeres necesitan para mejorar su condición de salud, influye en la recuperación emocional de la mujer en fase de post – aborto, creando barreras emocionales que derivan de las barreras administrativas, las cuales, ayudan a dilatar el servicio de atención luego de la IVE, deteriorando la salud de la mujer y favoreciendo la aparición de bloqueos o barreras emocionales (10).

Las condiciones materiales, sociales y económicas de estas mujeres, influyen en la manera cómo ellas viven el proceso, luego de la IVE y dan cuenta de qué estructuras administrativas, facilitan o no la salud mental que comporta lo psicosocial, haciendo importante explorar las barreras administrativas y emocionales sobre el proceso de atención en el post – aborto.

2.3 Confianza sobre el proceso de atención en el post - aborto: Barreras administrativas y emocionales

Como se ha mencionado en apartados anteriores, y según las vivencias de las entrevistadas en la presente investigación, las mujeres que participaron en la investigación señalan la necesidad de obtener información completa y veraz por parte de los profesionales en salud, sobre el abordaje del proceso de atención en la fase de post – aborto, en términos de aquello que sucede luego de una IVE, tanto en el cuerpo como en la mente, junto a la importancia de buscar mecanismos psicosociales que restauren su salud mental.

Esta escasa *información o déficit comunicacional* es traducida por ellas como una barrera administrativa, llevando a las usuarias a tener una percepción de la atención recibida como incompleta, que no compensa sus necesidades, siendo este uno de los motivos que las hace perder la confianza en la institución de salud. Analizando que la confianza está íntimamente ligada a las barreras administrativas, lo que según Rodríguez et al. (117) alude a todos los

elementos técnicos, legislativos y de procedimiento que interfieren en el acceso a la atención en salud y que contribuyen a la aparición de barreras emocionales, bloqueos que se estructuran en la mente y que no permiten identificar las necesidades e impiden satisfacerlas (118):

“(...) Todo lo que te digan, tú lo aprendes; así que si te hubieran informado qué pasaba o qué podría pasar o qué te hubieran hecho un seguimiento como para saber lo que sucedía con tus emociones en tu casa, con la familia, pero no te lo dicen antes de irte a la casa y no hay manera de que uno pueda suponerlo o busque ayuda, tú todo lo tomas como algo muy normal; por eso sería bueno alguna información sobre el después del aborto en tu parte mental, para que no pase lo mismo, o sea, que haya un tratamiento de fortalecimiento, para no volver a pasar por un proceso de aborto, pero tampoco eso lo hay; creo que fue un poco pobre la atención luego del aborto...”

(Diana 5 años en fase de post – aborto)

“(...) Si hubiese sabido que algo así, de sentirme triste, depresiva y preocupada me iba a pasar, hubiera podido llegar al hospital para que se me asistieran, porque yo no sabía nada, nada de lo que me estaba pasando luego del aborto, pero estaba pasando me sentía mal pero no sabía por qué...”

(Deyanira 11 años en fase de post – aborto).

Entre las barreras administrativas, se observan las barreras de *estructura* (10, 117) que denotan una deficiencia en la planeación y en la posterior organización de las estrategias que ayudarán a las usuarias a superar los déficits emocionales, como, por ejemplo, el bloqueo mental llamado *proyección*, donde la mujer tiene la dificultad para saber de manera conciente, qué le sucede a nivel psíquico y lo que necesita para obtener su salud (8).

Dentro de esos bloqueos emocionales la mujer no se da cuenta de sus propios actos, pensamientos o emociones, y estos son atribuidos al exterior (119), como por ejemplo atribuir la repetición del evento a los prestadores de salud: “(...) o sea, no hay un enfoque [de la IPS], si después del procedimiento me explican no se volverá a incurrir en lo mismo, por ejemplo, ella [compañera de cuarto de hospitalización] no hubiera dicho, yo lo hice cinco veces”. **(Samanta 9 años en fase de post aborto).**

La falta de atención integral en el post – aborto que verbalizan las participantes, denotan las barreras de *accesibilidad* a los servicios, dejando la salud al alcance de los recursos de las usuarias, que, por características como su nivel de educación, fuente de financiación y localización territorial puedan acceder o no a los servicios de atención en fase de post – aborto (120). No obstante, la falta de atributos de la calidad del servicio como la *accesibilidad* y la *oportunidad* son barreras administrativas, dado a que no existe un servicio psicosocial para las mujeres en fase de post – aborto incluido en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC (38), impidiendo el diagnóstico oportuno de bloqueos emocionales, que con el paso del tiempo se van formando en afecciones psíquicas (121).

Trabajar estos bloqueos en la mujer a través de la atención psicosocial, desarrolla las capacidades y habilidades de autoapoyo y autocuidado, generando espacios de participación guiados por profesionales en la salud, dado a que el diálogo abierto, el buen trato y el aseguramiento de una atención en salud adecuada, mejorará la percepción de la salud y la adaptación a las intervenciones que generen bienestar (8, 101, 119). Como lo dice el Documento para la Atención en el post – aborto (93) “Cuando el/la profesional de la salud brinda apoyo emocional además de atención médica, la mujer tiene más capacidad para entender y aceptar su situación médica, el tratamiento recomendado, la evolución inmediata y las consecuencias que se puedan presentar a mediano o largo plazo” (95, p. 58). Lo anterior hace visible la barrera administrativa de la asignación de *recurso humano* idóneo para la atención psicosocial en el post – aborto, esta conlleva a la prolongación de iniciar un tratamiento psicosocial (117):

“(…) Llegas a tu casa aburrida, sin ganas de nada, cómo le vas a ayudar a tus demás hijos; cómo crees que es la relación en la casa, si tú no quieres salir de la habitación, no te quieres bañar, pasa y pasa el tiempo y es cada vez es peor, yo llevo casi 11 años y hay días que me siento aun así; así que una persona profesional en psicología o alguien que haga de consejero, te ayuda a mejorar en esos aspectos en tu casa, en tu vida, porque llega el punto que no quieres expresar ni sentir nada, y no te atreves a pedir ayuda, porque pensarán [otras personas] que estás loca”

(Sandra 10 años en fase de post – aborto)

La vivencia de Sandra puntualiza lo que afirma Campos (120) sobre cómo se estigmatiza la salud mental, convirtiéndola en un bloqueo administrativo que reduce la solicitud de la atención, llevando posiblemente a la no identificación e inexpresividad de los sentimientos, reflejada en la salud psíquica y social de la mujer, en la cual se ve el entorno como amenazante, no permitiendo permeabilizar los mecanismos de atención que mejorarán su salud.

La falta de acogida de las acciones de la institución que les prestó el servicio a estas mujeres hace que se manifiesten mecanismos neuróticos³⁵, en vista de que, se presentan diferentes necesidades y la persona por sí sola, sin la ayuda profesional, no puede determinar cuál es la dominante y probablemente analiza todas las situaciones como similares (8, 101, 119), haciendo más difícil el manejo de posteriores consecuencias, ya que ha perdido la capacidad de juzgar adecuadamente el estado de balance o desbalance de cualquier situación: *“(…) tú no sabes si te dejen secuelas físicas, psicológicas, tú no lo sabes, pero si los profesionales están pendientes de ti ellos si lo van a saber ¡claro!”* **(Liza 7 años en fase de post – aborto).**

Es inevitable pensar que, en la salud integral, las barreras administrativas deben diluirse (9, 75, 117) y ampliar los planes de beneficios, contemplando la atención psicosocial en el post

³⁵ Interrupciones o barreras que bloquean la conciencia del darse cuenta.

– aborto, tema que se ha convertido en una paradoja porque está señalada en la normatividad colombiana (38, 39, 93), pero no son puestos en práctica en el campo asistencial, según las experiencias de las mujeres entrevistadas en la presente investigación.

Para mitigar las barreras administrativas, y por ende, las emocionales, se señala la iniciativa de identificar el rol de la transmisión de información en la atención psicosocial en fase de post – aborto, como estrategia facilitadora de la planeación de los servicios en salud en esta fase, encaminada hacia el proceso de recuperar de la salud mental, teniendo en cuenta los síntomas y signos que se presentan luego del procedimiento médico-quirúrgico de la IVE, facilitando la información de posteriores servicios psicosociales si son requeridos.

Otra de las estrategias para contrarrestar las barreras administrativas en beneficio de las mujeres en fase de post – aborto son las alianzas público – privadas o privadas – privadas (122, 123) con instituciones especializadas en la atención psicosocial. Dicho de otro modo, hacer remisión de las mujeres, luego de una IVE, hacia las instituciones de carácter privado que se especializan en el trabajo psicosocial en fase de post – aborto, contribuyen a la organización y especialmente a la ejecución de la atención psicosocial en esta fase, dado a que, estas instituciones especializadas, se encargan exclusivamente de administrar este servicio de salud. Está táctica ayuda a alcanzar la atención integral en el post – aborto, si en el hospital o clínica que se realizó la IVE no se cuenta con el personal capacitado para la atención psicosocial.

Describir las condiciones administrativas psicológicas, sociales y económicas de la atención en el post – aborto permitió identificar qué aspectos juegan a favor del equilibrio emocional y social de la mujer (10), para ello, se hace necesario profundizar en las problemáticas de la comunicación en la relación clínica y la adaptación de la mujer luego del procedimiento médico y/o quirúrgico, como acción facilitadora de la salud mental en el atención del post – aborto, punto central del siguiente capítulo.

3. capítulo III:

Equilibrio emocional: Relación clínica, comunicación y adaptación después del procedimiento

“(…) El segundo componente del Modelo de Atención Integral del Post-aborto es la orientación y asesoría. La orientación y asesoría durante la atención post – aborto están dirigidas a dar apoyo emocional a la mujer, brindarle información específica sobre las posibles opciones de tratamiento y acompañarla antes, durante y después de la atención...”
Documento APA. Colombia (92 p. 59)

Los hallazgos de esta investigación permitieron comprender la importancia de profundizar en la relación clínica como elemento primordial en la calidad de la atención. La relación clínica que estas mujeres establecieron con el personal de salud, está mediada por la transmisión de la información, y esto a su vez, influyó en la manera en la que ellas, en calidad de usuarias, procesaron la información correspondiente al proceso médico y/o quirúrgico y cómo este incide en el equilibrio emocional de estas mujeres. En el presente capítulo, se destaca la manera en la que las voces de las participantes dan cuenta de, cómo lo que se comunica y la forma en que lo expresa el personal asistencial (modalidad oracional), incide directamente en la vivencia de las usuarias en el contexto del post – aborto.

El propósito del tercer capítulo es el de profundizar el objetivo específico de la investigación de describir e identificar las condiciones psicológicas, sociales y económicas en la fase de post – aborto que deben tenerse en cuenta en una atención psicosocial oportuna en instituciones de salud nivel II del municipio de Tuluá y mostrar cómo emerge la discusión sobre la importancia de la salud mental en la atención en el post – aborto. Para esto, se tendrán en cuenta tres conceptos que permiten seguir desarrollando dicho objetivo en términos de la *relación clínica*, la *comunicación* y la *adaptación* después del procedimiento.

El usuario del servicio de salud desea encontrar y construir una cercanía con el personal asistencial, quienes son vistos como fuente de bienestar y resolución de sus necesidades, a partir de una comunicación clara, veraz y empática (106, 108), de tal modo que permita

establecer una *relación clínica*, llamada esta relación así, debido a que el médico ya no es el único que interactúa con los usuarios o pacientes, sino también, el personal administrativo, el personal de enfermería, los tecnólogos y demás personal clínico, haciendo que, cada vez más, dicha relación se complejice y se utilice el término de “Encuentro Clínico”, lo que hace que la atención sea efectiva a favor de encontrar la solución a problemas de salud de un sujeto en particular (124).

Adentrarnos en la relación clínica y lo que esta comporta desde una mirada deductiva, es decir, observar la relación clínica para analizar la importancia de la información implícita en el encuentro clínico, conlleva a que se pueda desarrollar el proceso de adaptación de la mujer en fase de post – aborto, es decir, que haya una denominación y un equilibrio emocional, identificando la significación contextual de las usuarias en favor de estilos y modos de vida saludables que parten de las experiencias reales. Dicho de otro modo, la adaptación, es el estado de bienestar del ser humano desde una mirada tanto fisiológica como psicosocial, que ve a la persona como un ser único que valora las situaciones según el aprendizaje a través de sus vivencias (125)

3.1 El efecto del encuentro clínico: actores en la relación clínica en el contexto del post – aborto

Al colocar en ejecución las intervenciones psicosociales, nace la necesidad de establecer una relación entre los profesionales en salud y quienes buscan su ayuda; dicha relación ha evolucionado en su significado y terminología a partir de cambios en las estructuras sociales y la transformación del concepto de salud (126). Esto ha permitido ir más allá, desde una relación médico – enfermo (REM), médico – paciente (RMP), una relación sanitaria – usuario (RSU), la relación sanitaria (RS), hasta la relación clínica (RC)³⁶ acuñada por García (124).

³⁶ Durante el capítulo se utilizará esta sigla a la hora de referirse a la Relación Clínica.

Lo anterior muestra que los encargados de la salud, no es sólo el personal asistencial, sino todo lo que rodea el contexto clínico, incluyendo el espacio que se ha elegido para ofrecer los servicios de salud (122); con esta definición se entiende que las instituciones de salud son simuladores de las relaciones sociales a una menor escala, dado a que todos los que están ahí influyen en la administración de los servicios en salud.

La **Teoría de Acción (TA)** de Argyris et al. (127), aborda la atención en la relación clínica (RC). Lara et al. (128) aducen que es una teoría pertinente para mostrar de forma clara y precisa, la práctica relacional entre diferentes grupos asistenciales y el paciente. Esta teoría ayuda a la comprensión de la relación médico – paciente en tiempo presente, facilita realizar cambios en la adecuada atención de los pacientes, construyendo verdaderos puentes de interacción, fomentando el diálogo sujeto a sujeto.

En la TA (127), se toma al ser humano como un sujeto consiente, el cual determina sus acciones, las ejecuta, las evalúa, haciendo los cambios acertados para la obtención de óptimos resultados desde la RC. Por ello, la Teoría de la Acción invita a centrarse en el desarrollo de la *planificación, organización y dirección* de los planes a seguir dentro de las instituciones con sus usuarias, con el objeto de alcanzar metas de una manera eficaz y eficiente sobre sus ambientes y la atención de sus necesidades (128). Dejando entrever que la teoría de la acción regula los procesos administrativos.

Así se plantea la RC desde la experiencia de las participantes de la presente investigación:

“La relación que tuve con los médicos y enfermeras fue cuando llegué al hospital, me atendieron de manera cortés, se me realizó el procedimiento, me dejaron en observación y allí [me] quedé hasta la hora del alta, mientras estaba en recuperación sola, me preguntaba mil cosas, me pregunté por qué nadie me decía mayor cosa, por qué quedé allí abandonada, como si hubiera recibido la ley del hielo; lo que quiero decir, es que yo sí anhelé en ese momento que se me acercara alguien, de los que yo oía allá afuera reírse. Afuera estaban los médicos, las niñas enfermeras, las personas encargadas del aseo de la sala, hasta otros

pacientes, le digo que se me salían las lágrimas de escucharlos reír, estaba con dolor físico, pero más con dolor en el corazón, en el alma, te digo, cuando estás en el hospital, te ofrecen procedimientos físicos, no emocionales y menos cuando te vas del hospital, sería bueno que lo mirara un psicólogo antes del alta del hospital y luego de uno o dos meses te llamaran a ver como sigues o un control, yo pienso, no sé, si esa atención después del procedimiento no existe o no te la quieren dar...”

(Chintia 6 años en fase de post – aborto)

Para el municipio de Tuluá, según lo señalado por las mujeres participantes de la investigación, no se está llevando a cabo la atención psicosocial en el post – aborto, descrita en el Documento técnico para la Atención postaborto (APA) y sus complicaciones (93) como asesoría y orientación post – aborto. Partiendo de las experiencias negativas de estas mujeres, valdría la pena preguntarse por el cómo podría incluirse entonces el personal de psicología a la RC de mujeres que se practican una IVE en instituciones de salud de nivel II de Tuluá. La TA posee una dimensión explícita (DE) y una dimensión de uso (DU), que ayudan a detectar los actores de la RC y las incongruencias en los modelos de atención (127), dado a que, la DE registra planes de intervención, metas, objetivos, programas, estructuras y tecnologías descritas como lo es el Documento técnico para la Atención postaborto (APA) y sus complicaciones (94) y la DU señala qué tanto de lo planeado se ha realizado como la percepción de calidad en la atención en el post – aborto. Ejemplos del poder que tiene la voz de las usuarias al dar cuenta si la DE se aplica en la DU se presenta a continuación:

“(...) deberían existir programas de atención post – aborto como instituciones públicas y privada, a través de las EPS, pero también por fuera, porque si no, los que no los cubra el sistema, quedarán por fuera de la atención; sería bueno que existiera así”

(Diana 5 años en fase de post – aborto)

“(…) Los programas de atención post - aborto [Ya existen], sino que no funcionan de la mano con la salud mental, ya existen las EPS y el ‘Bienestar’ (ICBF), las clínicas, y los hospitales, pero allí deben incluir la salud mental en esas instituciones”

(Alba Lucia 4 años en fase de post – aborto)

“(…) [La atención psicosocial en el post – aborto] El gobierno no la está dando, ni las entidades privadas, así tú pagues una medicina prepagada no te dicen: ‘tú tuviste un aborto pasa con la doctora tal, especializada o el psicólogo tal especializado en traumas post – aborto’; eso no existe”.

(Katy 3 años en fase de post – aborto. Profesión abogada)

Con estas alusiones de las participantes, se propone que, al organizar los servicios de salud mental para el abordaje psicosocial en el post – aborto, los ojos deberían estar centrados en la dimensión de uso (DU), en otras palabras, observar que realmente se ejecute, lo que ya está planeado para la atención de una mujer que acude a una IVE y su posterior fase de post – aborto, desde un planteamiento más explícito mediado por la fase de *evaluación y control* del proceso administrativo.

Con la DU se logrará re – estructurar la atención en fase de post – aborto tomando como punto de partida la relación clínica, en la cual, el ente administrativo, el equipo asistencial, los demás usuarios del sistema, convergen espacio – temporalmente como elemento esencial para la recuperación de la salud (124), con la entrega de una información clara y precisa por parte de la institución, que lleve al bienestar de la usuaria con un sentir de confianza en el proceso de la atención. Este conjunto de actores, llevarían a la mujer en fase de post – aborto a tener sensación de seguridad (93) desde una ruta de atención establecida y ejecutada en favor de su salud, promovida por los diferentes actores de la RC y conocida por ella: *“(…) Yo creo que deberían tener un folleto de la ruta de atención y ya el médico le diría usted continua en este proceso, usted va aquí en la ruta 5, vaya al psicólogo”* **Alba Lucia 4 años en fase de post – aborto.**

Por otro lado, dado que el encuentro clínico posee un valor restaurativo – emocional se propone desde los hallazgos de la presente investigación, integrar en el acompañamiento de las usuarias en fase de post – aborto a mujeres que hayan pasado por la misma situación de una intervención médico – quirúrgica para finalizar el embarazo a voluntad, a que a modo de voluntarias brinden un acompañamiento, charlas o talleres a mujeres que están entrando a esta fase, fortaleciendo la creación de redes de apoyo en un continuo de adquirir la salud y la re – integración de los diferentes grupos sociales de los cuales pertenecía antes de la IVE: “(...) *A mí sí me gustaría contar mi historia, estar con grupos que cuenten su historia, porque eso ayuda a otras y escuchar a otras también le sirve a retomar sus vidas*” (**Mérida 3 años en fase de post – aborto**). Por ello es relevante pensar, en quiénes, estarán en el entorno de una mujer que busca una IVE y cómo integrarlos en la atención post – aborto, ya que son facilitadores en el proceso de adaptación de la mujer mediados por la comunicación como se explica a continuación.

3.2 Modalidad comunicativa: transmisión de la información durante el post - aborto

“(...) Un trato con más calidad humana, que se interesarán más por mí, que me preguntaran cómo está [y que digan:] ‘tranquila, los efectos de la anestesia son estos, estos y estos, y no quédese ahí, espérese a ver’”

(Sandra 10 años en fase de post – aborto)

La ruta de atención para el post – aborto que opera en la actualidad, manifiesta a través de la sentencia C – 355 de 2006 de la corte constitucional, con sentencias de tutelas ulteriores, que la información entregada a la mujer debe ser veraz y oportuna frente a la IVE, teniendo en cuenta el flujo de las palabras hacia las mujeres en fase de post – aborto (37), es decir la modalidad del enunciado, el sentido de las palabras, en este caso, las del personal médico – asistencial (126).

De tal modo, las palabras que se escojan para este tipo de usuarias en fase de post – aborto deberán estar encaminadas al cumplimiento del objetivo general que propone el plan de acción integral sobre salud mental para el período 2013 – 2020 para los Estados Miembros de la OMS, el cual aduce: *“promover la salud mental, prevenir trastornos mentales, dispensar atención, mejorar la recuperación”* (9), y no se reduce la comunicación a un gesto particular del carácter del profesional, ya que, el cómo y la forma en la que se expresa la información en el contexto de una IVE y en el post – aborto, está siendo re- significado por las mujeres de esta investigación, como un acto meramente laboral carente de humanidad, lo cual, influye en el grado de confianza que tienen las participantes sobre el proceso.

La modalidad oracional, esto es la actitud y la intencionalidad de quien habla frente a lo que desea comunicar o expresar (129), juega un papel notable en la planeación de la ruta de atención psicosocial en el post – aborto, dado a que, partiendo de la modalidad, la mujer en esta fase de post – aborto construye un modelo de tratamiento desde la vivencia, fortaleciendo la confianza en los prestadores de salud (130), puesto que, no sólo las palabras entran en juego sino el sentido de las mismas. Así, en la dinámica comunicacional, la naturaleza del hablante entra como estimulante de la relación clínica, quedando registrada en las experiencias del usuario de los servicios de salud (130), tal como lo muestran las participantes de la presente investigación:

“(...) Hoy tengo en la cabeza el desagrado, la tristeza de ver cómo me atendieron; tengo la imagen de una enfermera que fue la que me atendió, hace unos tres años la vi y fue terrible, fue como volver a vivir el momento, al punto de darme rabia porque a mí me atendieron con desprecio, sin valor, me llamaron ‘brincona’, luego que ya me podía parar de allí, que así como había podido quedar embarazada podía pararme e irme para la casa, me atendieron es ese hospital como si ellos fueran un poquito más que yo, como si ellos no cometieran errores, entonces el sentimiento que tengo hacia ellos no es bonito, me remueve cosas

malucas, de sentir tristeza, es lo que me pueden inspirar [los profesionales], porque ella [la enfermera que me atendió] en especial, los generaliza a todos los que me atendieron...”

(Sara 12 años en fase de post – aborto).

“(…) Ellos a mí sí me hablaron con mucha paciencia, se sentía que estaban preocupados por mí, luego del procedimiento, no tengo queja alguna, sobre cómo se dirigieron a mí, aunque no recibí información acerca de algún tratamiento psicológico o con trabajadores sociales o algo así, sí me dijeron qué hacer si me sentía mal en casa, con algún dolor o hemorragia y eso hizo para que me sintiera un poco mejor, que me sintiera acompañada. Inclusive cuando estaba hospitalizada después del legrado yo entré en crisis, de llanto y mucha ansiedad, pero con su compañía se me fue pasando...”

(Carol 6 años en etapa de post aborto).

El personal asistencial es quien emite la información, que, al ser leída por la usuaria del servicio, activa las repuestas de salud o de malestar y da estructura a la experiencia. Según May (131), ese comportamiento consciente desemboca en un acto concreto, creando en la persona juicios que se interponen en la *adaptación* de su situación psíquica y social en los cuales median las decisiones, las necesidades y la forma de vivenciar la realidad tomada como un acto subjetivo, único y singular.

En la ya mencionada Relación Clínica (RC) (124), la *comunicación* es vista como un elemento importante en la atención. Desde principios del siglo XIX se ha concebido la comunicación como un proceso de transmisión de información, además de ser una dinámica que envuelve las acciones y el pensamiento, es decir, el comportamiento de quienes se involucran en ella (132). La comunicación en beneficio a la atención en salud según Arborelius (133), debe estar centrada en el usuario y en su capacidad de asimilar la información, al fomentar en el usuario la reflexión y la toma de decisiones en dicho contexto.

El profesional en salud, debe facilitarle al usuario la adaptación a su nuevo estilo de vida evitando crear juicios, una vez el usuario haya decidido qué hacer, según sus creencias y expectativas (133); por esto, el profesional debe crear un ambiente de diálogo mutuo, en el que todos los actores involucrados en dicha relación sean interlocutores activos, que contribuya a la promoción, prevención y recuperación de la salud. No obstante, es un elemento común entre las participantes, resaltar cómo la falta de comunicación afectó su vivencia frente al procedimiento:

“(...) No sé si fue por mi falta de estudio, porque no terminé el bachillerato, pero cuando el médico me dijo sobre lo malformado que venía el bebé, yo ni le entendí lo que dijo, era como si no me hablara en español, nada de lo que me decía yo lo entendía; yo tuve que preguntarles a las enfermeras qué había dicho el médico. Cuando me dijo que debía hacerme un aborto, creí que me iba a conversar sobre la pérdida de un hijo, del aborto, porque uno sí queda acomplexado, perdido, y con muchas ganas de llorar (...) nosotros [mi pareja y yo] sí llorábamos mucho...”

(Bila 8 años en fase de post – aborto).

La comunicación en salud debe responder a la planeación de estructuras administrativas (134) que aseguren la salud integral de los usuarios, antes de que los eventos en salud ocurran y para el caso de esta investigación, eventos en salud mental en la fase de post – aborto tal como lo describe la bibliografía consultada (48 – 50). Ejemplo de esto son los intentos suicidas, el maltrato infantil o las ideaciones de raptos de niños para compensar la pérdida en la IVE. Varias de las participantes manifestaron haber tenido algunos de estos eventos o episodios en su fase de post – aborto:

“(...) en mi caso también sucedió, cuántas veces quise suicidarme, quise acabar con mi vida porque no le encontraba sentido, no encontraba una razón de ser y eso no es solamente en el momento, sino que eso trasciende...”

(Samanta 9 años en etapa de post – aborto)

“(...) yo pensaba mil cosas, hasta robarme un bebé porque anhelaba un bebé y que fuera niña... el aborto de ese bebé sí me afectó bastante”.

(Diana 5 años en fase de post – aborto)

Dicha comunicación, como elemento fundamental de la información, debe tener consistencia interna y debe ser organizada mediante protocolos, rutas o guías (134) que conlleven a una relación equilibrada y libre de conflictos entre la persona y su medio ambiente, generando respuestas saludables: *“(...) Sería bueno que ahí mismo en la clínica, le den a uno a conocer [acerca del post – aborto], que cuando ya le vayan a dar el alta le digan lo que uno pueda seguir haciendo, lo del acompañamiento psicológico, los beneficios que le traería a uno”* **(Deysi 9 años en fase de post – aborto).**

Para las mujeres participantes de la investigación, la atención psicosocial, se ve mediada por la búsqueda de una relación humana directa, desde la transmisión de información por parte del personal clínico. Para la mujer, la información expresada cuenta desde la palabra hasta la postura corporal del equipo asistencial, sus acciones y su comportamiento; ella está haciendo un registro mental y corporal del contacto que tiene con enfermeras, médicos y demás profesionales, tratando de recolectar información que le ayude satisfacer sus necesidades en salud:

“(...) Los doctores y enfermeras que estaban el día del legrado tenían una voz amable muy normal, muy neutra, sin groserías o algo así, ellos estaban sentados en la parte de afuera de la sala en la que yo estaba esperando ser atendida; recuerdo muy bien el espacio como estaban ubicados los muebles, hasta el olor del sitio, los pasos de las enfermeras y sus voces, hablaban sólo entre ellas, porque contigo no hay mucha comunicación, simplemente te dicen mira sube, baje, tiene que firmar estos papeles y chao para su casa, y quedas con ganas de saber más, más sobre ti y cómo has quedado en tu salud física sobre todo mental ”.

(Mérida 3 años en fase de post – aborto)

“(…) Después de eso [del procedimiento de la IVE], estaba muy atenta a lo que decían los doctores; yo no sabía si me había quedado una anemia; me gustaría [que hubiese] como más unión con los doctores, que estén pendientes de ti y te digan cómo estás, científicamente, medicamente, con ello te irías más confiada para la casa...”

(Sandra 10 años en fase de post – aborto)

El discurso de Mérida y Sandra, da cuenta de la necesidad de información (modelo NEIN), que estas mujeres experimentan, como elemento relevante para el mejoramiento cabal de su salud, y el desarrollo saludable dentro de la sociedad (80); es decir, que los datos obtenidos van a ser utilizados como un “puente” equilibrador entre la mujer que desea la información y su ambiente (80), abarcando las distintas dimensiones (físicas, emocionales, sociales, etc.):

“(…) Cuando yo estaba en la clínica para hacerme el aborto, el silencio era lo que se escuchaba, yo salí igual de perdida como entré, sin saber qué pasaba o qué iba a pasar, qué debía hacer luego, me acostaba en reposo, me paraba, yo trabajaba en un centro comercial ¿me iba para allá? ¿Me quedaba en casa? ¿Habla de lo que me había hecho o no? Qué hacía; esperé que me dijeran, pero el viejito [el médico] sólo me dijo, ya está bien párese, y no escuché una frase más; es muy distinto cuando uno va a la clínica XXXX y te dicen: ‘buenos días, bienvenidos, qué tiene la señora siéntese, aquí’; una atención buenísima, trato amable así debería ser, allá no había trato amable” **(Amparo 13 años en fase de post – aborto).**

Cuando la información en la comunicación es obtenida por quien la demanda, se convierte en una comunicación resonante (80), es decir, una comunicación facilitadora para la atención

en la fase de post – aborto, que beneficia la comprensión y disminución de la sensación de malestar emocional como lo son sentimientos de vacío, soledad, tristeza, hasta “suciedad”:

“(…) El aborto desencadenó rabias y comportamientos agresivos en mí hacia todos [familia, amigos, compañeros, las personas en general], yo era una persona de mi casa y me sentía sucia, que lo que había hecho no estaba bien. (...) al no haber tenido ese apoyo ese acompañamiento, una comunicación del médico, usted se llena de rabia, de impotencia del por qué a mí, entonces si el señor [médico] me hubiese dicho, porque él sabía, que esta clase de situaciones, luego del aborto, deben estar acompañadas por un psicólogo, indudablemente es que vuelvo a lo mismo quién más lo va a tratar, quién más (...) sé que hubiera sido distinto, me hubiera sentido mejor, porque sólo la actitud del asistente del procedimiento de sostenerme la mano, en un lugar que no conocía a nadie y al tomarme de la mano, sentí que había alguien allí después de lo sucedido, y eso me alivió para que no me sintiera más sucia. ¿Qué tanto más me hubiese ayudado? un verdadero profesional en los temas después del aborto...”

(Gabriela 4 años en fase de post – aborto)

La información que se le da a los usuarios del servicio de salud por parte de los profesionales en salud y administrativos, comporta instructivos, haciendo a la comunicación una acción realizadora recíproca (118), o sea, lo que se comunica tiene efecto entre los participantes de la relación interpersonal, fomentando acciones de autocuidado o contrarias a este. La acción realizadora recíproca se genera a través de la escucha activa de los profesionales en salud, ya que las experiencias de las mujeres relatan la deficiencia en la comunicación; el personal de salud que entra en contacto con estas mujeres deberá poner en funcionamiento todo su ser, no sólo sus órganos de la audición, sino también sus emociones, su imaginación, su pensamiento y su propia cultura (118). En pocas palabras, sentir empatía o lograr ponerse en los zapatos de estas pacientes.

Por tanto, la escucha activa va a hacer que se asimile la importancia de brindar información y la necesidad que tienen estas mujeres de recibirla. Aquí, la escucha se vería reflejada en actos favorables para la salud, dejando entrever que no se puede hablar del concepto de salud si la información impartida no está presente en los planes de atención. Por tanto, la comunicación no es sólo el intercambio de una información sino un espacio intangible, que direcciona los comportamientos de los participantes de la misma, hacia una relación de apoyo, comprensión y preocupación por la salud, dándole paso a la comunicación interpersonal (135), compartiendo significados y transmitiendo mensajes simbólicos.

La relevancia que merece la comunicación en la atención psicosocial vislumbra un camino para la ruta de atención que se intenta asesorar, por ello se hace relevante explorar el concepto de la adaptación ya que es el fin último de las rutas de atención, alcanzar el ajuste psicosocial.

3.3 Adaptación: acción facilitadora durante el post- aborto

Hartmann (136) introduce el término de la *adaptación* y resalta el Yo³⁷ como un recurso adaptativo, es decir, la persona posee una estabilidad emocional en la cual puede manejar las problemáticas, obtener las capacidades de resolución de conflictos con las herramientas adquiridas en el medio (ambiente); herramientas brindadas a través de estrategias administrativas que planteen el cómo, cuándo, dónde y el qué del plan de tratamiento que debe de recibir una persona para alcanzar el autocuidado, en este caso, alude a la salud mental.

Una persona adaptada posee una armonía entre sí mismo y sus diferentes entornos: el familiar, el social, el laboral, etc. (136). Ese equilibrio se encuentra en la capacidad que tiene un sujeto de sentirse tranquilo con todas las situaciones que van aconteciendo en su vida cotidiana, sin presencia de estados alterados, sintiéndose satisfecho con el mundo circundante en una relación recíproca, entre estas mujeres en fase de post – aborto y su entorno familiar,

³⁷Hartmann señala que en la adaptación es el equilibrio mental que utiliza funciones innatas como la memoria la percepción y la motricidad con una capacidad de asociación, resaltando el pensamiento el Yo.

laboral, social, etc. No obstante, los hallazgos de esta investigación muestran que las participantes no han logrado ese proceso adaptivo durante su fase de post – aborto, dado a las barreras administrativas de información, las económicas y la lejanía del personal asistencial (barrera de recurso humano):

“(…) Quisiera no tener después de doce años [de la IVE] momentos tristes, a punto de verlo como una depresión; si cierro ciclos antes, sé que hasta allí llegaría la ansiedad, pero como no tuve una oportunidad de cerrar ese ciclo, vengo arrastrando esos sentimientos desde que pasó el aborto, hasta ahora; aun pienso cuando estoy sola en lo ocurrido y sigo con ese dolor en el pecho, es algo que no me deja interactuar con los demás; llegar al trabajo al inicio [luego del procedimiento] fue tedioso ahora es más fácil, pero, cuando escuchas estos casos de abortos cerca de ti, vuelves y te pones triste y el trabajo se vuelve pesado; ya he perdido trabajos por esta situación de apatía cuando recuerdo mi procedimiento, sé que he sanado mucho, pero aún me falta, me gustaría ir a un profesional en la salud mental, pero, solo pensar de que este tema no lo toman en serio [las IPS], porque lo he vivido, decido no acudir a mi EPS e ir a un psicólogo particular... no hay la plata para eso...”

(Sara 12 años en fase de post – aborto).

“(…) Lo que pasa, es que [tener] un apoyo emocional en esos momentos después del aborto, no te hace sentir siempre tan culpable, porque cada año te sientes más culpable y más culpable y más culpable, y empiezas a cuestionarte, pero por qué, por qué sigues sintiendo lo mismo y no puedes superarlo, todo sigue siendo tan gris, si algo en la vida te recuerda eso [la IVE]; ver a tus hijos te lo recuerda, pero con un apoyo emocional puedes superarlo, hasta cierta parte. A mí me ha costado mucho

recuperarme, aun compartir con los demás se me dificulta porque cualquier tema me dispara el recuerdo, hay proyectos que no quise emprender por lo mismo, porque me recordaba lo que hice ya hace tanto tiempo... ”

(Sandra 10 años en fase de post – aborto)

La Teoría de adaptación de Roy (125), formulada a partir de la teoría general de sistemas de Rapport (137), (138), comprende al individuo como un sistema de adaptación, como un ser holístico, más que la fragmentación de un ser bio – psico – social y espiritual; un ser humano inmerso en un ambiente construido por sus valores, creencias, experiencias, y sentimientos, mediados por las emociones y la percepción, una persona en constante interacción con el medio, no en una relación causa – efecto sino en una unidad con un propósito.

Esta alusión de Roy (125) deja entrever que el personal asistencial es un instrumento facilitador de la adaptación de las mujeres en fase de post – aborto. Así como también lo expresa la Guía para la Atención Integral de Mujeres en fase de post – aborto de Argentina (106): “La experiencia de una mujer que cursa un aborto es tanto física como emocional, y cuando el equipo de salud le brinda apoyo, además de la atención médica, tiene más capacidad para entender y aceptar su estado médico, el tratamiento recomendado, la posible evolución de su situación, así como otros problemas de salud afines que puedan presentarse” (106, p. 25).

En relación a la experiencia de las participantes de la presente investigación, ellas describen la atención en fase de post – aborto con adjetivos como ausente, agria, brusca, fría, solitaria. Estas vivencias señalan el contexto asistencial como un campo inerte y solitario, que niega la satisfacción de las necesidades de las mujeres en fase de post – aborto a un nivel psicológico y social, afectando la adaptación en los diferentes entornos (familiar, laboral, afectivo y relacional). Siendo esta percepción la raíz del énfasis de estas mujeres por un cambio en el contexto asistencial en el post – aborto, es lo que hace que la atención psicológica y social sean las más opcionadas para la restauración psíquica, y que les brinde el equilibrio emocional frente a la situación que transita:

“(…) Los espacios donde se atiendan a las mujeres que se han hecho un aborto son tan solitarios, con una atención fría; que sean más acordes con lo que se busca, que es seguridad, humanidad, comprensión y al final, [atención en la] salud mental; que allí uno se sienta que realmente hay quienes nos quieren ayudar luego del procedimiento, porque a veces uno se puede sentir sola, sin la compañía de los médicos y las enfermeras y ya en la casa, uno no hace nada por mejorarse y todo se vuelve un caos con la familia en el trabajo, las amistades, ya no puedes mantener las relaciones con nadie porque estás siempre a la defensiva, porque no sabes cómo tratar lo que sientes...”

Carol 6 años en fase de post – aborto)

“(…) No se atreven [el personal asistencial] a decirte algo más después de que has abortado, independientemente de que tú te hayas hecho el aborto o en otros casos espontáneo, si los médicos y los demás profesionales cambiaran un poco su actitud, en un trato más cercano y más pendiente de cómo te sientes en realidad [emocionalmente], podría uno salir más confiada del hospital y hacer lo que te manden para mejorar...”

(Sara 12 años en fase de post – aborto)

Los hallazgos de la investigación que quedaron plasmados en este capítulo, sugieren que, al cambiar ciertas acciones dentro de la atención en salud, relacionadas con la comunicación y los mecanismos utilizados para facilitar la empatía entre el personal asistencial y la usuaria del servicio en la fase del post– aborto, podrían facilitar la construcción de una Relación Clínica saludable y con mayores posibilidades de ayuda en la superación de las afecciones emocionales percibidas. Con ello, trascender las limitaciones presentadas en la comunicación, creará un acercamiento de estas mujeres al organismo de salud, fomentando la capacidad adaptativa, disminuyendo el tiempo de adquirir esta adaptación desde la individualidad o un espacio distinto al fomento de salud.

Seis (6) de las 15 participantes en fase de post – aborto buscaron orientación emocional en familiares o amigos. A veces las mujeres en fase de post – aborto, buscan respuestas al malestar emocional, fuera de la atención de la IPS donde se practicaron la IVE, como continuo de adaptación, presentado ruptura abrupta con el organismo de salud, así que la interdependencia que tiene la usuaria con la institución no se completa y no alcanza la salud.

Por otra parte, estas mujeres tratan de compensar el malestar emocional con sus propios mecanismos psíquicos para alcanzar la sensación de bienestar, tras no lograrlo, por la inadecuada o inexistente guía profesional. Es por esto que aparecen los bloqueos emocionales (8, 120) que provienen de esas barreras administrativas de *planeación, comunicación, accesibilidad, oportunidad* y de *recurso humano*.

Con ello se muestra la preeminencia de entender desde la subjetividad de las usuarias, los hitos administrativos y psicosociales que ayudaran a proponer aspectos a integrarse en la Ruta de Atención Integral en Salud para mujeres en fase de post – aborto. Aspectos que serán abordados en el último capítulo de este proyecto de grado, con el objeto de contribuir al plan de acción en esta fase, desde la propuesta de la integración de accesibilidad y disponibilidad de servicios psicosociales en el post – aborto, en favor de servicios aceptables y de calidad.

4. Capítulo IV:

Plan de atención en el post – aborto: pauta para una RUTA de acción

El procedimiento del aborto, no es nada, para lo que se viene después; todo lo emocional y con tu familia. Por eso creo que a las mujeres deberían darle como esa remisión [a profesionales especializados], como una línea de 911, que dijeran ‘si te sientes de tal forma, aquí tienes y pide ayuda’, porque, cuántas mujeres que han abortado, han querido suicidarse como yo; así que, si ellos hicieran después de un mes, hacen una llamada a la persona que ha abortado y miran su condición física y psicológica se van a dar cuenta de que [este procedimiento] no es tan sencillo de sobrellevar.

(Samanta 9 años en etapa de post – aborto)

El cuarto y último capítulo, se da a la tarea de describir e identificar los hitos de atención psicosocial para mujeres en fase de post – aborto partiendo de las lógicas de la Ruta Integral de Atención en Salud en instituciones de nivel II. Lo anterior, irá de la mano con las recomendaciones que las participantes de este proyecto dieron desde sus vivencias y la forma como fueron significadas por ellas; de este modo, estas experiencias servirán para señalar y recomendar cuáles aspectos son relevantes a incluir en las RIAS para las mujeres que se encuentran en fase de post – aborto.

A lo largo de este capítulo se muestra la importancia de la toma de *consciencia de la etapa del post – aborto* por parte del personal de salud administrativo y asistencial, más allá de los signos y síntomas patológicos, ya que, podría derribar las barreras administrativas de acceso a un acompañamiento psicológico durante esta fase. Dichas barreras, muchas veces se basan en una serie de *estigmas* frente al tema de la IVE y que está afectando el continuo de la atención integral para las mujeres que han vivido dicho procedimiento. En las mejoras a esa atención continuada, se plantea cómo abordar la fase del post – aborto desde las etapas del *duelo* (139 – 145 como elemento psicosocial, facilitador del proceso adaptativo. Además, como aspecto relevante, se puntualiza la atención en el post – aborto, desde la *individuación* de la mujer (146, 147), como elemento esencial para observar la fase de post – aborto y su abordaje desde el enfoque de género, facilitando el acceso a una salud sexual y reproductiva digna, como herramienta de restauración que dispone caminos de prevención, tal como lo es la morbilidad materna.

Lo anterior ha sido pensado desde el paradigma de la *Justicia Restaurativa* (148 – 151), que contribuye al mejoramiento de la adaptación al medio y a la no repetición de la conducta; la justicia restaurativa, que será puesta a cabo desde los mecanismos de divulgación, permitiría hacer una reparación real y oportuna, permitiendo respuestas más integrales a las necesidades de estas mujeres.

4.1. Estigma administrativo: la fase post – aborto entendida desde signos y síntomas patológicos

El concepto del post – aborto, no está siendo tenido en cuenta del todo en los avances de investigación y en los planes de atención en salud propuestos. Es decir, se reconoce que existe una fase de post – aborto, así como se lee en el modelo la Atención postaborto (APA) y sus complicaciones (93): “(...) *Brindarle información específica [a la mujer] sobre las posibles opciones de tratamiento y acompañarla antes, durante y después de la atención [procedimiento de la IVE]...*” p. 59. Pero, en la dialéctica clínica, científica (41, 62, 89) y en el día a día de las mujeres que participaron de la investigación, el post – aborto está delimitado por pacientes que consultan o no por afecciones emocionales per se y no se concibe de manera holística, como una fase de restauración física y psicosocial.

En la anterior postura se percibe un estigma sobre concepción de la fase de post – aborto, que genera barreras administrativas de acceso y de oportunidad en la atención psicosocial en esta fase (120). Este estigma se genera, considerando que la fase de post – aborto, es entendida exclusivamente desde la patología y no como un espacio rico para brindar una atención de calidad a las mujeres, que han solicitado la intervención médica y/o quirúrgica para la terminación del embarazo, lo que facilitaría el abordaje de las demandas psicosociales de estas mujeres:

De todas formas, después del procedimiento entre tres y cuatro meses, yo fui hasta el hospital porque sabía que no andaba bien, yo ni dormía; para decirle más claro, después del legrado, yo mantenía como un zombi, sólo hacía las cosas en automático. “Entonces antes de ir al hospital, yo llamé por teléfono a pedir una cita y le expliqué el tema a la señorita [del call center]. Me dijo que para eso no me atendían, yo insistí y me dijo que si quería sacara una cita con medicina general a ver me decían; yo no quería ir a un médico general, porque pensé que no me atendería y no me podría ayudar; la niña de las citas me preocupó de que no me atendieran. Fui a la cita y el médico general me dijo, que no, que yo no tenía ninguna enfermedad, que lo que me pasaba

era normal, que a los días se me pasaría, que no tenía ningún síntoma de alarma. Comencé a sentirme peor, más triste, sin ganas de nada, me daban sustos de la nada, pero no busqué más ayuda. Porque te digo, cuando tú vas a un sitio de estos y no tienes esa ayuda, por lo general la mayoría de las mujeres nos quedamos calladas”.

(Katy 3 años en fase de post – aborto)

La experiencia de Katy concuerda con Aznar y Cerdá (152) los cuales, concluyen en su investigación titulada “*Aborto y salud mental de la mujer*”, que después de la terminación de un embarazo a voluntad, muchas mujeres pueden presentar tangibles trastornos psicológicos, pero, limitar el post – aborto sólo a la aparición de visibles y notables signos y síntomas en la mujer, es desconocer, que, en el campo emocional, están presente los bloqueos mentales (118). Estos bloqueos mentales, no permitirán que estas mujeres puedan consultar, tratamientos psicosociales en un tiempo inmediato después del procedimiento médico – quirúrgico (10, 120), lo que con el tiempo afectará su salud mental. Ya que la Política de Salud mental (14) estipula como eventos prioritarios en salud mental, las afecciones emocionales como la depresión, el intento suicida y la ansiedad, entre otras, se debería considerar, el abordaje en fase de post – aborto como un continuo de la atención integral, así como lo recomiendan las mujeres de la investigación:

“(...) Para que te atiendan luego del procedimiento sería bueno que del hospital te remitieran a fundaciones especializadas en el post-aborto, sea que te lo practiques o sea espontáneo, debería haber una fundación especializada. Las EPS deberían decirte mira los martes y los jueves están estos grupos de apoyo que te ayudarían, porque, a mí sí me gustaría estar con grupos que cuenten su historia, porque eso ayuda a otras y escuchar a otras también me sirve para sanar...”

(Mérida 3 años en fase de post – aborto).

Los grupos de apoyo son una herramienta que facilita afrontar la problemática en común que tiene los miembros del grupo. En estos grupos se comparten experiencias que favorecen la comprensión de la situación, ya que es un espacio libre de prejuicios, donde se puede abiertamente, expresar miedos, dudas, expectativas, deseos (153); cada uno de sus miembros aporta una solución, que al ser analizada en conjunto se obtiene una sensación de bienestar. La intervención comunitaria desde los grupos de apoyo, recoge herramientas que proveen la reestructuración institucional de las intervenciones en salud, aumentando la capacidad resolutive de los servicios, la cual se desarrollan en beneficio del plan de intervenciones colectivas³⁸.

Estos espacios fomentan en las mujeres relaciones interpersonales cooperativas, como también al auto – apoyo, a través, de la incorporación de nuevas estrategias de afrontamiento y búsqueda de alternativas de salud en su día a día (153). Los miembros del grupo adquieren, contrastan y comparten información frente al post – aborto desde sus vivencias y conocimientos, generando un espacio tranquilizador que da respuesta a cómo manejar la etapa del post – aborto.

Esta iniciativa de grupos de apoyo para mujeres en fase de post – aborto, al incluirla en la ruta de atención en esta fase, contribuirá que estas mujeres logren la adaptación a la situación después de una IVE, disminuyendo posibles consecuencias a futuro, como desajustes emocionales que afecten su desempeño social.

“(…) Sería bueno que desde que sales del hospital después del legrado, un profesional de psiquiatría o psicología te valorara y luego te atendiera, porque en tu vida tú no sabes manejar tus emociones. Además, pienso que te entreguen folletos de información sobre qué es vivir después del procedimiento, información para leer para escuchar, porque quedas desorientada, no hay quien te diga qué hacer, qué paso a seguir,

³⁸ Plan de beneficios que está orientado en realizar intervenciones de promoción de la salud y gestión del riesgo contenidas en los Planes Territoriales en Salud, que buscan impactar de forma positiva los determinantes en salud.

deberían decirte tú estás pasando por esto, esto y esto, léete esto, mira, escucha esta conferencia o puedes venir tales días que hay grupos de apoyo para esto y esto...”

(Chintia 6 años en fase de post – aborto).

“(…) Me hubiera gustado, que me hubiera dicho qué pasaría después del procedimiento, tener algún material impreso, algo que contenga esa información, que hable sobre la sanación física y espiritual eso me hubiera gustado. Porque luego del procedimiento sería bueno acudir a alguien que dé un buen consejo, y que se sientan apoyadas, y también para que no se repita el aborto, porque pienso que hay algunas mujeres y por mí lo sé, que lo van hacer pensando en cómo sostener a su hijo, conseguir una persona que les hable de lo que es la vida, la concepción y las consecuencias que trae la relación sexual sin educación, así los embarazos no deseados serían menos...”

(Deyanira 11 años en fase de post – aborto).

Deyanira una de las participantes de la presente investigación, señala la importancia de la promoción y prevención de la salud mental en fase de post – aborto, desde la educación en sexualidad, dado a que esta contribuye al desarrollo integral de la persona, en sus diferentes entornos. Al integrar la educación sexual en las rutas de atención psicosocial en el post – aborto, la mujer podrá adquirir herramientas cognitivas, emocionales y sociales (entender su situación, habilidades sociales, etc.) que le permitan abordar, posibles situaciones similares, con mayor equilibrio psicosocial, mejorando sus respuestas, creando estilos de vida saludables; estos programas de educación sexual, en Colombia, se llevan a cabo de manera especializada en instituciones de carácter privado (154, 155).

De cara a las vivencias de estas mujeres de la investigación, junto a lo encontrado en la bibliografía científica, y a la experiencia profesional de la investigadora³⁹, se contempla, replantear la atención psicosocial en mujeres en fase de post – aborto, de modo a que trascienda el abordaje centrado en los signos y síntomas tangibles, a una atención continua, que abarque características individuales, ambientales y familiares de las mujeres en esta fase. Contribuyendo al proceso de recuperación holística de la salud, reconociendo atributos que le brinden a estas mujeres herramientas para afrontar esta fase de post – aborto, desde aspectos como el duelo y lo que comporta elementos psicosociales que podrían facilitar la adaptación de las mujeres en fase de post – aborto.

4.2. El duelo y la huella sociocultural: la necesidad de replantear los signos y síntomas

“(…) Que me traten bien [el personal del hospital] y que se expresen hacia mí, bien, entonces que me traten como una mujer que está dolida, que tiene su sentimiento de pérdida, es como lo que uno pide, estoy pasando un duelo y eso no lo entienden, no entiendo, por qué no lo entienden...”

(Sara 12 años en fase de post – aborto).

El duelo es un proceso de adaptación psíquica tras cualquier pérdida. Parten de la disolución de un vínculo, tal como lo manifestó Bowlby (139) en su teoría de la vinculación de 1979, la cual, le dio paso, a las posteriores teorías del duelo como la de Küber – Ross (140), donde el ser humano tiende a tener reacciones emocionales intensas, ante la ruptura o amenaza de ruptura de los vínculos establecidos. Los vínculos que se instauran en el caso del post – aborto pueden estar direccionados hacia la vida anterior al embarazo o a la construcción de la vida

³⁹ Enfermera, Psicóloga, 6 años realizando intervención psicosocial a mujeres en fase de post – aborto. Actualmente trabaja en un proyecto de salud mental con la Secretaría Departamental de salud del Valle del Cauca.

futura (141), esto permite analizar que el duelo incluso comienza con la noticia del embarazo y continúa en el post – aborto:

“(...) Yo me imaginaba una vida de continuar ejerciendo mi carrera de contadora, viajar y tener una vida tranquila, pacífica, pero, al final me conocí con el padre de mis hijos y quedé embarazada; comencé a pensar que las cosas no iban como esperaba, pero, aunque en el momento era un embarazo deseado, las circunstancias no se me dieron, al final decidí abortar, pero ese sentimiento que tuve de por qué las cosas no se me daban, lo tuve desde el principio del embarazo. Luego, cuando me hicieron el legrado y después del legrado, seguí con la misma sensación, como de ansiedad, desespero y de rabia, yo trataba de adaptarme a los cambios y algo sucedía, eso ya me estaba cansando...”

(Gabriela 4 años en fase de post – aborto).

El duelo es un elemento psicosocial, dado que, logra adaptar a la persona al medio ambiente y a las circunstancias que ocurren, que al ser elaborado (abordado emocionalmente) por la persona, desde sus cinco etapas, se puede obtener un proceso adaptativo frente a la realidad que atraviesa. Para Kübler (140) las 5 etapas del duelo son: a) negación de que la situación esté transcurriendo, b) ira, porque la persona hace consciente su realidad, c) negociación, en esta etapa esta la esperanza de la persona, de recuperar la vida que llevaba antes del evento, d) la depresión, se siente dolor, miedo, incertidumbre por lo que vaya a ocurrir con su vida y e) la aceptación, que es el proceso de adaptación de la persona a la situación que se encuentre.

Elaborar el duelo es la forma de resolver el mismo, es decir, la persona al enfrentar sus sentimientos, evita caer en la negación, que conlleva a comportamientos des-adaptativos o duelo patológico (142, 143), como el sentimiento de culpa, tristeza permanente, conductas violentas, agresivas, tanto en la familia, como en el ámbito social, abriendo espacios a patologías subyacentes, ligadas a actos autodestructivos, como son, las adicciones a sustancias psicoactivas, suicidios (144), elevando los tiempos de tratamiento en la

recuperación del equilibrio emocional. En esta situación, desde la organización de los servicios, y la articulación del recurso humano, en este caso, los profesionales en la salud mental, se podrá contener la situación de desequilibrio emocional y social, dándole una solución desde sus inicios (145).

Con la organización de los servicios, desde la disposición del recurso humano idóneo, para abordar esta fase de post – aborto, posiblemente se evitará que el duelo no tratado y elaborado, se convierta en un duelo patológico que cada vez generará mayores desafíos emocionales para estas mujeres como son los sentimientos de vacío y soledad:

“(...) Que el médico se dé cuenta de lo que estamos pasando y tenga a una persona ya sea una psicóloga o una trabajadora social, que le hable un poco más amable a uno, creo que eso es importantísimo o que el mismo médico te explique con palabras más amables y que cuando tú ya salgas de ese momento tan doloroso, porque para mí fue doloroso, cuando ya salgas de ahí, encuentres ese personal de apoyo que necesitas porque si yo no lo busco, un profesional seguiría con las huellas del procedimiento, sintiendo vacío, desconsuelo y el dolor todavía estuviera allí. Por mucho tiempo tuve esas heridas y tocó trabajarlas fuertes...”

(Deysi 9 años en fase de post – aborto).

En el relato de Deysi se muestra como, en el duelo se manifiesta un deseo de ‘reinicio’, de volver al estado inicial, de recuperar lo que se siente fallado o perdido como postula Neimeyer (142) en un intento de reconstruir significados y contenido existencial, en el cual se necesita de terceros como la institución de salud para sanar y recuperar lo que se encuentra perdido (123, 140). Así que en el duelo se experimenta una pérdida real, el cual se requiere un tiempo para su elaboración, este tiempo como lo señala Liza, participante de la investigación, debe estar cargado de actividades terapéuticas, información clara, precisa y

acorde a la singularidad de la mujer; ese es un punto clave para este proceso de restauración de la salud:

“(...) Es un procedimiento que no se sana en días, ni en meses, es un procedimiento que puede durar hasta años en muchas mujeres. En mi caso, hubiera sido bueno tener un lugar, aunque con un tiempo determinado, donde tú hayas podido hablar con alguien, porque aparentemente te sientes bien, pero posteriormente con los años tienes recaídas. Sería muy bonito que hubiera un lugar donde tu pudieras ir a conversar y tener la disponibilidad de tener a alguien con quien seguir sanando o seguir hablando simplemente, que te enseñe cosas y tu aprendas para sentirte mejor e ir dejando el dolor atrás, eso sí sería bonito...”

(Liza 7 años en fase de post aborto).

La vivencia de Liza nos muestra que para experimentar la pérdida desde la aceptación y comprensión, el entorno social y cultural son importantes en la creación de un ambiente adaptativo (156), lo que hace relevante tener en cuenta, la huella que el ambiente y el sistema de creencias compartido con la sociedad, han dejado en cada persona y en sus actividades; todo ello se contempla en la categoría emergente de la investigación, la *huella sociocultural*, entendida como ese compartir de símbolos sociales (157), que ayudarán a reconstruir los vínculos perdidos que se valoran como duelo.

La huella que deja la sociedad y su cultura en la persona, hace que esta valore las situaciones desde la raíz de supervivencia y desarrollo individual (158), en el deseo de obtener algo más allá de lo que ofrece el sistema de salud. Dicho de otra manera, las usuarias saben que hay más recursos terapéuticos para su bienestar, no sólo por las sensaciones propias, corporales y emocionales, sino porque la interacción y el compartir con los otros, sus pares, en medio de un sistema de reglas y pasos a seguir, se lo han demostrado:

“(…) Las EPS para mí son buenas, cuando usted está hospitalizado que todo se lo dan, lo que les falta es la ruta de atención de salud mental después de un legrado, que sea socializada con organizaciones de mujeres, en los colegios, a mí me parece un grave error esperar que las niñas crezcan, las niñas que están en el colegio son un semillero, para poder transmitir toda la información relacionada al tema de la salud mental después del procedimiento, porque las niñas tienen un potencial enorme de voz a voz para transmitir el mensaje...”

(Alba Lucia 4 años en fase de aborto).

Tratar la fase de post – aborto, desde la estructura de atención del duelo, se logra trabajar características individuales de las mujeres como es el manejo de sus emociones, fortaleciendo las dinámicas sociales, en cuanto a sus relaciones personales, familiares y laborales, con ello la *planeación* de los servicios que se ofrecen a estas mujeres, tendrá una guía más clara, para el abordaje de esta fase desde elementos de *individuación* que favorezcan la salud de las mujeres en esta fase, desde un enfoque de género.

4.3. Individuación en el post – aborto: enfoque de género y salud sexual y reproductiva

“(…) Después del procedimiento me gustaría que me hablaran con calidez, con importancia, un buen trato, no con frialdad, falta de amor, con esa dureza de corazón; una como mujer quiere afecto, quiere una voz de consuelo, sentirse apoyada... una es importante, como ser humano...”

(Bila 8 años en fase de post – aborto)

En palabras de Jung la individuación es lo que nos hace únicos, significa colocarnos de acuerdo con nuestra naturaleza (146) biopsicosocial. La individuación dicha de otra manera es la singularidad, lo que, en el caso de las mujeres participantes de esta investigación, precisa

la efectividad de la intervención en el post – aborto, puesto que las expectativas y necesidades de esta población son distintas a las de otras usuarias y usuarios del sistema de salud.

En el proceso de individuación, las mujeres que participaron en esta investigación poseen una concepción de vulnerabilidad desde su condición de mujeres, haciendo énfasis en la manera cómo el buen trato por parte del personal clínico en la etapa que atraviesan deja una huella durante este proceso, dado que sólo ellas registran en sus cuerpos y mentes la fase de post – aborto. Por esto, ellas refuerzan el derecho de estar siempre informadas durante una IVE para con ello, definir sus actitudes frente a los contextos de la vida de una manera libre. De aquí parte la importancia de la evaluación y guía de un personal de salud idóneo para estas mujeres, así ellas podrán saber *hacer* (106), es decir, no sólo conocer las cosas sino recibirlas, comprenderlas, además construir y transmitir entornos saludables:

“(...) Que te traten como un ser humano, porque te tratan como un cliente más o un producto más, podrán las personas del mundo decir que las mujeres somos una mimadas, pues, ‘i’m sorry’, en ese momento después del procedimiento no quieres más sino compañía, palabras dulces, más familiaridad, uno no se espera que le digan ‘échele tierra y para la casa’, de las personas que te van a acompañar, en un proceso de salud y salud mental...”

(Mérida 3 años en fase de post – aborto)

“(...) Como mujer, que estás pasando un dolor que nadie más va a pasar por ti, o como un hombre que nunca lo pasará, tú esperas términos más amables para hablar del dolor de uno, como ellos [personal clínico] no son los del dolor, entonces ellos hablan en términos normales, se siente un tono de voz sin importancia y sin nada afectuoso; se espera un trato con más humanidad, mejor dicho, que organicen las cosas para darte un trato más digno...”

(Diana 5 años en fase de post – aborto)

“(...) Me hubiese gustado más enfermeras que estuvieran al pendiente, ellas son mujeres, pensé que me ayudarían como

mujer, que estaba sufriendo. Sí deberían estar al pendiente de uno, porque creo que lo que pasó fue muy delicado, si hubiera un equipo de personas luego del procedimiento que te apoyaran, me hubiesen aclarado muchas cosas, lo que había pasado, el por qué lo hice, estaría clara y me hubieran alentado más a sanar, ¡lógico! porque hasta ahora yo recuerdo y no tendría remordimiento y estaría más tranquila...”

(Amparo 13 años en fase de post – aborto)

Las exigencias de estas mujeres en la práctica en cuanto al trato, el tacto y la cautela por parte del personal administrativo y clínico hacia ellas en la atención en el post – aborto, se hacen presentes en los comentarios anteriores, dado a que un procedimiento médico – quirúrgico cotidiano como lo es la IVE está adquiriendo una imagen de que se da un trato poco digno a las mujeres que lo viven, ya que vulnera su condición social y emocional, evocando recuerdos que no facilitan la atención y recuperación física y mental en el post – aborto; por tal razón este trato digno exigidos por estas mujeres debería tener mayor énfasis y relevancia dentro del Documento técnico para la atención en el post – aborto (93).

Debido a que ciertos procedimientos como una IVE son exclusivos en el cuerpo de la mujer y sólo puede ser significados por ella, podría traer mayor beneficio a estas mujeres si son tratadas desde su particularidad y sus demandas en salud mental.

Realizar las intervenciones en el post – aborto desde un *cuerpo* individualizado, así como dice el antropólogo Le Breton “(...) *se convierte en la frontera precisa que marca la diferencia entre un hombre u otro, factor de individuación: se vuelve un blanco de intervenciones específicas...*” (147, p. 23). Las experiencias corporales de las mujeres, son el punto de partida para que estas mujeres recomienden rutas de atención en el post – aborto:

“(...) Las mujeres son las que tienen un aborto en diferentes circunstancias, sólo ellas en su cuerpo lo tienen y muchas mujeres (...) comienza a manejar diferentes tipos de emociones que nunca han analizado; todo mundo le pregunta, la indaga [sobre las

razones de la IVE y posteriores sentimientos], y no se piensa que ella tomó la decisión en un momento, ella tuvo sus razones y ahora tiene un dolor único, que las personas a su lado no entienden, porque no es tan bueno vivir ese episodio y no lo entenderían. Así que, yo soy la que siento, yo soy la que sufro, es mi cuerpo y no se ha superado tan fácilmente, por eso a mí me hubiera gustado que, en la ruta de atención, incluyeran, salud mental, porque personalmente esos huecos que no llenaron en el hospital, lo hicieron en mi casa. Mi familia no me preguntó porque aborté, sólo como se siente usted y eso alivia, cuando usted llega a su casa, así que la familia, y quienes hagan las veces de la red de apoyo deberían estar involucrados en los tratamientos de recuperación de la mujer que ha abortado...”

(Alba Lucia 4 años en fase de post – aborto. Lideresa Comunitaria)

Por otra parte, la lideresa Alba Lucia en la búsqueda de un tratamiento individualizado o específico señala, que la atención debe estar enfocada en la respuesta emocional, sobre un cuerpo que ha gestado y que ahora no lo está, se enfatiza en no pasar por alto, que, sólo ese cuerpo guarda las huellas del procedimiento médico o quirúrgico, y exigen que sea protegido, aliviado y tratado. Cabe señalar, que el cuerpo es el traductor del estado emocional y lo hace de manera somática, donde lo corporal es lo que demuestra un malestar mental, como aduce la neuróloga O’Sullivan (159). Por tanto, el Documento técnico para la atención en el post – aborto (93) debería ampliar la información y la estructura de abordaje desde la individuación de estas mujeres y su condición de salud.

Dentro de la búsqueda de un tratamiento específico, las participantes de la presente investigación, describen lo que se espera de la institución de salud. Ellas esperan ser remitidas a charlas orientadoras, dirigidas por profesionales en psicología y/o trabajo social, asesorías en sexualidad, como también lo que comporta la fase de post – aborto. Con estas indicaciones

de las mujeres de la presente investigación se visualiza su deseo de acceder a un programa de salud sexual y reproductiva con calidad:

“(...) Creo que los mismos médicos especialistas que te atienden antes y durante del legrado, deberían decirte, mira, hay psicólogos que te pueden ayudar, después de este procedimiento o si lo necesitas, o crees que los necesitas, ahí está el psicólogo. Por medio de charlas y folletos, te orienten en lo que va a pasar después del procedimiento, como una especie de educación sexual; en las charlas, se está más atenta del tema, entonces yo digo que deberían existir fundaciones o centros de apoyo más que todo para eso...”

(Carol 6 años en fase de post – aborto).

“(...) un buen diálogo, es primordial, donde yo sienta que esa persona llámese secretaria, médico o enfermera que está hablando conmigo, me va ayudar a que yo me sienta bien, con aliento, que me diga palabras para que no repita la acción, que yo soy importante para esa persona, palabras hermosas de esperanza, de lo que es la concepción, que me enseñe, que me dé charlas de educación sexual, que yo aprenda. También sería bueno visitas domiciliarias, yo sé que es difícil pero no imposible, pero visitando los hogares, se educa más fácil, porque eso de tratarlo después del procedimiento a uno es con educación, visitando los colegios a jóvenes en edad fértil, a través de charlas que no sólo se limite a relaciones sexuales sino a educación sexual...”

(Deyanira 11 años en fase de post – aborto).

Es de notar que lo señalado por las participantes, se debe a que estas intervenciones en educación sexual no se hallaron en su IPS de confianza en el municipio de Tuluá – Valle del Cauca; por el contrario diferentes instituciones de salud de carácter privado (160), como lo indica el Ministerio de salud y el plan territorial de Tuluá 2016 – 2019 (161, 162), han adoptado el modelo de servicios de salud amigables (163), los cuales abordan este tipo de servicios exigidos por las mujeres en fase de post – aborto.

El seguimiento que se le realiza a la salud sexual y reproductiva según el Ministerio de salud y protección social de Colombia (164), busca dentro del proceso administrativo *evaluar* y *controlar* el comportamiento de los eventos característicos de la salud sexual y reproductiva, definir estrategia de prevención, fortalecer la atención, el diagnóstico y el manejo terapéutico, al igual que lo plantean las mujeres a estudio.

El acompañamiento en salud sexual y reproductiva, no sólo está encaminado al número de hijos a evitar mediante la anticoncepción, sino a una orientación psicosocial (164) que se encamine al discernimiento de cuántos hijos, se desea tener, además de tener pautas de manejo para las emociones y el bienestar familiar (anteriores hijos) de las mujeres que están en fase de post – aborto, reconociendo que la herramienta de vigilancia, sirve como guía para la toma de nuevas decisiones:

“(...) Las EPS hacen su mejor esfuerzo, pero carecen de verdaderos programas, que te hagan un seguimiento, que te eduquen, que te enseñen de tu vida ahora luego de un aborto, que te miren realmente cómo estás mejorando o si por el contrario te quedas estancado, con tristezas, angustias. Para aliviar todos esos problemas emocionales, las EPS serían las indicadas, pero no lo hacen, no te autorizan de una la cita ni con un psicólogo u orientador luego del procedimiento, deberían tener esta ayuda que es tan importante, tanto para el cuerpo, como en lo espiritual. Enserio debería de existir una entidad que tenga un nombre como por ejemplo ‘Yo no soy el dueño de mi vida, que ayude a recuperar lo que se ha perdido, la armonía en tu vida con los

amigos, en tu casa, eso sí que sea orientaciones que todo el mundo las entienda, porque cada uno entiende según los conocimientos que haya adquirido en la vida...”

(Chintia 6 años en fase de post – aborto).

‘Chintia’, menciona que la carencia del seguimiento en la salud sexual y reproductiva por parte de los aseguradores en salud también tiene que ver con problemas administrativos (162) y propone incluir en la guía de atención para post – aborto, *el acompañamiento en la salud sexual y reproductiva*, pensada desde las características sociales de las mujeres, como el nivel educativo y en los patrones mentales contruidos a partir de la interacción sociocultural de la mujer. Aquí, también se tendrían en cuenta la participación del círculo familiar en un proceso de ayuda psicoterapéutico que ayudará a mitigar todos los eventos en salud sexual y reproductiva como la morbilidad materna, los embarazos no deseados entre otros (150), desde un lenguaje claro, veraz y oportuno. Para esto incorporar la atención holística en lo emocional, que es el segundo componente del modelo de atención para el post – aborto APA (91) fig. 2, dentro del presupuesto de las RIAS para la atención de una IVE y su posterior etapa el post – aborto, relevante para alcanzar la salud mental.

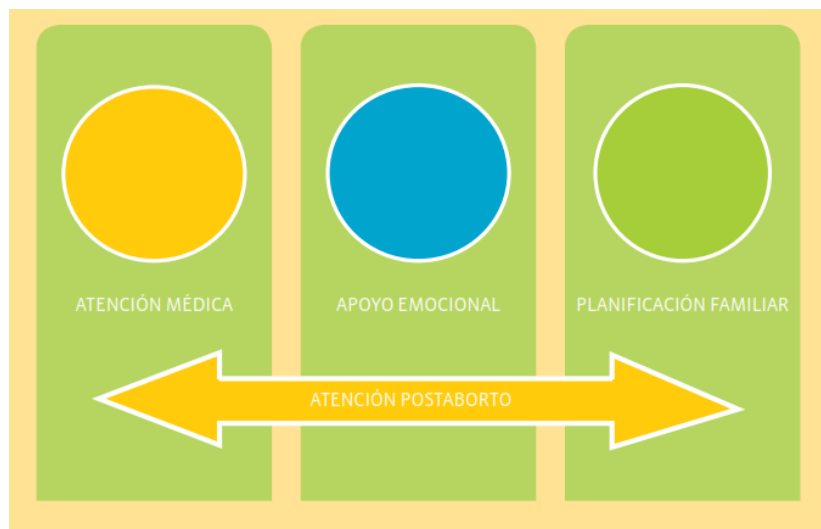


Figura. 2 Componentes del modelo APA

Según Saldívar et al., los órganos genitales de la persona siempre han sido objeto de deliberación y varias sociedades le asignan características especiales o peyorativas que se imprimen en roles sociales, predeterminando a la persona, sus relaciones interpersonales y las expectativas del desarrollo de su proyecto de vida (165).

La descripción hecha por las mujeres participantes del estudio subrayan que las valoraciones por parte del personal administrativo y asistencial hacia ellas, deben hacerse desde un actuar empático, que pueda construir un plan de acción que abarque sus especificaciones y puedan ser satisfechas según las condiciones sociales y materiales de cada mujer; por otra parte, ellas reclaman que esta atención sea desempeñada por un profesional enfocado en esas características/condiciones específicas y que pueda brindar un óptimo cuidado que abarque el trato dócil, modo de hablar sereno y un ambiente de calma.

En los comentarios de las participantes a lo largo de esta sección, se hace reiterativo que en la relación clínica esté presente la comprensión, la empatía y el apoyo, basado en los rasgos distintivos de la mujer en sus respuestas físicas y psicológicas como ser social, desde un mecanismo de acompañamiento en la salud sexual y restaurativa, para fortalecer su adaptación al medio.

El acompañamiento o seguimiento se hace desde la información brindada por parte de los actores de la atención hacia las usuarias del sistema de salud, como mecanismo de control (164). Muestra la información clínica como clave en las disposiciones de estas mujeres frente a la fase que transitan, clave en el seguimiento del personal asistencial de las usuarias y para el cumplimiento de la política de salud sexual y reproductiva (164). Ese mecanismo de control que toma la individuación de las mujeres desde un enfoque de género para la restauración de la salud, debería extenderse y constituirse como un legítimo derecho de la mujer que se encuentra en fase de post – aborto, abriendo paso a la prevención desde la *justicia restaurativa*, con el planteamiento de estrategias de divulgación de dicha restauración.

4.4. Restauración y divulgación: caminos de prevención

En aras de poder generar bienestar en la fase de post – aborto en la mujer y sus entornos, se hace inevitable la atención integral en salud desde la ampliación de los planes de beneficios, con el objeto de encontrar resultados en salud. Esto, en respuesta al Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021 (12) y la Ley Estatutaria de 2015 (73), que ordena la elaboración de la política de atención en salud en la cual especifica la garantía de prevenir, paliar o curar las enfermedades independientemente del origen, así, la fase de post – aborto la cual dimensiona una afectación en la salud mental (2, 3), puede ser contemplada en los requerimientos de la Ley Estatutaria y la implementación de la Política de Atención Integral de Salud (5).

La Política de Atención Integral en Salud (PAIS) (5), dimensiona el derecho al acceso y la prestación de la salud de forma eficaz, oportuna y con calidad, mejorando las condiciones de salud. Para ello, PAIS contempla las prestaciones integrales de atención, desde la relación individuación – familia – ambiente; como también enfatiza en explotar las potencialidades de los responsables del cuidado de la salud, con un enfoque diferencial orientado a la vigilancia de la forma en que los usuarios pueden hacerles frente a sus problemáticas de origen interno o externo, el impacto que les genera y su capacidad de resiliencia. Para lo anterior se adopta el nuevo Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) (148), modelo que integra los objetivos y estrategias del PAIS transformándolos en procesos. MAITE, armoniza los objetivos y las estrategias planteadas para obtener resultados en salud.

Para la obtención de esos resultados, MAITE, integra los objetivos del sistema de salud y la seguridad social, colocando en el centro a la persona, es decir, sus condiciones particulares, el territorio donde se mueve el usuario y sus experiencias en relación al ambiente, para su rehabilitación (148). Para garantizar las condiciones necesarias de la atención integral en salud, además implementar el PAIS (5) con su Modelo de Acción Integral Territorial (148), se construye la Ruta Integral de Atención en Salud RIAS (112), instrumento que contribuye a la orientación y organización de la atención integral en salud a cargo de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

El objeto del RIAS es mantener la salud y la atención de los grupos de riesgo como el grupo de problemas en salud mental, que anticipen la presencia de eventos en salud y su detección temprana, lo cual se diseña rutas de atención para eventos específicos (111), en la cual podrían entrar las alteraciones emocionales de las mujeres en fase de post – aborto (2, 24, 41), factiblemente adaptables a las diferentes condiciones territoriales, poblacionales, centrándose en la singularidad de cada mujer:

“(...) Para mí, todas las entidades gubernamentales deberían enfocarse en reparar el estado emocional de las mujeres. El Gobierno y el Estado deberían involucrarse en lo que sucede post, que ayudaría enormemente a la prevención de estos procedimientos [una IVE,] ya que ellos son los encargados de dar toda esta atención, para que el trauma que te deja este procedimiento pueda quitarse...”

(Samanta 9 años en etapa de post – aborto)

La narrativa de Samanta, concuerda con la estructura de la política de atención en salud, que abarca la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud de las personas, para ello el paradigma de la *justicia restaurativa* (6) es un medio para comprender el fenómeno de reparación. Es factible aplicar mecanismos restaurativos en fase de post – aborto, dado a que la teoría de la *justicia restaurativa* acuñada por Zehr et al. (149), resalta que dicha idea de justicia alude a un proceso educativo y de socialización, lo que brinda una oportunidad a las mujeres en fase de post – aborto de compartir sus sentimientos, describir cómo se han visto afectadas y con ello, diseñar un plan de reparación (149). La *justicia restaurativa* permite respuestas más integrales y satisfactorias a la comunidad (150, 151), que al ser divulgadas satisfactoriamente podrán menguar la tensión psicosocial:

“(...) La mejor manera de divulgar esta atención luego del procedimiento es con folletos explicativos de lo que pasará después, también imanes que puedan pegarse en la nevera...”

(Amparo 13 años en fase de post – aborto)

“(…) En una charla, los medios como las páginas en Facebook, inclusive WhatsApp hoy en día, es lo que más llega a las personas. también grupos de apoyo, grupos de oración y religiosos ayudan mucho, porque les llega muchos casos; están los folletos, las conferencias, sé que ir a estas conferencias le causa mucho miedo a las mujeres, porque piensan que todos saben que han abortado y de alguna manera van a recibir rechazo, pero se puede hacer la conferencia de una forma muy estratégica no encaminándolo necesariamente al trauma post – aborto, se puede nombrar entre muchas otras cosas dentro de una educación de la sexualidad y podría funcionar...”

(Liza 7 años en fase de post aborto)

“(…) Por medio de información folletos, darse uno a la tarea de informar a cada persona, el, voz a voz...”

(Diana 5 años en fase de post – aborto)

“(…) Mediante los mismos centros de salud, yo creo que ese es como el foco el mismo centro de salud, allí es donde acudimos y que rico que allí encuentre como sanarme, físicamente, pero también sanar estas otras heridas que no se ven pero que están allí...”

(Sara 12 años en fase de post – aborto).

“(…) A través de folletos donde están los pasos a seguir, que diga ‘hay una fundación que trata esos procedimientos, la EPS lo cubre, ahí te van a informar donde debes ir, qué días, los grupos de apoyo disponibles y cuándo deben ir tus familiares’ y bueno y los otros hijos, la información debería ser difundida por la misma IPS...”

(Mérida 3 años en fase de post – aborto)

“(…) La mejor manera que me gustaría que fuera difundida la información para restaurar mi mente, sería por conferencias, puede llegar a más personas y hacer que la atención mejore. Esto es algo que, sí les falta a los centros de salud, porque todo a dentro [del quirófano] está bien, pero, cuando sales del procedimiento ya no se acuerdan más...”

(Bila 8 años en fase de post – aborto)

“(…) Que ahí mismo en la clínica le den a uno a conocer, que cuando ya le vayan a dar el alta, le digan lo que uno puede seguir haciendo, lo del acompañamiento psicológico los beneficios que le traería a uno...”

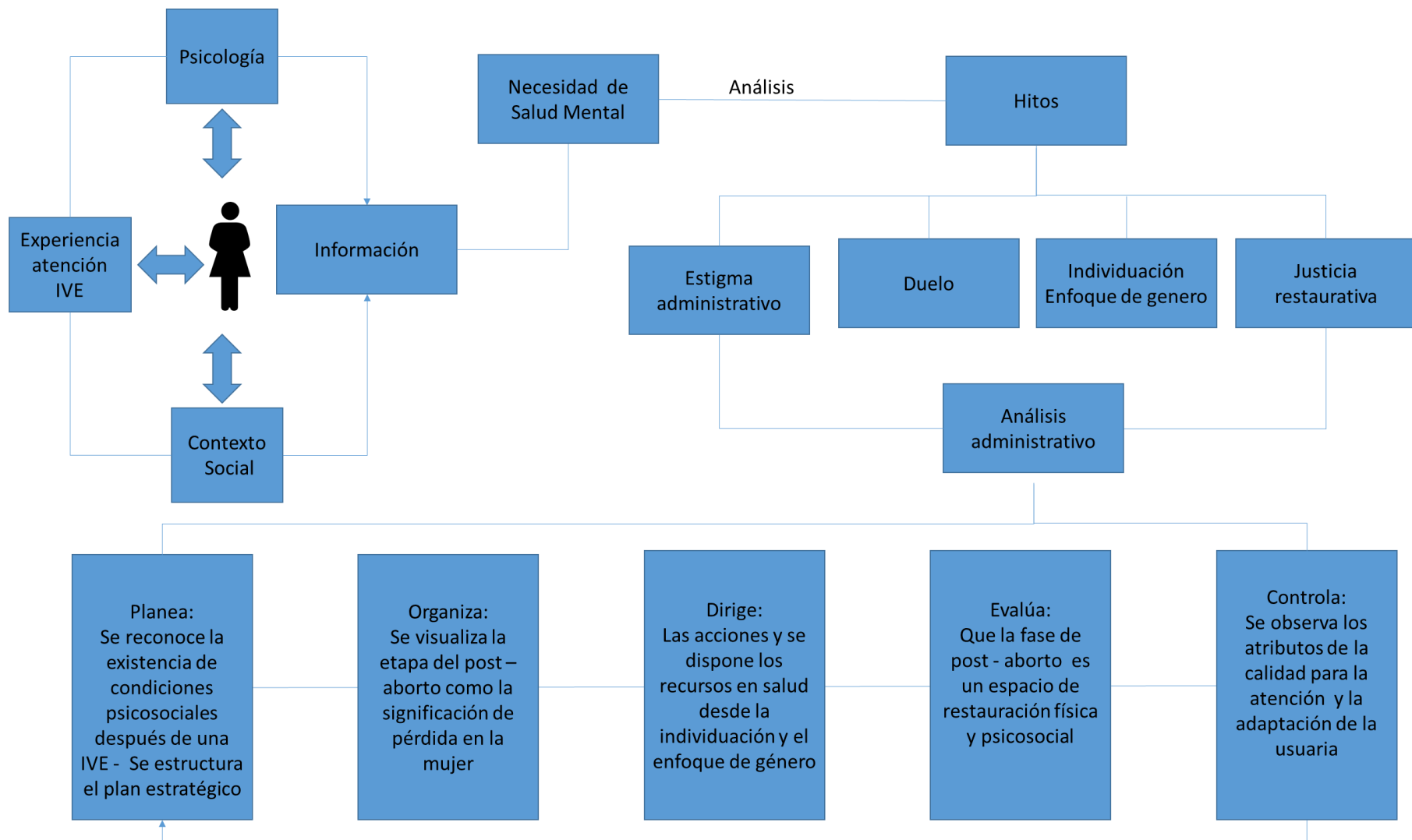
(Deysi 9 años en fase de post – aborto).

Aunque el decreto 4800 de 2011 que reglamenta la Ley 1448 de 2011, en cuestión de la *justicia restaurativa*, esté orientado a las víctimas de la violencia, ha desarrollado una política de reparación integral con el objeto de revertir los daños causados a las personas, el cual pone como partida medidas de atención y reparación (166, 167), encaminadas a mitigar el impacto del evento y daño psicológico, fomentando la adaptación de las personas y la satisfacción de sus necesidades dominantes y fortalecer la relación con sus pares y entornos. Esta disposición de restauración, contemplada en la ley colombiana es factiblemente comparable y aplicable a rutas de atención que abarquen el post – aborto que restauren el daño emocional, desde el reconocimiento de la fase de post – aborto, reconociendo la individualidad de estas mujeres, fomentando los procesos adaptativos a la fase de post – aborto.

En este capítulo el proceso de restauración que fomenta la salud engloba, las dimensiones fisiológicas y emocionales de la mujer, en cuanto a su cuerpo como vehículo de experiencias, que a su vez, es mediado por patrones culturales, que han determinado, cómo se comporta en medio de la sociedad, lo que hace necesario un enfoque que explore las particularidades del género, en cuanto a los factores biológicos, psicológicos y sociales, sus interacciones y lo

que interviene en la experiencia de salud; con ello se orienta de manera apropiada las respuestas del sistema de salud y su atención (168).

En respuesta a las necesidades en salud de este grupo de mujeres con antecedentes de una IVE, la administración además de poder analizar e interpretar la información biopsicosocial obtenida a través de las narrativas de las participantes de la investigación, se logra a partir de esa información, organizar los servicios de atención en salud, haciendo uso de los elementos propios del proceso administrativo (75), en unión con los hitos obtenidos de la presente investigación, generando un impacto favorable en la salud de las mujeres en fase de post aborto, desde una visión inductiva de la atención en salud, así como lo muestra la figura 3.



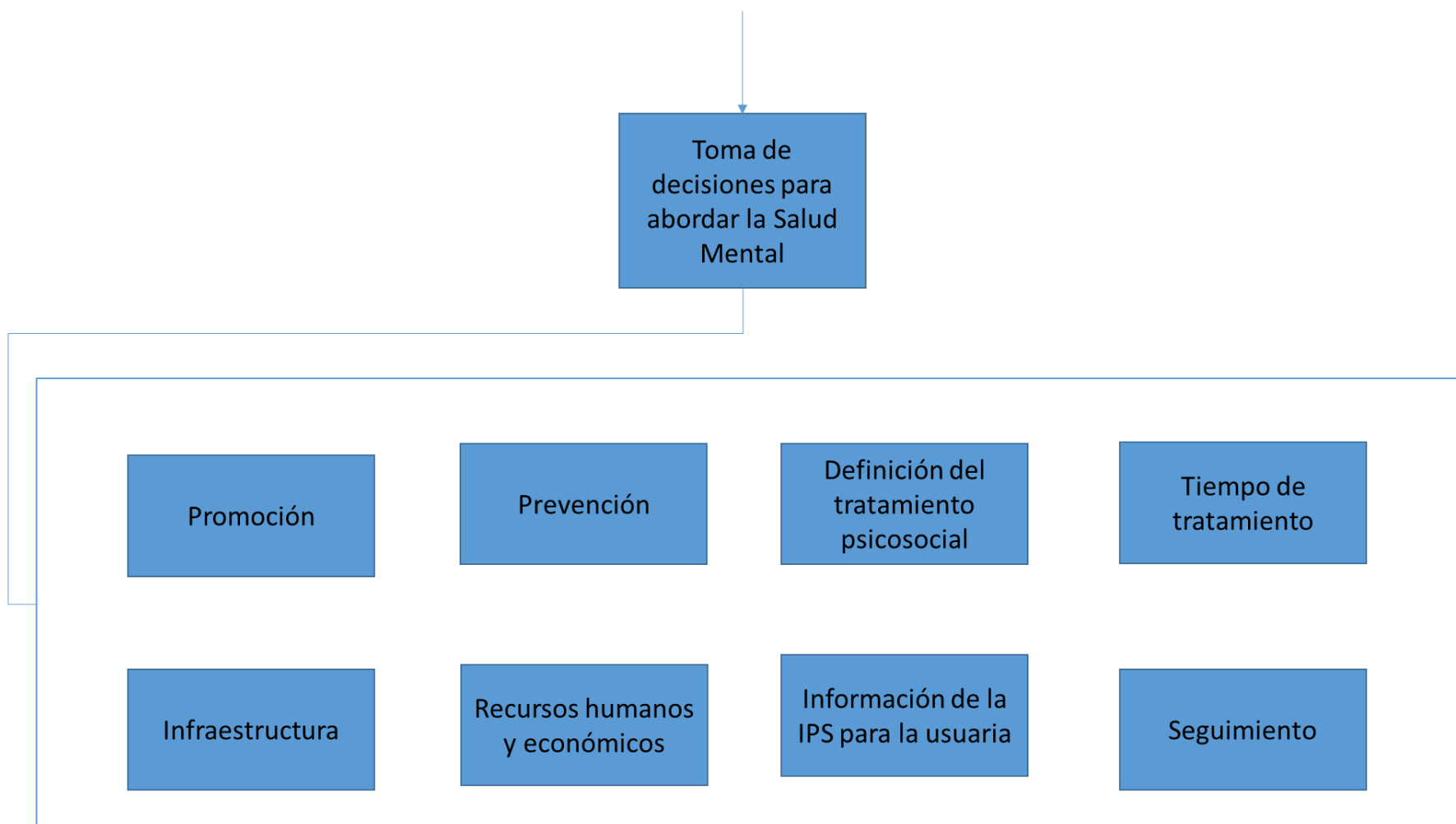


Figura 3. Análisis administrativo para la atención en el post – aborto

Conclusiones: Reflexiones finales – pautas y motivaciones para un análisis futuro

Se reconoce que en la fase de post – aborto se presentan eventos prioritarios de la salud mental (14, 169), como son los episodios de depresión, ansiedad, ideaciones e intentos suicidas (19, 36, 37, 60, 87). De dichos eventos emergentes, se presentan riesgos de mortalidad por conductas suicidas y riesgo de conducta des – adaptativa (169), como la ira, la violencia, los fracasos laborales y familiares.

La fase de post – aborto, al contener estos eventos preponderantes en salud mental, debe ser abordada según los lineamientos de la Política de Salud Mental (14), a partir del fortalecimiento de las estrategias, que den respuesta a los problemas psicosociales presentes en las mujeres con antecedentes de una IVE. Estas estrategias estarán enfocadas en la administración del riesgo desde la eficacia y la eficiencia, con el fin de organizar servicios psicosociales con calidad, en el post – aborto.

En el marco de esta investigación, se encontró que, la atención psicosocial en el post – aborto se enfoca en una dimensión explícita (la planeación de protocolos), pero es escasa o nula en la dimensión de uso (la ejecución de los objetivos propuestos en esos protocolos), considerando que la mayoría de las mujeres no indicó explícitamente haber recibido una ruta de atención psicosocial después de la terminación del embarazo a voluntad por medios médicos y/o quirúrgicos. Para las mujeres de la investigación la atención en el post – aborto, solo está dirigida a la parte médica, física, lo que generó significaciones negativas frente a una atención integral en esta fase para alcanzar salud mental.

La atención psicosocial que se le ofrece a las mujeres en fase de post – aborto, debe tener en cuenta el contexto en el que se han desenvuelto, los hechos que han vivido y los hallazgos encontrados a partir de esos hechos (14). A continuación, se plantea una reflexión final a partir de los elementos expuestos a lo largo de este documento, con el fin de brindar pautas en la atención psicosocial de mujeres en fase de post – aborto y se darán pistas de cómo un lector de este trabajo, puede desarrollar a futuro investigaciones que permita materializar muchas de las ideas contenidas en este trabajo.

Pautas y un corto recorrido por los hallazgos de la investigación

De los datos obtenidos en la investigación a través de las cuatro categorías de análisis: 1) *enfoque psicosocial en la atención post – aborto*; 2) *adaptación*; 3) *justicia restaurativa*; 4) *enfoque de Género, salud sexual y reproductiva*; surgieron categorías emergentes como la modalidad informativa, la modalidad oracional, la relación clínica, la comunicación, las barreras administrativas y emocionales, el duelo, la huella sociocultural, la relevancia económica, el seguimiento de la salud sexual reproductiva y la individuación.

De estas categorías emergentes, la presente investigación identificó que las *causas* que llevaron a las participantes a realizarse una IVE, están ligadas a factores psicosociales como la inestabilidad económica, a embarazos adolescentes catalogados como no deseados, la madurez psico – afectiva y causas legislativas como las propuestas en la sentencia C-355 de 2006 (37). Las causas para la práctica de una IVE en los relatos de estas mujeres son factor importante a la hora de vivir la experiencia del post – aborto, dado a que el malestar emocional presentado con el embarazo, traspasa a la fase post – aborto, ocasionando un malestar emocional agudo.

Aspectos administrativos y psicosociales a integrar en la RIAS para la atención de mujeres en fase de post- aborto

El **proceso administrativo PODEC** (Planeación, Organización, Dirección, Evaluación, y Control), se hace visible en la atención recibida por estas mujeres antes, durante y después de la IVE, presentando un déficit en la evaluación y control con relación a atención psicosocial desde el acceso a la IVE hasta su abordaje en el post – aborto, lo que dificulta alcanzar los objetivos que satisfagan las necesidades de las mujeres en fase de post – aborto. Se muestra imperativo realizar un diagnóstico situacional de la atención psicosocial en el post – aborto, con el fin de planear un servicio con calidad que oriente las decisiones administrativas en los servicios de salud, aumentando la confianza de la usuaria frente a la institución de salud; además fomentar el autocuidado en estas mujeres. En el *enfoque*

psicosocial para la atención de estas mujeres en fase de post – aborto, se muestra como aspecto relevante trabajar en la relación clínica, que demuestra que un buen proceso administrativo llevado con antelación, puede llegar a mitigar el impacto del proceso de la IVE.

En las experiencias de estas mujeres, la *relación clínica* es registrada como un elemento evaluador de un servicio post – aborto de *calidad*, que fomenta la asimilación psicológica y social de la fase, generando respuestas de salud por parte de la usuaria. Se identificó que es importante trabajar en los atributos de la calidad, como lo son la accesibilidad, la oportunidad, la seguridad, la pertinencia, la continuidad y la satisfacción, pues harán que se puedan organizar los servicios psicosociales en el post – aborto y se cumplan los objetivos para la cual fueron creados (94).

Se señala que, en las *rutas de atención psicosocial*, el planteamiento de un enfoque práctico y explícito, son el camino para mitigar las consecuencias de *morbimortalidad en el post – aborto*, ayudando a que haya mayor equilibrio emocional en la vida de estas mujeres, como ser social. En las rutas de atención se debe tener en cuenta el elemento administrativo de la *organización* con el objeto de dar a conocer los servicios de atención psicosocial en fase de post – aborto, desde la implementación de recursos humanos y de infraestructura adecuados para la restauración de la salud. Los aspectos sociales como el nivel educativo, estrato socioeconómico, la ocupación laboral, la ausencia o la constitución de una red de apoyo, la relevancia y la autonomía económica, al ser observados y tenidos en cuenta para la ejecución de las actividades de recuperación en fase de post – aborto, generarían la sensación de bienestar y/o seguridad en la mujer.

La *autonomía económica* es un aspecto importante para acceder a servicios de atención psicosocial en el post – aborto y puede entenderse desde dos flancos: el *empoderamiento* para solicitar los servicios y la *obtención* de los recursos para ingresar a instituciones privadas que ofrecen servicios de atención psicosocial en fase de post – aborto (116). La investigación muestra cómo se crean barreras administrativas de estructura (en el plan estratégico), de comunicación, de accesibilidad, de oportunidad, en el recurso humano idóneo para la atención psicosocial en el post – aborto. Estas barreras, facilitan la aparición de bloqueos

emocionales, dado a la inexistencia práctica y tangible de un servicio psicosocial para mujeres en fase de post – aborto.

Se reconoce que la entrega de información por parte del personal administrativo y asistencial a las usuarias, como también las alianzas público – privadas con instituciones especializadas en la atención psicosocial en el post – aborto, son estrategias de contención para las barreras administrativas desde las estructuras administrativas de planeación, organización, dirección, evaluación y control.

Se debe pensar en la organización de los servicios de atención psicosocial en el post – aborto desde el encuentro clínico, como sentido amplio de la atención, que ya no sólo se basa en la relación médico – paciente, sino entre quienes se encuentren en la institución como el personal administrativo, el asistencial, otros pacientes, en un encuentro espacio – temporal con la usuaria, haciendo énfasis en el buen uso de la modalidad oracional y el significado contextual en la relación clínica.

También, se resalta la atención de las mujeres desde la aplicación del principio de la dignidad humana (62), para mejorar la experiencia de las usuarias, cuando estas entran en contacto con cada uno de los actores de la atención. Así, se reconocen las implicaciones que se deben tener en cuenta, en la atención de mujeres que están en fase de post aborto, recordándole al persona de salud y administrativo, que toda mujer es un ser integral que tiene un contexto particular, con experiencias, percepciones, conceptos individualizados y capacidad de resiliencia; un sujeto de derechos que está llevando a cabo sus proyectos de vida, lo que hace que la política se enfoque en la humanización de la atención para restaurar la salud mental (14).

En el documento, se señalan estrategias basadas en el modelo NEIN (80) porque pone en manifiesto la necesidad de brindar *información oportuna* y de calidad a las usuarias, en cuanto a las consecuencias de una IVE; esta información requerida facilita la comunicación resonante (restauración emocional) con una acción realizadora (autocuidado) desde el aspecto psicosocial. La *comunicación* es tomada, como un elemento de salud que debe ser planificada desde cómo se van a transmitir mensajes simbólicos que restauren la salud en la mujer en fase de post – aborto. Un protocolo de comunicación con consistencia interna desde

el *contacto empático*, con lenguaje claro y sencillo, por parte del personal de salud hacia la usuaria, mejorará el encuentro clínico, y así, diluir las barreras de comunicación que fortalecen las barreras de acceso, ya que las mujeres en fase de post – aborto no acuden a tratamientos psicosociales porque se desconoce que sería una opción para mejorar su salud.

La finalidad de las rutas de atención teniendo en cuenta los anteriores elementos, giran en torno a la adaptación, el estado de armonía, y/o equilibrio emocional que tiene la mujer en fase de post – aborto, es sus diferentes entornos sociales. Incluir en el presupuesto de atención el recurso humano que apoye a la mujer en fase de post – aborto, facilitaría el proceso de adaptación de estas mujeres (105).

La fase de post – aborto comporta un *estigma*, que es sólo entendido desde los signos y síntomas visibles en las mujeres y no como la etapa siguiente a un proceso médico y/o quirúrgico, limitando el abordaje continuado en la atención de estas mujeres que presentan eventos en salud mental. Las mujeres en fase de post – aborto, presentan una disolución de los vínculos con sus proyectos de vida antes del embarazo, ocasionando malestar emocional que al no ser resuelto en la fase de post – aborto, ella lo significan como un duelo (140).

Abordar la fase de post – aborto desde *la elaboración del duelo* es un elemento de adaptación psicosocial, que permite que la mujer pueda desarrollarse de forma saludable en sus tareas cotidianas, disminuyendo comportamientos des-adaptativos. La *huella sociocultural* contiene información puntual y rica del evento en fase de post – aborto y al conocer esa información, se podría construir rutas de atención que reconstruyan los vínculos perdidos de las mujeres, a partir de los preconceptos que serán facilitadores o no del proceso adaptativo en la mujer.

Otro elemento a integrar en la RIAS es la *individuación*, acorde a los lineamientos de la política en salud mental: “teniendo en cuenta las particularidades del contexto en el que dichos servicios son demandados” (14, p. 18). Así, se podrán evaluar las necesidades específicas de este grupo poblacional (terapéutica, ocupacional, actividad física, entre otras) y entregar herramientas de afrontamiento que sean comprendidas por estas mujeres, que, a su vez, tengan la capacidad de construir y transmitir entornos saludables. Las decisiones sobre la Salud Sexual y Reproductiva son de manera libre e informada, en donde se cuenta con la

disponibilidad de recursos simbólicos, académicos y materiales, para que aquellas decisiones sean efectivas, seguras y libre de discriminaciones (169) lo que le permitiría a la mujer buscar la ayuda necesaria en el mejoramiento de la salud, en el caso del post – aborto y las molestias a nivel psicosocial que presente.

El seguimiento en la salud *sexual y reproductiva* debería estar pensada desde las características sociales de la mujer y los patrones mentales que ha construido en la interacción sociocultural que incluya las redes de apoyo en ese seguimiento. A través de los planes, de las leyes, modelos, políticas, rutas de atención, se reconoce la presencia de un evento en salud en la fase de post – aborto que debe ser abordado desde la promoción, prevención, atención y rehabilitación, es decir desde mecanismos restaurativos.

Para la *reparación psicosocial* de las mujeres en fase de post – aborto, el *paradigma de la justicia restaurativa* entendido como un proceso educativo y de socialización, es un complemento relevante de la adaptación, que da respuesta de atención integral en fase de post – aborto, revierte los daños en las mujeres en esta fase y mitiga el impacto psicosocial presentado.

Los aspectos a incluir en una ruta de atención integral para mujeres en fase de post – aborto, se puntualizan en los siguientes aspectos: *el proceso administrativo de organización, dirección, evaluación y control, el encuentro clínico, la comunicación, la información, la red de apoyo (familiar), la intervención comunitaria, la autonomía económica, la accesibilidad y oportunidad, recurso humano especializado en la atención post – aborto, el contacto empático, la reconstrucción de vínculos, consciencia de la salud mental, mecanismos restaurativos e individualizado, el acompañamiento de la salud sexual y reproductiva y la adaptación psicosocial como fin último de una ruta de atención para mujeres en fase de post – aborto*, tal como se explica en el figura 4.

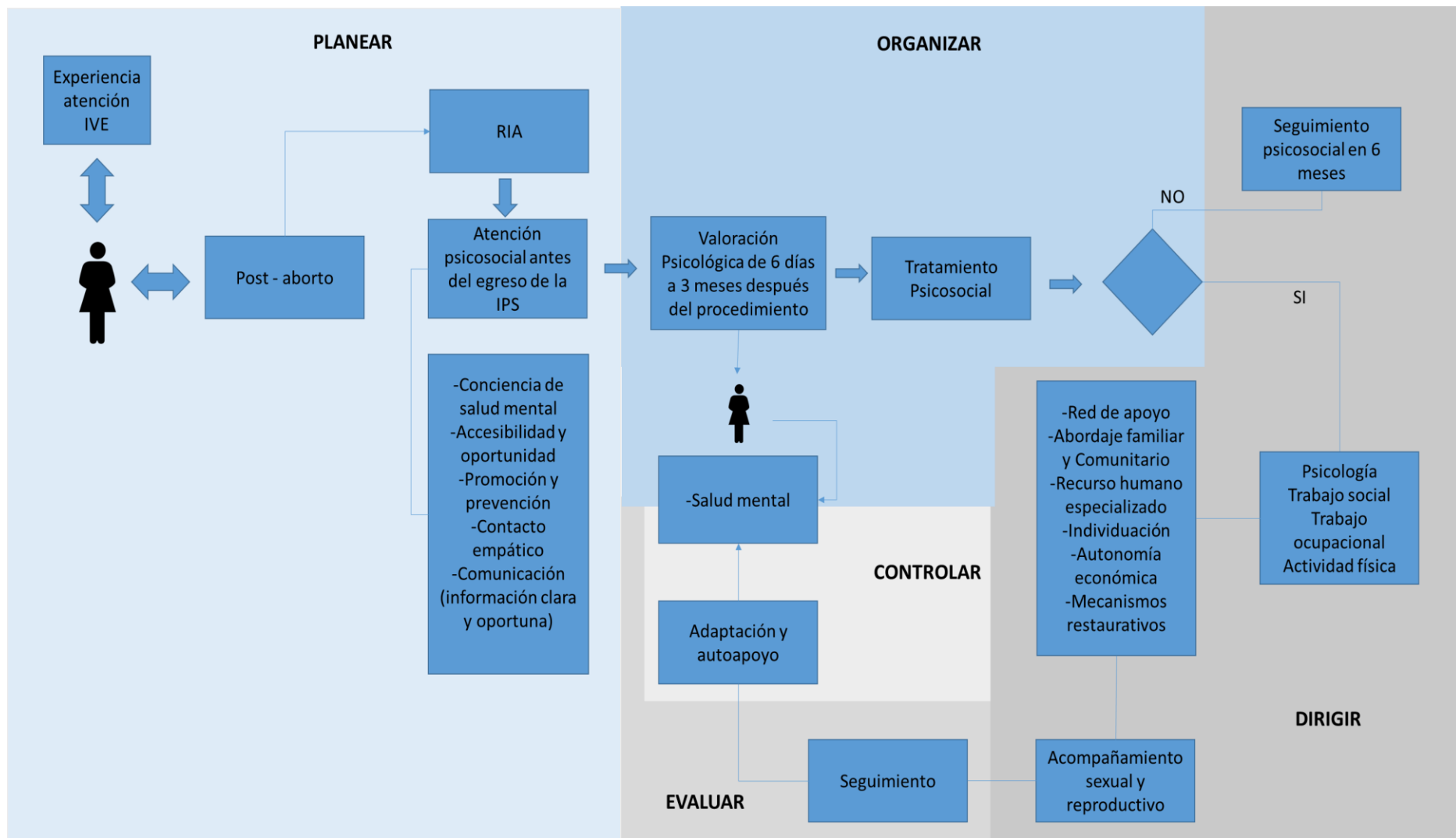


Figura 4 Aspectos a incluir en una Ruta de Atención para el post – aborto

Pautas de las mujeres para mejorar los procesos administrativos del procedimiento

Las participantes de la investigación hacen referencia a que el trato humanizado en el encuentro clínico, expresado como ‘buen trato’ debe estar presente en la atención del post – aborto. Este trato promueve la atención integral de la mujer en fase de post – aborto, haciendo del procedimiento una interacción de las dimensiones psicológicas y sociales, en el marco de la relación clínica entre la usuaria, el equipo asistencial y el administrativo. El trato humanizado lleva al personal administrativo y asistencial en salud, a reconocer la individualidad de las usuarias, por esta razón se recomienda que, a la hora de comunicar una información a las usuarias, se utilice un lenguaje oportuno, claro y sencillo de lo que ocurre después del procedimiento médico y/o quirúrgico para la IVE. Esto es primordial para diluir las barreras de acceso y brinda la oportunidad a las mujeres de buscar así sea de forma privada, con recursos propios, la ayuda para restaurar su salud emocional desde el abordaje psicosocial.

Estas mujeres desean que la información acerca de lo que sucede luego de la IVE y los pasos a seguir, se la entreguen mediante folletos, tarjetas, libros, por medios virtuales como correos electrónicos y redes sociales, conferencias, adhesivos o imanes publicitarios que expliquen la información psicosocial requerida en el post – aborto.

Las participantes de la investigación hacen énfasis, en la necesidad de incluir la remisión a especialistas en salud mental, luego de una IVE. Por otro lado, se hace más que necesario que el personal médico – asistencial tenga conocimiento de la importancia de la orientación en fase de post – aborto, que sea vista como parte fundamental para conservar el equilibrio emocional de las mujeres en esta fase. Otra de las recomendaciones que hacen las mujeres, es que luego del procedimiento se realicen seguimientos, entre 8 días y 6 meses para saber cómo está su salud mental, desde espacios físicos adecuados para alcanzar la adaptación, a partir de programas educativos y preventivos.

Reflexión epistemológica: vivencias al investigar el tema

Los retos metodológicos que se presentaron en la investigación, están relacionados en primera instancia, con la recolección de los datos desde el contexto real, en un encuentro cara a cara con la mujer en fase de post – aborto y la investigadora; este encuentro estuvo atravesado por las subjetividades de las participantes afectando la participación de estas en la investigación, dado a que, se sentían señaladas y juzgadas, que no iban a encontrar un espacio libre y cómodo, para expresar de manera abierta sus emociones y las razones que las llevaron a tomar la decisión de terminar con el embarazo a voluntad. Este pensamiento suscitó que muchas mujeres cancelaran o no se presentaran a la cita para ser entrevistadas.

En el momento de las entrevistas, las participantes de la investigación, evocaron una diversidad de emociones, a partir de traer a la conciencia las vivencias de la IVE y su posterior fase el post – aborto. Las mujeres presentaron una tensión psicológica moderada, al momento inicial de responder el guion de entrevista; esta tensión fue liberada a medida que se fue desarrollando la entrevista. Esto presentó una dificultad en las mujeres para reconstruir de manera fluida las vivencias, lo que aumentó el tiempo estipulado para la entrevista.

A pesar que, para las mujeres voluntarias de la investigación, fue doloroso volver a recordar lo sucedido, no hubo abandono de la entrevista, ni desajuste emocional, ni eventos de tensión psíquica severa. Por lo tanto, los retos metodológicos necesariamente llevan a pensar en recomendaciones, para este fenómeno a estudio, que al ser vasto y complejo por la temática sexual y reproductiva que comporta, requiere de diferentes perspectivas temporales y situacionales, que permitan ver de una manera más holística el fenómeno; un corte longitudinal en la investigación, permitiría ver el cambio y la adaptación de la mujer en fase de post – aborto, para comprender los aspectos administrativos y psicosociales a considerar en una ruta de atención psicosocial en el post – aborto.

Para la entrevistadora, el momento de aplicar el guion de entrevista, abrió la oportunidad de explorar el contenido de las vivencias de estas mujeres y profundizar en el fenómeno a estudio, que enriquecieron los planteamientos de la investigación, con un interés sobre las acciones actuales y reales de los sistemas de atención, para mujeres que han solicitado una IVE y su posterior fase el post – aborto.

Es de notar que, aunque puede ser emocionante descubrir nuevos datos, que sirvan de insumo para futuras rutas de atención psicosocial en el post – aborto, recoger dichos datos puede llegar a ser perturbador para el investigador, si no cuenta con la experiencia de trabajo con esta población, dado a la crudeza de las vivencias de estas mujeres, que puede generar contratransferencia en el investigador, es decir, puede mover respuestas, sentimientos, impulsos en el entrevistador, así la relación entrevistador y participante no se establece una relación genuina con relación al fenómeno a investigar sino a la subjetividad y juicio de quien investiga. Para esto se recomienda centrarse en el fenómeno, y analizar de manera objetiva los datos reales que arroja la investigación, en relación a la pregunta de investigación.

Finalmente, la fase de post – aborto comporta afecciones emocionales que afectan las vivencias sociales, que, al ser abordadas desde la administración en salud, se contribuye a la salud mental de estas mujeres, desde rutas de atención psicosocial en fase de post – aborto, establecidas y aplicables. Por lo tanto, se recomienda que las futuras investigaciones se enfoquen en integrar las gestiones administrativas, como fomento para la salud mental en fase de post – aborto, que ayuden a dar respuesta a esta y otras problemáticas planteadas de interés social. Considerando que la administración en salud contiene elementos necesarios para estructurar un plan de acción aplicable y sostenible en el tiempo, generando respuestas de salud, para diversos tipos poblacionales.

¿Por qué hacer investigación cualitativa sobre temas que construyen puentes entre la salud mental y la administración en salud?

La administración en salud consiste en planificar, organizar, dirigir, evaluar y controlar los recursos en salud, para alcanzar los objetivos que satisfagan las necesidades de los usuarios (78), es decir tomar decisiones sobre una problemática real en un contexto determinado. Para ello, la investigación cualitativa es una aliada en esa toma de decisiones, teniendo en cuenta que es un proceso activo, de búsqueda guiada, donde se construyen rutas para encontrar las acciones y respuestas acertadas a las preguntas administrativas, necesarias para estructurar servicios de salud.

Para brindar herramientas de abordaje, que sean realmente aplicables, se necesita conocer el fenómeno desde la intencionalidad del investigador, de modo que permita comprender el fenómeno desde su naturaleza humana, es decir una experiencia tal cual es vivida por la mujer en fase de post – aborto; así el paradigma cualitativo permite acercarse a la realidad de los hechos de estas mujeres que da una explicación práctica, planteamientos explícitos, señalando rutas de abordaje.

La investigación cualitativa permite estrechar la relación con la teoría, como también entre los datos y la acción, puesto que se trabaja desde la comunicación a través de símbolos humanos; así la metodología cualitativa da valor al contenido psíquico y social de una persona, dando sentido a su cotidianidad, contribuyendo a su salud mental de manera holística (9). De este modo da respuestas a problemáticas cercanas a la vida del sujeto, y ayudan al investigador a hacerse preguntas sobre el mundo, analizar los datos arrojados por la investigación y el producto de ese análisis es una herramienta para ser utilizada en ese mundo observable. La investigación cualitativa ayuda a centrarse en el ser humano no porque se desconozca la importancia de la organización sino porque, son las personas, quienes componen y crean la organización. La investigación cualitativa en la Administración en salud, facilita un conocimiento concreto que orienta las acciones prácticas, arrojando rutas de atención explícitas y prioritarias, minimizando el tiempo de planeación y ejecución de las estrategias para alcanzar los propósitos en salud, aprovechando el recurso humano y tecnológico para la toma de decisiones eficaces para obtener resultados en salud, como se explica a mayor detalle en la figura 5.

Para describir e identificar con mayor precisión los aspectos administrativos y psicosociales que podrían incluirse en una ruta efectiva de atención para el post – aborto, se necesita conocer de cerca la realidad, de las mujeres en esta fase, para que no se pierda de vista el aspecto emocional en la vida social. Con el insumo obtenido de la presente investigación de corte cualitativo, se recomienda la realización de investigaciones aplicadas para enriquecer de forma práctica de una ruta de atención psicosocial en el post – aborto, entre otros temas relacionados a esta fase puntual de la vida de muchas mujeres en Tuluá, el Valle del Cauca y Colombia.

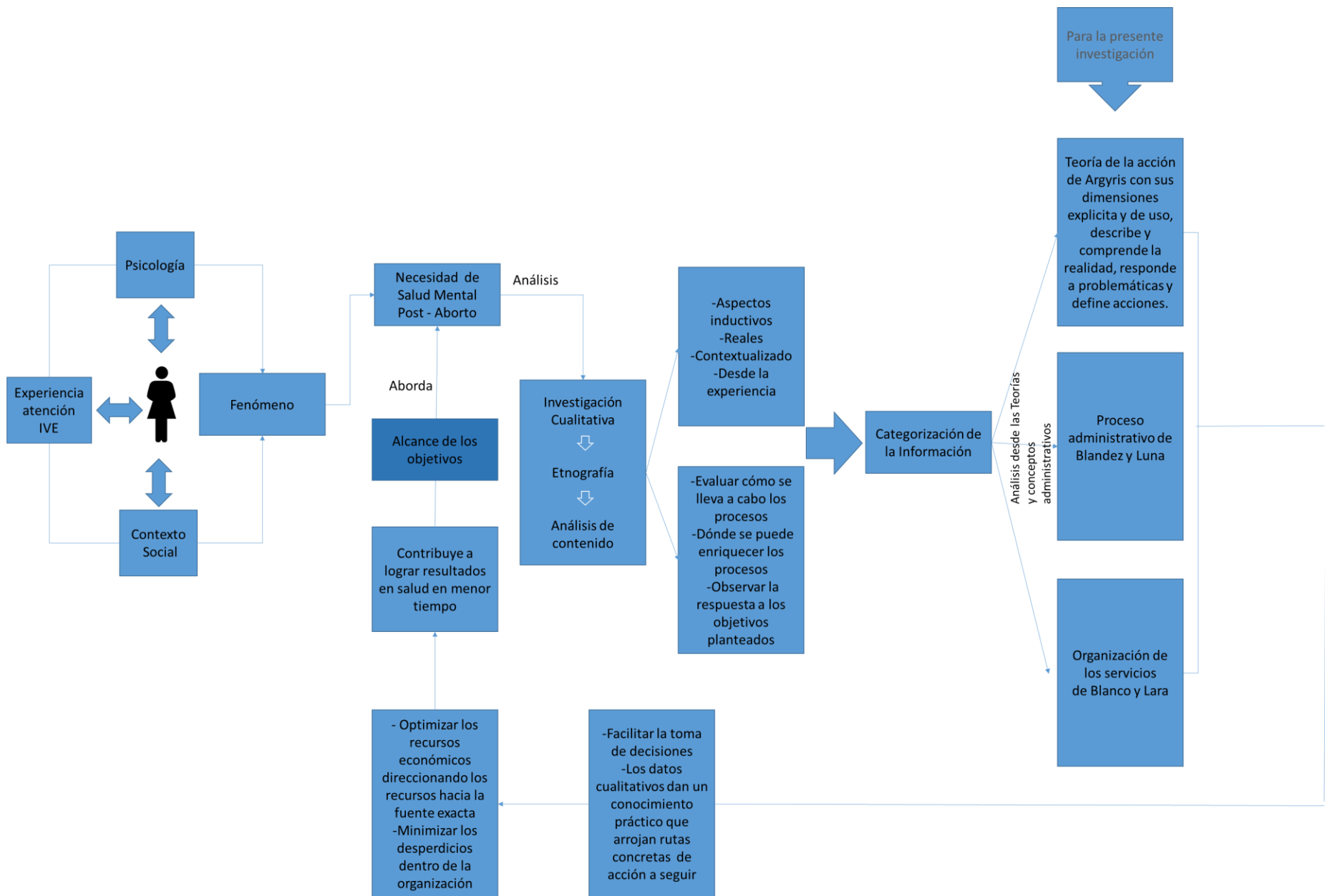


Figura 5. La investigación cualitativa en la Administración en salud

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos [Internet] 2014. [Consultado 06 sep. 2019]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/libro%20politica%20sexual%20sept%2010.pdf>
2. Gómez C, García R. Categorización diagnóstica del síndrome post aborto. Actas esp Psiquiatr [Internet] 2005 [Consultado 5 feb2019]; 33(4): 267 – 272.
3. Speckhard A, Rue V. Post Abortion Syndrome: An Emerging Public Health Concern. Journal of Social Issues [Internet] 1992. [Consultado 06 sep. 2019]; 48: 95 – 119. Disponible en:
https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1540-4560.1992.tb00899.x?purchase_referrer=spssi.onlinelibrary.wiley.com&tracking_action=preview_click&r3_referer=wol&show_checkout=1
4. Fergusson D, Horwood LJ, Ridder EM. Abortion in young women and subsequent mental health. J Child Psychol Psychiatry. 2006; 47(1):16–24.
5. Ministerio de Salud y Protección Social, Política de Atención Integral en Salud [Internet]. 2016. [Consultado 06 sep. 2019]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
6. Ramírez I, Fuentealba M, Llanca J. El aborto y la Justicia Restaurativa. Polis [Internet]. 2016. [Consultado 25 Abr 2018]. Disponible en: <http://journals.openedition.org/polis/11729>
7. Petit, M. La terapia Gestalt. España: Editorial Kairós; 2009.
8. Salama, H. Psicoterapia Gestalt Proceso y metodología. México D F: Alfaomega; 2001.
9. Feldman S. administración en salud mental: enfoques, problemas y perspectivas. Bol la Organ Panam la Salud. 1977; 10(3): 212 – 20.
10. Hernández D. Paradoja de la salud mental en Colombia: entre los derechos, la primacía de lo administrativo y el estigma. Gerencia y políticas en salud. 2018; 17(35): 1657 – 7027.
11. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: un estado de bienestar [Internet]. 2013 [Consultado 06 sep. 2019]. Disponible en:
https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
12. Ministerio de salud y protección social. Plan decenal de salud pública 2012 – 2021. Colombia; 2012.

13. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Integral sobre Salud Mental para el período 2013 – 2020. [Internet]. 2013 [Consultado 06 sep. 2019]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1
14. Ministerio de salud y protección social. Política Nacional de Salud Mental [Internet]. 2018. [Consultado 06 sep 2019]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%204886%20de%202018.pdf.
15. Marshall T. Restorative Justice, Editorial Overview, Nueva York; 1999.
16. Parlamento Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay. Ley N° 18.987 interrupción voluntaria del embarazo [Internet]. 2012 [Consultado 60 sep. 2019] Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp1870773.htm>
17. Gobierno de España. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Internet] 2010 [Consultado 25 Feb 2019] Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2010/03/03/2/con>
18. Gavardino P. Abortos ilegales y la ley de aborto 1967. The British Journal of Criminology. 1976; 16(1): 63 – 67.
19. Beristain, C. Diálogo sobre la reparación. Experiencias en el sistema interamericano de derechos humanos. San José, Costa Rica: Instituto Interamericano de Derechos Humanos; 2008.
20. Ministerio de salud pública y bienestar social. Normas de atención humanizada en el post – aborto [Internet]. 2012 [Consultado 06 sep. 2019]. Disponible en: http://www.cepep.org.py/archivos/Normas_atencion_human_pos_aborto.pdf
21. Redondo P, Otero A, Mendiri M. Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad. Extremadura: Editorial El Servicio Extremeño de Salud; 2015
22. Obando, L., Salcedo, M. & Correa, L. (2017). La atención psicosocial a personas víctimas del conflicto armado en contextos institucionales de salud pública. Psicogente, 20(38): 382 – 397.
23. Naranjo, Liz Arévalo. Atención y Reparación Psicosocial en Contextos de Violencia Sociopolítica: Una Mirada Reflexiva" Revista de Estudios Sociales. 2010; 36: 29 – 39.
24. Organización Mundial de la Salud. Prevención del aborto. [Internet] 2019 [Consultado 06 sep. 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/es/>

25. Centraal Bureau voor de Statistiek. Annual number of abortions stable over the past decade [Internet]. 2011 [Consultado 06 sep. 2019]. Disponible en: <https://www.cbs.nl/en-gb/news/2011/08/annual-number-of-abortions-stable-over-the-past-decade>
26. Rachel K, Jerman J. Tasas de aborto grupal de población e incidencia de aborto de por vida: Estados Unidos. Estados Unidos: American Journal of Public Health. 2014; 107(12): 1904 – 1909.
27. Australian Government Department of health. Australia's notifiable disease status, 2014: Annual report of the National Notifiable Diseases Surveillance System: Part 5 [Internet]. 2014 [Consultado 06 sep. 2019]. Disponible en: <https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/cda-cdi4001e4.htm>
28. Secretaria de salud de México. Sistema de Información de Interrupción Legal del Embarazo [Internet]. 2019 [Consultado 06 sep. 2019]. Disponible en: <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/Interrupcion-Legal-del-Embarazo-Estadisticas-2007-2017-25-de-julio-2019.pdf>
29. Centro de estudios legales y sociales. Situación del aborto en la Argentina [Internet] 2016 [Consultado 06 sep. 2019]. Disponible en: <https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2017/06/situaci%C3%B3n-del-aborto-en-la-argentina.Informe-CEDAW.pdf>
30. DEIS Ministerio de salud chile. Reportes Minsal [Internet]. 2017 [Consultado 06 sep. 2019]. Disponible en: http://cognos.deis.cl/ibmcognos/cgi-bin/cognos.cgi?b_action=cognosViewer&ui.action=run&ui.object=%2fcontent%2ffolder%5b%40name%3d%27PUB%27%5d%2ffolder%5b%40name%3d%27REPORTES%27%5d%2ffolder%5b%40name%3d%27Egresos%27%5d%2freport%5b%40name%3d%27Egreso%20hospitalarios%20-%20Edad%20y%20causa%20-%20Regiones%27%5d&ui.name=Egresos%20hospitalarios%20-%20Edad%20y%20causa%20-%20Regiones&run.outputFormat=&run.prompt=true
31. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta demográfica en salud. [Internet] 2015 [Consultado 06 sep. 2019]. Disponible en: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR334/FR334.2.pdf>
32. Departamento Administrativo de Planeación Municipal. Anuario Estadístico de Tuluá. Tuluá; 2015
33. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Defunciones fetales 2015, corte a 31 de marzo de 2017 [Internet]. 2017 [Consultado 06 sep. 2019] Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-fetales/defunciones-fetales-2015>

34. DANE. Defunciones fetales [Internet]. 2017 [Consultado 06 sep. 2018] Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales>
35. Organización Mundial de Salud. Mortalidad materna. [Internet] 2018 [Consultado 06 sep. 2019] Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
36. Observatorio de Caldas. Informe anual de evento mortalidad materna, caldas 2016 hasta semana 52 periodo epidemiológico 13 [Internet]. 2016 [Consultado 06 sep. 2018] Disponible en: <http://www.observatorio.saluddecaldas.gov.co/desca/anuales/Mortalidad%20%20Materna%20a%C3%B1o%20%202016.pdf>
37. Corte Constitucional de la República de Colombia Sentencia C-355 de 2006 [Internet]. 2006 [Consultado 06 sep. 2019] Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/C-355-06.htm>
38. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5857 de 2018. [Internet] 2018. [Consultado 01 ago. 2019]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%205857%20de%202018.pdf
39. Ministerio de Salud y Protección Social. Atención integral de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el primer nivel de complejidad Documento técnico para prestadores de servicios de salud Encuesta demográfica en salud [Internet]. 2014 [Consultado 3 Abr 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-IVE-Atencion-baja-complejidad.pdf>
40. Coleman P, Boswell K, Etzkorn K, Turnwald R. Women Who Suffered Emotionally from Abortion: A Qualitative Synthesis of Their Experiences. *Journal of the American Physicians and Surgeons*. 2017; 22(4): 113 – 118.
41. Fernández E. El aborto terapéutico o cualquier tipo de aborto, ¿una cuestión de decisión personal en búsqueda de un bien? Secuelas psicológicas. *Investigación y cultura* [internet]. 2015 [Consultado 25 feb 2019]; 4(2): 142 – 146. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/5217/521751974017.pdf>
42. Ariza C. Cuidado de enfermería al paciente en postoperatorio temprano de revascularización miocárdica. *Revista Colombiana de Cardiología* [Internet]. 2013 [Consultado 06 sep. 2019]; 20: 372 – 380. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0120563313700871?token=086c5dbbb6df81ff14a2179680c8b1f4327e6f1c5858cf76a7021021f66a36bcd741e26c8e35b5d44f338416e5dbb747>

43. Denman C. Mujeres, maquila y embarazo: prácticas de atención de madres-trabajadoras en Nogales, Sonora, México. México; El Colegio de Sonora: 2008. p.256
44. Harlow B, Cohen L, Otto M, Spiegelman D, Cramer D, Robins L. Early life menstrual characteristics and pregnancy experiences among women with and without major depression: the Harvard study of moods and cycles. *J Affect Disord*. 2004; 79(1–3): 167–76.
45. Pinto M, Gómez C, Uribe R, Miranda C, Pérez A, De la Espriella M. The economic burden of depression in Colombia: direct costs of intrahospital management. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2010; 39(3): 465–80.
46. Ostbye T, Wenghofer E, Woodward C, Gold G, Craighead J. Health services utilization after induced abortions in Ontario: a comparison between community clinics and hospitals. *American journal of medical quality: the official journal of the American College of Medical Quality*. 2001; 16(3): 99 – 106.
47. Reardon D, Cougle J, Rue V, Shuping M, Coleman P, Ney P. Psychiatric admissions of low-income women following abortion and childbirth. *CMAJ*. 2003; 168(10): 1253 – 1256.
48. Coleman P, Maxey C, Rue V, Cayle C. Associations between voluntary and involuntary forms of perinatal loss and child maltreatment among low-income mothers. *Acta paediatr*. 2005;94(10):1476 – 1483.
49. Burke T, Reardon D. Dolor prohibido: El dolor tácito del aborto. Springfield IL: Acorn Books; 2007. p. 334.
50. Gissler M, Berg C, Bouvier-Colle M, Buekens P. Métodos para identificar las muertes asociadas al embarazo: datos basados en la población de Finlandia 1987-2000. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2004; 18 (6): 448 – 55.
51. Curly M, y Johnston C. Exploring treatment preferences for psychological services after abortion among college students *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2014; 32: 304 – 320.
52. Gondim M, Almeida A, Panobianco M. El cuidado de enfermería según la mujer en la situación de aborto. *Rev Latino-am Enfermagem [Internet]*. 2007 [Consultado 06 sep. 2019]; 15 (1): 1 – 8. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/es_v15n1a04.pdf
53. Tentoni S. A therapeutic approach to reduce post abortion grief in university women. *J Am Coll Health*. 1995; 44(12): 35 – 7.
54. Pastor S, Romero J, Montoro C, Crespo M, Vacas A, Rodriguez M. La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]*. 2011 [Consultado 06 sep. 2019]; 19 (6): 1 – 8. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/es_18.pdf

55. Evans M, Kelley P, Kelley J. Identifying the Best Times for Cognitive Functioning Using New Methods: Matching University Times to Undergraduate Chronotypes. *Front Hum Neurosci* [Internet]. 2017 [Consultado 06 sep. 2019]; 11 (188): 1 – 11. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fnhum.2017.00188>
56. Boyle, J. *Styles of ethnography. Critical issues in qualitative research methods*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994. p. 159–185;
57. Silverman D. *Qualitative Research*. 4 ed. Londres: Sage; 2013.
58. Murillo F, y Martínez-Garrido C. *Investigación etnográfica*. Madrid: UAM; 2010.
59. Mora A, Bonilla L. Implicaciones socio-familiares como factor condicionante en la adhesión al tratamiento del VIH+. *Ciencia & Salud*, [Internet]. 2015 [Consultado 06 sep. 2019]; 3 (11), 19-32. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/99a1/2fac57939f979c72cc404dd74b8f23718145.pdf>
60. Glaser B, Strauss A. *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine; 1967.
61. Bruner J. *La educación, puerta de la cultura*. Madrid: Visor; 1997.
62. Ministerio de Salud y Protección Social. *Implicaciones éticas, jurídicas y médicas de la sentencia C-355 de la corte constitucional: Un avance para el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las colombianas*. Colombia; 2007
63. Prada E, Singh S, Remez L, Villarreal C. Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias. Nueva York: Guttmacher Institute [Internet]. 2011 [Consultado 06 sep. 2019]. Disponible en: <http://www.clacaidigital.info:8080/bitstream/handle/123456789/160/Embarazo-no-deseado-Colombia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
64. Polaino A. Psicopatología e interrupción voluntaria del embarazo. *Cuad. Bioét* [internet]. 2009 [Consultado 06 sep. 2019]; 20(3): 357 – 380. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/875/87512342005.pdf>
65. Fernández H, Gerez S, Ramírez N, Pineda A. Caracterización de la terminación voluntaria del embarazo en adolescentes. *Rev cubana Obstet Ginecol*, [Internet] 2014 [Consultado 07 ago. 2019]; 40(2): 197 – 205. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000200007
66. Gabucio F, Domingo J, Lichtenstein F, Limón M, Minervino R, Romo M, et al. *Psicología del pensamiento*. Barcelona: UOC; 2005.
67. Rodríguez M, Echemendía B. La prevención en salud: posibilidad y realidad. *Rev cubana Hig Epidemiol* [Internet]. 2011 [Consultado 06 sep. 2019]; 49(1): 135 – 150. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000100015&lng=es

68. Rondón M. Salud mental y aborto terapéutico. An. Fac. Med, [Internet]. 2015 [Consultado 06 sep 2019]; 76 (4), 407-411. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v76n4/a12v76n4.pdf>

69. Dosso D. Consejería pre y post aborto. Efectos de la intervención en la salud integral de las mujeres atendidas en un Centro de Atención Primaria de la Salud de la provincia de Buenos Aires. Perspectivas Bioéticas [Internet], 2013 [Consultado 07 ago. 2019]; 18 (34): 75 – 93. Disponible en: <http://ojsbioetica.flacso.org.ar/index.php/pb/article/view/95/94>

70. López N. ¿Cómo cambia el cerebro un aborto inducido? Cuad. Bioét [internet]. 2012 [Consultado 30 abr 2019]; 23(2): 565 – 584. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/875/87524464011.pdf>

71. American Psychiatric Association. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª ed. Panamericana; 2014.

72. O.M.S. Cie 10 – trastornos mentales y del comportamiento – pautas diagnósticas. Meditor; 2014

73. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley Estatutaria 1751 de 2015 [Internet] 2015. [Consultado 06 sep. 2019]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

74. Naranjo I, Ricaute G. La comunicación con los pacientes. Investigación y educación en enfermería [Internet]. 2006 [Consultado 08 ago. 2019]; 24 (1): 94 – 98. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n1/v24n1a10.pdf>

75. Blanco J. Maya J. Administración de servicios de salud. Medellín: CIB; 2014

76. Restrepo J, Silva C, Andrade F, Dover R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín – Colombia. Rev. Gerenc. Polit. Salud [Internet]. 2014 [consultado 06 sep. 2019]; 13 (27): 242 – 265. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n27/v13n27a15.pdf>

77. Blandez M. Proceso Administrativo. México: Digital UNID; 2014.

78. Luna A. Proceso administrativo. México: Patria; 2015.

79. García D. Bioética Clínica. Bogotá: El Búho; 2001. p. 63 – 68.

80. Calva J. Satisfacción de Usuarios: La investigación sobre las Necesidades de la Información: Centro Universitario de Investigaciones Bibliotecológicas. Universidad Nacional Autónoma de México; 2009.

81. Juran J, Blanton A. Juran's quality handbook. Nueva York: M cGraw-Hill; 1998

82. Organización mundial de la salud. Calidad [internet]. 1991 [Consultado 06 sep. 2019] Disponible en: <https://www.who.int/hac/about/definitions/en/>
83. Delgado M, Vázquez M, Moraes L. Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. *Rev. Salud pública* [Internet]. 2010 [consultado 13 ene 2019]; 12 (4): 533 – 545. Disponible en: <https://www.scielo.org/pdf/rsap/2010.v12n4/533-545/es>
84. Zamora S. Satisfacción sobre la infraestructura y la calidad de atención en la consulta de Gineco-Obstetricia de un establecimiento de atención primaria. *Horiz. Med* [Internet]. 2016 [consultado 06 sep. 2019]; 16 (1): 38 – 47. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727-558X2016000100006&script=sci_abstract
85. Vargas V, Valecillos J, Hernández C. Calidad en la prestación de servicios de salud: Parámetros de medición. *RCS* [Internet]. 2013 [Consultado 06 sep. 2019]; 19(4): 663 – 67. Disponible: <https://www.redalyc.org/pdf/280/28029474005.pdf>
86. Reyes H, Flores S, Saucedo A, Vértiz J, Juárez C, Wirtz V et al. Percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención ambulatoria en servicios de salud en México. *Salud pública Méx* [Internet]. 2013 [Consultado 06 sep. 2019]; 55(2): 100 – 105. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800005
87. Gómez J, López L. Expectativa de cuidado de enfermería que tienen las personas en diferentes ámbitos de cuidado. *Rev. Colomb. Enferm* [Internet] 2016 [Consultado 20 feb 2019]; 12 (11): 49-60. Disponible en: <https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/article/view/1686/1324>
88. Arroyo A, Cortez D, Aguirre R, García R, Ramírez O, Hamui A. Las relaciones interpersonales: percepción de la comunicación, trato y experiencias adversas en los usuarios de las unidades médicas pertenecientes a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE). *Gaceta Médica de México* [internet]. 2013 [consultado 06 sep. 2019]; 149 134 – 142. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2013/gm132b.pdf>
89. Gayón-Vera E. Evidencias científicas en torno a la legalización del aborto en la Ciudad de México. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2010 [Consultado 04 ago. 2019]; 78 (03): 168 - 180. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom103d.pdf>
90. Pina F, Almansa P. Mujeres y cuidados: retos en salud. España: Editum; 2014. p. 171 – 188.
91. Crosby P. Quality is free. The art of making quality certain. Nueva York: McGraw-Hill; 1979.

92. Ministerio de Salud y Protección Social Calidad en salud en Colombia. Los principios [Internet]. 2008 [Consultado 06 sep. 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>
93. Ministerio de Salud y Protección Social. Documento técnico para la Atención postaborto (APA) y sus complicaciones [Internet]. 2014 [Consultado 3 Abr 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-IVE-DT-Atencion-postaborto.pdf>
94. Donabedian. International Organization for Standarization. Quality: terms and definitions; 1989.
95. Kruk M, Gage A, Arsenault C, Jordan K, Leslie H, Roder-DeWan S. Sistemas de salud de alta calidad en la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible: es hora de una revolución. The Lancet Global Health Commission [Internet]. 2019 [Consultado 06 Sep. 2019]. Disponible en: https://www.thelancet.com/pb-assets/Lancet/stories/commissions/health-quality-health-systems/TLGH_HealthSystem_ExecSum_Spanish.PDF
96. Lira E. Trauma, duelo, reparación y memoria. Rev.estud.soc. [Internet] 2010 [Consultado 06 sep. 2019]; 36(172): 14 – 28. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/res/n36/n36a02.pdf>
97. Bohigues I. Ámbito sociolingüístico. España: Paraninfo; 2014. p. 73 – 77.
98. Myers D. Psicología 7ª ed. Buenos Aires; 2006. p. 264 – 281.
99. Cardoso M, Zavala M, Alva M. Depresión y estrés postraumático en mujeres con pérdidas gestacionales inducidas e involuntarias. Pensamiento Psicológico [Internet]. 2017 [Consultado 06 sep. 2019]; 15(2): 109 – 120. Disponible en: <https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/1476/2267>
100. Hamama L, Rauch S, Sperlich M, Defever E, Seng, J. Previous Experience of Spontaneous or Elective Abortion and Risk for Posttraumatic Stress and Depression during Subsequent Pregnancy. Depression and Anxiety [Internet]. 2010 [Consultado 06 sep. 2019]; 27(8): 699 – 707. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2939862/>
101. Fritz Perls. El enfoque Gestalt y testigos de terapia 20ª ed. Santiago de Chile: Cuatro vientos; 2013.
102. Barreda E. Secuelas Psicológicas tras la interrupción voluntaria del embarazo en adolescentes. ENE [Internet]. 2011 [Consultado 06 sep. 2019]; 5(1): 25 – 32. Disponible en:

<http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/viewFile/78/66>

103. Ministerio de salud Presidencia de la Nación. Dirección de estadísticas e información de salud. Natalidad y Mortalidad 2016: Síntesis estadística 3 2018 [Internet]. 2016 [Consultado 06 sep. 2018]. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2018/07/Natalidad-Mortalidad-2016-SintesisNro3.pdf>

104. Koch E, Thorp J, Bravo M, Gatica S, Romero CX, Aguilera H, et al. Women's education level, maternal health facilities, abortion legislation and maternal deaths: a natural experiment in Chile from 1957 to 2007. Plos One [Internet]. 2012 [Consultado 06 sep. 2019]; 7(5). Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0036613>

105. Assembleia da República da Portugal. Lei no 16/2007 de 17 de abril Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez. Diário da República [Internet]. 2007 [Consultado 06 sep. 2019] Disponible en: <https://dre.pt/application/dir/pdfgratis/2007/04/07500.pdf>

106. Ministerio de salud de la Nación. Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto [Internet]. 2015 [Consultado 06 sep. 2018]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000587cnt-Guia-para-la-atencion-integral-de-mujeres-que-cursan-un-aborto.pdf>

107. Turner K, Huber A, Hill C. La atención postaborto centrada en la mujer: manual de referencia. 2 ed. Carolina del Norte: Ipas; 2014.

108. Doval H. Temor y esperanza en el encuentro médico. Revista Argentina de Cardiología [Internet] 2008 [Consultado 06 sep. 2019]; 76(1): 82 – 85. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3053/305326967017.pdf>

109. Alférez A. La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer. RECS [Internet] 2012 [Consultado 06 sep. 2019]; 3(2): 147 – 157. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3379/2031>

110. Gonzales C. Como comunicamos las/os enfermeras/os: una reflexión necesaria. Benessere [Internet]. 2017 [Consultado 06 sep. 2019]; 2(1): 44-54. Disponible en: <https://micologia.uv.cl/index.php/Benessere/article/view/1329/1369>

111. Ministerio de Salud y Protección Social. Manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS [Internet]. 2016 [Consultado 06 sep. 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/Manual-metodologico-rias.pdf>

112. Congreso de Colombia. Normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres [Internet] 2008 [Consultado 06 sep. 2019] Disponible en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/2008_col_ley1257.pdf

113. Medina M, Layne B, Galeano M, Lozada C. Lo psicosocial desde una perspectiva holística. *Tendencia y retos*. 2008; 12: 177 – 189.
114. Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL. Autonomía de la mujeres e igualdad en la agenda de desarrollo sostenible [Internet]. 2016 [Consultado 06 sep. 2019] Disponible en:
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40633/4/S1601248_es.pdf
115. Kabber N. Lugar preponderante del género en la erradicación de la pobreza y las metas del desarrollo del milenio. México: PyV; 2006.
116. Kabber N. Women's economic empowerment and inclusive growth: labour markets and enterprise development. DCIFD [Internet] [Consultado 22 ago. 2019]. Disponible en:
<https://www.idrc.ca/sites/default/files/sp/Documents%20EN/NK-WEE-Concept-Paper.pdf>
117. Rodríguez J, Rodríguez D, Corrales J. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población colombiana, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet] 2015 [Consultado 12 jul 2019]; 20 (6):1947-1958. Disponible en:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1947.pdf>
118. Cortez R. la isla de los 5 faros. Un recorrido por las claves de la comunicación. Barcelona: RBA integral; 2006.
119. Yontef G. Proceso dialogo es psicoterapia gestáltica. Chile: Cuatro vientos; 2002.
- 120 Campo A, Oviedo H, Herazo E. Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Rev colomb psiquiat* [Internet]. 2014 [Consultado 06 sep. 2019]; 43(3): 162–167. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v43n3/v43n3a07.pdf>
121. De la fuente J. Salud mental y medicina psicológica. Nueva York: Mcgraw Hill; 2018
122. Pliscoff C, Araya J. Las alianzas público – privadas como gatilladoras de innovación en las organizaciones públicas: Reflexiones a partir de la situación chilena. *Revista Chilena de Administración Pública* [Internet]. 2012 [Consultado 06 sep. 2019]; 19, 173 – 198. Disponible en:
<https://revistaderechoambiental.uchile.cl/index.php/REGP/article/view/21180/22845>
123. Zevallos L, Salas V, Robles L. Asociaciones público – privadas para servicio de salud: ¿la solución al sistema de salud peruano? *Salud publica* [Internet]. 2014 [Consultado 13 feb 2019]; 31(4), 769 – 774. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000400024
124. García D. Bioética Clínica. Bogotá: El Búho; 2001. pp. 63 – 68.
125. Roy C. El modelo de adaptación de Callista Roy. 3ª ed. Nueva Jersey: Pearson; 200.9
126. Hamilton G. Teoría y práctica del Trabajo Social de casos. México: La prensa Mexicana; 1951.

127. Argyris C, Schön D. Theory in practice: increasing professional effectiveness. San Francisco: Jossey-Bass; 1974.
128. Lara J, Ruiz R, García F. Teoría en la acción sobre la relación con el paciente. Una perspectiva diferente de representar y entender el comportamiento del médico de familia en la consulta. 2015; 47(5): 279 – 286.
129. Díaz M. La palabra y la acción: La máquina de enunciación K. Villa María: Eduvim; 2011. p 65 – 67.
130. Bohigues I. Ámbito sociolingüístico. España: Paraninfo; 2014. p. 73 – 77.
131. May, R. Amor y voluntad. México: Gedisa; 1990.
132. Ellwood C. An introduction to social psychology. New York: Appleton; 1917.
133. Arborelius E. Using doctor-patient communication to affect patients lifestyles. Theoretical and practical implications. Psychology and Health. 1996; 11(6): 845 – 855.
134. Department of Health and Human Services. Healthy people 2010 final review. U.S: National Center for Health Statistics; 2012.
135. Núñez A. La estrategia del pingüino. Barcelona: Random House Mondadori. S. A.; 2011. p. 11 – 28.
136. Hartmann H. La psicología del yo y el problema de la adaptación. México D.F: Pax; 1962. p. 26
137. Rapoport A. Modern systems theory an outlook for coping with change. General Systems. 1970; (15). p. 15 – 25.
138. Halson H. Adaptation-level theory. Nueva York: harper & Row; 1964.
139. Bowlby J. Vínculos: afectivos, formación, desarrollo y pérdida. 6ª ed. Madrid: Morata; 2014.
140. Küber E, Kessler D. Sobre el Duelo y el Dolor. Argentina: Oniro. 2014.
141. Llácer L, Ramos M, Barreto P, Pérez M. Modelos Psicológicos del Duelo: Una Revisión Teórica. Calidad de vida y salud [Internet]. 2019 [Consultado 06 sep. 2019]; 12(1): 65 – 75. Disponible en: <http://revistacdvs.uflo.edu.ar/index.php/CdVUFLO/article/view/176/180>
142. Neimeyer R. Aprender de las pérdidas. Barcelona: Paidós; 2002.
143. Morer B, Alonso R, Beltrán M. El duelo y la pérdida en la familia. Revisión desde una perspectiva relacional. Redes [Internet]. 2017 [Consultado 06 sep. 2109]; 36: 11 – 24. Disponible en: <http://www.redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/196/159>
144. Burke T, Reardon D. Dolor prohibido: El dolor tácito del aborto. Springfield IL: Acorn Books; 2007. p. 334.

145. Expósito A, Lopez F. Gestión administrativa de cuidados. Madrid: ACCI; 2016.
146. Jung C. Espejos del yo: imágenes arquetípicas que dan forma a nuestras vidas. 3ª ed. Barcelona: Kairós. 1994.
147. LeBreton D. Antropología del cuerpo y la modernidad. Buenos Aires: nueva visión. 2002.
148. Ministerio de Salud y Protección Social. Modelo de acción integral territorial [Internet]. 2019 [Consultado 06 sep. 2019]. Disponible en: <https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2019/05/Proyecto-de-resoluci%C3%B3n-PAIS-MAITE-1.pdf>
149. Zehr H, Gohar A. The Little Book of Restorative Justice [Internet]. Nueva York: Good Books; [Consultado 06 sep. 2018]. Disponible en: <https://www.unicef.org/tdad/littlebookrjpakaf.pdf>
150. McCold P, Watchel T. En busca de un paradigma: una teoría sobre justicia restaurativa. Rio de Janeiro: Internacional Institute for Restorative Practices; 2003. p 1.
151. Galaway B. (1985), Victim participation in the penal corrective process. Estados Unidos: Victimology Volume. 1985; 10 (1 – 4): 617 – 630.
152. Aznar J, Cerdá G. Aborto y salud mental de la mujer. Acta Bioeth [Internet]. 2014 [Consultado 06 sep. 2019]; 20(2), 189 – 195. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2014000200006
153. Villa J, Londoño N, Gallego M, Arango L, Rosso M. Apoyo mutuo, liderazgo afectivo y rehabilitación comunitaria Una experiencia de acompañamiento psicosocial para la “rehabilitación” de víctimas del conflicto armado. AGO.USB [Internet]. 2016 [consultado 06 sep. 2019]; 16(2): 359 – 678. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/agor/v16n2/v16n2a05.pdf>
154. Oriéntame. Claves para hablar de sexualidad con adolescentes [Internet] 2017 [Consultado 06 sep. 2019]. Disponible en: <https://www.orientame.org.co/claves-para-hablar-de-sexualidad-con-adolescentes/>
155. Oriéntame. Prevención [Internet] 2017 [Consultado 06 sep. 2019]. Disponible en: <https://www.orientame.org.co/prevencion-y-capacitacion/prevencion/>
156. Payas A. Las tareas del duelo: Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional. Barcelona: Grupo Planeta; 2012.
157. Gilbert J. Introducción a la sociología. Santiago de Chile: LOM; 1997. p. 71 – 100.
158. Gil L. Psicología, trabajo e individuación. Bogotá: San Pable; 2016. p. 52 – 68.
159. O’Sullivan S. Todo está en tu cabeza: Historias reales de enfermedades imaginarias. España: Ariel; 2016.

160. Caja de compensación Comfandi. Servicios amigables para jóvenes [Internet]. 2019 [Consultado 06 de sep. 2019]. Disponible en:
<https://www.comfandi.com.co/persona/tulua/portafolio-integral/promocion-y-prevencion-en-salud/servicios-amigables-para-jovenes>
161. Ministerio de salud y protección social. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes (SSAAJ) [Internet]. 2018 [Consultado 06 sep. 2019]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Servicios-de-salud-amigables-para-adolescentes-y-jovenes-SSAAJ.aspx>
162. Secretaria de salud municipal de Tuluá. Plan Territorial De Salud 2016 - 2019 Municipio De Tuluá [Internet]. 2016 [Consultado 06 sep. 2019]. Disponible en:
<https://www.tulua.gov.co/wp-content/uploads/2017/07/Plan%20Territorial%20de%20Salud%202016-2019.pdf>
163. Ministerio de salud y protección social. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia [Internet]. 2007 [Consultado 06 sep. 2019]. Disponible en:
http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Modelo%20Servicios%20Amigables%20Colombia%20Dra.%20Diva%20Moreno_0_0.pdf
164. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. 2010 [Consultado 06 sep. 2018] Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%202010.pdf>
165. Saldívar A, Díaz R, Reyes N, Armenta C, López F, López M, Romero A, Hernández J, Dominguez M. Roles de Género y Diversidad: Validación de una Escala en Varios Contextos Culturales [Internet]. 2015 [Consultado 06 sep. 2018]; 5(3): 2124 – 2147. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-48322015000302124&script=sci_arttext
166. Ministerio de justicia y del derecho. Decreto 4800 de 2011 [Internet]. 2011 [Consultado 06 sep. 2018]. Disponible en:
<https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/decreto4800reglamentarioleyvictimas.pdf>
167. Defensoría del pueblo de Colombia. Política de atención y reparación a víctimas [Internet]. 2018 [Consultado 06 sep. 2019]. Disponible en:
<http://www.defensoria.gov.co/public/pdf/politica-de-atencion-reparacion-victimas.pdf>
168. Gita S, Asha G, Pirooska Ö. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. Harvard, Center for Population and Development Studies [Internet]. 2005 [Consultado 06 sep. 2019]; Publicación ocasional. N° 14. Disponible en:
http://cidbimena.desastres.hn/filemgmt/files/PO_14_entire_book.pdf

169. Ministerio de salud y protección social. Lineamientos de la política de salud mental para Colombia [Internet]. 2005 [Consultado 06 sep. 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Lineamientos/Lineamientos%20Pol%C3%ADtica%20Salud%20Mental.pdf>
170. Larracilla A. El consentimiento informado en investigación. Generalidades. México: Acta Med 2003; 1 (3) p 167 – 171.
171. Organización Panamericana de la Salud. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. [Internet] 2017. [Consultado 26 abril de 2018]. Disponible en: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf
172. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 8430 de 1993. [Consultado 24 mayo 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Anexos

Anexo 1. Guion de entrevista

1. ¿Qué significa para usted la atención emocional luego del procedimiento?

2. Describa el equipo asistencial que la acompañó luego del procedimiento.

3. ¿Cuál fue la información suministrada por parte de la institución luego del procedimiento?

4. ¿Cuáles fueron las actividades que realizó el personal asistencial luego del procedimiento?

5. ¿Qué características le adjudica usted a la comunicación del personal asistencial luego del procedimiento?

6. ¿Cuál fue el acompañamiento del equipo asistencial después del procedimiento?

7. ¿Qué elementos le aportó el apoyo del personal asistencial para tener sensación de bienestar?

8. ¿Dibuje la ruta de atención luego del procedimiento?

9. ¿Describa el trato interpersonal con el grupo asistencial luego del procedimiento?

10. ¿Quién le ayudó a enfrentar la situación luego del procedimiento?

11. Describa su red de apoyo (familia, amigos, pareja)

12. ¿Qué implica estar en un proceso de atención emocional luego del procedimiento?

13. ¿Qué representó o representaría para usted la intervención emocional realizada por la institución después del procedimiento?

14. ¿Qué ayuda tuvo de su red de apoyo luego del procedimiento?

15. ¿Qué tipo de seguimiento obtuvo después del procedimiento?

16. ¿Describa la impresión que le causó el personal de salud que la asistió después del procedimiento?

Categorías

Enfoque Psicosocial en la
Atención Post – aborto

Aceptación

Justicia Restaurativa

17. ¿Qué espacios de intervención emocional participó o le gustaría participar luego de este procedimiento?

18. ¿Cuál podría ser para usted una efectiva intervención emocional luego de este procedimiento?

19. ¿Cuáles recursos materiales debería quedarse una mujer luego de este procedimiento?

20. ¿Qué implica tener una actividad económica para afrontar la etapa después del procedimiento?

21. Describa los recursos económicos, con los que cree se deba contar, para acceder a la atención psicosocial luego del procedimiento.

22. ¿Enliste los términos usados por el personal asistencial al momento de la atención después del procedimiento?

23. ¿Cómo le gustaría que la trataran luego del procedimiento?

24. ¿Cómo le gustaría que le hablaran luego del procedimiento?

25. ¿Cómo se debería difundir la información sobre la atención luego del procedimiento?

26. ¿Qué tipo de entidades deberían existir para brindar este tipo de ayuda?

Enfoque de Género, salud
Sexual y Reproductiva

Anexo 2. Encuesta sociodemográfica

		ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA DE LA INVESTIGACIÓN LA IMPORTANCIA DE LA ADMINISTRACIÓN EN SALUD MENTAL: ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y PSICOSOCIALES A INTEGRARSE EN LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD, PARA MUJERES EN FASE DE POS – ABORTO EN EL MUNICIPIO DE TULUÁ – VALLE, EN EL AÑO 2019													
Fecha	Día:		Mes:		Año:		Hora:			Cód.					
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS															
Edad		Estado civil (Única respuesta)				Ciudad de procedencia		de		Último grado educativo cursado					
		soltera		Unión libre											
Estrato socioeconómico		casada		Divorciada											
		Viuda		Otra/Cuál:											
1	2	3	4	5	6										
Actividad laboral que desempeña actualmente:															
Composición familiar:															
Personas con quien vive:															
Régimen de salud (única respuesta)						Cotizante		Si		No					
Subsidiado				Especial				Beneficiaria		Si		No			
Contributivo				Vinculado				Si es beneficiaria indique de quien							
Otro				Cuál											
SALUD EMOCIONAL															
Tratamiento Psicológico				Si		No		Tratamiento Psiquiátrico				Si		No	

Motivo del (de los) tratamiento(s)											
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA											
Ha tenido embarazos	Si		No		Cuántos		Abortos	Si	No	Cuantos	
							Procedimiento autorizado por una EPS			Si	No
Número de hijos vivos		Número de hijas vivas					Número Hijas/hijos fallecidos				

Anexo 3. Autorización de realización de proyecto de grado



Tuluá, 18 Junio de 2018

Integrantes de CIREH
COMITÉ INSTITUCIONAL DE REVISION DE ÉTICA HUMANA
Atn.: Profesora María Florencia Velasco
Facultad de Salud
Universidad del Valle
Cali

Asunto: Autorización realización de proyecto de grado.

La Fundación Casa de Vida San Miguel Arcángel con sigla Fcv-SMA y número de Nit. **900795081-2**, autoriza la realización del proyecto de investigación en la institución, el cual tiene por título *Aspectos psicosociales de las experiencias de mujeres en fase de post – aborto, en instituciones prestadoras de salud de nivel II, en la ciudad de Tuluá, en el año 2018*, cuyo investigador principal es **Luz Carlina Bonilla Plaza con C.C. 38614103**, bajo la dirección de la **Dra. Raquel Díaz Bustamante**, aprobado en la sesión del 12 de junio de 2018, consignado en el acta N° 011-18 de la correspondiente sesión.



FUNDACION
CASA DE VIDA
SAN MIGUEL ARCANGEL
Nit: 900795081-2 Fcv-SMA
Junta directiva

Fundación Casa de Vida San Miguel Arcángel



fsmatulua2014@gmail.com Teléfonos 317-6033360/ 317-5462201
Tuluá - Valle - Colombia

Anexo 4. Consideraciones Ética y Consentimiento informado

Esta investigación que tiene por objeto describir los aspectos administrativos y psicosociales a integrarse en el abordaje psicosocial para mujeres en fase de post – aborto, en la Ruta de Atención Integral en Salud, en instituciones prestadoras de salud de nivel II en la ciudad de Tuluá, en el año 2019. Pretende mostrar los elementos administrativos inmersos en el cuidado de la salud emocional, y con ello, evidenciar la relevancia de la organización de los servicios de salud mental desde las necesidades reales del individuo, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas y los procesos de atención. Para esto, se realizó entrevistas con actores sociales de la problemática a estudio con el objeto de seleccionar el número de participantes en la investigación la cual se realizó con la saturación de los datos.

Acceso a la información

Se obtuvo el permiso de la Fundación casa de vida san Miguel Arcángel (Fcv – SMA) anexo (3). La institución cuenta con una base de datos de mujeres en fase de post – aborto que aún no han recibido tratamiento psicosocial en la Fcv – SMA por parte del personal asistencial, de dicha base de datos salió la muestra a investigar (15 participantes) siguiendo los siguientes criterios: mujeres de 18 a 49 años de edad, con antecedentes de interrupción voluntaria del embarazo en instituciones de II nivel, o en clínicas asociadas a servicios amigables u otras, dentro de las causales de despenalización en Colombia, que hayan recibido asesoría y orientación en el Post – aborto según el Documento Técnico de Atención Integral en la IVE (39), con un tiempo no menor a un año, ni mayor a trece años de la práctica de la IVE. La Fcv – SMA contactó a las participantes que cumplieron con los criterios e hizo el empalme de las mujeres una a una con la investigadora, facilitándole los espacios físicos para llevar a cabo las entrevistas.

Para velar por la confidencialidad de las mujeres entrevistadas, se usó un consentimiento informado con las especificaciones contenidas en este anexo, el consentimiento informado se diligenció por cada una de las participantes de la investigación al inicio de cada entrevista. El protocolo de firma de consentimiento informado conto con varias fases; la primera, se

solicitó que las participantes leyeran dicho documento, el cual, también se explicó verbalmente el contenido de consentimiento informado. Esta medida se realizó para evitar cualquier tipo de confusión y brindar información pertinente sobre los alcances de su participación en la investigación, para que contarán con toda la información pertinente al momento de firmar y dar su consentimiento (170).

Durante el protocolo de firma de consentimiento informado también se les explicó a las participantes que tenían la libertad y autonomía de solicitar información oportuna sobre algún tema o pregunta que emergiera durante la entrevista, pero también, se les reiteró que podrían retirarse del estudio cuando ellas lo creyeran necesario, Organización Panamericana de la Salud (171).

Riesgos y beneficios derivados de la investigación

Según las pautas éticas CIOMS (171) la relación riesgo – beneficio en el estudio fue positiva dado a que los riesgos son razonables de cara al valor social de la investigación que está ligado a la cooperación con la atención a nivel nacional en la restauración psicosocial de mujeres que buscan alternativas de reparación frente al déficit emocional experimentado en el post – aborto, fortaleciendo las rutas de atención luego de una IVE.

Siguiendo las pautas CIOMS se tuvo en cuenta los siguientes aspectos (171): a) la evaluación del procedimiento de investigación, es decir, el guion de entrevista el cual esta direccionado hacia procesos administrativos alejándose de conceptos personales; b) se considera beneficios individuales, dado a que, se protege y promueve la salud para futuras usuarias; c) control y reducción de los riesgos a través de plan de contención durante la entrevista y después de la misma si se requería, además se estableció criterios claros de selección, se tuvo medida de protección de los datos obtenidos; d) no se realizó procedimientos innecesarios o que no tuvieran afinidad a la investigación como test psicológicos o pruebas físicas.

Según la resolución 8430 de 1994 en su artículo 11 numeral a), la investigación está en la categoría sin riesgo refiriendo que: “Son estudios que emplean técnicas y métodos de

investigación documental, retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta” (172), es decir en la investigación no se realizará ninguna intervención psicosocial o médica intencionada, por lo tanto, no se tomarán en cuenta las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, por lo tanto, no se indagó por los factores de la biografía, ni factores psicológicos y/o sentimientos experimentados durante el proceso de interrupción voluntaria del embarazo médico o quirúrgico; sólo se analizarán factores administrativos de la atención en la fase de post – aborto.

Sin embargo debido al evento de la interrupción voluntaria del embarazo, se tuvo en cuenta que podría presentarse un “riesgo mínimo” sujeto a la movilización de emociones debido a la evocación de recuerdos, y para esto, se contó con apoyo psicológico, es de notar que no existió tensión emocional durante la entrevista de carácter moderado o alto, para la cual no se activó la contención prevista en las consideraciones éticas, que consistía en si el caso requería, intervención psicológica dado a alguna situación de tensión emocional derivada de la entrevista se haría intervención y seguimiento psicológico cada 15 días o según el profesional de psicología lo recomiende, por espacio de 3 meses, contados a partir de la fecha de la entrevista. Con el objeto de salvaguardar la estabilidad emocional de las participantes durante las entrevistas y posteriores a las mismas, se diseñó una ruta de intervención psicosocial que la investigadora, como profesional en psicología en conjunto con el equipo de intervención psicosocial de la Fcv – SMA pondría en marcha en caso de ser necesaria y la cual, ver tabla 4. Cabe notar que no fue necesario activar la ruta de intervención con ninguna de las participantes de la investigación.

Tabla 4. Ruta de intervención

Elemento	Manejo	Acción Específica	Objeto
Empatía	Disminución de la crisis Fomentar el diálogo Rastrear los sentimientos Trasmitir interés Proporcionar una situación de calma	Actitud facilitadora Técnicas de estabilización emocional	Generar sentimientos en la participante de apoyo, escucha, comprensión y aceptación Disminución de la angustia
Análisis de la situación	Indagar por el pasado inmediato Indagar por suceso precipitante Indagar por ideación suicida Indagar por recursos intrínsecos y extrínsecos Indagar por decisiones	Escucha activa Técnicas integrativas	Determinar las necesidades inmediatas y posteriores a la entrevista
Análisis de las soluciones	Redefinición del problema Propuestas de nuevas alternativas de conducta Acciones viables a tomar	Movilización de recursos para el manejo de la situación	Determinar soluciones inmediatas durante la entrevista y posteriores a la entrevista
Seguimiento	Verificar información Mecanismo de seguimiento Espacio de 3 meses Verificar seguimiento de pautas dadas	Convenios para la acción explorando el ambiente Vinculación a la Fcv-SMA	La retroalimentación, vista desde la eficacia de la ayuda psicológica recibida.

La investigadora tuvo en cuenta la confidencialidad de la información suministrada por las participantes y la toma de medidas necesarias en la investigación, asignando una codificación especial para cada participante; por tanto, su nombre fue modificado a través del uso de un alias durante el análisis y presentación de los resultados de la investigación. Pero también, la construcción y uso de un banco de nombres permitió asignarle un alias a cada una de estas mujeres, facilitándole al lector, establecer una relación más real con los comentarios de estas participantes.

Para la presente investigación se tomó la Resolución N° 008430 del Ministerio de Salud de Colombia, con las cuales se garantizó el cumplimiento de los principios de beneficencia y no maleficencia, autonomía y justicia.

consentimiento informado



**LA IMPORTANCIA DE LA ADMINISTRACIÓN EN SALUD MENTAL:
ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y PSICOSOCIALES A INTEGRARSE EN LA RUTA
INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD, PARA MUJERES EN FASE DE POS –
ABORTO EN EL MUNICIPIO DE TULUÁ – VALLE, EN EL AÑO 2019**



La investigadora perteneciente a la Universidad del Valle cordialmente la invita a participar en la presente investigación, que tiene por objeto identificar y describir los aspectos a integrarse en el abordaje psicosocial para mujeres en fase de post – aborto, en la Ruta de Atención Integral en Salud en instituciones prestadoras de salud de segundo nivel. Para la recolección de esta información se realizará una encuesta sociodemográfica y una entrevista estructurada, alrededor de 15 mujeres, con duración de aproximadamente dos horas.

Su participación en la investigación trae como beneficio fortalecer el abordaje en la fase de post – aborto, garantizando una adecuada recuperación, disminuyendo los riesgos en salud mental; el proceso de recolección de la información mediante la entrevista no tiene riesgo alguno para su integridad emocional y/o física, no obstante cabe la posibilidad de sentir molestias dado al recuerdo de este evento; para tal caso se contará con intervención psicológica de apoyo por parte de la investigadora y su posterior seguimiento.

Antes de dar inicio a la actividad, es importante que usted tenga en cuenta:

1. Su participación en el estudio es voluntaria
2. Usted puede retirarse de la actividad en el momento que lo desee, pudiendo informar o no, las razones de su retiro, sin perjuicios para continuar su cuidado y/o tratamiento.
3. La participación no implica costo alguno, de igual forma no recibirá beneficio monetario por parte de los investigadores.
4. Podrá solicitar información actualizada sobre el estudio en cualquier momento del mismo.

5. La información suministrada, así como su identidad será confidencial y sólo la conocerán las personas que están realizando el estudio de investigación.

Para cualquier información adicional que requiera sobre esta investigación puede ponerse en contacto con la investigadora principal, Luz Carlina Bonilla Plaza, en los teléfonos 312-2102098, 317-8958540, correo electrónico a cbp_923@hotmail.com o al correo electrónico del comité de ética de la Universidad del valle eticasalud@correounivalle.edu.co. A continuación diligenciará un formato en el que da cuenta que desea participar en el estudio y autoriza a la investigadora para usar esta información con fines académicos⁴⁰.

YO, _____ con edad de ____ años, en calidad de participante VOLUNTARIO del estudio de investigación descrito con anterioridad y en mi nombre, MANIFIESTO QUE: He recibido toda la información necesaria de forma confidencial, clara, comprensible y satisfactoria sobre la naturaleza y propósitos de los objetivos, logros, procedimientos, instrumentos a utilizar, tiempo de duración, posibles consecuencias negativas de la investigación. Entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Declaro que he comprendido los términos del consentimiento informado; acepto participar en este estudio de investigación.

¿Autoriza usted que la información recolectada sea usada en investigaciones posteriores, previa aprobación del Comité de Ética de la Universidad del Valle?:

SI ☐ NO ☐

⁴⁰ De este documento se garantiza que el participante recibirá copia.

Nombre del participante
C.C.

Firma: _____

Nombre del testigo
C.C.

Firma: _____

Nombre del testigo
C.C.

Firma: _____

Firmado el día _____ de _____ del año _____

Anexo 5. Aval definitivo del comité de Ética de la Universidad del Valle

Comité Institucional de Revisión de Ética Humana

Facultad de Salud



ACTA DE APROBACIÓN N° 014 - 018

Proyecto: **"ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LAS EXPERIENCIAS DE MUJERES EN FASE DE POST-ABORTO, EN INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD DE NIVEL II, EN LA CIUDAD DE TULUÁ, EN EL AÑO 2013"**

Sometido por: **RAQUEL DIAZ BUSTAMANTE / LUZ CARLINA BONILLA PLAZA**

Código Interno: **175-018** Fecha en que fue sometido: **27** **08** **2018**

El Consejo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ha establecido el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH), el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2002; y el Código de Regulaciones Federales, título 45, parte 46, para la protección de sujetos humanos, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos 2000.

Este Comité certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto:

- | | |
|--|---|
| ☒ Resumen del proyecto | ☒ Protocolo de investigación |
| ☒ Formato de consentimiento informado | ☒ Instrumento de recolección de datos |
| ☒ Folleto del investigador (si aplica) | ☒ Cartas de las instituciones participantes |
| ☒ Resultados de evaluación por otros comités (si aplica) | |

2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité:

3. Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene la siguiente **Clasificación de Riesgo**:

☐ SIN RIESGO ☒ RIESGO MÍNIMO ☐ RIESGO MAYOR DEL MÍNIMO

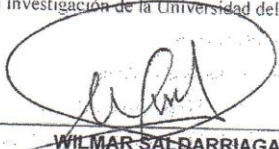
4. Que las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.
5. La forma de obtener el consentimiento informado de los participantes en el estudio es adecuada.
6. Este proyecto será **revisado nuevamente** en la próxima reunión plenaria del Comité, sin embargo, el Comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del Comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.
7. **Informará** inmediatamente a las directivas institucionales:
 - a. Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
 - b. Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.
8. **Informará** inmediatamente a las directivas institucionales toda información que reciba acerca de:
 - a. Lesiones a sujetos humanos.

- Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
- b. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que no haya sido revisado y aprobado por el Comité.
9. El presente proyecto ha sido **aprobado** por un periodo de **1 año** a partir de la fecha de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.
10. El **investigador principal** deberá informar al Comité:
- a. Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los sujetos.
 - b. Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los sujetos u otros.
 - c. Cualquier evento adverso serio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido, al secretario(a) y al presidente (Anexo I).
 - d. Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los sujetos participantes.
 - e. cualquier decisión tomada por otros comités de ética.
 - f. La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
 - g. El investigador principal deberá presentar un informe al final del año de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.

Firma:  Fecha: 04 10 2018
Nombre: **MARIA FLORENCIA VELASCO DE MARTINEZ**
Capacidad representativa: **PRESIDENTA** Teléfono: 5185677

CERTIFICACIÓN DE LA FACULTAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE

Por medio de la presente, certifico que la Facultad de Salud de la Universidad del Valle aprueba el proyecto arriba mencionado y respeta los principios, políticas y procedimientos de la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial, de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y de la reglamentación vigente en investigación de la Universidad del Valle.

Firma:  Fecha: 04 10 2018
Nombre: **WILMAR SALBARRIAGA**
Capacidad representativa: **VICEDECANO DE LA FACULTAD DE SALUD** Teléfono: 5185680