

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA
CARRERA DE PSICOLOGÍA

Alvarez Tribunal

Lic. Soriza Tribunal

W. S. de la Paz

Principales

7. 1133



TESIS DE GRADO

**"REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL ABORTO
EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA
CIUDAD DE LA PAZ"**

POSTULANTE:
MARIA DEL CARMEN GONZALES VASQUEZ

TUTOR:
Lic. JAVIER DE LA RIVA QUIROGA

ANTD

LA PAZ - BOLIVIA
2004

01 200

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que de una u otra manera me brindaron su apoyo para la realización y culminación de este trabajo.

❖

❖ Al Lic. Javier de La Riva Quiroga, cuyo apoyo fue decisivo para iniciar y ejecutar este trabajo.

A la Lic. Susana Aramayo, por sus enriquecedores aportes,

• Al Lic. Vitaliano Soria, por la cuidadosa y paciente revisión del documento, cuyos aportes fueron muy importantes.

❖ A las autoridades y los docentes de la Facultad de Medicina, que me permitieron realizar este estudio en esa prestigiosa institución.

❖

entrevistas

❖ A mi familia por la paciencia y motivación constante.

DEDICATORIA

Dedicado a todas aquellas mujeres que por alguna circunstancia de la vida se ven enfrentadas con un embarazo no deseada o inoportuno y con todas las presiones que ello implica, para sea que opte por la continuación o no del embarazo.

A los proveedores de salud, que pueden encontrarse también en situaciones difíciles, al enfrentar la disyuntiva que representa el tener que optar entre la vida y condición de una mujer y la vida de un nuevo ser.

Esperando que mejoren las condiciones de educación y toma de conciencia respecto a la salud y los derechos sexuales y reproductivos coadyuvando con el ejercicio de una sexualidad responsable, sana y placentera.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
--------------	---

CAPITULO I

ANTECEDENTES

1.1. JUSTIFICACIÓN	4
1.2. DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO	5
1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.5. OBJETIVOS	11

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. REVISIÓN HISTÓRICA SOBRE LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL ABORTO	13
2.2. INVESTIGACIONES PREVIAS RELACIONADAS CON LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL ABORTO EN AMERICA LATINA	15
2.2.1. EL PERSONAL DE SALUD ANTE EL ABORTO	16
2.2.2. REPRESENTACIONES MASCULINAS SOBRE ABORTO	21
2.2.3. EL ABORTO DESDE LA VISIÓN DE LAS MUJERES	22
2.3. ESTUDIOS REALIZADOS EN BOLIVIA SOBRE LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL ABORTO	
2.3.1. POBLACIÓN URBANA FRENTE AL ABORTO	24
2.3.2. PERSONAL DE SALUD Y ATENCIÓN DEL ABORTO EN BOLIVIA	25
2.3.3. EL ABORTO DESDE LA VISIÓN DE MUJERES QUE HAN PASADO POR ESTA EXPERIENCIA (CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL ABORTO)	29

2.3.4. EL ABORTO DESDE LA PERSPECTIVA DE HOMBRES Y MUJERES COMO MIEMBROS DE UNA PAREJA	31
2.4. TEORIA DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES	32
2.4.1. REPRESENTACION SOCIAL Y COMPORTAMIENTO	35
2.4.2. GÉNESIS Y FUNCIONAMIENTO DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES	35
2.4.3. COMPONENTES DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES	37
2.4.4. EL ESTUDIO DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES	39

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1.DETERMINACIÓN DE HIPOTESIS	41
3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	
3.2.1. DEFINICION CONCEPTUAL	42
3.2.2. DEFINICIONES OPERACIONALES	43
3.3.TIPO DE ESTUDIO	44
3.4.DISEÑO	44
3.5.DELIMITACIÓN TEMPORAL	44
3.6.POBLACIÓN	44
3.7. APLICACIÓN DE TÉCNICAS	45
3.7.1. CUESTIONARIOS	45
3.7.2. GRUPOS FOCALES	46
3.7.3. ANÁLISIS DE RELATOS	47
3.8. PROCEDIMIENTO	48

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE CUESTIONARIOS	50
3.1.1. CARACTERISTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA	52
3.1.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL ABORTO	53
3.1.3. ASPECTOS LEGALES	55
3.1.4. ASPECTOS PSICOSOCIALES	65
3.1.5. POLITICAS PUBLICAS DE SALUD RELACIONADAS CON EL ABORTO	72
4.2. RESULTADOS DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN	74
4.3. RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE CONTENIDO DE VEINTE RELATOS	82
4.4. ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS. (INTEGRACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS A TRAVÉS DE LAS DIFERENTES TÉCNICAS)	84
4.4.1. CONCEPTUALIZACIÓN	84
4.4.2. ASPECTOS LEGALES	86
4.4.3. ASPECTOS PSICOSOCIALES	88
4.4.4. POLITICAS DE SALUD RESPECTO AL ABORTO	93
5.5.5. ASPECTOS CLINICOS Y PSICOSOCIALES EN LA ATENCION DEL ABORTO	95

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES SEGÚN OBJETIVOS	
5.1.1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL ABORTO	96
5-1.2. ASPECTOS LEGALES DEL ABORTO	97
5.1.3. ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL ABORTO	97
5.1.4. POLITICAS PUBLICAS DE SALUD SOBRE EL ABORTO	99
5.1.5. ATENCION DEL ABORTO INCOMPLETO	100
5.2. CONCLUSIONES GENERALES	100
5.2.1. ESQUEMA DE LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL ABORTO EN ESTUDIANTES DE QUINTO AÑO DE MEDICINA	105
5.2.2. COMPONENTES DE LA REPRESENTACIÓN SOCIAL ESTUDIADA	106

5.3. RECOMENDACIONES 107

5.4. PROPUESTA 109

BIBLIOGRAFÍA 114

ANEXOS

ANEXO 1: CUESTIONARIO 121

ANEXO 2: RESULTADOS PARCIALES DE LOS TRES GRUPOS
FOCALES 125

ANEXO 3: SESIONES DE LOS GRUPOS FOCALES 136

ANEXO 5: RELATOS DE LOS ESTUDIANTES SOBRE LA
ATENCIÓN DEL ABORTO 150

REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL ABORTO
EN ESTUDIANTES DE QUINTO AÑO DE MEDICINA
DE LA CIUDAD DE LA PAZ

INTRODUCCIÓN

La elevada mortalidad materna que se tiene en Bolivia a consecuencia (entre otros factores) de abortos provocados en condiciones de riesgo, inspiró el presente estudio, orientado a partir de los compromisos adquiridos por Bolivia a partir de las Conferencias del Cairo y Beijing, donde se enfatizó que no se puede tomar el aborto como un método de planificación familiar, pero que es necesario brindar una atención humana y de calidad a la mujer que se presenta en un servicio de salud con un aborto incompleto o complicado, brindarle información y orientación para que no se repitan estos casos, debido a que el aborto es una de las causas que contribuyen a incrementar las altas tasas de mortalidad materna en muchos países.

El Gobierno de Bolivia asumió en dichas ocasiones una posición favorable respecto a estos postulados e inició la implementación de políticas que pudieran ponerlos en práctica'. Sin embargo, la emisión de políticas no es suficiente cuando se tienen una serie de valores, actitudes y creencias, arraigados de hace mucho tiempo, que dificultan la aceptación y puesta en práctica de nuevos paradigmas. Es así que según estudios realizados que se describen en el desarrollo de este trabajo, se demostró que aún hace falta investigar y trabajar en este aspecto, con los prestadores de servicios de salud.

En este sentido se realizó el presente estudio, con el objetivo de determinar la Representación Social del Aborto en Estudiantes de quinto año de Medicina de la UMSA, considerando que las representaciones sociales orientan el comportamiento de

El Programa de Atención de Emergencias de las Hemorragias de la Primera Mitad del Embarazo, contempladas en el Seguro Básico de Salud, que a partir de enero del 2003, paso a ser SUMI - Seguro Universal Materno Infantil.

las personas y la amplia posibilidad que tendrán los estudiantes de atender casos relacionados con el aborto en su próximo ejercicio profesional.

Se utilizó una combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas, a través de la aplicación de un cuestionario a cien estudiantes de quinto año, que cursaban el Bloque Materno Infantil, asimismo se realizaron grupos de discusión con estudiantes voluntarios; finalmente se realizó el análisis de relatos de 20 estudiantes voluntarios. Se trata de un estudio de tipo descriptivo, el diseño corresponde a una investigación no experimental, transversal.

Entre los resultados, se determinó que el núcleo central de la representación tiene dos componentes principales, por un lado es visto como quitar una vida, situación que se convierte en una opción cuando la salud o vida de la madre está en peligro, llamado también aborto terapéutico; en general se observa que si bien los estudiantes perciben que pueden haber situaciones especiales que rodean la práctica del aborto, respecto a los asuntos psico-sociales y legales; estos aspectos no son contemplados a la hora de representar la atención que se brindará a la usuaria que acude al servicio con una hemorragia de la primera mitad del embarazo, menos aún si se tratara de pacientes que requieren un aborto debido a un embarazo por violación o incesto, ya que de acuerdo a su representación social, el hecho de que sean circunstancias legales, no significa que automáticamente sean éticas, por lo tanto no toman en cuenta la incidencia que podrían tener estas dos últimas circunstancias, en el estado emocional de la persona; por este motivo se considera que esta representación es tendiente a mantener la práctica del aborto en condiciones de riesgo, ya que esa paciente buscará ayuda en circunstancias inadecuadas.

La limitada incorporación de las políticas públicas de salud respecto al aborto, en la representación de los estudiantes de quinto año de medicina, es relevante y se debe tomar en cuenta, ya que las mismas están elaboradas en base a las recomendaciones de El Cairo y Beijing, respecto a la atención que se debe brindar a las mujeres que acuden a

los servicios de salud, con un aborto incompleto y que pretenden modificar el trato poco adecuado que se brinda a estas pacientes en los servicios.

Al describir la atención de una paciente con aborto incompleto en el servicio de salud, los estudiantes mencionan los aspectos clínicos con mas frecuencia que los aspectos psicosociales.

Por lo que se concluyó que la representación social del aborto, en estudiantes de quinto año de medicina, está enmarcada en aspectos médico-clínicos, relegando a un segundo plano los aspectos psicosociales y legales de esta práctica.

CAPITULO 1

1.1 . JUSTIFICACION DEL TEMA:

Considerando que las representaciones sociales que se tienen con relación a un determinado objeto, definen y orientan los comportamientos respecto al mismo, se propone realizar el estudio sobre la Representación Social del Aborto, en Estudiantes de Medicina, para poder aportar en su formación profesional, y por ende contribuir a mejorar la situación de las mujeres que al encontrarse frente a un embarazo no deseado, ponen en riesgo su vida provocándose un aborto clandestino.

Toda mujer que está atravesando un problema relacionado con el aborto, se encuentra con frecuencia bajo un estrés emocional elevado, cualquiera fuese la circunstancia en que se produjo el aborto, sea espontáneo o provocado, casi siempre existen sentimientos en conflicto. El personal de salud, que se relaciona tan de cerca con estas pacientes, podría ayudar a disminuir esa ansiedad, a desbloquear esa carga afectiva, asumiendo una actitud empática y ayudando a la paciente a tomar conciencia sobre su salud sexual y reproductiva; coadyuvando de esta manera, con una de las propuestas emitidas en las Conferencias de El Cairo y Beijing y asumidas por el gobierno de Bolivia, donde se insta a brindar servicios de salud de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos mal practicados, que ponen en riesgo la salud y vida de las mujeres.

Los estudiantes de ahora próximamente estarán brindando atención en salud, probablemente en algún momento se encontrarán con pacientes que entre otras demandas acudan con hemorragias en la primera mitad del embarazo; entonces este personal automáticamente se convertirá en un nexo clave que no solamente puede ayudar a resolver emergencias ocasionadas por el aborto, sino también a prevenir futuros embarazos no deseados, realización de abortos clandestinos o

repetición de abortos en una misma paciente, coadyuvando en la lucha contra la mortalidad materna.

Se tomó en cuenta a estudiantes de quinto año de medicina (en transición hacia el internado rotatorio), debido a que después de cinco años de estudio han formado ya una representación social de grupo. Por otro lado, si bien es cierto que estos estudiantes podrán tomar diferentes especialidades en lo posterior y que los casos de aborto incompleto son atendidos en las zonas urbanas por médicos especialistas de Ginecología y Obstetricia, también se debe considerar que muchas veces en los centros o puestos de salud rurales, son médicos generales los que atienden todos los casos, sólo se derivan a un hospital de mayor complejidad, aquellos casos que presentan complicaciones.

1.2 **DELIMITACION DEL OBJETO DE ESTUDIO:**

Representación social del aborto, en estudiantes de quinto año de medicina de la Universidad Mayor de San Andrés - La Paz.

1.3. **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo realizada en El Cairo el año 1994, en su párrafo 8.25, sostiene que: "...En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia. Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes, a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones inadecuadas como importante problema de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia..." (Alanes y Rance, 1999 p.46). Se trata de brindar a las mujeres acceso a servicios de calidad

para tratar las complicaciones derivadas de abortos, ofreciendo servicios de planificación familiar, educación y asesoramiento que ayuden también a evitar la repetición de los abortos, que ponen en riesgo la salud y vida de las mujeres.

Aspectos legales: En Bolivia, el aborto provocado es ilegal, sin embargo, el Artículo 266 del Código Penal reconoce el aborto impune en algunos casos, tal como se transcribe a continuación: "Cuando el aborto hubiere sido consecuencia de un delito de violación, rapto no-seguido de matrimonio, estupro o incesto, no se aplicará sanción alguna siempre que la acción penal hubiere sido iniciada. Tampoco será punible si el aborto hubiere sido practicado con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no podía ser evitado por otros medios. En ambos casos, el aborto deberá ser practicado por un médico con el consentimiento de la mujer y la autorización judicial en su caso" (Artículo 266 del código penal).

Sin embargo, Alanes y Rance sostienen que pese a esta previsión legal, "...no existe una reglamentación complementaria, ni consenso entre los sectores involucrados (judicial y médico), lo que se ha demostrado en casos concretos de niñas embarazadas por violación, que lograron practicarse un aborto acogiéndose al Artículo 266 del Código Penal, después de mucha polémica, enfrentamiento y dilación...". Asimismo no hay concordancia entre el Artículo 266 del Código Penal y el Artículo 54 de la Ley del Procedimiento Penal, el primero menciona el aborto legal en cuatro casos, el segundo sólo se refiere al terapéutico (Alanes y Rance, 1999: p.32),.

En desacuerdo con esta situación y para tratar de mejorarla, intervienen diferentes organizaciones que forman parte de la Campaña 28 de Septiembre por la Despenalización del Aborto en América Latina y el Caribe, las cuales desde hace varios años luchan por el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

En todo caso, la ilegalidad del aborto inducido, la retardación de los casos legales junto a otras causas, hace que muchas mujeres conflictuadas por un embarazo no deseado, acudan a servicios clandestinos, curanderos y otros métodos para interrumpir los mismos, poniendo en riesgo sus vidas.

Aspectos religiosos: En la enseñanza católica, la cuestión del aborto constituye el área de mayor controversia. Declaraciones del Papa y de muchos obispos dan a entender que las objeciones de la Iglesia están basadas en enseñanzas claras y constantes de que el feto es una persona y por eso el aborto es visto como un asesinato, como una violación del mandamiento "no matarás", aunque en general la iglesia nunca ha declarado como doctrina o dogma un punto de vista dominante respecto al momento en que el feto se convierte en persona (Horst, 1998).

Hay versiones que sostienen que extraoficialmente, no todos los componentes del Clero, tienen la misma posición frente a esta problemática; la Iglesia Católica está compuesta de muchas personas que tienen opiniones diferentes sobre el aborto. Hay teólogos católicos que consideran que algunos abortos pueden ser morales, incluso hay sacerdotes y obispos que privadamente reconocen lo mismo: que algunos abortos pueden ser morales; sin embargo la Iglesia actualmente establece que toda mujer que comete el pecado del aborto, queda automáticamente excomulgada (Maguire,s/l). La posición de la iglesia contribuye a mantener esta práctica, al estar contra el uso de anticonceptivos.

Políticas de salud: Mientras que en el ámbito legislativo y eclesial, la problemática del aborto sigue causando polémica o sigue siendo un tabú, ya que es considerado ilegal o inmoral, en el ámbito de la salud, ha sido reconocido como un problema de salud pública, ya que en Bolivia, los abortos realizados en condiciones inseguras, son causantes aproximadamente de 25% a 37% de las muertes maternas, no se tienen datos exactos debido al subregistro, ya que no todos los casos son reportados (Min.Salud, 2001).

En este contexto, el estado Boliviano, como tal, ha asumido una posición menos radical, a través de la Declaración de Principios sobre Población y Desarrollo Sostenible, presentada en la Conferencia de El Cairo el año 1994, en la cual señala que las políticas y programas sociales y de salud deben ayudar a las parejas y en especial a las mujeres a evitar el aborto, propiciando el ejercicio de su derecho a decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos. No obstante, las mujeres que hubieren recurrido al aborto deben ser tratadas humanamente y con la debida orientación.

El compromiso fue refrendado con la firma del documento final en la plataforma de acción y ratificado en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en septiembre de 1995 en Beijing-China, en cuya Plataforma de Acción, párrafo 97 establece que los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, sobre su salud sexual y reproductiva, sin verse sujeta a la coerción, discriminación y violencia.

A partir de los compromisos adquiridos en las Conferencias del Cairo y Beijing, se empezaron a hacer modificaciones en el sistema de salud, aunque con dificultades y controversias respecto a la incorporación o no, de la atención del aborto incompleto en el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, puesto en marcha en 1996; al respecto, el entonces Subsecretario de Salud declaró lo siguiente: "El Seguro atiende todas las emergencias obstétricas como son las hemorragias en el primer trimestre de embarazo que son espontáneas y que conllevan la pérdida del embarazo, pero de ninguna manera están contemplados los legrados o abortos inducidos..." Por su parte el Director del Hospital de la Mujer indicaba: "...los abortos inducidos no son cubiertos, por lo que la mujer debe pagar por su atención", aunque no es fácil determinar con exactitud, si un aborto fue inducido o espontáneo (Rancé. 1998, p.109).

Durante la realización del Simposio Interamericano sobre Legislación en Salud Sexual y Reproductiva, realizado el 7 y 8 de septiembre de 1998 en La Paz, el Dr. Javier Torrez Goitia mencionó lo siguiente: "...En Bolivia, apenas se menciona la posibilidad de despenalizar el aborto, surge la polémica y las acusaciones de que se pretende legalizar el crimen....La atención postaborto abre un camino y permite algunos avances. Incluso en nuestro país que ha ingresado tarde al debate del problema, ya la propia Iglesia reconoce que se debe proporcionar un trato humano a la persona que aborta..." (Ibid,p.54).

Actualmente, considerando que entre las prioridades del Ministerio de Salud y Previsión Social, inmersas en el Plan Estratégico de Salud, está la de reducir las altas tasas de morbi-mortalidad materna, que en gran porcentaje son consecuencia de abortos espontáneos o inducidos en condiciones de riesgo, a partir de 1999, el Seguro Básico de Salud, contempla la atención gratuita de las complicaciones hemorrágicas de la primera mitad del embarazo. A la fecha se ha sustituido el Seguro Básico de Salud por el Seguro Universal Materno Infantil, Aprobado por el parlamento en enero del presente año(2003), el mismo también incluye la atención de las hemorragias de la primera mitad del embarazo.

De este modo, el Programa Nacional de Atención Integral a las Hemorragias de la Primera Mitad del embarazo, apoyado por varias agencias de cooperación, especialmente 1PAS y PATHFINDER; incluye tres componentes:

a). El tratamiento de la emergencia de las mujeres con hemorragia de la primera mitad del embarazo y sus complicaciones. b). Servicio de orientación (que incluye el brindar apoyo emocional e información) c). Vinculación con otros servicios de Salud Sexual y Reproductiva (anticoncepción, detección - control del cáncer y enfermedades de transmisión sexual).

Existe un manual de normas y procedimientos técnicos para el manejo de las hemorragias de la primera mitad del embarazo, en el mismo que al margen del

aspecto netamente técnico médico y de enfermería, incluye un apartado en el que se describe el trato humano y comunicación que deben existir entre la mujer y el proveedor de servicios, así como la orientación e información que se debe proporcionar a la paciente.

Sin embargo muchas veces las actitudes o prejuicios del personal de salud, hacia la problemática del aborto, impide que esta atención se brinde con la calidad que todo paciente necesita, mas aún considerando los estados afectivos de las señoras que acuden en busca de ayuda por un aborto incompleto.

Si bien el personal de salud presta los servicios correspondientes, no siempre brinda a la paciente un trato adecuado para que ella se sienta tranquila, segura y con la orientación pertinente pueda acceder a un método anticonceptivo, para que no recurra nuevamente al aborto y al mismo tiempo vaya consolidando su autonomía y responsabilidad sobre su propia salud y derechos sexuales y reproductivos, y es que las políticas de salud, no se convierten automáticamente en cambios de actitud.

Con estos antecedentes, se vienen realizando actividades de sensibilización y capacitación con contenidos específicos, dirigidos al personal de salud que se encuentra desempeñando funciones en diferentes servicios, las cuales han tenido resultados pasajeros o poco satisfactorios, especialmente en lo que se refiere al apoyo emocional, orientación y vinculación con otros servicios de salud reproductiva.

Para ampliar la participación de diferentes sectores en esta problemática a fin de obtener mayores y mejores resultados, IPAS-Bolivia, una organización que trabaja en este tema, desde hace varios años, convocó al Primer Encuentro Nacional de Autoridades y Docentes de las Facultades de Medicina y Enfermería, con el objetivo de Insertar el Modelo de Atención Integral a las

Hemorragias de la Primera Mitad del Embarazo, en los programas curriculares universitarios del país, en estas circunstancias el aporte que se brindará con la presente investigación, será de bastante utilidad.

1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Considerando que el aborto es un problema de salud pública, incorporado en las prestaciones gratuitas del Seguro Básico de Salud (actualmente SUMI), que los componentes del programa emitido para tal efecto, no consiguen integrarse en las actividades cotidianas de los prestadores de salud y que los estudiantes de medicina próximamente formarán parte de estos equipos y muy probablemente atenderán a estas usuarias, ¿Como será la representación social que tienen los estudiantes de quinto año de Medicina de la UMSA respecto al aborto?.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar la representación social del aborto, en estudiantes de quinto año de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés, para dilucidar estrategias que permitan fortalecer sus habilidades en la atención integral a pacientes con aborto incompleto.

1.5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- > Establecer el núcleo figurativo de la representación social del aborto en estudiantes de medicina, a través de la conceptualización que tienen sobre el mismo.
- > Identificar la información y posición que tienen los estudiantes de medicina, sobre los aspectos legales del aborto.

- Determinar los aspectos psicosociales que rodean la práctica del aborto, según la representación social de la población estudiada.
- > Identificar qué elementos conocen los estudiantes de medicina respecto a las políticas públicas de salud relacionadas con el aborto.
- > Determinar los aspectos clínicos y psicosociales que forman parte de la atención del aborto incompleto, según la representación que tienen los estudiantes de medicina.

CAPITULO 11

MARCO TEORICO

2.1. REVISION HISTORICA SOBRE LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL ABORTO.

En la antigüedad clásica el aborto no era condenado. Los griegos aceptaban el aborto, ya que era representado por la sociedad como un método de regulación de la población; filósofos como Platón y Aristóteles también eran partidarios de él y en el imperio romano parece que no hubo restricciones al respecto. En cambio los integrantes de las religiones cristiana, islámica y budista han mantenido el concepto de delito o pecado para el aborto. La Iglesia Católica mantuvo cierta tolerancia al respecto hasta mediados del siglo XIX, basándose en las teorías de San Agustín sobre la animación de los fetos: se creía que los machos no tenían alma hasta los cuarenta días y las hembras hasta los ochenta días. Actualmente la doctrina de la iglesia católica prohíbe de forma terminante el aborto inducido, puesto que considera que desde el momento mismo de su concepción, el feto es un ser vivo con alma (Farre s/f,T:3,p.106). A lo largo de la historia la mujer o la pareja han recurrido siempre al aborto, aunque ello suponga exponerse a problemas legales, ir contra los mandatos religiosos o arriesgar su salud y su vida.

En las primeras décadas del siglo XX se puso de manifiesto el peligro de la superpoblación, cosa que significa que la pervivencia de la humanidad depende de la reducción del número de nacimientos. Al mismo tiempo, en todas las sociedades se han consolidado las ideas sobre la importancia de la calidad de los cuidados a los hijos y la estrecha relación de ésta con su número. Durante los años siguientes, los avances en el campo de las ciencias de la salud, forzaron a muchas legislaciones a despenalizar el aborto por razones eugenésicas (casos de

anomalías fetales) y para preservar la vida de la mujer embarazada. También se perfiló una nueva actitud social frente al embarazo: éste es considerado como un acontecimiento que debe ser deseado y planificado (Ibid:p.104).

Las legislaciones sobre el aborto han ido cambiando en distintas épocas y de un país a otro, según los regímenes políticos imperantes; de acuerdo con ello también se han ido modificando las representaciones sociales en forma paulatina, ya que la representación social que tienen las personas que viven en países donde el aborto es legal, es diferente a la representación social que tienen al respecto las personas de los países donde la restricción legal es mas fuerte. En los años veinte, por primera vez, la legislación de un estado (la entonces joven y hoy extinta Unión Soviética), protegió la voluntariedad del acto de ser madre, reconociendo la legalidad del aborto y su acceso a través de la sanidad pública (Ibid).

A finales del siglo XX, para casi todos se hace evidente que, desde un punto de vista social, la reducción del número de embarazos no deseados (y también de abortos), sólo se podrá alcanzar en el marco de una política sanitaria global, cuyos objetivos primordiales sean la universalización del conocimiento y del acceso al uso de los métodos anticonceptivos y la educación sexual de la población. Algunos grupos sociales conservadores, han mantenido luchas en contra de estas medidas que han llevado a un panorama jurídico conflictivo.(Ibid)

Conforme avanza el tiempo, las legislaciones se han vuelto mas restrictivas o más permisivas de acuerdo al país y al momento histórico; por ejemplo en Puerto Rico el aborto es legal y las tasas de aborto voluntario son bajas, en relación con otros países; por el contrario en Chile, donde no se admite el aborto bajo ninguna circunstancia, es justamente el país con la mayor tasa de abortos. Otros países como México, Brasil, Uruguay y también Bolivia, según algunas encuestas de

opinión, muestran una fuerte tendencia de la sociedad para debatir y considerar positivamente la cuestión del aborto como un derecho (Tristan,2000).

Actualmente resultados de las mas recientes encuestas realizadas en diferentes países, demuestran que "...cada vez son más las personas que consideran que el Estado no debería intervenir en el derecho del ciudadano a decidir sobre el contenido, expresión y función de su sexualidad en general y en concreto sobre la continuidad o interrupción de una gestación" (Farré:p.105).

2.2. INVESTIGACIONES PREVIAS RELACIONADAS CON LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL ABORTO EN AMERICA LATINA

En noviembre de 1994, se realizó en Colombia el Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, donde se presentaron trabajos realizados en diferentes aspectos relacionados con el aborto y bajo el título de "Representaciones Sociales y Movimientos sociales", se agruparon doce ponencias que se acercan al contenido de las representaciones sociales del aborto, desde distintos ángulos (valores, opiniones, actitudes) y grupos (mujeres, hombres, personal de salud, feministas, y otros).

Entre las conclusiones finales de este evento, se expresó lo siguiente: "...sólo dos aspectos parecen haber evolucionado de manera clara y compartida en la región: 1). Las fisuras en el discurso monolítico frente al aborto como un delito y 2). Las fisuras en la representación social del aborto como pecado... "El concepto de 'mal menor', presente en los espacios de la ley y la moral, así como la evidencia de la complejidad de las condicionantes sociales del aborto, han ido debilitando el delito y el pecado como representación social del aborto en la región" (Zamudio, 1995, p.7).

2.2.1. EL PERSONAL DE SALUD ANTE EL ABORTO:

Durante el Encuentro mencionado se presentó la investigación realizada en el Hospital de la Mujer de la ciudad de México, por María del Carmen Elú (1990) denominada: El personal de Salud ante el Aborto: Valores y Contradicciones; fue una investigación cualitativa con médicos, enfermeras y trabajadoras sociales, en la cual se investigaron las opiniones o creencias del personal respecto a las causas del aborto, características de las mujeres que acuden al servicio con hemorragias por aborto, complicaciones orgánicas y secuelas psicológicas; conocimientos sobre aspectos legales y finalmente se indagó cómo piensan que se puede prevenir este mal.

De acuerdo a los hallazgos de esta investigación, el personal de salud, considera que las causas principales para recurrir al aborto, son dos, por un lado, una alta fecundidad con relación a los recursos económicos de que disponen y la ausencia de una planificación familiar sistemática, con una serie de explicaciones para la no utilización de métodos anticonceptivos, relacionadas en muchos casos con una visión inadecuada de la sexualidad. El personal de salud opina que las mujeres que recurren a un aborto tienen muy diversas características, pueden ser adolescentes o adultas, solteras, casadas, estudiantes o trabajadoras (Elia: 1990).

En cuanto a las consecuencias; en los casos de abortos espontáneos las mujeres se sienten mal porque piensan que no pueden realizar su función como mujeres, según el personal de salud los efectos más dañinos son por abortos provocados; durante ellos se producen perforaciones uterinas e intestinales, infecciones y hemorragias e incluso pueden llegar a causar la muerte de las mujeres. También mencionan consecuencias psicológicas principalmente depresión y sentimientos de culpa; curiosamente la mayor preocupación de las mujeres, es si podrán embarazarse después del aborto; sostienen que por este motivo, los casos más graves son cuando se requiere extraer el útero. Los problemas psicológicos de las mujeres que abortan, son producidos en gran parte por el juicio de su pareja o

familiares. Son muy pocas las mujeres que sienten tristeza; en la mayoría de los casos, lo que manifiestan es alivio por no continuar con el embarazo(Ibid).

Según las versiones expuestas por la población estudiada, la **prevención** sólo sería posible mediante acciones concertadas y bien estructuradas, con participación de todos los actores involucrados, con resultados a largo plazo, siendo una parte esencial la *educación sexual*(Ibid).

Por otro lado, sostienen que la sociedad no respeta a los jóvenes, los bombardea a través de los medios de comunicación con estímulos para que inicien pronto sus relaciones sexuales(Ibid).

Asimismo, se percibe que la **atención brindada** a las mujeres es agresiva por parte de los médicos, tratan a las mujeres con menosprecio y ellas no han aprendido a demandar un buen trato, en cambio las doctoras son más sensibles a las condiciones particulares de cada mujer; cuando las mujeres están hospitalizadas, las enfermeras aprovechan algunas oportunidades para conversar con ellas, pero por lo general el tiempo de estadía es muy reducido y el trabajo de las enfermeras muy sobrecargado, lo que no permite hacer esta tarea. Finalmente afirman que una opción es darles a los médicos el poder de decidir la aplicación del método anticonceptivo necesario, independientemente de lo que piensen las mujeres(Ibid).

Entre las consideraciones finales del trabajo mencionado, aparece una preocupación generalizada por la problemática de los abortos provocados, pero de hecho gran parte del personal de salud desconoce la legislación vigente y las circunstancias en que el aborto es legal en México. El tema de la violencia sexual hacia las niñas es el que provoca mas sensibilidad, sin embargo son evidentes las contradicciones ideológicas para resolver estas situaciones(Ibid).

Se encuentra constantemente una desvalorización hacia las mujeres en general y a las que abortan en particular e inesperadamente los conceptos más desfavorables provinieron de entrevistadas mujeres y en especial de las enfermeras. El proceso de orientación que podría coadyuvar a evitar la repetición de abortos es considerada necesaria pero parece que se elude la responsabilidad del hospital y de su personal para contribuir en este aspecto(Ibid).

Otro estudio referente a este tema, se realizó en el Hospital Daniel Carrión del Callao-Perú, en 1998, por María Rosa Gárate y Elizabeth Aliaga; utilizando técnicas cualitativas, una de ellas, consistió en grupos focales de médicos, obstetrices, internos, enfermeras y auxiliares de enfermería, la otra técnica consistió en entrevistas a informantes claves de la institución.

Entre los resultados encontrados se menciona que a pesar de actitudes ambivalentes respecto al aborto, existe una evidente actitud punitiva frente al mismo. Según las percepciones del personal de salud de dicho hospital, toda paciente que ha sufrido un aborto espontáneo está deprimida y llorosa, en cambio en el provocado se muestran indiferentes, tranquilas e incluso felices, aliviadas. Asumen que de cada diez abortos que llegan al hospital nueve son provocados (Gárate y Aliaga; 1998).

Según el estudio mencionado, es frecuente que los profesionales de la salud justifiquen la recriminación o que pregunten a sus pacientes si el aborto fue provocado o no, porque consideran que de esa forma se previene que el aborto se repita y de alguna manera, desean convertirse en sus "conciencias". Parecería que la mujer debe confesar su culpabilidad, pues de lo contrario el profesional se sentirá burlado, si ella no "le dice la verdad"(ibid).

Todos coinciden en que debe proporcionarse consejería y alentar el uso de anticoncepción, en el caso de mujeres que han tenido que enfrentar un aborto, como una manera de evitar que se coloquen nuevamente en una situación de riesgo similar. Los profesionales entrevistados reconocen que hay muy poco tiempo para acercarse a las pacientes hospitalizadas por un legrado y que es necesario buscar estrategias para brindar mayor información sobre el uso de anticonceptivos(Ibid).

En un trabajo realizado por Lopez y Findling (1998) en Buenos Aires, sobre la diversidad de discursos y prácticas médicas en la salud reproductiva, se menciona que sólo la mitad opinó que el número de abortos es elevado, siendo una práctica usual en las mujeres de bajos recursos, que lo realizan en condiciones deficientes poniendo en riesgo sus vidas.

No se advierte una actitud crítica o de censura hacia las mujeres que abortan. El personal asiste a las mujeres que acuden con abortos incompletos y dicen que no las denuncian. Entre los médicos que no están de acuerdo con la legalización del aborto, se observan matices mas o menos tolerantes, consideran que es un tema a debatir, e intentan ponerse "en lugar de" comprendiendo las situaciones planteadas y aceptando la libertad de decisión individual. Los que sostienen una postura más terminante en relación con la legalización del aborto, acentúan el rechazo a interrumpir una vida y destacan los riesgos sanitarios y la existencia de otros métodos anticonceptivos que reducen la incidencia del aborto(Lopez y Findling: 1998).

Gonzalez y Salinas (2000) realizaron una encuesta sobre aborto, aplicada a residentes de la especialidad en ginecología y obstetricia, en hospitales públicos de la ciudad de México, como parte del estudio denominado: "Atención del Aborto en México: Una aproximación a las Actitudes de los Médicos"; con la premisa de que "...los elementos que influyen en las posturas de los médicos

frente a la interrupción del embarazo son diversos y entre ellos la formación profesional que reciben tiene gran importancia" (Gonzales y Salinas;2000.p.11). En este estudio se realizó un análisis documental exhaustivo de las investigaciones previas sobre este tema, encontrándose relevantes las siguientes afirmaciones:

- ◆ En el contexto de América Latina donde las muertes maternas por complicaciones de aborto son muy elevadas, se ha señalado que las actitudes de los médicos frente al aborto están influenciadas por diferentes elementos, como las restricciones establecidas en las leyes, los estigmas frente a la interrupción del embarazo, los principios religiosos y la formación profesional y ética que reciben (Grupo de Trabajo FIGO/OMS, 1997; Faúndes, 1998 - citado por Gonzales y Salinas, 2000).
- ◆ Los médicos raramente denuncian ante la autoridad judicial los casos de abortos provocados, probablemente por temor a verse involucrados en un proceso penal. "Sin embargo, con bastante frecuencia los médicos aplican sus propios criterios morales a la práctica que realizan en los servicios de salud y adoptan actitudes punitivas hacia las mujeres" (Ehrenfeld y cols., 1992 - citado por Gonzales y Salinas, 2000).
- ◆ En los últimos años, algunos hospitales públicos, han incorporado nuevos enfoques para mejorar el tratamiento de las complicaciones del aborto, inducido o espontáneo, que incluyen la competencia técnica de los proveedores de salud, las relaciones interpersonales, la atención emocional y social y la continuidad en los servicios. (Johnson y cols, 1993; Brambila y cols. 1998- citado por Gomales y Salinas, 2000). No obstante, la mayoría de los servicios públicos de salud, carecen de condiciones para dar seguimiento a las mujeres que ingresaron por un aborto y su atención se limita al tratamiento médico quirúrgico tradicional de urgencia y a la prescripción rutinaria de métodos anticonceptivos.

- ◆ Un estudio anterior realizado por las mismas autoras con estudiantes de medicina, demostró que la mayoría admitió el aborto cuando el embarazo es causado por violación, cuando está en riesgo la vida de la mujer, cuando la mujer tiene SIDA y por alteraciones fetales. La aceptación respecto a otras situaciones fue menor; por ejemplo menos de la mitad, lo aceptaron por razones económicas, por tratarse de mujeres adolescentes, por muerte del cónyuge, falla de la anticoncepción o por decisión personal. La mayoría de los estudiantes desconocía la situación jurídica del aborto y los resultados globales indicaron que al parecer las mujeres tenían una postura más conservadora frente a la interrupción del embarazo.

En cuanto a los resultados de la encuesta aplicada por Gonzales y Salinas, el estudio concluye que entre los residentes que respondieron a la encuesta y que se preparan para ejercer como especialistas en ginecología y obstetricia, predomina una percepción limitada sobre la situación del aborto en México. Asimismo, los resultados de esta encuesta y de otros estudios referidos en el documento indican la necesidad de introducir cambios sustanciales en los programas de formación profesional de los médicos y la de promover un amplio debate sobre el aborto en las escuelas de medicina, en los servicios de salud y en las asociaciones médicas.

2.2.2. REPRESENTACIONES MASCULINAS SOBRE ABORTO INDUCIDO:

Durante el encuentro de investigadores realizado en Colombia, sobre aborto inducido, también se presentó un estudio denominado: "Imaginarios, Representaciones e Identidades Masculinas - sobre Aborto Inducido". Estudio cualitativo realizado a través de entrevistas a varones que junto a sus parejas pasaron por la experiencia de un aborto. Entre las consideraciones finales plantea que: "Ante la inminencia de la decisión de tener o no un hijo, la identidad de género entra en crisis e incluso llega a plantear transformaciones en los roles". El deseo sexual y el deseo del hijo parecen estar separados en el universo

masculino, mediado el último por la identidad e imagen de la mujer con quien ha resultado un embarazo.

La clase social está determinando en el universo masculino especificidades que modifican ese plano tan general a las identidades de género; ya que el nivel de intervención en el embarazo o aborto de la pareja, varía de acuerdo con la clase socio-económica a la que pertenecen.

2.2.3. EL ABORTO DESDE LA VISIÓN DE LAS MUJERES:

El año 1993, Cardich y Carrasco realizaron un estudio en este sentido, utilizando básicamente el método cualitativo, combinado con métodos y datos cuantitativos, concluyendo lo siguiente:

Para las mujeres entrevistadas, el optar por un aborto, significa transgredir las normas y las expectativas sociales respecto a la maternidad. Posteriormente el haber abortado las pone en situación de delincuentes, identidad que se le asigna desde la ley y las enseñanzas tradicionales de la religión católica, las mujeres se oponen a las condiciones a las que ellas mismas se someten. Se convierten en "aquellas" mujeres que abortan y no les es fácil definir posiciones frente al aborto; tienen escasas posibilidades de elaborar argumentaciones, en muchos casos, el punto de partida para su reflexión manifiesta supuestos que apoyan a los discursos dominantes; el jurídico, el de la moral oficial católica, el de la institución médica, que les crean identidades de delincuentes, pecadoras o anormales. Vivir esta contradicción hace que se sientan estigmatizadas (Cardich y Carrasco, 1993)..

Para las mujeres que abortaron, es una experiencia compleja: involucra aspectos relacionados con el cuerpo y la sexualidad —vinculados a la identidad de la mujer, a su autoestima— es un acontecimiento cargado de sentimientos vividos de diferente manera, según su situación específica. Finalmente están las las mujeres

que tienen las siguientes posiciones: no al aborto; sí cuando se trata de su propia situación, pero no válido para otras y sí por ser justo y ser una expresión de autodeterminación (Ibid).

Cardich continúa indicando que al relatar las circunstancias en que abortaron, las mujeres se refirieron al modo en que vivieron las relaciones sexuales. Sus vivencias de la sexualidad se dan ya sea en contextos de relaciones signadas por la ausencia de autodeterminación (coacción y violencia); en situación de subordinación tolerada frente a la sexualidad masculina y en consenso donde las relaciones sexuales son expresión de la voluntad y el deseo tanto de las mujeres como de sus parejas.

Los datos en este estudio también dan elementos para cuestionar los mitos sobre las mujeres que abortan. Estos mitos construyen una imagen estereotipada sobre el modo de ser de las mujeres negándoles su identidad específica y creándoles una nueva identidad. Contradiendo estos mitos, este trabajo muestra lo siguiente: primero, no hay un perfil de mujer que aborta, los indicadores socialmente relevantes son variados: *Ellas tienen distintas edades, pertenecen a diferentes sectores económicos, etnias, religiones; su nivel educativo, su estado civil, su situación de pareja son distintos.* Segundo, se sostiene que las mujeres que abortan se convierten en usuarias recurrentes; *para la gran mayoría de las mujeres de este grupo, éste fue el primer aborto.* En tercer lugar y en relación con la idea anterior- se dice que el aborto es utilizado con mayor frecuencia por mujeres que son "promiscuas", según este estudio se afirma que no es así, *la gran mayoría de mujeres que abortó están en una relación de pareja estable*(Ibid).

Con referencia a los mitos sobre los motivos —causas- para abortar, indican que aunque los estudios y la opinión pública dan mucho peso al papel que juega el factor económico en la decisión de abortar, esto no es generalizable. Si bien es

cierto que este factor aparece en muchos de los relatos, para pocas mujeres de este grupo es motivo determinante(Ibid).

Los datos obtenidos permiten cuestionar el discurso de las instituciones de planificación familiar que sostienen que es la ignorancia la que lleva al NO uso de métodos anticonceptivos modernos; ya que de acuerdo a las entrevistas, *la mayoría de las mujeres tienen algún nivel de información y son pocas las que no han usado métodos anticonceptivos modernos en algún momento de su vida.* (Ibid).

2.3. ESTUDIOS REALIZADOS EN BOLIVIA RELACIONADOS CON LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL ABORTO:

No se han realizado específicamente estudios sobre la representación social del aborto en Bolivia, sin embargo considerando que la representación social encuadra un conjunto de elementos de diversa naturaleza, como procesos cognitivos, sistemas de valores, experiencias, conocimientos y creencias, se pueden tomar en cuenta los siguientes estudios previos:

2.3.1. POBLACIÓN URBANA FRENTE AL ABORTO:

Una Encuesta Nacional de Opinión sobre Aborto en Población Urbana de varias ciudades de Bolivia, realizada por Cecilia Olivares (1998), muestra que la población acepta el aborto cuando las razones se consideran lo suficientemente serias, no cuando se ve como una elección de la mujer, aunque se considera que la legalización tendría consecuencias positivas como evitar la muerte de mujeres y la disminución de niños no deseados y/o maltratados, al mismo tiempo se cree que el estatus legal del aborto traería consecuencias negativas, como atentar contra las bases morales de la sociedad(Olivares 1998).

Otra de las afirmaciones centrales derivadas de los resultados de la encuesta es que el *peso de la enseñanza de la Iglesia Católica en lo que se refiere a anticoncepción y aborto no es tan definitivo* como normalmente se cree. Así sólo el 43% sabía que según las enseñanzas de la jerarquía católica el aborto está prohibido sin excepción y cerca de la mitad están en desacuerdo con dichas enseñanzas sobre anticoncepción y aborto(Ibid).

Las encuestas realizadas demuestran que un sector importante de la población urbana del país, de todas las edades, de todas las clases sociales y niveles educativos sostienen una postura abierta y tolerante ante un proceso de interrupción del embarazo(Ibid).

2.3.2. PERSONAL DE SALUD EN LA ATENCIÓN DEL ABORTO EN BOLIVIA:

Un estudio realizado por IPAS (Boletín 1993), menciona por ejemplo, que el personal opinaba que la mejor forma de prevenir el aborto, era castigar a la paciente, para que no volviera a abortar (suponiendo que todas estas mujeres habían provocado sus abortos) negando o demorando la atención, cobrando tarifas mas altas y finalmente amenazando o maltratando a las mujeres. Esta perspectiva tuvo que empezar a cambiar a partir de la introducción controversial de la atención del aborto incompleto en el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, a raíz de los compromisos adquiridos en las Conferencias de El Cairo y Beijing, cambio que aún resulta dificultoso.

Por otro lado, luego de haberse incorporado oficialmente en el sistema de salud, el año 1999, la atención de las complicaciones de las hemorragias de la primera mitad del embarazo; se realizó una investigación-evaluación en el sistema público de salud de Bolivia (Billings, 2001), sobre la atención del aborto incompleto, la misma que demostró que la provisión de información básica, no es una práctica incorporada en las tareas cotidianas de la atención a pacientes que

han tenido un aborto, a pesar de que en las capacitaciones y supervisiones este factor es enfatizado como muy importante.

En las respuestas encontradas, los médicos tendían a señalar que ellos tenían la responsabilidad de manejar la técnica de solución de la hemorragia (AMEU) y que la información, orientación y consejería estaban en manos del personal de enfermería. El personal de enfermería por su parte señala que por lo general el tiempo con el que cuentan, no es suficiente para prestar estos servicios. Este estudio concluyó que es necesario incentivar el trabajo individual y en equipos interdisciplinarios en los hospitales, para asegurar una alta calidad en la atención de pacientes que han tenido un aborto, particularmente en las áreas que se muestran débiles como ser la información y consejería a las mujeres, sobre su estado de salud, sobre los cuidados que deben tener, sobre sus metas reproductivas y servicios de anticoncepción (Ibid).

Un trabajo realizado por Carmen Elena Sanabria (2002), denominado: Aborto: Normatividades y Realidades; desarrollado en diferentes contextos (salud, policial y judicial), señala que la dinámica de la intervención clínica, en los diferentes relatos sobre la atención al aborto incompleto, alude a que es el producto de complicaciones y secuelas de una intervención anterior mal realizada y aunque no se menciona si se trata de un aborto inducido o espontáneo, se asume la segunda posibilidad; con lo cual, según los médicos se 'eliminó el problema inquisitivo' y se atiende el caso, sin identificar si el aborto fue provocado o no (Sanabria,2000).

Sanabria sostiene que esta concentración en los aspectos clínicos y la omisión respecto al origen del aborto, no se traduce en un trato de calidad o en la ausencia del reproche, pues aunque se visualiza como la resolución de un problema de emergencia de salud, en la relación médico-paciente subyacen valoraciones y

modelos ideológicos (respecto a la sexualidad, la maternidad, la reproducción, la identidad de género) y prejuicios de clase.

La concentración médica en los problemas de atención clínica, anclada en concepciones biologicistas y curativas y en los impactos económicos que comporta el tratamiento del aborto incompleto como la solución de un problema, los margina y distancia discursivamente de 'lo otro': los aspectos sociales, culturales y psicológicos que rodean y contextualizan el aborto y las decisiones de las mujeres, del marco legal que lleva a la clandestinidad, al riesgo, a la mercantilización, la inseguridad, el engaño y el desconocimiento (Ibid. p.:42-46).

En cuanto a las situaciones legales o aborto impune, Sanabria sostiene que mientras la interrupción de un embarazo por razones médicas (riesgo de salud para la vida de la mujer) es aceptada por los médicos, bajo determinados marcos (período del embarazo y tipo de causal o indicación) este consenso tiende a hacerse menor cuando el aborto obedece a otro motivo: el embarazo producto de violación(Ibid).

” ... A pesar del reconocimiento legal, establecido por el Artículo 266 del Código Penal, como circunstancias y supuestos de despenalización del aborto, gran parte de profesionales médicos y en general las instituciones de salud sostienen una posición de reserva al respecto...El tratamiento a demandas de este tipo se separa de la atención del aborto incompleto, como si hubiera dejado de constituir un evento clínico y científico para convertirse en un problema legal, comportando también conflictos morales y éticos frente al discurso de 'salvar vidas’”(Ibid,p.47).

"La formación profesional que habitualmente reciben los médicos y la consideración general del aborto como delito, aunado al espíritu de cuerpo del sector son elementos que influyen de manera determinante en sus actitudes frente al problema... a la par de las consideraciones éticas o religiosas y del temor a la

estigmatización, que indudablemente tienen gran influencia, cobra especial importancia el marco de comprensión de las leyes... los términos restrictivos en que están redactadas las normas de no punibilidad 'inducen a que los médicos asuman que el aborto es ilegal en cualquier circunstancia'... estos conflictos tienen sus excepciones cuando se mueven en el campo de lo clínico,...la estrategia parece ser : enmarcar las intervenciones en el restringido terreno de la intervención clínica-quirúrgica..." (Ibid,p.49).

Sanabria, en este trabajo de investigación concluyó lo siguiente:

- 1). El énfasis que da el sector médico a los problemas y herramientas del manejo clínico y quirúrgico, cuando interviene en la atención del aborto incompleto, lo distancia de la complejidad que representa esta problemática cuando se relaciona con las dimensiones sociales, culturales, psicológicas y legales de la práctica del aborto y las decisiones de las mujeres(ibid).
- 2). La normatividad que establece el aborto impune requiere estrategias de trabajo con el sector de salud, particularmente cuando el embarazo es producto de una violación y/o incesto, en la perspectiva de su inclusión en la misma categoría que el aborto terapéutico(Ibid).
- 3). El marco de acción de los médicos en la atención del aborto incompleto presenta una virtual situación de vulnerabilidad, pues en un hipotético funcionamiento del sistema penal los actores policiales y judiciales discursivamente asignan a este sector la obligatoriedad de la denuncia (ibid)
- 4). Finalmente, el énfasis en el aprendizaje, la enseñanza, la práctica y la experimentación como aspectos del proceso de intervención clínica, impactan negativamente en la calidad de atención a las mujeres(Ibid).

La empresa KPMG (2001) realizó un estudio respecto a la atención que brindan los servicios de salud a las usuarias que acuden a los mismos por causa de un aborto incompleto.

Los resultados de dicha investigación sostienen que las usuarias perciben una falta de información y orientación en general de parte de los proveedores de servicios, respecto al procedimiento a realizar y especialmente se refleja la falta de información en cuanto a los cuidados que deben seguir las usuarias, después del tratamiento. Las usuarias no esperan o no exigen recibir esta información y orientación y en los hospitales no se reconoce que estos aspectos son elementos que deberían integrar la oferta de servicios.

2.3.3. EL ABORTO DESDE LA VISIÓN DE LAS MUJERES:

El estudio realizado por Sandra Aliaga (1995) "Veinte historias un mismo tema", básicamente cualitativo, propone concebir el tema del aborto a partir del sentir y pensar de sus protagonistas, en este caso 20 mujeres de clase media, de grupos étnicos diferentes, pero relativamente homogéneo en cuanto a características socio-económicas y que atravesaron por la misma experiencia. Los resultados describen algunas causas, consecuencias y responsabilidades respecto a la práctica del aborto.

Causas: Según los resultados encontrados en el estudio realizado por Aliaga, los abortos se practican en su gran mayoría para evitar continuar con embarazos no deseados. Sin embargo, la decisión está condicionada a diversas causas de contexto: presión de la pareja, de los padres, de la sociedad, el que dirán; problemas económicos, relaciones inestables de las parejas, ausencia de deseo de tener descendencia por ser muy joven o por tener otras expectativas en ese momento de la vida; problemas de salud de la mujer o la posibilidad de complicaciones, temor a malformaciones en el feto. Muchas decisiones parten de

la presión, pero también hay las que surgen de la voluntad de la mujer que se siente autónoma en relación a su propia vida(Aliaga 1975).

En los casos de las mujeres entrevistadas, sus embarazos fueron el resultado de no usar métodos anticonceptivos, de fallas en la práctica de la abstinencia periódica y también hubo casos de utilización incorrecta o interrupción en el uso de métodos anticonceptivos modernos como el condón o DIU. Se evidenció que tienen información insuficiente o errada, en torno a la regulación voluntaria de la fecundidad(ibid).

Algunas señoras entrevistadas cuestionaron el hecho de que la mayoría de los métodos sean para mujeres y no para hombres, varias aludieron a complicaciones en el organismo de la mujer: dolor, incomodidad y daño a la salud que estarían provocando los diferentes métodos(ibid).

Consecuencias: Según las respuestas de las mujeres entrevistadas en el estudio de Aliaga; las mujeres solteras, las más jóvenes, aquéllas con parejas inestables son las que enfrentaron mayores dificultades. En este grupo de mujeres, la relación de pareja antes, durante y después del aborto sufrió modificaciones importantes. El deterioro en las relaciones de parejas nuevas o inestables resultó ser una consecuencia común frente a este tipo de experiencias(ibid).

Al despertar después de la intervención, las mujeres entrevistadas expresaron diferentes sentimientos: dolor físico, dolor interno, soledad, angustia, alivio, culpa, miedo, tranquilidad, siendo la sensación de alivio muy común, aún si fue acompañada de la depresión de ese momento. La sensación de alivio se presenta en algunos casos de aborto provocado y en los casos de aborto espontáneo se presenta por el contrario una sensación de culpa(ibid).

Algunas de las mujeres fueron muy críticas respecto de la actitud que asumen los hombres en relación con el aborto. Sus expresiones tendieron a generalizar la

conducta masculina indicando que en las experiencias vividas por ellas, el aborto no pareció afectar de manera sustantiva a sus parejas(Ibid).

2.3.4. EL ABORTO DESDE LA VISIÓN DE HOMBRES Y MUJERES (COMO MIEMBROS DE UNA PAREJA) - BOLIVIA:

Entre los estudios encontrados en este aspecto está el presentado por Aliaga y Machicado (1995), con el libro titulado: "El Aborto, una cuestión no sólo de Mujeres"; el cual se efectuó a través de una encuesta aplicada a mujeres de la Universidad Mayor de San Simón de la ciudad de Cochabamba, Bolivia. Asimismo se efectuaron entrevistas abiertas a dieciocho mujeres y diez hombres.

Los resultados verifican el desconocimiento en torno al mundo de la sexualidad, conduciendo a la incertidumbre, miedo y confusión en hombres y mujeres. Tanto los resultados de la encuesta como de las entrevistas muestran definitivamente que el aborto no es un asunto excepcional en la cotidianidad, sino mas bien, una experiencia que se repite con frecuencia. Esta realidad intenta ser ocultada por pertenecer al mundo clandestino como un hecho ilegal e inmoral(Aliaga y Machicado,1995).

A pesar de que existe una tendencia más clara entre los entrevistados (varones) a racionalizar sus propias experiencias, cuando se trata de mujeres a quienes de veras quisieron o aún quieren, sienten que el aborto fue una durísima experiencia, traumática, se sienten culpables, se arrepienten, no logran escapar de los conflictos morales que les planteó la situación (Ibid).

Confirman que no les fue difícil conseguir información sobre lugares y médicos que practican abortos y haber pagado el servicio entre 80 y 200 dólares. "Testimonios varios dan cuenta del trato frío y torpe de los médicos, de la falta de higiene y características lúgubres de lugares donde se practican abortos (Ibid).

Como conclusión las autoras señalan que en una gran mayoría de los casos, el aborto es consecuencia de un "embarazo no deseado" que por lo general, pudo haber sido evitado. La decisión de abortar no responde manifiestamente a la voluntad individual de querer o no querer al hijo o a la hija, sino más bien a circunstancias y presiones sociales (desde económicas, familiares, hasta personales) y a parámetros morales estrictos.

A la larga, independientemente de los móviles inmediatos al hecho, el aborto es una decisión tomada por las mujeres en relación con sus cuerpos y su sexualidad, que la sociedad no asume, no reconoce y por lo tanto no acepta y como un ejercicio de contra poder —inconsciente o consciente- que enfrenta al poder patriarcal (Ibid).

2.4. LA TEORIA DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES:

Considerando que la mayoría de los estudios citados hasta el momento no son específicamente sobre "Representaciones Sociales del Aborto", sino aproximaciones a las mismas desde sus diferentes aristas, a continuación se hace referencia a la teoría de las Representaciones Sociales.

Durkheim fue el primero en utilizar el término "representación colectiva", con lo que quería señalar la especificidad del pensamiento colectivo con relación al pensamiento individual. Tomando a la representación colectiva como "uno de los medios por los cuales se afirma la primacía de lo social sobre lo individual" (Moscovisci S. 1975: P.392)

La representación social ha comenzado tardíamente a encontrar su puesto en la investigación en psicología social, debido al desarrollo teórico de esta disciplina que durante mucho tiempo ha estado dominada por la corriente behaviorista, de modo que en psicología social sólo se han contemplado los fenómenos parciales de opinión y de actitud; las cuales tienen algunos vínculos con la representación

social, pero son diferentes. La opinión constituye una respuesta manifiesta, verbalizada, por consiguiente observable y susceptible de medición. La actitud más compleja que la opinión, ha sido principalmente contemplada como respuesta anticipada, preparación directa para la acción. La representación social, puesto que es un proceso de construcción de lo real, actúa simultáneamente sobre el estímulo y sobre la respuesta (Ibid:p.392-393).

Las representaciones sociales son construcciones autónomas con respecto a los objetos de los que se forman, ya que siendo reproducción de las propiedades de un objeto, esta reproducción no es un reflejo perfectamente acabado de la realidad externa del objeto, sino "un remodelado, una verdadera construcción mental del objeto" (Ibid: p.394).

La representación no se confunde, con una pura superestructura ideológica 'atravesando' un sujeto social, imponiéndose a él y se admite más bien una 'reciprocidad de relaciones' entre un grupo y su representación social. Por otro lado la representación es uno de los instrumentos gracias al cual el individuo o el grupo, aprehende su entorno...por lo que dicha representación desempeña un papel en la formación de las comunicaciones y de las conductas sociales. (Ibid:p.395-396)

Wagner y Elejabarrieta,(1994), sostienen que la Representación Social, es un tipo específico de conocimiento que juega un papel importante respecto a como la gente piensa y organiza su vida cotidiana. También se puede decir en cierta forma que las condiciones sociales determinan que y como pensamos. Esta teoría trata del conocimiento en sentido amplio, que incluye contenidos cognitivos, afectivos y simbólicos que juegan un papel importante no sólo en la vida privada sino también en los grupos.

Los miembros de un grupo elaboran colectivamente, en su práctica diaria grupalmente relevante, las reglas, justificaciones y razones de las creencias y conductas que son pertinentes para el grupo (Domic,1999:p8).

Jodelet describe a la representación social, como "...una manera de interpretar y de pensar la realidad cotidiana, una forma de conocimiento social, y correlativamente, la actividad mental desplegada por individuos y grupos a fin de fijar su posición en relación con situaciones, acontecimientos, objetos y comunicaciones que les conciernen. Lo social interviene ahí de varias maneras: a través del contexto concreto en que se sitúan los individuos y los grupos; mediante la comunicación que se establece entre ellos; por los marcos de aprehensión que proporciona su bagaje cultural; a través de los códigos, valores e ideología relacionados con las posiciones y pertenencias sociales específicas" (Ibid: p10).

La representación social se sitúa en el punto donde se intersectan lo psicológico y lo social. Se trata de un conocimiento espontáneo, que habitualmente se denomina conocimiento del sentido común. Este conocimiento se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social. De este modo, este conocimiento es socialmente elaborado y compartido(Ibid).

Por una parte, la representación social se define por un contenido: informaciones, imágenes, opiniones, actitudes, etc. Este contenido se relaciona con un objeto, un acontecimiento, una persona, etc. Por otra parte, es la representación social de un sujeto, en relación con otro sujeto; por lo tanto, toda representación social es representación de algo y de alguien; no es duplicado de lo real, ni duplicado de lo ideal, ni la parte subjetiva del objeto, ni la parte objetiva del sujeto; mas bien constituye el proceso por el cual se establece su relación. (Ibid:p.11)

2.4.1. REPRESENTACIÓN SOCIAL Y COMPORTAMIENTO:

La representación social que cada grupo forma, respecto a un objeto o acontecimiento, influye en la actitud y comportamiento que asumirá frente al mismo.

La representación social es una estructura cognitiva que tiene como funciones el procesamiento de la información, el otorgarle un sentido al medio y el servir de guía o plan para las conductas... una representación social, incide directamente en el comportamiento social y organización del grupo (Ibid:p.5)

Las conductas se modulan de acuerdo con las representaciones sociales. La orientación de las conductas constituye una de las funciones esenciales y específicas de la representación social (Moscovisci:p.413).

Los contenidos de conocimiento cotidiano son los que orientan la conducta social y el pensamiento de las personas en las situaciones de cada día (Wagner y Elejabarrieta)

2.4.2. GÉNESIS Y FUNCIONAMIENTO DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES:

Las representaciones sociales, se caracterizan por ser elaboradas mediante el discurso y la comunicación que permite una distribución colectiva del conocimiento. Las actitudes, esquemas y otros contenidos evaluativos o cognitivos que son característicos de la investigación clásica, en los procesos de cognición social, no precisan de esta condición y pueden elaborarse por la experiencia personal e individual, otro aspecto particular de las representaciones son los procesos por los que se elaboran y funcionan y la estructura que las conforma (Domic: p.14).

Las representaciones sociales se generan y funcionan a través de procesos denominados objetivación y anclaje. La objetivación permite la concretización de lo abstracto en experiencia o materializaciones concretas, a través de este lo invisible se convierte en perceptible y a su vez tiene dos fases que son la transformación icónica (descontextualización) **Y la naturalización** (Moscovici:p.402).

En la primera se hace una retención selectiva de la información circulante, se extraen los elementos del razonamiento inicial, elaboración que se torna concreta y coherente, aquí se introduce la noción de núcleo *figurativo*, que constituye el núcleo esencial de la representación (Ibid). La selección es necesaria porque el producto de la representación para ser funcional debe recurrir a unos pocos elementos accesibles; no es posible objetivar toda la información que existe sobre un objeto. La información seleccionada es entonces mucho más tratable y más fácilmente accesible (Domic:p.15).

En la etapa de naturalización, deja de ser una elaboración abstracta y los conceptos se transforman en verdaderas categorías del lenguaje y del entendimiento apropiadas para ordenar los acontecimientos concretos y para ser nutridas por ellos (Moscovici:p.405). Al transformarse un concepto en una imagen pierde su carácter simbólico arbitrario y se convierte en una realidad con existencia autónoma. Lo que se percibe no son ya las informaciones sobre los objetos, sino la imagen que reemplaza y extiende de forma natural lo percibido (Domic:p.16).

El proceso de anclaje se parece al de objetivación, es como una prolongación de la misma, con la diferencia de que este último permite incorporar lo extraño o lo que crea problemas en una red de categorías y significaciones, en un marco de referencia conocido y preexistente. El anclaje equivale a la atribución de una funcionalidad (ibid:p.18).

Según Billig (citado por Wagner y Elejabarrieta, 1994), no todas las ideas son objetivadas, los temas que aparecen en conflicto y son controvertidos en el sentido común generan ideas, argumentaciones y oposiciones discursivas en un mismo grupo social; si se habla de conflicto, de posiciones entre grupos, se trata de diferentes representaciones sociales.

2.4.3. COMPONENTES DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES:

Toda representación está organizada alrededor de un núcleo central o principio generador y unos elementos periféricos. El primero es la parte más coherente, estable y rígida de las representaciones sociales, ya que está fuertemente anclado sobre la memoria colectiva, esto es sobre condiciones históricas y sociales del grupo de lo elabora, también denominado *principio generador*, con dos funciones esenciales, una función generadora mediante la cual los otros elementos de la representación adquieren o transforman su significado y una función organizadora de las relaciones que asocia los elementos de la representación, si de este núcleo central desaparecieran algunos elementos, la representación sería totalmente diferente (Ibid).

El núcleo central tiene una función consensual y define la homogeneidad compartida por el grupo, estableciendo un carácter normativo.

Los elementos periféricos, tienden a proteger la estabilidad del núcleo y tienen funciones adaptativas, los elementos periféricos de una representación pueden considerarse como esquemas, en el sentido de la cognición social y que al ser organizados por el núcleo central aseguran el funcionamiento instantáneo de las representaciones como sistemas de interpretación de las situaciones. El sistema periférico es más sensible al contexto que el núcleo central y conduce a la adaptación de grupos e individuos a situaciones específicas y permite integrar las experiencias individuales. De este modo, se comprenden las variaciones o modulaciones individuales de las representaciones (Domic:p.19).

Puede ocurrir que en ciertas circunstancias, la vida cotidiana exija o condicione unas determinadas prácticas en un grupo social. Si esas prácticas son coherentes con la representación no surge ningún problema, pero si entran en contradicción con ella pueden inscribirse como esquemas periféricos durante un tiempo, intentando siempre proteger el núcleo central. Cuando las prácticas contradictorias se producen en situaciones irreversibles, las posibilidades de transformar la representación se acrecientan (Ibid: p.20).

Según Moscovici las dimensiones que constituyen la representación social son la información, la actitud y el campo de representación que se describen a continuación.

- ◆ La información se refiere al volumen de conocimientos que el sujeto posee de un objeto social, a su cantidad y calidad, la cual puede ir desde la más estereotipada hasta la más original.
- ◆ El campo de representación expresa la idea de una organización del contenido. El campo de representación supone un mínimo de información que integra en un nuevo nivel imaginativo y que, a cambio, contribuye a organizar. El campo de la representación engloba ciertos aspectos comunes, pero los factores ideológicos son preponderantes en la estructuración del campo de representación y como nivel de información varía de un sujeto o de un grupo a otro y aún en el interior de un mismo grupo, según criterios específicos.
- ◆ La actitud expresa la orientación general, positiva o negativa frente al objeto de representación. La actitud se manifiesta como una dimensión mas primitiva que las otras dos, en el sentido de que puede existir en el caso de una información reducida y de un campo de representación poco organizado.

2.4.4. EL ESTUDIO DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES:

El estudio de las representaciones sociales ha sido abordado desde diferentes métodos, cuantitativos y cualitativos, con diseños experimentales y no experimentales. Wagner y Elejabarrieta sostienen que "... La investigación en representaciones sociales se caracteriza por la pluralidad metodológica —como en muchos otros dominios- aunque no es esta pluralidad la que define y da entidad a la teoría".

Cuando se analiza una representación, el objetivo no es tanto detectar su núcleo figurativo, sino estudiar que elementos concentran la significación del objeto representado y como se articula esa significación con la práctica cotidiana en el interior de los grupos sociales; tampoco interesa demasiado la comparación entre las características reales del objeto representado y su representación social, ya que las representaciones sociales son construcciones autónomas con respecto a los objetos de los que parten, además de que en muchas ocasiones no se dispone de un referente real que permita comparar la representación con las características reales de lo representado, el amor por ejemplo (Domic:p.17).

Wagner y Elejabarrieta distinguen tres amplios campos de investigación en representaciones sociales. El primero es el de las ideas científicas popularizadas, "la ciencia juega un papel importante como fuente de conocimiento cotidiano y al mismo tiempo es una autoridad para legitimar y justificar las decisiones cotidianas y las posiciones ideológicas" (Ibid:p.23).

El segundo es el campo de los objetos culturalmente construidos a través de una larga historia y sus equivalentes modernos (roles sexuales, enfermedad, locura, etc.). Estas representaciones permiten interacciones sociales que no sólo recrean los objetos mismos, sino que definen también a los actores como parte

complementaria de los objetos y proporciona a los sujetos sociales la impresión de pertenecer a culturas y comunidades específicas" (Ibid:p.24)

El tercero es el campo de las condiciones y acontecimientos sociales y políticos polémicos, en el cual se puede enmarcar el aborto. Sus principales características son su breve significación social y que son compartidas por grupos pequeños. Estas representaciones sociales son siempre el producto de un proceso explícito de evaluación de personas, grupos y fenómenos sociales (Ibid:p.25).

Estos tres campos no necesariamente son aislados, pueden estar combinados.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

En el presente estudio se combinaron técnicas cuantitativas y cualitativas; a través de la aplicación de cuestionarios; desarrollo de grupos de discusión mas conocidos como grupos focales y análisis de relatos. Este sistema de trabajo se enmarca en lo que se denomina Triangulación.

Al respecto Galindo indica que "...Pueden existir distintos tipos de relaciones entre las técnicas que se conozcan y se puedan utilizar, estos pueden ser:

- a). *...La de fase exploratoria:* que se refiere a la utilización de la información que se obtiene a partir de una técnica, para el diseño y aplicación de otra.
- b). *...La de complementariedad:* cada técnica tiene distintas maneras de mirar y reconstruir la realidad.
- c). *...La de profundización:* según Galindo, con esta se pretende que a partir de *lo que no puedo encontrar con una técnica sobre mi objeto de estudio, sí lo consiga con otra"* .(Galindo 1998: p.99-100).

En este caso se aplicó una relación de complementariedad y de profundización.

3.1. DETERMINACION DE HIPOTESIS:

La representación social del aborto, en estudiantes de quinto año de medicina, está enmarcada en aspectos médico-clínicos, relegando a un segundo plano los aspectos psicosociales y legales de esta práctica.

3.2. ~RACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

Tratándose de una investigación descriptiva, en este caso, se analiza una sola variable, que es la Representación Social del Aborto. Considerando que no se trata de una investigación correlacional, no se hace distinción de una variable dependiente y otra independiente.

Variable: Representación social del aborto.

3.2.1. Definición conceptual: Conocimiento cotidiano, en sentido amplio, que incluye contenidos cognitivos, afectivos y simbólicos; compartidos por un grupo específico, respecto a la pérdida del producto de la concepción antes de las 20 semanas de gestación o cuando el peso fetal es menor de 500 gramos.

3.2.2. Definiciones Operacionales:

DIMENSION	CATEGORÍAS	INDICADORES	MEDIDORES	INSTRUMENTO
Esquema figurativo de la representación	Concepto	Frasas con las que definen al aborto.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ilegal • Derecho • Opción ▪ Quitar una vida 	Cuestionario y grupos de discusión
Elementos periféricos de la representación	Aspectos legales	Situaciones en que el aborto es legal	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo materno • Alteraciones fetales • Violación • Incesto 	Cuestionario y grupos de discusión
		Posición frente a las situaciones legales.	<ul style="list-style-type: none"> • Practicarían o no un aborto legal. • Otros casos de aborto que aceptarían como legales 	
	Aspectos psico-sociales, relacionados con la practica del aborto.	Causas o situaciones que podrían predisponer a un aborto	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo nivel de instrucción • Principios morales poco sólidos • Deficiente educación sexual ▪ Otros 	
		Efectos o consecuencias para la mujer, el varón y la sociedad	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de culpa • Depresión • Miedo • Frustración 	
		Atribución de responsabilidades en la práctica del aborto	<ul style="list-style-type: none"> • La mujer • El hombre • La familia • La sociedad 	
		Acciones que se consideran adecuadas para prevenir la repetición de abortos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Despenalización del aborto • Leyes mas severas para castigarlo ▪ Divulgar los riesgos de los abortos inseguros. • Métodos anticonceptivos • Integración familiar • Otros 	
	Políticas públicas de salud, referentes a la atención del aborto incompleto.	Conocimiento de los componentes del programa de Atención a las Hemorragias de la primera mitad del embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de las hemorragias • Vinculación con servicios de SSR • Interrupción de embarazos no deseados ▪ ▪ 	
	Aspectos clínicos y psico-sociales que se asumen en la atención del aborto incompleto.	Categorías emergentes	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia con que se presentan las diferentes frases 	Análisis de relatos

3.3. TIPO DE ESTUDIO:

El presente es un estudio descriptivo, de acuerdo a la definición de Hernández (1998), los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades de personas, grupos o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis, miden de manera independiente los conceptos o variables a los que se refieren

3.4. DISEÑO:

El diseño de la investigación es No experimental: "...que se realiza sin manipular deliberadamente las variables; ...Los sujetos son observados en su ambiente natural, en su realidad" (Hernández, 1998, p.184)

Transversal: Es la que recolecta datos, describe variables y analiza su incidencia en un solo momento.

3.5. DELIMITACIÓN TEMPORAL:

La investigación se realizó entre los meses de diciembre 2002 a febrero 2003, con estudiantes que concluyeron 5to año en diciembre 2002 e iniciaban el internado rotatorio de la gestión 2003.

3.6. POBLACION

Estudiantes de quinto año de Medicina del bloque Materno Infantil. Se eligió esta población tomando en cuenta que son estudiantes que al haber cursado prácticamente los cinco años de carrera, han tenido la posibilidad de formar una representación de grupo, respecto al tema tratado; asimismo se tomó el bloque materno infantil, porque es en éste donde se desarrollan los temas de Gineco-obstetricia.

3.7. APLICACIÓN DE TÉCNICAS

3.7.1. CUESTIONARIO

Muestra: El bloque Materno Infantil de quinto año de la Carrera de Medicina, estaba constituido por 131 alumnos, aplicándose el **cuestionario** a una muestra de 100 estudiantes; número determinado a través de la siguiente fórmula²:

$$nf = \frac{n}{1 + \left(\frac{n}{N}\right)}$$

nf = Tamaño deseado de la muestra

n = Tamaño de la muestra provisional (400)

N = Tamaño de la población 131

Sustituyendo

$$nf = \frac{400}{1 + \frac{400}{131}} = \frac{400}{4} = 100$$

De los estudiantes encuestados, el sesenta por ciento eran mujeres y cuarenta por ciento varones, comprendidos generalmente entre las edades de 22 a 24 años, muy pocos estaban en el grupo etáreo igual o superior a 25 años.

Lugar: Los cuestionarios se aplicaron en dos Aulas de la Facultad de Medicina de la UMSA.

Instrumentos: Se elaboró un cuestionario basado en la operacionalización correspondiente, tomando como modelo un cuestionario aplicado anteriormente a residentes de Gineco-obetetricia en México. Se realizó una primera aplicación como prueba piloto. En una primera instancia, el cuestionario contenía algunas preguntas abiertas, luego de aplicado el mismo, se pudieron seleccionar

² Fisher, 1983.

indicadores de acuerdo a la frecuencia de presentación, dejándose en todo caso, un espacio para la opción "otros".

Confiabilidad: En este estudio no se aplicó una prueba estadística para determinar el coeficiente de confiabilidad; debido a que se utilizó como modelo un cuestionario aplicado con anterioridad, a residentes de Gineco-obstetricia en México, en un estudio realizado por Gonzales y Salinas (2000). Como indica Aiken (1996), el determinar el nivel de confiabilidad es un aspecto que se debe tomar en cuenta en los instrumentos de elaboración reciente. Sin embargo, habiendo hecho ligeros cambios de acuerdo a los objetivos del presente estudio, se realizó una prueba piloto, aplicando cuestionarios en dos ocasiones a diez personas por vez; al encontrarse resultados similares en ambas aplicaciones, se consideró que el cuestionario era apropiado.

Validez de contenido: Como se mencionó antes, el modelo seguido para elaborar el cuestionario, fue elaborado y aplicado en México, por personas especializadas; sin embargo se solicitó una revisión del instrumento a profesionales de nuestro medio que de una u otra forma están involucrados y/o tienen algún grado de compromiso con esta problemática.

3.7.2. GRUPOS FOCALES:

Muestra: Para la aplicación de la técnica de grupos focales, se invitó a estudiantes voluntarios de quinto año, formándose tres grupos mixtos, con un promedio de ocho componentes cada uno; haciendo un total de 25 estudiantes.

Lugar: Los grupos de discusión se llevaron a cabo en el Centro de Capacitación del Hospital de la Mujer.

Desarrollo de los grupos focales: Se llevaron a cabo sesiones con tres grupos de discusión en base a guías pre-elaboradas, estas sesiones fueron grabadas y transcritas.

Debido a que el estudio se empezó a ejecutar al finalizar la gestión académica, se encontró dificultad para conformar los grupos focales, sin embargo se invitó a estudiantes voluntarios (a través de redes sociales de quinto año) que tenían interés en el tema por diferentes razones, especialmente por tener planes de seguir las especialidades de Ginecología y Obstetricia; Pediatría, Salud Pública, Medicina legal u otras que de alguna manera están relacionadas con el tema; entre ellos se encontraban estudiantes que tenían posiciones a favor o en contra del aborto indistintamente.

Los grupos focales, se realizaron prácticamente durante el receso de fin de año; se pretendía trabajar con un grupo de mujeres, otro de varones y uno mixto, pero debido a la disponibilidad de tiempo de los mismos, tuvieron que ser todos grupos mixtos, totalizando un número de 25 personas. Los resultados fueron procesados, de acuerdo a la propuesta de Galindo J. (1998).

3.7.3. ANÁLISIS DE RELATOS:

Muestra: Los relatos para el análisis de contenido, fueron obtenidos de estudiantes voluntarios, que participaron en los grupos de discusión. Recolectándose un total de 20 relatos.

Lugar: Centro de Capacitación Hospital de La Mujer

Desarrollo: Para definir el rol del personal de salud en la atención del aborto, se pidió a veinte estudiantes voluntarios, que escribieran un relato libre sobre la atención del aborto en un servicio de salud, los mismos que fueron procesados a

través de un análisis de contenido, mencionado por Hernández como una técnica de investigación que se efectúa por medio de la codificación, es decir *el proceso por el cual las características relevantes del contenido de un mensaje son transformadas a unidades que permitan su descripción y análisis preciso. Lo importante del mensaje se convierte en algo susceptible de describir y analizar* (Hernández: p 295-296)

El universo fueron los veinte relatos sobre la atención del aborto incompleto, escritos por los estudiantes; se tomaron como unidades de análisis las diferentes frases expresadas en los relatos; las categorías son emergentes, ya que se fueron construyendo a medida que se procesaron los relatos, según la frecuencia con que aparecían las frases.

El análisis general de la investigación contempla los resultados de todas las técnicas aplicadas.

3.8. PROCEDIMIENTO:

- > *Elaboración del perfil:* Recopilación de información y diseño de la investigación.
- > *Prueba piloto:* Como se explicó en el punto referente a las técnicas utilizadas, el cuestionario de este estudio, fue elaborado en base a un instrumento aplicado con anterioridad a residentes de gineco-obstetricia, en México, por profesionales con grado de maestría; sin embargo, considerando que las representaciones sociales son diferentes en cada grupo, se hicieron ligeras modificaciones y se realizó una prueba previa, de acuerdo con los objetivos propios de este estudio; especialmente para identificar el núcleo figurativo, siendo los medidores extraídos de las respuestas obtenidas en la prueba; para ello se aplicaron versiones mas o menos similares, a diez estudiantes de

quinto año de medicina, en dos ocasiones y con grupos diferentes, obteniéndose resultados similares en ambas aplicaciones.

- *Aplicación del cuestionario:* El cuestionario fue aplicado a cien estudiantes en las aulas de la facultad de medicina.
- > *Procesamiento de datos:* Se realizó en planilla electrónica, diseñada por la autora.
- *Realización de grupos focales:* Se formaron tres grupos mixtos con un total de 25 personas(dos grupos de 8 y uno de 9 componentes), las sesiones fueron grabadas y transcritas para el respectivo procesamiento de resultados.
- > Obtención de veinte relatos de estudiantes voluntarios, respecto a la atención brindada a las usuarias, para realizar el Análisis respectivo de acuerdo al procedimiento descrito en la aplicación de técnicas.
- Sistematización, integración y análisis de los datos obtenidos para elaborar conclusiones y presentar los resultados.
- Redacción e integración del documento final.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Inicialmente se presentan en gráficos los resultados de los cuestionarios aplicados a 100 personas, de las cuales el 60% era de sexo femenino y el 40% de sexo masculino, en edades comprendidas generalmente entre los 22 a 24 años, siendo la mayoría de ellos católicos, porcentajes menores pertenecen a la religión cristiana o no se consideran de ninguna religión.

Posteriormente se presentan los resultados de los grupos focales que complementan el estudio.

Finalmente, se encuentra el resultado del análisis de relatos, referidos a la atención de las pacientes con hemorragias de la primera mitad del embarazo, en los servicios de Salud.

Los resultados obtenidos a través de las diferentes técnicas, se van complementando, integrando y consolidando en la sección de análisis e interpretación de resultados.

4.1. RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE CUESTIONARIOS:

Los resultados se presentan a través de gráficos, donde figura el porcentaje y no así el número, esto debido a que los cuestionarios fueron aplicados a 100 personas, de modo que número y porcentaje son idénticos.

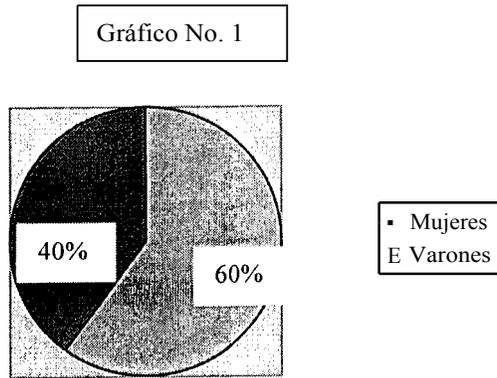
En algunos gráficos, se puede observar que los porcentajes mas elevados que representarían a las mayorías no superan el cincuenta por ciento; esto es atribuible a que **la representación social del aborto está** considerada como una representación polémica; el grupo estudiado puede tener una determinada tendencia, pero no un consenso general. Se debe tomar en

cuenta que la parte más sólida de la representación social, es el núcleo central y que existen elementos periféricos que por ser más sensibles al contexto dan lugar a las modulaciones individuales de la representación.

Asimismo las representaciones sociales para ser tomadas como tales, requieren de un consenso funcional mas que numérico, al respecto indican: no se espera que el 100 por 100 o el 95% o el 80% de los miembros de un grupo comparta una representación social ...sino a un consenso funcional suficientemente preparado para preservar el proceso colectivo de mantenimiento de una representación (Domic: p.9).

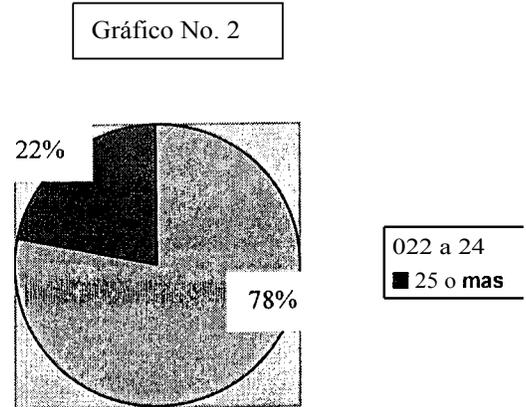
4.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

a). DISTRIBUCIÓN: POBLACIÓN POR SEXO



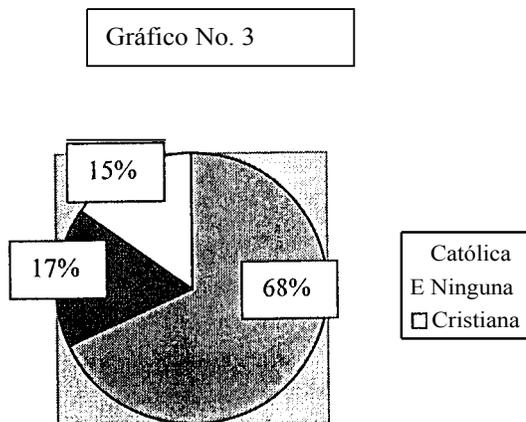
El 60% de la población estudiada son de sexo femenino y el 40% son de sexo masculino.

b). DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR EDAD



El 78% de la población tenía entre 22 a 24 años.
El 22% una edad de 25 años o mas.

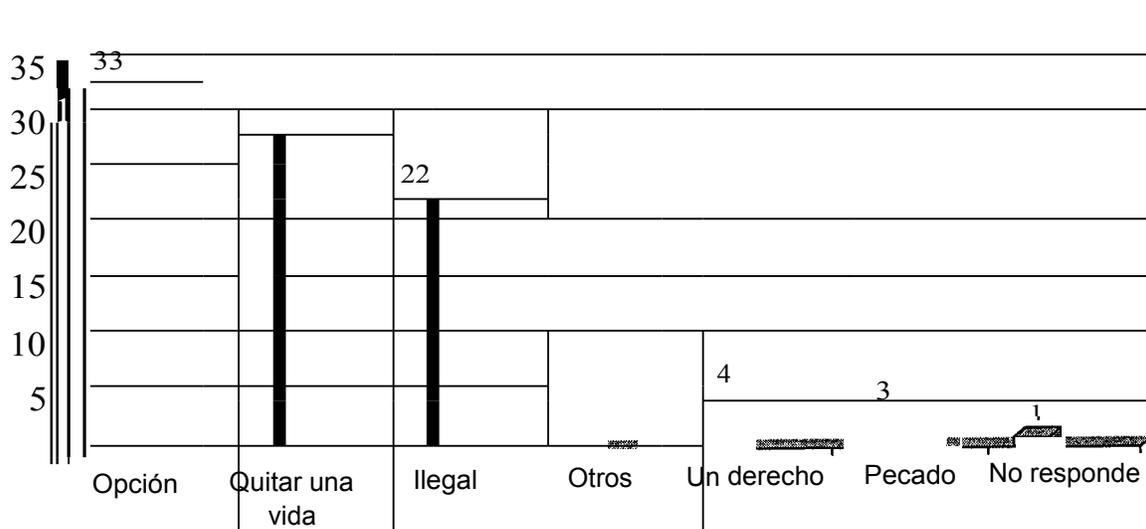
c1. DISTRIBUCION DE LA POBLACIÓN POR RELIGIÓN:



El 68% de la población estudiada son católicos.
El 17% no se consideran de ninguna religión
El 15% profesa la religión Cristiana

4.1.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL ABORTO

Gráfico No. 4



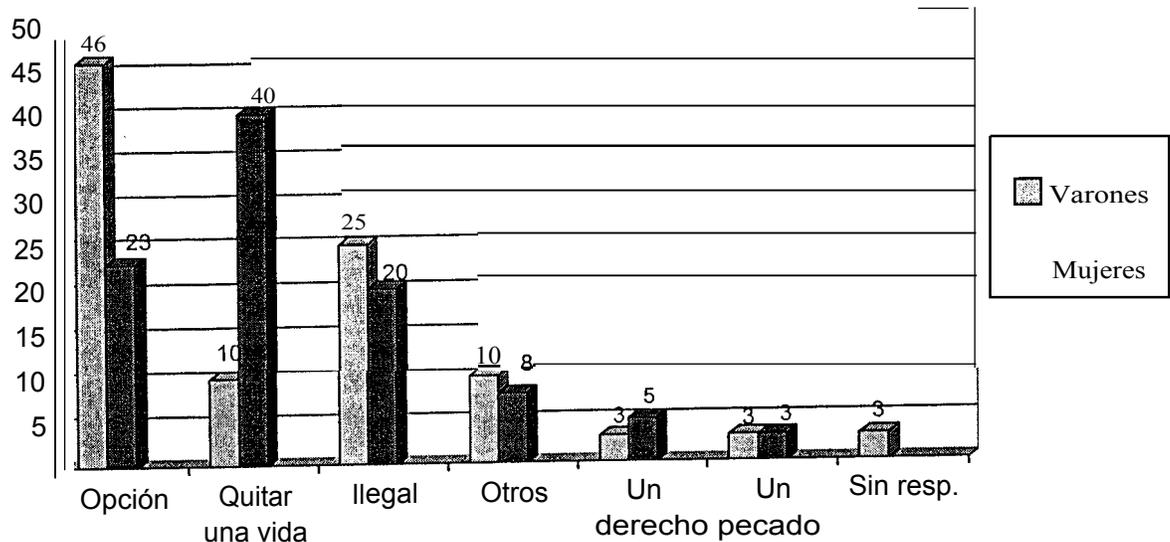
El 33% de la población encuestada, conceptualiza al aborto como una opción, el 28% como quitar una vida, el 22% lo conceptúa como ilegal, el 4% lo considera un derecho, el 3% un pecado.

Si unimos "opción" y "derecho", tenemos un 37% que se puede considerar en una posición favorable; por otro lado, si unimos "quitar una vida", "ilegal" y "pecado", tenemos un 53% que tiene una posición de rechazo. Entre las respuestas mencionadas en el inciso "otros" con un 9%, se expresan las siguientes frases:

- "Expulsión del producto antes de las 20 semanas de gestación" (4)
- "Sería un método para disminuir el abandono"
- "Resultado de la actual crisis de valores y económica"
- "Atentado contra alguien que tiene derechos"

A). CONCEPTUALIZACIÓN DEL ABORTO DIFERENCIANDO POR GÉNERO:

Gráfico no. 5



Diferenciando por género, se puede apreciar oposición entre unos y otras, ya que uno de los porcentajes más altos corresponde al **48%** de los varones que conceptúa el aborto como una opción, con sólo un 23 % de mujeres que asume dicha posición.

El siguiente porcentaje elevado corresponde al **40%** de las mujeres que sostiene que es quitar una vida y sólo un 10% de varones apoya esa posición. El de considerar el aborto como ilegal es relativamente compartido con 25% y 20% de hombres y mujeres respectivamente. Las posiciones de tomarlo como derecho o pecado son menores y compartidas en forma mas o menos equitativa.

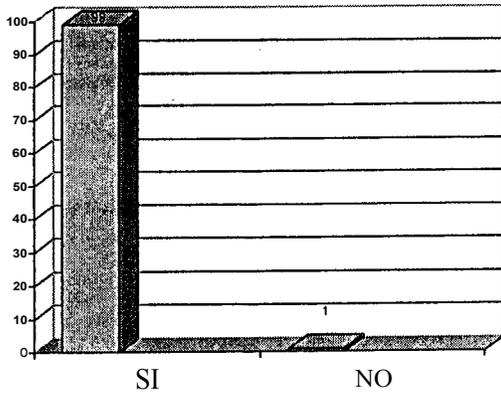
Nota: Los cálculos se realizaron sobre el 100% de la población masculina y femenina respectivamente.



4.1.3. ASPECTOS LEGALES DEL ABORTO

A). ¿ES LEGAL EL ABORTO EN ALGUNOS CASOS?

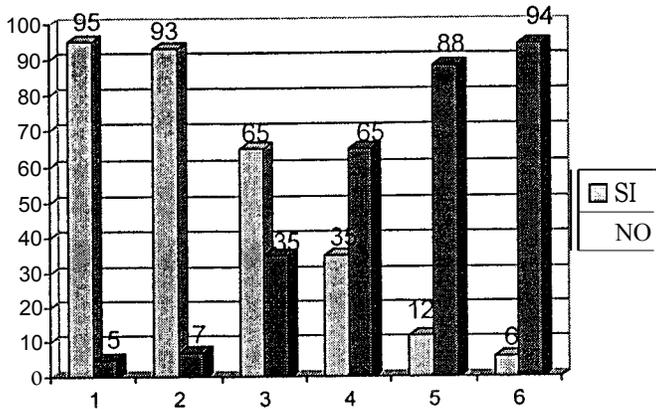
Gráfico No. 6



Aunque en la primera pregunta, el 22% del total de la población se refirió a la ilegalidad del aborto. En esta pregunta el 99% afirma que es legal en algunos casos.

B). ¿EN QUE CASOS ES LEGAL EL ABORTO?

Gráfico No. 7



1. Riesgo para la salud de la madre
2. Violación
3. Incesto
4. Alteraciones fetales
5. Rapto
6. Embarazo no deseado

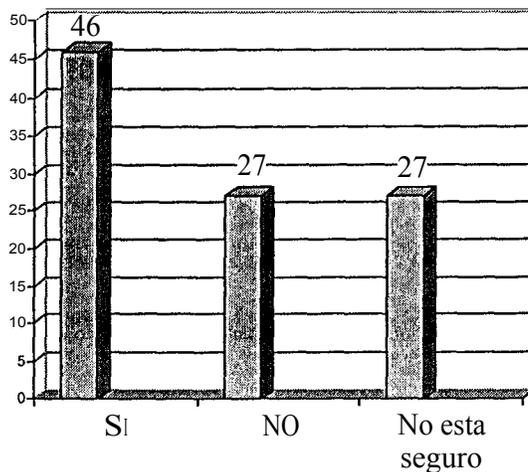


Tomando en cuenta que las preguntas no son excluyentes entre si, es decir que todas las opciones deben tener una respuesta positiva o negativa. Cada uno de los 6 puntos ha sido calculado sobre el 100% de la población.

El 95% sostiene que el aborto es legal cuando la salud de la madre corre peligro, el 93 % en casos de violación, el 65% en casos de incesto, el 35% cuando existen alteraciones fetales, frente a un 65% que piensa que las alteraciones fetales NO están incluidas en los casos legales; el 12% opina que el aborto es legal en casos de rapto, frente a un 88% que piensa que estos casos no son legales. Finalmente el 6% cree que el aborto es legal en casos de embarazo no deseado, frente a un 94% que opina que no.

C). ¿PRACTICARÍA UN ABORTO EN LOS CASOS LEGALES?

Gráfico No. 8

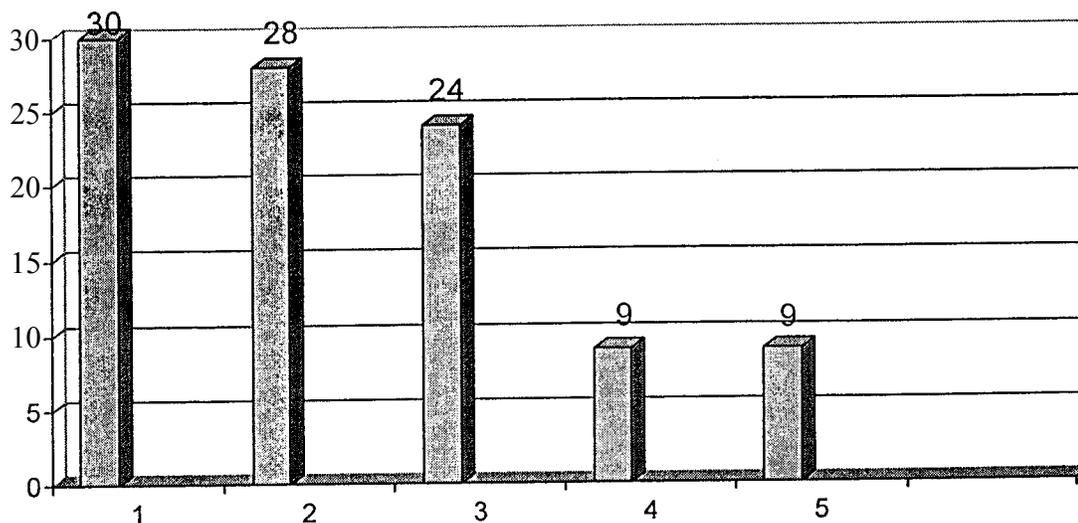


El 46 % indica que "SI" practicaría un aborto en los casos legales, el 27% indica que "NO" y otro 27 % "NO ESTA SEGURO". Entre las razones por las cuales no están seguros, mencionan por ejemplo: "Por conflictos internos" "falta de educación en la población" o "no me encuentro preparada".



D). RAZONES POR LAS QUE PRACTICARÍA UN ABORTO EN SITUACIONES LEGALES

Gráfico No. 9



1. Preservar la salud de la madre
2. Situaciones legales
3. Son embarazos no deseados por tratarse de violación o incesto
4. Otros
5. Sin respuesta

Entre las principales razones por las que SI lo practicarían, el 30% menciona "Por preservar la salud de la madre"; el 28 % "Porque el código penal lo permite"; 24% considera que son embarazos no deseados y estarían colaborando. El 9% no responde, y 9% da otras razones.

Este cuadro representa el 46% de la población que piensa que SI lo practicaría en situaciones legales.

Esta pregunta fue presentada en forma abierta, por lo que a continuación se describe como fueron clasificadas las respuestas.

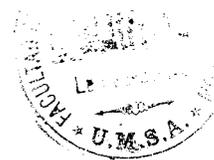


E). CLASIFICACIÓN DE LAS RAZONES POR LAS QUE PRACTICARÍA UN ABORTO EN SITUACIONES LEGALES

Clasificación de respuestas a preguntas abiertas			
Respuestas	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
<ul style="list-style-type: none"> > De esto podría depender la vida de la mujer. > Preservar la vida de la madre > Por que esta en peligro la vida de la madre > No es justo poner en riesgo la salud de la madre. ➤ En casos de riesgo materno prefiero mantener la vida de una a perder las dos. > Para que por lo menos se salve una vida, la materna. > Existe una razón muy poderosa, la vida de la madre. > Preservar la vida de la mujer > Está en peligro la vida de la madre 	Preservar la salud de la Madre	14	30
<ul style="list-style-type: none"> > Porque se trataría de casos legales ➤ El código penal permite su práctica. > Si lo manda la ley, hay que cumplir > En casos legales no existe problema > Es legal y estoy ayudando > Es legal > Si fuese dictado por un juez o en caso de emergencia, con consentimiento de la afectada en un lugar seguro como un hospital. > Es legal, no será clandestino (y con máximos cuidados) > Son casos legales ➤ Por ser legal 	Por tratarse de situaciones legales	13	28

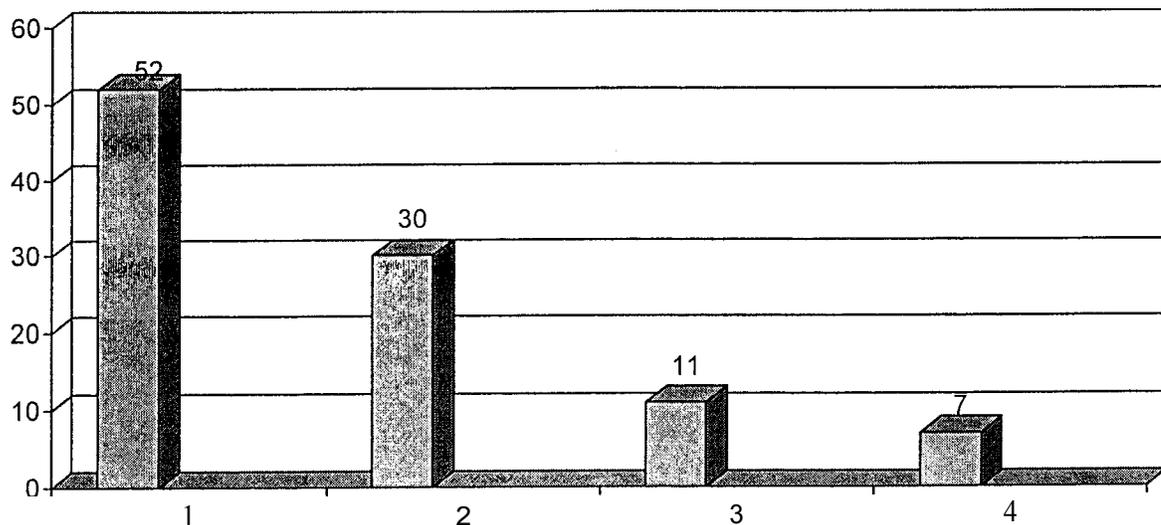


Continuación			
Respuestas	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
<ul style="list-style-type: none"> ➤ De no hacerlo, sería traer un niño no querido y sentenciado a la pobreza. ➤ Porque no es justo traer un niño no deseado (en casos de violación) > Es un niño no deseado y si no se hace ahora, este niño en lo posterior tendrá un futuro incierto. ➤ Darle la oportunidad a la mujer de no traer al mundo un producto no deseado. ➤ Desearía evitarle sufrimiento al nuevo ser > En casos de violación > Si fuera violación ➤ En casos de incesto 	Embarazos no deseados Casos de violación o incesto	11	24
<ul style="list-style-type: none"> ➤ La mujer decide sobre su cuerpo ➤ Situaciones en las que uno está obligado a intervenir > Por empatía y riesgo biopsicológico 	Otros	4	9
Sin respuesta	Sin respuesta	4	9
TOTALES		46	100



F). RAZONES POR LAS QUE NO PRACTICARÍA UN ABORTO EN SITUACIONES LEGALES

Gráfico No. 10



1. Razones Etico-morales
2. Sin respuesta
3. Motivos religiosos
4. Otros

El 52% expresa que no practicaría un aborto en situaciones legales por razones ético morales. El 30% no responde, el 11% indica motivos religiosos y el 7% da otras razones.

Este cuadro representa el 27 % de la población que afirma que no practicaría un aborto en situaciones legales. El siguiente cuadro muestra como se categorizaron las respuestas, ya que se trataba de una pregunta abierta.



G). RAZONES POR LAS QUE NO PRACTICARÍA UN ABORTO EN SITUACIONES LEGALES

Pregunta (abierta): Practicaría un aborto en situaciones legales. ¿Porque no?			
Respuestas	Categorías	Numero	Porcentaje
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Va contra la ética (varias respuestas en este sentido) > Implica cuestiones morales > No va con mis principios éticos ➤ Soy responsable de su concepción > Sería quitar una vida ➤ Es como ser cómplice de asesinato > No practicaría un aborto nunca, es un homicidio > No tengo ningún derecho de quitar la vida a nadie. ➤ No lo deseo, es un ser que no tiene la culpa de nada ➤ Una es responsable de sus actos 	Razones ético-morales	14	52
<ul style="list-style-type: none"> > No me permite mi religión > Principios religiosos ➤ Dios es el único que da y quita la vida 	Motivos religiosos	3	11
<ul style="list-style-type: none"> ➤ No estoy de acuerdo con el aborto ➤ No pienso ejercer la especialidad 	Otros	2	7
Sin respuesta	Sin respuesta	8	30
TOTAL:		27	100

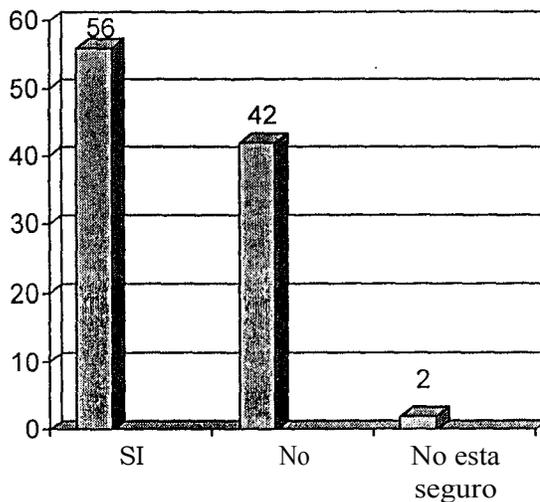
H). RAZONES POR LAS QUE NO ESTÁN SEGUROS DE PRACTICAR UN ABORTO EN SITUACIONES LEGALES

Categoría	Respuestas
VARIOS	<ul style="list-style-type: none"> > Por las consecuencias > Conflictos internos de uno mismo ➤ Habría que comprobar los riesgos que conllevaría no hacerlo Tendría que analizar mis pros y contras y el entorno de la paciente ➤ Falta de educación en la población ➤ Depende del caso ➤ Depende de la situación ➤ Necesitaria informarme mas > Esperaría el momento, ahora no me encuentro preparada.

No se presentan porcentajes, ya que estas son todas las respuestas encontradas, ya que la mayoría de los que dijo no estar seguro, no respondió al porque.

1). ¿CONSIDERA QUE HABRÍAN ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS EN LAS QUE LA MUJER DEBERÍA TENER LA POSIBILIDAD DE ABORTAR ADEMÁS DE LAS ACTUALMENTE LEGALES?

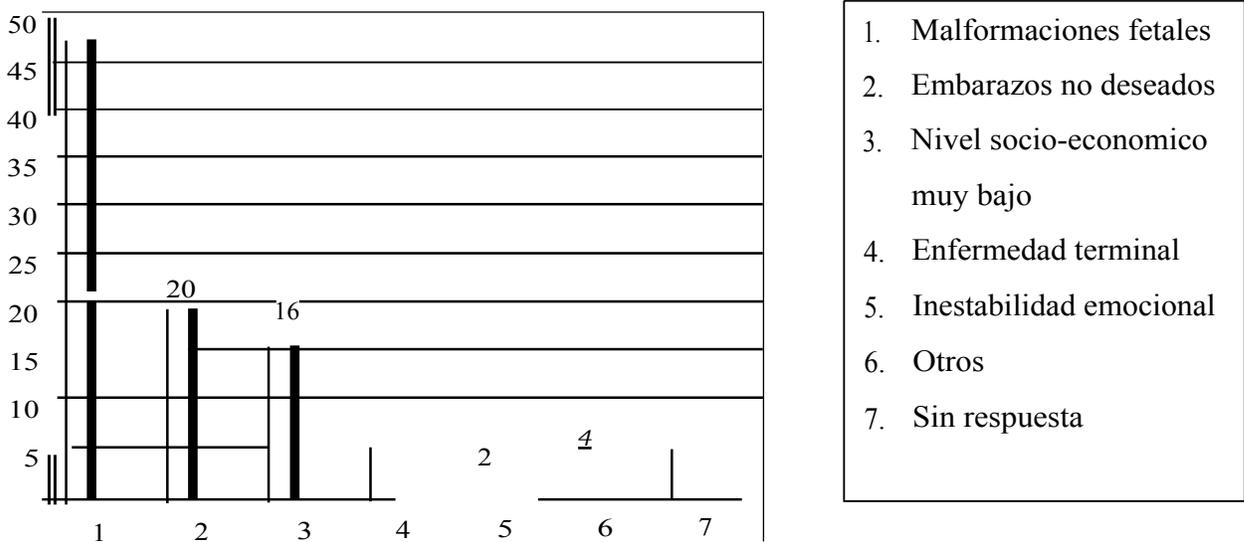
Gráfico No. 11



El 56 % considera que en algunas circunstancias la mujer debería tener la posibilidad de abortar, **además de las** actualmente legales y el 42 % No está de acuerdo, mientras que un 2% no está seguro.

J). CIRCUNSTANCIAS QUE **ESTARÍAN** DE ACUERDO INCLUIR COMO LEGALES CUALES?

Gráfico No. 12



De la población que indicó que estaría de acuerdo en que se incluyan otras circunstancias legales, el 48% indica que estaría de acuerdo si se tratara de malformaciones fetales, el 20% en casos de embarazos no deseados, el 16% considera que se debería incluir cuando el nivel socioeconómico es realmente muy bajo, 5% considera los casos de enfermedad terminal, 2% inestabilidad emocional, 4% menciona otros aspectos y el 5% no responde. Este cuadro representa el 56% de la población que apoya la inclusión de otros casos legales.



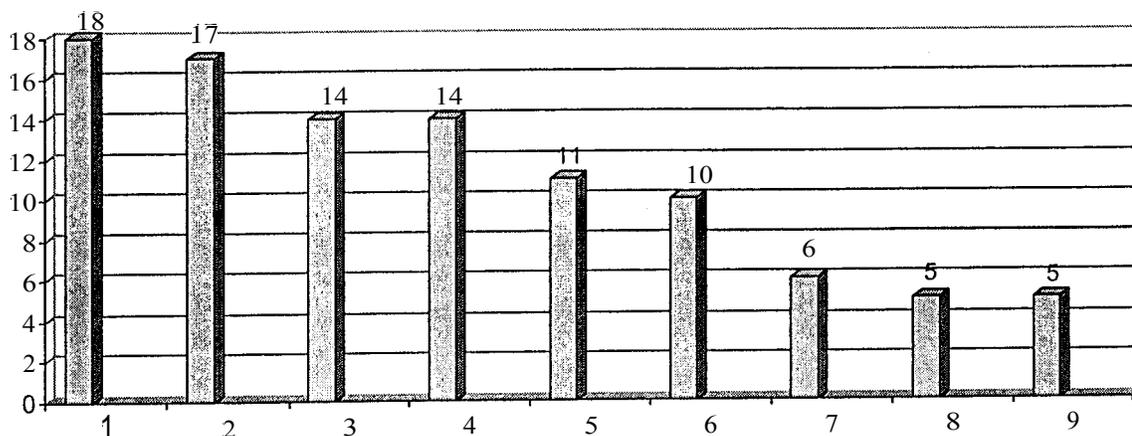
K). CUALES SERÍAN LAS CIRCUNSTANCIAS EN QUE LA MUJER DEBERÍA TENER LA POSIBILIDAD DE ABORTAR LEGALMENTE?.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Malformaciones fetales	27	48
Embarazos no deseados	11	20
Nivel socioeconómico muy bajo	9	16
Enfermedad terminal	3	5
Inestabilidad emocional	1	2
Otros	2	4
Sin respuesta	3	5
TOTAL	56	100

4.1.4. ASPECTOS PSICOSOCIALES:

A). CAUSAS QUE PREDISPONEN A LA PRÁCTICA DEL ABORTO

Gráfico No. 13

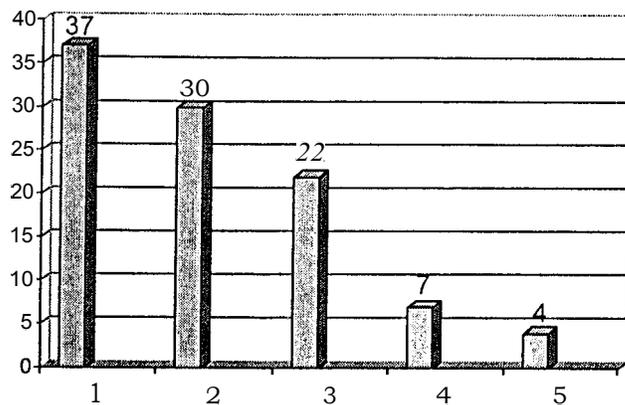


1. Bajo nivel de instrucción
2. Ausencia o deficiente educación sexual
3. Ingresos insuficientes
4. Madres muy jóvenes o muy mayores
5. Mujeres solteras
6. Proyecto de vida
7. Dificultad de uso y acceso a métodos anticonceptivos (MAC)
8. Principios morales poco sólidos
9. Todas

Hay una dispersión de respuestas entre las causas que manifiestan los estudiantes; sin embargo los porcentajes más elevados se concentran en "bajo nivel de instrucción" con 18% y "ausencia o deficiente educación sexual" con 17%, con lo cual se puede indicar que la principal causa que encuentran los estudiantes está relacionada con la educación. Los siguientes porcentajes se concentran en "ingresos insuficientes" y "edad de las madres" con 14% respectivamente. El 11% atribuye al estado civil de la mujer (solteras) y 10% al proyecto de vida. El 6% indica la dificultad para el acceso y uso de métodos anticonceptivos.

B). CONSECUENCIAS PARA LA MUJER:

Gráfico No. 14

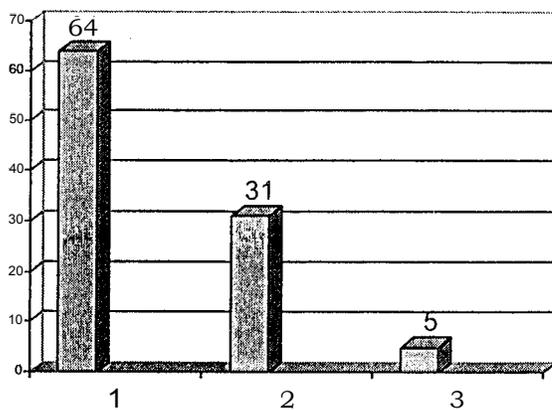


1. Esterilidad futura
2. Sentimientos de culpa
3. Depresión
4. Miedo a quedar estériles
5. Alivio

El 37% relaciona las consecuencias para la mujer con esterilidad futura, el 30% con sentimientos de culpa; el 22% con depresión, el 7% con el miedo a quedar estériles y finalmente un 4% sostiene que las mujeres sienten alivio.

C). MUJERES QUE TIENEN MAYOR RIESGO DE SUFRIR COMPLICACIONES A CAUSA DE UN ABORTO?

Gráfico No. 15

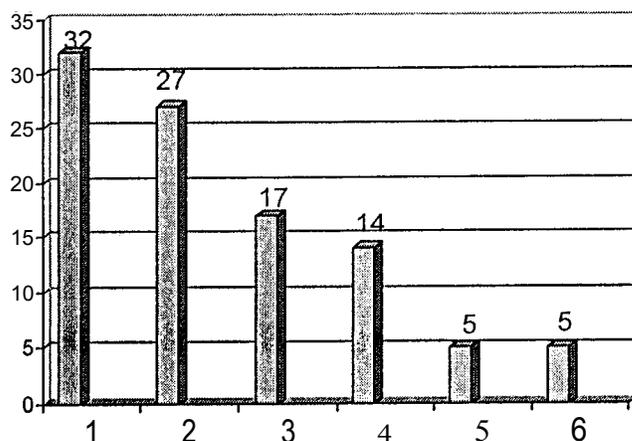


1. Mujeres de bajos recursos económicos
2. Todas por igual
3. Sin respuesta

El 64% indica que las mujeres de bajos recursos económicos tienen mayor riesgo de sufrir complicaciones y el 31% indican que todas las mujeres tienen el mismo riesgo, el 5% no responde.

D). CONSECUENCIAS PARA EL VARÓN.

Gráfico No. 16

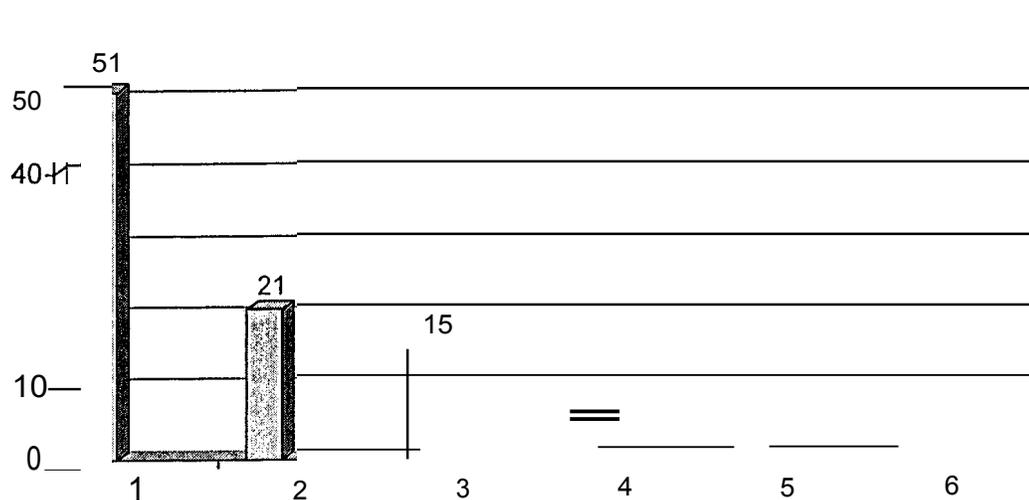


1. Sentimientos de culpa
2. Alivio
3. Ninguna
4. Frustración e impotencia
5. Depresión
6. Otra

El 32% sostiene que las consecuencias para el varón son los sentimientos de culpa; el 27% sostiene que el varón siente alivio; el 17% piensa que no existe ninguna consecuencia, el 14% menciona que una consecuencia para el varón es sentir frustración e impotencia; el 5% piensa que el hombre puede sentirse deprimido y 5% mencionó otras respuestas como por ejemplo que "depende de si el hijo fue deseado o no".

E). CONSECUENCIAS PARA LA SOCIEDAD:

Gráfico No. 17

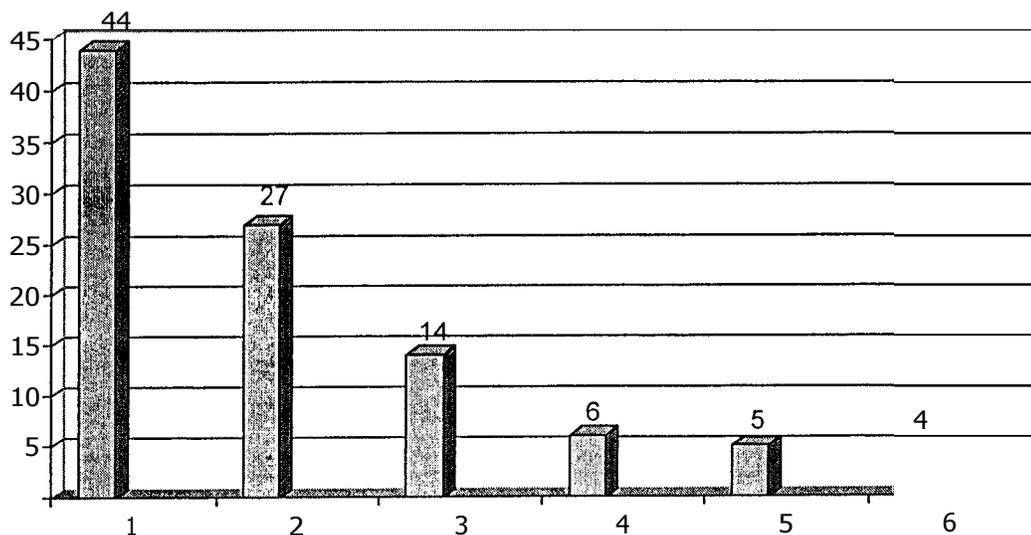


1. Mortalidad materna
2. Disminuyen los niños abandonados
3. Desmedro de los valores
4. Orfandad
5. Aumentan los gastos en los servicios de salud
6. Otros

El 51% considera que una consecuencia del aborto para la sociedad es la mortalidad materna, seguida de lejos por un 21% que encuentra una consecuencia positiva, mencionando que "disminuyen los niños abandonados"; un 15% sostiene que una consecuencia para la sociedad es el desmedro de los valores, porcentajes menores mencionan la orfandad (5%) y aumento de los gastos en los servicios de salud (4%).

F). ATRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Gráfico No. 18



1. La sociedad
2. La mujer
3. Ambos miembros de la pareja
4. No responde
5. El sistema de salud
6. El hombre

El 44% atribuye responsabilidad a la sociedad, el 27% a la mujer y el 14% a ambos miembros de la pareja. Sólo el 4% atribuye la responsabilidad al varón, el 5% al sistema de salud y el 5% no responde.

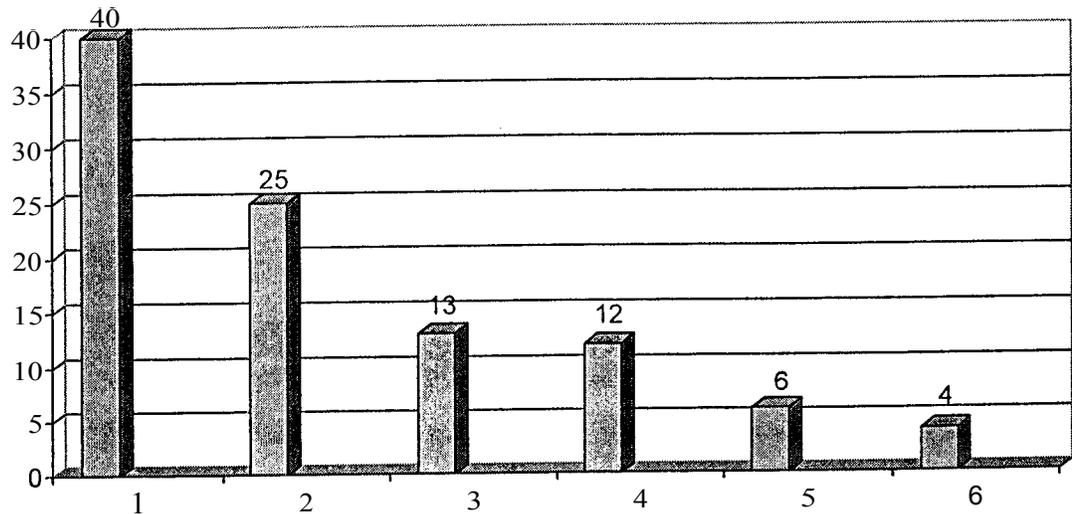


G). PORQUE ATRIBUYE LA RESPONSABILIDAD

RESPONSABLE	PORQUE?
La sociedad	<p>Se debe mejorar el nivel de educación</p> <p>Por sus conceptos moralistas</p> <p>Por el que dirán</p> <p>El sexo en general debe dejar de ser un tabú</p> <p>La sociedad es cerrada e hipócrita</p> <p>Por condenar a las mujeres con embarazos no deseados</p> <p>Por no combatir la pobreza y poca educación</p> <p>La sociedad señala, pone trabas y obstáculos</p> <p>Falta de comprensión</p> <p>Impulsa a la mujer a tomar la decisión</p> <p>Por discriminar a las madres solteras</p> <p>El estado no se preocupa por la educación</p>
La mujer	<p>Es su decisión</p> <p>El hombre propone la mujer dispone</p> <p>De ella depende todo</p> <p>Ella es dueña de su cuerpo</p> <p>Es la que al final decide</p> <p>Ella debe cuidarse de un embarazo no deseado</p> <p>Es la que tiene al bebé en su cuerpo</p>
Ambos miembros de la pareja	<p>Ambos son personas y piensan</p> <p>Ambos deben cuidarse</p> <p>Deben conversar sobre sus planes y ponerse de acuerdo</p>
El sistema de salud	Sin aclaraciones
El hombre	<p>Machismo</p> <p>El hombre elude responsabilidades</p>

H). FORMAS DE PREVENCIÓN

Gráfico No. 19



1. Asesoramiento en el uso de métodos anticonceptivos
2. Divulgar los riesgos de los abortos inseguros
3. Orientación después de un aborto
4. Promover la integración familiar
5. Con leyes mas severas para castigarlo
6. Despenalización del aborto

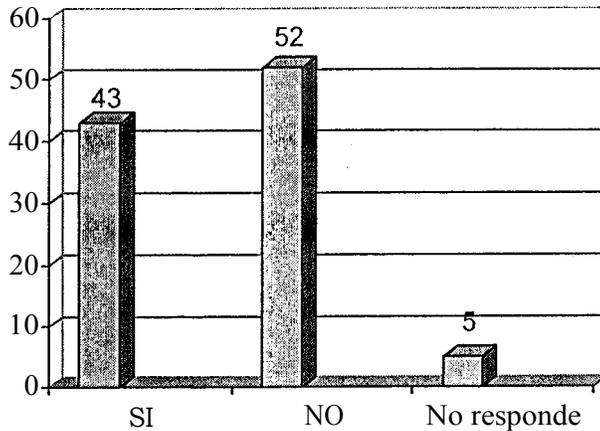
El 40% sostiene que para prevenir el aborto se debería brindar asesoramiento en el uso de métodos anticonceptivos. El siguiente grupo (25%), sostiene que se debería divulgar los riesgos de los abortos inseguros. Sólo un 13% indica que para prevenir el aborto se debe proporcionar orientación inmediatamente después del mismo. Porcentajes mínimos se refieren a la despenalización (4%) y por el contrario a la emisión de leyes mas severas para castigarlo (6%).



4.1.5. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD RELACIONADAS CON EL ABORTO

A). CONOCE SI EXISTEN POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD RESPECTO AL ABORTO?

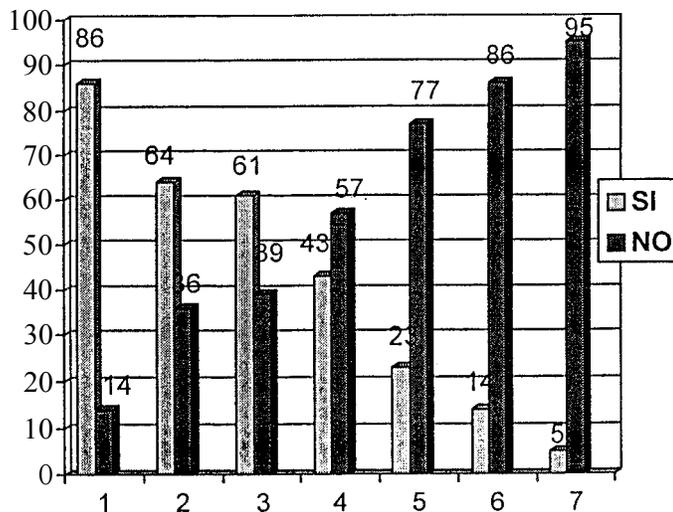
Gráfico No. 20



El 43% conoce que existen políticas públicas de salud respecto al aborto. El 52% indica que desconoce la existencia de las mismas, el 5% no responde.

B). ¿QUÉ ASPECTOS ESTÁN INCLUIDOS EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD RESPECTO AL ABORTO?

Gráfico No. 21



1. Interrupción de embarazos permitidos por ley
2. Atención gratuita de la emergencia de las hemorragias
3. Vinculación con servicios de planificación familiar
4. Orientación y apoyo emocional
5. Establecer denuncias
6. Participación de la comunidad
7. Interrupción de embarazos no deseados



De la población que respondió que conoce la existencia de políticas públicas de salud, el 86 % cree que estas políticas incluyen la interrupción de embarazos permitidos por ley, frente a un 14% que piensa que no es así.

El 64% sostiene que estas políticas incluyen la atención gratuita de la emergencia de las hemorragias, frente a un 36% que piensa que no incluye este aspecto.

El 61 % sostiene que estas políticas incluyen la vinculación con servicios de planificación familiar, mientras el 39% indica que no.

El 57% piensa que la orientación en métodos anticonceptivos y apoyo emocional NO forman parte de las políticas públicas de salud, en contraposición del 43 % que piensa que SI.

El 77% piensa que el establecer denuncias NO es parte de las políticas de salud, frente a un 23% que piensa que SI.

El 86% piensa que la participación de la comunidad NO forma parte de las políticas de salud respecto a la atención del aborto.

El 95% está de acuerdo en que la interrupción de embarazos no deseados NO es parte de estas políticas.

4.2. RESULTADOS: GRUPOS FOCALES

4.2.1. CONCEPTUALIZACIÓN:

Un grupo manifestó que según la definición médica es la interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de gestación que puede ser inducido o espontáneo.

Refiriéndose a la posición de los médicos en esta problemática, sostienen que el aborto va contra la ética médica y no están de acuerdo con su práctica

- > *Es un acto que va contra la ética médica, porque es atentar contra un ser vivo.*
- *La misión del médico es salvar vidas, no quitarlas.*
- > *Es una persona inocente la que está muriendo.*
- > *Es interrumpir una vida.*
- *Es un homicidio.*

Y puede generar sentimientos contradictorios:

- *Al hablar de aborto,... existen sentimientos adversos o de acercamiento... dependiendo si ha sido provocado o espontáneo.*
- > *Como mujer y posiblemente futura madre, me conmueve la idea de ver morir un feto.*
- *La decisión final es de ella, pero... yo no lo practicaría .*

Sin embargo, en ocasiones se puede convertir en la única opción, es decir cuando la vida de la madre está en peligro.

- > *Hay circunstancias que te pueden poner entre la espada y la pared, es la vida de la madre o la del hijo.*
- *En esas situaciones sería la única opción y hay que hacerlo.*

➤ *En esos casos no quedaría otra opción, pero en otros casos no estoy de acuerdo*

Respecto a la/s personas que recurren al aborto, hay puntos de vista diferentes, por un lado puede tratarse de una irresponsabilidad, de un escape o decisión cobarde, bloqueando la idea de que ese hijo está vivo, para no sentir culpabilidad.

➤ *No querer asumir una responsabilidad,*

> *Es irresponsabilidad.*

➤ *En cualquier caso, creo que es una decisión cobarde y es un escape.*

> *Otros hasta moderan sus creencias para no sentir culpabilidad, bloquean la idea de que ese hijo está vivo.*

Por otro lado, relacionan con diferentes situaciones personales que pueden impulsar a tomar esa decisión y que hay que tratar de comprender, o con la dificultad para acceder a métodos anticonceptivos.

> *Es algo tan personal.*

> *Creo que hay que tratar de comprender.*

➤ *Hay tantas situaciones que pueden impulsar a eso.*

➤ *Es un tema tan complejo que no se pueden comparar ni siquiera dos casos.*

> *Hay personas que ni conocen métodos anticonceptivos y el aborto es una forma de planificar su familia.*

> *A veces aunque conozcan métodos, no saben o no quieren utilizarlos,*

> *Otros quieren utilizarlos, pero no saben como o donde pedirlos.*

4.2.2. ASPECTOS LEGALES:

Hay duda respecto a la complicidad que podría existir, al atender un aborto incompleto, aclarada por ellos mismos, al sostener que serían cómplices si ellos lo practicarían, pero lo único que hacen es salvar la vida de la mujer.

> *Nosotros al atender un aborto provocado ¿nos volvemos cómplices?*

> *Cómplices seríamos si realizamos el aborto.*

Y Mas bien estarnos tratando de que la madre sobreviva, como médicos no la podernos dejar así.

También hay diferentes posiciones respecto a la denuncia:

- > *Las leyes están mal hechas.*
- > *No están mal hechas están mal implementadas.*
- > *El médico puede denunciarlo e incluso la mujer puede llegar a la cárcel.*
- > *Denunciar el lugar (si se conoce), pero no a la madre.*
- > *Tu confidencialidad con la paciente se puede ver violada.*

En los casos legales, por lo general lo practicarían especialmente si la salud o vida de la madre corrieran peligro:

- > *En casos de aborto terapéutico si.*
- > *En estos casos lo practicaría sólo si de ello dependiera la vida de la madre.*
- > *Cuando la salud de la madre realmente esta en peligro hay que hacerlo,*
- > *Generalmente se practica un aborto dentro de los marcos legales, cuando es terapeutico, es decir cuando hay algún riesgo para la vida de la madre.*

Los casos de violación tendrían que ser bien estudiados y/o comprobados, o ver la posibilidad de crear programas de adopción de niños no deseados (producto de violación).

- > *Si se tratara de violación, habría que valorar bien el caso.*
- > *A veces eso de la violación puede ser un pretexto,*
- > *En caso de violación habría que evaluar la situación.*
- > *Crear programas para darlos en adopción.*
- > *Sólo lo haría en casos en que la salud de la madre realmente corra peligro.*
- > *Uno como médico también se ve en una situación difícil, el feto es un ser vivo.*

- > *Habría que ver la posibilidad de dar a esos niños en adopción.*
- > *Si las situaciones son bien estudiadas y justificadas puede ser.*

En algunos casos aceptan que se debe cumplir lo que manda la ley

- > *Cuando lo manda la ley, tenemos que cumplir, independientemente de nuestra religión.*
- *Lo haría siempre y cuando esté dentro de los márgenes legales.*
- > *Si se han seguido los procedimientos legales y está autorizado, se puede practicar.*

En un grupo se mencionó la posibilidad de incluir en los casos legales otras situaciones excepcionales como enfermedad mental, cáncer, SIDA; pero si son casos bien estudiados y justificados:

- > *Talvez también en otras situaciones excepcionales... enfermedad mental o inestabilidad emocional de la madre.. o cancer o SIDA.*

4.2.3. CAUSAS

Aunque al principio de las sesiones se habló de irresponsabilidad, al analizar las causas, los estudiantes indicaron varias causas, siendo muy importante la falta de instrucción, especialmente falta de educación sexual. También se mencionó la presión socio-económica, y un poco la pérdida de valores. La edad o estado civil no son preponderantes, ya que piensan que igualmente se puede presentar en jovencitas o en mujeres mayores, parejas casadas o solteras.

- *Principalmente falta de instrucción.*
- > *Falta Educación Sexual, no sólo instrucción,*
- *Presión de la familia...puede ser la misma presión del medio social.*
- > *Presión de la pareja, influencia de las amigas.*

- *Presión socio-económica.*
- > *La gente piensa mas en su bienestar y van perdiendo los valores,*
- *Hay gente que está en situaciones extremas por el factor económico.*
- > *En personas jóvenes por falta de información, en parejas estables no hay comunicación.*
- > *El problema no sólo es de las jovencitas... también hay parejas adultas que tienen problemas económicos.*
- *También hay gente que no conoce métodos anticonceptivos.*

4.2.4. CONSECUENCIAS:

Se mencionaron implicancias biológicas en la mujer como esterilidad, infecciones y muerte. También están las consecuencias emocionales, sentimientos de culpa, rencor, depresión, traumas, suicidio.

En la sociedad desintegración de la pareja y/o la familia y desensibilización en la persona y en la sociedad.

- *En la mujer se puede producir esterilidad, infecciones que pueden tener serias complicaciones para la salud de la mujer, incluso la muerte.*
- > *Esterilidad y muerte.*
- > *El sentimiento de culpa que lo va a llevar por siempre.*
- *Rompimiento de la pareja.*
- > *Desintegración de la pareja y/o de la familia.*
- > *Rencor (a la sociedad), hacia los padres (en casos de adolescentes).*
- *Desensibilización en la persona y en la sociedad.*
- > *Profunda depresión, suicidio,*

4.2.5. ATRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Con mayor énfasis se atribuye la responsabilidad a la sociedad en general

- *El gobierno debería crear programas de ayuda a madres solteras, madres que tienen muchos hijos, madres que son abandonadas por sus parejas.*
- > *La sociedad debería ser mas flexible.*
- > *Un círculo vicioso de toda la sociedad empezando de los medios de comunicación que mueven al erotismo.*
- > *Todos los miembros de la sociedad son responsables, desde la pareja, la familia, todos.*
- > *La sociedad en vez de reprimir debería educar.*

A la mujer

- > *En situaciones en que la relación está desgastada, la mujer no quiere aceptarlo y se embarazan para retener a su pareja.*
- > *Pero es la mujer la que lleva el hijo en el vientre.*

Ambos miembros de la pareja:

- > *Es responsabilidad de la pareja.*
- > *Ambos miembros de la pareja son responsables.*

Al varón:

- > *Hay otros (varones) que no quieren que sus esposas utilicen algún método.*
- *Si el varón no apoya a su pareja para tener ese hijo, él también es responsable.*

los médicos que se prestan a ello y los médicos que curan (resuelven la emergencia) pero no previenen,

- > *Los médicos o paramédicos que se prestan a ello.*
- > *Nosotros (médicos) también somos responsables; si la principal función del médico no es curar, sino prevenir.*

4.2.6. FORMAS DE PREVENCIÓN

Se menciona principalmente educación sexual a todo nivel, diferenciando por estratos: maestros, adultos, jóvenes, personas sin instrucción, campesinos, mujeres que están pensando abortar (si tienen acceso a ellas), para que no lo hagan.

- > *Educación sexual a todo nivel, diferenciando por estratos...padres, maestros, adultos, jóvenes, personas sin instrucción, campesinos, etc.*
- > *Proporcionar información y orientación a todo nivel.*
- > *Con mujeres que están pensando abortar, hablar claro con ellas... avisarles también sobre los riesgos a los que se exponen...*
- > *Tratar de convencerlas para que lo tengan.*
- > *Hacer una amplia oferta de métodos anticonceptivos.*

Crear programas para dar en adopción a los niños no deseados por diferentes causas, que en lugar de abortarlos, los den en adopción.

- > *Crear programas para que esos niños no deseados puedan ser adoptados.*

Se presenta algo de controversia, respecto al papel del médico en cuanto a la prevención del aborto, mientras unos piensan que es parte importante de su labor, otros creen que esto corresponde a otras esferas de profesionales.

- > *Hacer un seguimiento mas cercano con las pacientes después de un aborto incompleto.*
- > *Depende mucho de nosotros, hacer un trabajo más profundo.*
- *Hay muchas cosas que se pueden hacer como médico, pero también hay otras esferas, otros profesionales.*
- > *Tampoco te puedes recargar de cosas.*
- > *Si la principal función del médico no es curar, sino prevenir.*
- *Pero están las trabajadoras sociales, psicólogos, hay educadores y otros profesionales, las mismas enfermeras.*

Mencionan las dificultades que se pueden encontrar al hacer labores de prevención:

- *No es sólo oferta de métodos , algunos no los aceptan fácilmente ,*
- *En el campo no van a aceptar que le pongan una T de cobre.*
- *Depende de quien de la orientación y cómo la den.*

En posiciones extremas aunque aisladas se menciona el control de la natalidad

- *De 15 años para arriba, inyección a todas.*

4.2.7. . POLITICAS PUBLICAS DE SALUD

Todos conocen que el SUMI (Seguro Universal Materno Infantil), cubre las complicaciones del aborto (Hemorragias de la Primera mitad del Embarazo), asumiendo que todos los casos son espontáneos, aunque no saben exactamente en que consiste esta cobertura, saben que uno de los aspectos que incluyen son los servicios de planificación familiar, pero que en la práctica no lo ven con frecuencia.

- > *Aquí el aborto penado por ley y nada mas... eh... bueno y el SUMI,*
- *Ahora está vigente el Seguro Universal Materno Infantil,*

- > *No sabemos que incluye, no tenemos un conocimiento mas profundo.*
- > *Lo que cubre es el AMEU¹ (ambulatorio) y LUI².*
- > *Del provocado no hay nada.*
- > *Los que llegan al servicio se asumen que son espontáneos,*
- > *Incluye (Planificación Familiar) en teoría, porque eso de la planificación familiar se ve tan poco.*
- > *No estamos muy enterados del SUMI de lo que cubre o no cubre.*
- > *Cubre las complicaciones del aborto.*

4.3 RESULTADOS DEL ANALISIS DE VEINTE RELATOS SOBRE LA ATENCIÓN DE UN ABORTO INCOMPLETO:

A partir de los relatos escritos por los veinte estudiantes, sobre la atención de pacientes con un aborto incompleto, en un servicio de salud, se fueron seleccionando las frases en dos grupos: las que se referían a aspectos clínicos y las que hacían alusión a aspectos psico-sociales. Luego estas frases fueron agrupándose en las diferentes categorías emergentes, que se describen a continuación.

A). CATEGORÍAS PERTENECIENTES A LOS ASPECTOS CLÍNICOS	Frecuencia	Porcentaje
Anamnesis o interrogatorio	11	13.0
Examen general (signos vitales, estabilización)	8	9.5
Examen ginecológico	5	6.0
Confirmar Diagnóstico (observación OCE)	8	9.5
Realizar AMEU, LUI - Limpieza, raspado	18	21.4
Control post procedimiento, signos vitales, antibióticos	5	6
Alta médica	5	6
SUBTOTAL	60	71.4%

¹ Aspiración Manual endouterina

² Legrado Uterino Instrumental

En forma específica entre los aspectos clínicos, los mayores porcentajes se concentran en "Realizar AMEU, LUI" con un 21.4% y "Anamnesis o interrogatorio" con un 13%.

B). ASPECTOS PSICOSOCIALES	Frecuencia	Porcentaje
Atención cálida	5	6
Brindar Información sobre su situación actual de salud y sobre el procedimiento a seguir	6	7.1
Tomar en cuenta el aspecto emocional	4	4.8
Solicitar consentimiento informado	4	4.8
Orientación en métodos anticonceptivos	3	3.6
Informar sobre cuidados o complicaciones después del procedimiento	2	2.3
SUBTOTAL	24	28.6

Brindar Información a la paciente sobre su situación de salud y sobre el procedimiento a seguir tiene un 7.1%, seguido de Atención cálida con 6%. Siendo todos porcentajes bajos en relación con los aspectos clínicos.



C). TOTAL GENERAL

DESCRIPCION	No.	%
ASPECTOS CLÍNICOS	60	71.4%
ASPECTOS PSICO-SOCIALES	24	28.6%
TOTAL	84	100%

En este cuadro se aprecia que el 71,4% de los términos o frases utilizadas en los relatos de los estudiantes, se relacionaron con aspectos clínicos de la atención del aborto; en cambio las frases relacionadas con los aspectos psico-sociales, sólo alcanzaron un porcentaje de 28.6.

4.4. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

A continuación se integran los resultados obtenidos con las diferentes técnicas, los datos encontrados a través de los cuestionarios, se complementaron con los obtenidos en los grupos focales, los resultados se fueron sustentando unos a otros.

4.4.1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL ABORTO:

La mayoría de los estudiantes sostienen que el aborto es una opción, lo cual, según los resultados de los grupos focales, se refiere a que tendrían que optar por la práctica del aborto, en el caso de que la salud o vida de la madre estuviera en peligro. Un segundo grupo mayoritario, especialmente de género femenino, relacionó al aborto con el hecho

de quitar una vida. Una tercera posición sostiene que el aborto es ilegal (gráfico No.1); estas dos últimas colocan al aborto en un marco de pecado y delito respectivamente.

En general se evidencia que hay dos posiciones encontradas; una conservadora y de rechazo a la práctica del aborto, expresada a través de los adjetivos: "quitar una vida", "ilegal" y "pecado". Por otro lado, en menor porcentaje, se encontró una posición que toma al aborto desde un punto de vista aparentemente más flexible, a través de los adjetivos "opción" y "derecho"; sin embargo, el primero de estos, no deja de ser conservador, si se considera que la palabra opción, está tomando en cuenta generalmente los casos en que la salud de la madre corre peligro, dejando de lado los otros casos legales como violación e incesto, con mayor razón otras circunstancias que sin ser legales, pueden presionar e inducir a la mujer o a la pareja hacia un aborto.

Se puede apreciar también la diferencia que existe entre la posición que tienen las mujeres frente a la de los varones, la mayoría de los varones se inclinó por sostener que es una opción, en cambio la mayoría de las mujeres sostuvo que es quitar una vida (gráfico No.2), con lo que se definió que la posición de las mujeres es más conservadora que la de los varones, esto debido a que la mujer por ser madre potencial, tiene mayor sensibilidad frente al feto. Finalmente el conceptualizar el aborto como ilegal, fue una posición compartida en forma más o menos equitativa por varones y mujeres.

Son coadyuvantes los resultados de los grupos focales, donde muchos indicaron que el aborto va contra la ética médica, y no se debe practicar excepto cuando la salud de la madre está en peligro, aunque piensan que un aborto provocado puede ser producto de la dificultad para acceder a métodos anticonceptivos y que pueden presentarse situaciones difíciles que empujen a las personas a tomar esta decisión, no dejan de verlo como una irresponsabilidad. Uno de los aspectos que les hace tomar la posición de rechazo es la idea de que el producto (como lo llaman algunos de los entrevistados) es un ser vivo.

Entre las respuestas anotadas en el inciso "otros", cuatro personas describieron el concepto sobre el aborto que se utiliza en el ámbito de la medicina; es decir "Expulsión

del producto antes de las veinte semanas de gestación"; cabe aclarar que el diseño del cuestionario no contemplaba este acápite debido a que en la prueba piloto se recabó la conceptualización a través de una pregunta abierta y al clasificarse las categorías no se encontró este concepto, probablemente porque este es imparcial y no refleja una posición respecto al mismo.

4.4.2. ASPECTOS LEGALES DEL ABORTO

En un principio, al responder la primera pregunta, formulada para determinar la conceptualización; un 21% de los encuestados optó por indicar que era ilegal, sin embargo, al responder la segunda pregunta: ¿es legal en algunos casos?, el 99% indicó que SI es legal en algunos casos (Gráfico No. 6), lo cual indica que en la representación que tienen los estudiantes de medicina, NO siempre es espontaneo el reconocimiento de la legalidad del aborto en casos especiales.

En cuanto a los casos específicos de legalidad o no del aborto (gráfico No.7), un alto porcentaje coincidió en manifestar que el aborto es legal cuando la salud o vida de la madre corre peligro (95%), también llamado aborto terapéutico.

El 93 % sostiene que es legal en casos de violación y el 65% sostiene que es legal en casos de incesto; siendo ambos casos legales, se puede ver que se reconoce mas la legalidad del aborto en los casos de violación que en los de incesto.

Aunque las alteraciones fetales no se mencionan en el código penal, un porcentaje apreciable de los estudiantes sostiene que en estos casos el aborto es legal (35%), probablemente algunos lo consideran así porque lo relacionan con el aborto terapéutico (cuando existe riesgo para la vida de la mujer).

Cuando se preguntó a los estudiantes si practicarían o no un aborto en situaciones legales (gráfico No. 8), una aparente mayoría sostiene que sí lo practicaría, sin embargo,

si unimos el grupo de estudiantes que no lo haría con el grupo que no está seguro de hacerlo, es un porcentaje que supera la mitad de la población encuestada.

La mayoría de los estudiantes que respondieron que SI practicarían un aborto en situaciones legales, indicaron que lo harían por preservar la salud de la madre, la segunda mayoría indicó que el código penal lo permite, un tercer grupo sostuvo que lo haría por tratarse de embarazos no deseados, al estar relacionados con casos de violación o incesto.

Los estudiantes que piensan que NO lo practicarían en situaciones legales, respaldaron su posición con respuestas que se concentran en razones ético-morales. El aspecto religioso parece no ser determinante en esta situación ya que las respuestas que mencionaron motivos religiosos, representan una minoría.

Entre los estudiantes que NO están seguros de practicarlo, la mayoría no proporciona una aclaración al respecto, los que si lo hacen dan diferentes razones, como por ejemplo: "Ahora no me encuentro preparada" o "no pienso ejercer la especialidad", también aducen razones etico-morales, encontrándose respuestas como: "conflictos internos de uno mismo".

Estas posiciones fueron refrendadas por los resultados encontrados en los grupos focales, donde indicaron que en casos legales, practicarían un aborto si la vida de la madre estuviera en peligro principalmente y que los casos de violación tendrían que ser bien estudiados o comprobados, textualmente se encuentran frases como "A veces eso de la violación puede ser un pretexto"; finalmente hay posiciones ambiguas en algunos estudiantes que aceptan el respeto a la decisión de la mujer, pero que ellos prefieren no involucrarse "La decisión final es de ella,... pero yo no lo practicaría". Finalmente existen posiciones que sostienen que si la ley autoriza, hay que cumplir.

Respecto a la posibilidad de añadir en el código penal, algunas otras circunstancias de aborto que puedan considerarse legales (gráfico No. 11), un alto porcentaje (56%) considera que SI deberían incluirse otras situaciones legales, mientras que un 42 % sostiene que No.

Aquí pareciera encontrarse una posición favorable y de consideración a las circunstancias que pudiera atravesar una mujer, para recurrir al aborto; sin embargo, entre las respuestas encontradas en la pregunta abierta ¿cuales? Se percibe una visión biologicista (gráfico No.12), la gran mayoría sostuvo que una de las circunstancias que estarían de acuerdo en incluir a las actualmente legales serian los casos de malformación fetal (48%). Grupos reducidos apoyaron la posibilidad de incluir casos de enfermedades terminales como cáncer o SIDA y embarazos no deseados por situaciones económicas o proyecto de vida. Durante el desarrollo de los grupos focales, sólo en uno se mencionó estos aspectos, añadiendo enfermedad mental o problemas emocionales en la mujer

Un aspecto legal no considerado en las encuestas, pero que emanó en los grupos focales, fue la duda respecto al nivel de complicidad que podría existir o no, cuando atienden un aborto incompleto y la denuncia consiguiente; la que fue aclarada entre los mismos componentes del grupo, que sostienen que al atender un aborto incompleto no son cómplices porque no lo provocaron, lo único que hacen es salvar la vida de la mujer, resolviendo o concluyendo un aborto que fue realizado por terceros, en forma inadecuada.

4.4.3. ASPECTOS PSICOSOCIALES

A).CAUSAS DEL ABORTO

En el gráfico No. 13 se aprecian nueve causas entre las cuales se distribuyeron las respuestas, concentrándose los mayores porcentajes en "bajo nivel de instrucción" y

"ausencia o deficiente educación sexual" ; como se puede ver, de alguna manera ambos se refieren a los niveles de educación; los porcentajes siguientes están distribuidos en "ingresos insuficientes o familias numerosas" y edad de las madres .

En este sentido se puede decir que la causa principal de la ocurrencia de abortos, según la representación de los estudiantes, se concentra en la educación, seguida de causas económicas y edad de la madre. El resto de las respuestas se dispersan en todas las causas mencionadas que van desde el proyecto de vida, dificultad para el uso y/o acceso a métodos anticonceptivos, hasta el estado civil de las mujeres que abortan y principios morales poco sólidos.

En los grupos focales coincidieron en señalar que la principal causa para el aborto, es la falta de educación en general y educación sexual en especial, aunque no exclusiva, ya que reconocen que este problema puede presentarse también en familias o personas que tienen un nivel de instrucción adecuado y una situación socio-económica holgada, con la diferencia de que en estos casos, el aborto se produce en condiciones seguras y muy discretamente.

El aborto puede presentarse indistintamente por presiones sociales (la familia, el círculo de amigos, la pareja) o económicas; igualmente puede presentarse en personas muy jóvenes y solteras, como en personas adultas o en parejas establecidas, es decir que la edad y estado civil no son causas determinantes.

B). CONSECUENCIAS

Para la mujer: Respecto a las consecuencias que pueden tener los abortos para las mujeres; según los estudiantes de quinto año de medicina, una mayoría relativa sostuvo que es la esterilidad futura, posición seguida muy de cerca con la idea de que entre las consecuencias están los sentimientos de culpa y la depresión, son mínimos los porcentajes que apoyan la idea de que las consecuencias pueden estar relacionadas con

el miedo a quedar estériles o sentir alivio. Sumando porcentajes el 96 % indicó que se presentan consecuencias negativas para la mujer, frente a un 4% que encuentra una consecuencia positiva.

En los grupos focales se mencionaron igualmente implicancias biológicas como ser esterilidad, infecciones y muerte; asimismo se indicaron aspectos emocionales: sentimientos de culpa, rencor, depresión, traumas y hasta suicidio. Esta representación se opone a la que tienen muchas mujeres que recurrieron a un aborto que según resultados de investigaciones anteriores a la presente, tienen sentimientos de alivio.

La mayoría indicó que el mayor riesgo de sufrir complicaciones a causa de un aborto lo tienen las mujeres de bajos recursos económicos; el resto sostiene que todas las mujeres por igual corren el mismo riesgo. En los grupos focales se mencionó que las mujeres con recursos económicos suficientes, tienen acceso a servicios mas seguros, por lo tanto reducen ampliamente los riesgos de complicaciones, por lo tanto las mujeres pobres son las que tienen mayor riesgo.

Para el varón: Respecto a las consecuencias que puede tener el aborto para los varones, la mayoría sostuvo que son los sentimientos de culpa. Los siguientes porcentajes indicaron que los varones sienten por el contrario alivio o que no hay ninguna consecuencia para ellos, un porcentaje menor piensa que puede existir frustración e impotencia; entre las respuestas del inciso "otros", se mencionó lo siguiente: "depresión si era un bebe deseado y alivio si no lo era".

Si se unen por un lado los sentimientos negativos: Sentimientos de culpa, frustración e impotencia y depresión, tenemos un 51% Por otro lado si se unen los conceptos que demuestran el poco compromiso del varón respecto a la situación: "Alivio" o "Ninguna consecuencia", se tiene un 44%. Aunque la mayoría piensa que en el varón se presentan conflictos emocionales, un porcentaje considerable sostuvo que el hombre después de un aborto se siente aliviado, o que no sufre ninguna consecuencia.

Para la pareja: Haciendo una comparación entre las consecuencias que se presentan en la mujer y en el varón; sólo un 4% piensa que las mujeres sienten alivio, frente a un 44% que piensa que los hombres sienten alivio o no sienten nada. En este sentido, las consecuencias emocionales serían mas contundentes para la mujer que para el varón. En los grupos focales se mencionó que una consecuencia puede ser el deterioro de las relaciones de pareja y finalmente la separación o alejamiento, dependiendo del nivel de compromiso de la pareja. Aquí se mencionó que el conflicto en muchos casos, no sólo es para la pareja sino que puede repercutir en el entorno familiar, entre padres e hijos, cuando se trata de adolescentes.

Para la sociedad: La mayoría sostiene que una consecuencia para la sociedad es la mortalidad materna, un segundo grupo mas o menos reducido, sostiene que el aborto contribuiría a la disminución de niños abandonados, posición que no toma en cuenta que una gran parte de los abortos se practican en situaciones de riesgo y también en casos de mujeres que tienen varios hijos, quienes por rechazar un nuevo embarazo, ponen en riesgo de orfandad a los mismos, (sólo un 5% mencionó la orfandad como consecuencia). Un pequeño grupo mencionó que una consecuencia para la sociedad es el desmedro de los valores.

C). ATRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDAD EN LA PRESENTACIÓN DE ABORTOS.

Un grupo mayoritario (44%) atribuye mayor responsabilidad a la sociedad, principalmente por ser moralista, cerrada, por discriminar a las madres solteras; asimismo consideran que el sexo en general sigue siendo un tema tabú. También responsabilizan a la sociedad por el sistema en si, relacionando la situación social de las mujeres que recurren al aborto, con la pobreza y falta de educación.

Un siguiente grupo (27%) atribuye la responsabilidad a la mujer, aduciendo que ella es dueña de su cuerpo y es la que al final toma la decisión; consideran que es la mujer quien debe cuidarse de un embarazo no deseado.

Un porcentaje menor respondió en el inciso "otros" generalmente con la opinión de que ambos miembros de la pareja son responsables.

Finalmente el grupo más pequeño se inclinó por responder que la responsabilidad es del hombre por ser machista, o precisamente por eludir responsabilidades; cuando se tocó este tema en los grupos focales, se mencionó que algunos hombres son responsables porque no permiten que sus parejas utilicen algún método anticonceptivo, o cuando se presenta un embarazo no deseado abandonan a sus parejas, quienes se ven obligadas a recurrir al aborto.

En los grupos focales en general, se atribuye igualmente mayor responsabilidad a la sociedad en su conjunto por ser poco flexible, a los medios de comunicación por promover el erotismo, y en general a todos los actores involucrados de una u otra manera en la práctica de un aborto, como es la mujer, el varón, la familia y los médicos o paramédicos que se prestan a ello.

D). FORMAS DE PREVENCIÓN

Según los datos que se muestran en el gráfico No. 19, se puede ver que el mayor porcentaje (40%) se concentró en la opinión de que la mejor forma de prevenir los embarazos no deseados y por lo tanto el aborto, está en el "asesoramiento sobre el uso de métodos anticonceptivos". El siguiente grupo (25%), sostuvo que para prevenirlos se deberían divulgar los riesgos de los abortos que se realizan en condiciones inseguras, porcentajes menos significativos apoyaron las posiciones de que debería darse orientación inmediatamente después del aborto(13%) y promover la integración familiar(12%).

Grupos muy reducidos mencionaron aspectos legales opuestos como formas de prevención, por un lado la despenalización y por otro lado la emisión de leyes mas severas para castigarlo.

Habiendo considerado que una de las causas principales es la falta de educación sexual sobre todo, en los grupos focales se mencionó que **la prevención estaría principalmente en la educación sexual a todo nivel**, con contenidos específicos para maestros, adultos, jóvenes, campesinos, etc. Sin embargo los resultados de los grupos revelaron que no existe identificación del médico con el papel de educador u orientador para prevenir el aborto. Finalmente se encontraron posiciones extremas aunque aisladas que apoyarían la práctica del control de la natalidad, como una forma de prevención: "...desde los 15 años, inyección a todas" .

En este sentido, según la representación de la población estudiada, pueden haber varias maneras de prevenir el aborto, siendo la mas relevante el proporcionar educación sexual a todo nivel y sobre todo con contenidos relacionados al uso de métodos anticonceptivos.

4.4.4. POLITICAS PÚBLICAS RESPECTO AL ABORTO

En el gráfico No. 20, se ve que el mayor porcentaje de la población estudiada desconocía la existencia de políticas públicas respecto al aborto, menos de la mitad de la población mencionó conocer la existencia de estas políticas. Según las personas que señalaron conocer la existencia de políticas de salud respecto al aborto, los siguientes aspectos estarían incluidos en las mismas: en primer lugar "interrupción de embarazos permitidos por ley", en segundo lugar "Atención gratuita de la emergencia de las hemorragias", y en tercer lugar "vinculación con servicios de planificación familiar". El porcentaje que sostiene que el brindar "orientación y apoyo emocional" es parte de estas políticas, es menor al porcentaje que opina que no es así.

Tomando en cuenta los porcentajes superiores, tres aspectos prácticamente **no** están incluidos en las políticas públicas de salud respecto al aborto: "Interrupción de embarazos no deseados", "participación de la comunidad" y establecer denuncias", aunque los porcentajes que apoyan el NO, son evidentemente superiores, es considerable el porcentaje que piensa que el establecer denuncias es parte de las políticas.

Además de desconocimiento de la existencia de políticas de salud respecto al aborto, existe confusión, ya que contrariamente a lo que menciona la mayoría de la población estudiada, la interrupción de embarazos permitidos por ley, no forma parte de estas políticas, en los documentos referentes a la atención del aborto dentro del ámbito de salud no se menciona, ni se ha discutido la posibilidad o la obligatoriedad de ejecutar la interrupción de los embarazos permitidos por ley, estos tienen que seguir inicialmente un proceso judicial y aún si existiera la autorización legal, en los servicios de salud se presentan controversias al respecto, a no ser obviamente que se trate de un aborto terapéutico.

Finalmente, aunque se mencionaron como parte de estas políticas la atención gratuita de las emergencias y la vinculación con servicios de planificación familiar, los porcentajes no son muy altos, siendo mucho menor el porcentaje que considera que la orientación y el apoyo emocional forman parte de estas políticas. La participación de la comunidad, prácticamente no es tomada en cuenta.

Durante la realización de los grupos focales, se mencionó la existencia del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), sosteniendo que cubre las complicaciones de las hemorragias de la primera mitad del embarazo, sin embargo asumieron que desconocen en que consiste esta cobertura.

Este desconocimiento expresado en los grupos focales, podría atribuirse a que el Seguro Universal Materno Infantil, recién fue aprobado en Enero del presente año (2003), sin

embargo, todos los componentes que integran este Seguro, salvo algunas diferencias, ya estaban contemplados en el Seguro Básico de Salud que estuvo vigente por varios años.

4.4.5. ASPECTOS CLÍNICOS Y PSICOSOCIALES EN LA ATENCIÓN DEL ABORTO INCOMPLETO:

En el análisis realizado en base a los relatos obtenidos de los estudiantes, sobre la atención de una paciente que acude al servicio con un aborto incompleto, las frases utilizadas se agruparon en categorías emergentes que con mayor frecuencia se referían a los aspectos clínicos, el porcentaje mas alto se concentró en las palabras AMEU (aspiración manual endouterina) y LUI (legrado uterino instrumental); seguidas de anamnesis, signos vitales, estabilización.

Con mucha menor frecuencia se encontraron frases que reflejen aspectos psicosociales como ser: brindar información, tornar en cuenta el estado emocional de la paciente. Se encontró que en general se hace énfasis en los aspectos clínicos, relegando los psicosociales, lo que de alguna forma va en correlación con el poco conocimiento de las políticas de salud respecto al aborto.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Habiéndose realizado la investigación en forma secuencia(de acuerdo con los objetivos, tanto en la aplicación del cuestionario como en la realización de los grupos focales, se presentan inicialmente las conclusiones según objetivos específicos, para luego agruparlas y proceder a formular conclusiones generales, estas últimas están relacionadas con el objetivo general y dan respuesta a la formulación del problema y a la hipótesis planteada al inicio de la investigación.

5.1. CONCLUSIONES SEGÚN OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Se presentan a continuación las conclusiones encontradas para cada objetivo específico, lo que en conjunto alimenta al objetivo general.

5.1.1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL ABORTO O NÚCLEO FIGURATIVO DE LA REPRESENTACIÓN:

La representación social que tienen los estudiantes de medicina respecto al aborto se forma alrededor de un núcleo figurativo que tiene dos componentes: Por un lado se toma desde un punto de vista ético sosteniendo que es quitar una vida, por lo tanto es algo que no se debe hacer, es un acto que va contra la ética médica; sin embargo desde un punto de vista clínico, se asume como una opción, cuando se trata de salvar la vida de la madre.

Al margen de la conceptualización que expresa una posición respecto al tema, también se menciona, aunque poco, el concepto que se maneja en el ámbito de la medicina: "Interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de gestación".

5.1.2. ASPECTOS LEGALES DEL ABORTO Y POSICIÓN ASUMIDA RESPECTO A LOS MISMOS:

Prácticamente todos los estudiantes están de acuerdo en que existen circunstancias en las cuales el aborto es legal, sin embargo ese reconocimiento no es espontáneo, hay un número considerable que relaciona el aborto en general con la palabra "ilegal".

La mayoría reconoce la legalidad del aborto en aquellos casos en que la salud de la madre corre peligro y en casos de violación, sin embargo aceptan mejor el primer caso, no así el segundo, de modo que según ellos, si se enfrentaran con estas situaciones, lo practicarían indudablemente para salvar la vida de la madre, pero si se tratara de una violación u otros casos, tendrían que valorar cuidadosamente la situación, ponderando la veracidad de la versión proporcionada por la mujer, respecto a la violación; la predisposición de practicarlo en estos casos es mucho menor, independientemente de que esté o no dentro del marco legal, por lo tanto se determina que no son motivos legales, sino éticos los que restringirían su accionar en este campo. Tampoco son motivos religiosos, ya que contrariamente a la posición de la iglesia, ellos están de acuerdo con la utilización de métodos anticonceptivos como una forma de prevenir el aborto.

Aunque un grupo mas o menos representativo, piensa que cuando existen alteraciones fetales son casos legales, la mayoría sabe que esta es una circunstancia que no se menciona en el código penal y sostienen que si fuera posible agregar algunas circunstancias legales para abortar, incluirían principalmente las alteraciones fetales. En cambio el incluir otras circunstancias que estén relacionadas con enfermedades terminales, la condición socio-económica u otras, son mínimamente mencionadas.

5.1.3. ASPECTOS PSICOSOCIALES QUE RODEAN LA PRÁCTICA DEL ABORTO, SEGÚN LA REPRESENTACIÓN DE LOS ESTUDIANTES.

A). Causas para la presentación de abortos: Según la representación de los estudiantes, pueden presentarse diversas causas, siendo la mas sobresaliente, los bajos niveles de instrucción en general y educación sexual en especial.

Los procesos de discusión en los grupos focales parecen ir organizando los contenidos de las expresiones, ya que si bien al principio de las sesiones, se mencionó la palabra irresponsabilidad, al analizar las causas, esta palabra se desvanece.

B). Consecuencias del aborto:

Las consecuencias, según la representación de los estudiantes de quinto año de medicina, pueden ser biológicas y psicológicas, que afectan con mas énfasis a la mujer, tratándose de mujeres de bajos recursos económicos, hay mas probabilidad de que se presenten complicaciones biológicas. en el varón las consecuencias son mucho menores.

En cuanto a las consecuencias de la práctica del aborto para la sociedad, los estudiantes de medicina, sostienen que es la "Mortalidad Materna", aunque existe un grupo que sostiene que el aborto coadyuvaría a la disminución de niños abandonados, sin tomar en cuenta que una gran parte de los abortos se practican en condiciones de riesgo, lo que por el contrario deja niños en la orfandad; finalmente no falta un porcentaje (aunque pequeño), que se refiere al desmedro de los valores, como consecuencia para la sociedad.

C). *Responsabilidad por la presentación de abortos:*

Según la representación de los estudiantes de quinto año de medicina, todos los involucrados tienen una parte de responsabilidad para la presentación de abortos, sin embargo la mayor responsabilidad es atribuible a la sociedad, principalmente por ser moralista, cerrada, por discriminar a las madres solteras y el sistema que mantiene la pobreza y falta de educación en las mujeres.

En segundo lugar la responsabilidad es atribuida a las mujeres; porque sostienen que la mujer debe cuidarse de un embarazo no deseado; un grupo minoritario atribuye la responsabilidad a ambos miembros de la pareja, siendo casi imperceptible la aparición del hombre como responsable.

D). *Prevención del aborto:*

Considerando que la causa principal del aborto se centra en la falta de educación, la mejor forma de prevenirlo es proporcionando educación sexual a todo nivel, con contenidos diferenciados por estratos y relacionados con el uso de métodos anticonceptivos, sin embargo los estudiantes no se identifican con un papel de educadores, para coadyuvar en esta prevención.

5.1.4. ELEMENTOS IDENTIFICADOS RESPECTO A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD RELACIONADAS CON EL ABORTO:

Las políticas públicas de salud respecto al aborto, reflejadas en el programa de atención integral a las hemorragias de la primera mitad del embarazo, como parte del Seguro Universal Materno Infantil, (antes Seguro Básico de Salud), no son ampliamente conocidas entre los estudiantes, menos de la mitad conoce de su existencia; por otro lado se percibe confusión respecto a las mismas, ya que muchos de ellos piensan que la interrupción de embarazos permitidos por ley, forma parte de estas políticas; mientras

que los aspectos que si son parte de las mismas, es decir Atención gratuita de la emergencia de las hemorragias, vinculación con otros servicios de salud reproductiva y el brindar orientación y apoyo emocional, son reconocidos en menor medida, especialmente este último, lo que demuestra la limitada presencia de aspectos psicosociales en su representación. Se menciona ligeramente como parte de estas políticas el establecer la denuncia respectiva y aparece muy débilmente la participación de la comunidad.

5.1.5. ELEMENTOS QUE FORMAN PARTE DE LA ATENCIÓN DE UN ABORTO INCOMPLETO, SEGÚN LA REPRESENTACIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA:

Los relatos desarrollados por los estudiantes, respecto a la atención a las pacientes que acuden al servicio de salud con un aborto incompleto, se concentran en aspectos médico - clínicos, quedando relegadas las dimensiones psicosociales, ya que mencionan con mayor frecuencia términos como: anamnesis, examen ginecológico, AMEU, LUI y otros, por el contrario términos o frases como: tomar en cuenta el aspecto emocional, solicitar consentimiento informado, orientación sobre métodos, anticonceptivos y otros, se mencionan muy poco. Cabe resaltar que los estudiantes escribieron los relatos como si ellos fueran parte de esa atención brindada.

5.2. CONCLUSIONES GENERALES:

Hipótesis: *"La representación social del aborto en estudiantes de quinto año de medicina, está enmarcada en aspectos médico - clínicos, relegando a un segundo plano, los aspectos psicosociales y legales que implica esta práctica.*

Se ha demostrado en la presente investigación, que el núcleo central de la representación social de los estudiantes de quinto año de medicina, respecto al aborto, tiene por un lado un componente ético: no se debe practicar porque es quitar una vida, por lo tanto va

contra la ética médica y por otro lado un componente médico: es una opción cuando la vida de la madre corre peligro, de no hacerlo se podrían perder dos vidas. Estos dos componentes, se pueden integrar de la siguiente manera: "Es un acto que va contra la ética médica, pero cuando la vida de la madre corre peligro, se convierte en una opción, siendo una combinación entre lo ético y lo clínico. Los aspectos psico-sociales y legales no se encuentran en el núcleo, pero llegan a formar parte de la representación en forma de elementos periféricos polémicos, como se describe a continuación.

La representación social de los estudiantes de medicina, al no contemplar la complejidad que representa esta práctica en relación con las dimensiones legal y psicológica, sostiene que la práctica de un aborto legal, es aceptable cuando la vida de la madre corre peligro, en cambio piensan que la práctica en otras situaciones como ser violación e incesto, aunque sea "legal" no es "ética", por lo tanto su práctica estaría en duda, minimizando la dimensión psicológica de la paciente, ya que no estarían considerando las condiciones emocionales en que se puede encontrar una mujer embarazada por un acto de violación o incesto, tratándose muchas veces de menores de edad; añadiendo a esto los trajines legales y la negativa de los médicos, ya que sostienen que para practicar un aborto en estas circunstancias, tendrían que ser casos bien estudiados y/o comprobados, poniendo en duda la veracidad de la versión que pudiera proporcionar la mujer.

Aunque no se puede dejar de considerar la mención que hicieron respecto a la situación de conflicto en que se encontrarían frente a la posibilidad de acabar con la vida del feto. Esta representación tiende a *mantener la práctica del aborto en condiciones de riesgo*, ya que induce a que algunas mujeres aún teniendo bases legales para solicitar un aborto, no lo puedan realizar en forma segura y tengan que recurrir a lugares inadecuados para poder ejecutarlo, poniendo en riesgo sus vidas.

Un buen número de los estudiantes considera que deberían añadirse otras circunstancias legales, como ser los casos de malformación fetal y en menor medida enfermedades terminales.

Los estudiantes consideran que pueden existir diversas causas para la presentación de abortos, siendo primordial la falta de instrucción y en especial educación sexual. Por este motivo piensan igualmente que la mejor forma de prevenirlos sería precisamente a través de la educación sexual y orientación en métodos anticonceptivos; sin embargo ellos no se consideran a si mismos actores en las tareas de educación y prevención. La probable intervención de los estudiantes como personal de salud en la atención de una paciente con hemorragias de la primera mitad del embarazo, es mas curativa (del momento) que preventiva (hacia el futuro).

Sostienen que en las mujeres se pueden presentar consecuencias biológicas, especialmente relevantes en las de bajos recursos económicos. Aunque se mencionan consecuencias emocionales en el varón, se asume que estos se ven definitivamente menos afectados que las mujeres. Una consecuencia importante del aborto para la sociedad es la mortalidad materna, están conscientes de ello y aunque tienen dudas, y no es una posición generalizada, creen que su participación es importante en la atención del aborto incompleto.

La responsabilidad es atribuida generalmente a la sociedad, pero un grupo representativo piensa que la mujer es responsable, un grupo muy pequeños atribuye la responsabilidad al varón o a ambos miembros de la pareja.

La limitada incorporación de los aspectos que componen las políticas públicas de salud respecto al aborto, en la representación de los estudiantes de quinto año de medicina, es relevante y viene a coadyuvar la hipótesis, ya que estas políticas contienen aspectos psicosociales, habiendo sido elaboradas en base a las recomendaciones de El Cairo y Beijing, respecto a la atención que se debe brindar a las mujeres que acuden al servicio con un aborto incompleto, y que pretenden modificar el trato poco adecuado que se brinda a estas pacientes en los servicios, así como mejorar el cuidado de su salud sexual y reproductiva, reduciendo la utilización del aborto como método anticonceptivo. Menos de la mitad de la población estudiada conoce estas políticas y entre las personas que -

afirmaron conocerlas, muy pocas mencionaron los componentes de orientación y apoyo emocional o vinculación con otros servicios.

En los relatos relacionados con la atención de pacientes que han sufrido un aborto incompleto, sólo se considera una cobertura de aspectos biológicos y no así los psicosociales; es decir, en dichos relatos se mencionan con mas frecuencia términos como "control de signos vitales", "legrado", "estabilización", en cambio términos o frases como "orientación y apoyo emocional", "consentimiento informado", aparecen en forma casi imperceptible, lo favorable es que se mencionan, aunque poco, pero se puede ir trabajando para que estos aspectos se vayan consolidando como parte de la representación.

De acuerdo a estos resultados se concluyó, que si bien los estudiantes perciben que pueden haber situaciones especiales que rodean la práctica del aborto respecto a los asuntos psico-sociales y legales; estos aspectos no son contemplados a la hora de representar la atención que se brindará a la usuaria que acude al servicio con una hemorragia en la primera mitad del embarazo y menos si se tratara de una solicitud de aborto legal por una causa diferente a la terapéutica.

Otro aspecto relevante es que los estudiantes no se identifican en el papel de orientadores o educadores, si bien es cierto que la educación sexual no se puede proporcionar en un breve encuentro con la paciente que acude al servicio y cuyo caso se puede resolver incluso en un tratamiento ambulatorio; se puede dar un importante primer paso a través del proceso de orientación y apoyo emocional (que prácticamente no se menciona), facilitando en la mujer la toma de conciencia sobre su salud sexual y reproductiva, para que no retorne con el mismo problema; asimismo hay que considerar que estas mujeres pertenecen a redes sociales en las que podrían tener la oportunidad de divulgar información y orientación, que de alguna manera coadyuvaría a prevenir estas situaciones. Estas usuarias son consideradas solo como un ente clínico y no como

personas que pueden ser receptoras de información y orientación que mejore su condición y que a su vez puedan difundir en su medio.

A partir de todo lo expuesto, se han elaborado a manera de resumen y conclusión, los gráficos 5.3 y 5.4. que se encuentran en las siguientes páginas. En el primer gráfico se presenta el esquema de la representación estudiada, donde se observa el núcleo central ya descrito, con un contenido ético-clínico. Los otros aspectos que rodean la práctica del aborto se encuentran en la representación en forma de elementos periféricos,

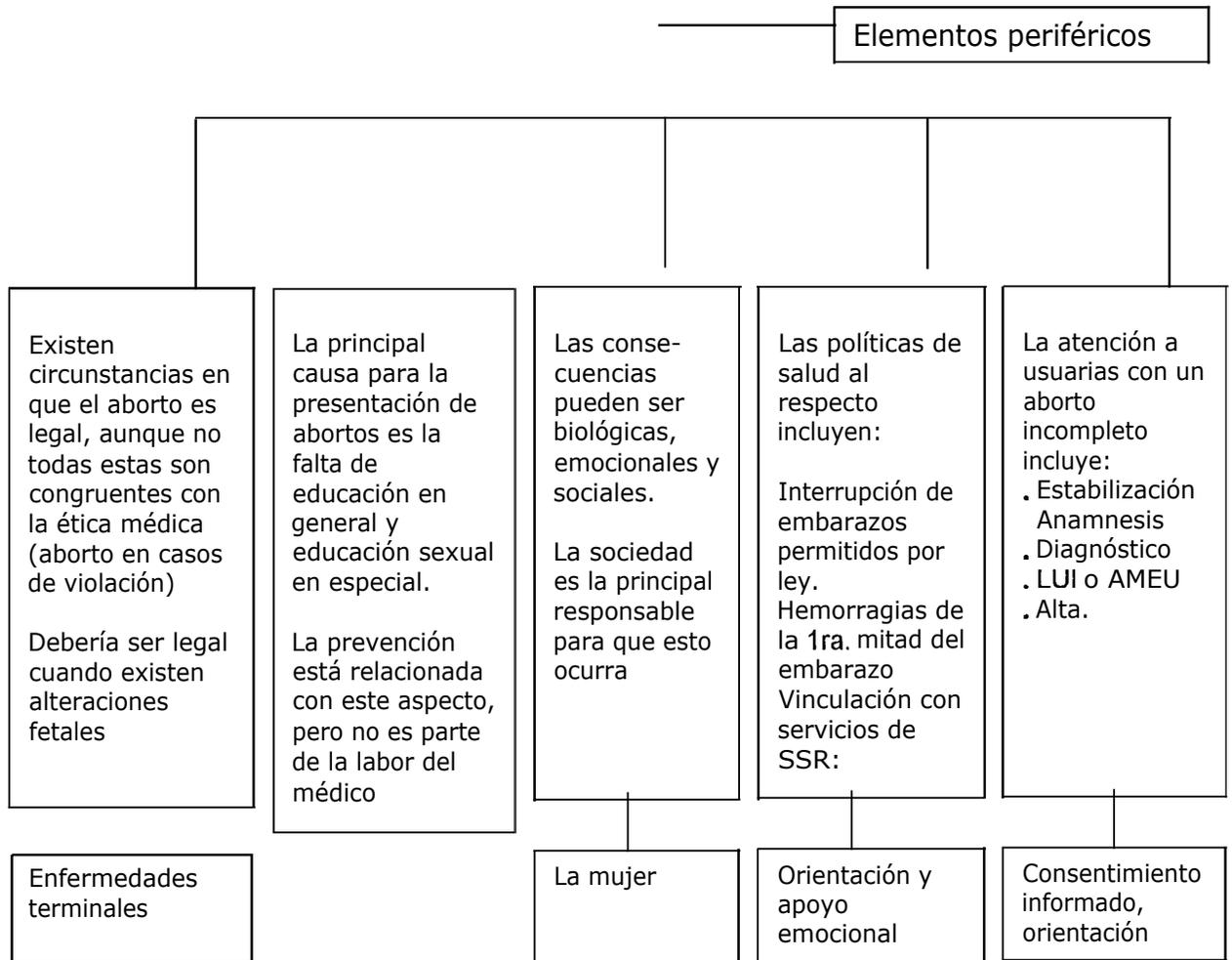
En el gráfico 5.4., se desglosa la representación en dos dimensiones, por un lado el contenido de la información y por otro lado el campo de representación. Como se puede ver la información tiene aspectos claros y definidos que probablemente o seguramente muchos comparten y podrían ser parte también de la representación social del aborto que tienen otros grupos; pero el campo de representación que es donde predominan los factores ideológicos, tiene matices específicos de grupos médicos, donde se manifiestan aspectos éticos y médicos.

5.2.1 ESQUEMA DE LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL ABORTO EN ESTUDIANTES DE QUINTO AÑO DE MEDICINA.

Gráfico No. 22

NUCLEO C -NTRAL

El aborto es un acto que va contra la ética médica porque es **quitar una vida**, Sin embargo se convierte en una **opción**, cuando la vida de la madre está en peligro.



Elaborado en base a la información obtenida durante la presente investigación

5.2.2. COMPONENTES DE LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL ABORTO EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UMSA

INFORMACION	CAMPO DE REPRESENTACION
El aborto es la interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de gestación	Es un acto que va contra la ética médica porque es quitar una vida. Sin embargo se convierte en una opción, cuando la vida de la madre está en peligro
Es legal cuando la vida de la madre corre peligro	
Es legal en casos de violación e incesto	Los casos de violación e incesto, deben ser estudiados y/o justificados para proceder, o buscar otras soluciones
Los casos de alteraciones fetales no son legales	Las alteraciones fetales tendrían que incluirse como legales.
Pueden existir diversas causas, pero la principal es la falta de educación en general y educación sexual en especial. La prevención estaría relacionada con proporcionar educación.	Aunque lo médicos podrían coadyuvar en esto, no son precisamente las personas indicadas para brindar esta educación, ya que existen otros profesionales que tendrían que hacerlo.
La responsabilidad es de la sociedad en general y también de todos los actores involucrados en la practica del aborto,	Corresponde al médico resolver la emergencia que podría poner en riesgo la vida de la mujer, ya que es un problema que incrementa la mortalidad materna.
Las consecuencias pueden ser biológicas, emocionales y sociales	
Es poco conocida la existencia de políticas públicas de salud respecto al aborto.	Las políticas incluyen: Atender la interrupción de embarazos permitidos por ley Atender la emergencia de las hemorragias Vinculación con servicios de salud sexual y reproductiva.
La atención de las pacientes que llegan al servicio con un aborto incompleto, comprende: Estabilización (signos vitales) Anamnesis Examen general y ginecológico Diagnóstico Procedimiento (legrado o aspiración). Alta.	La atención de las pacientes que llegan al servicio con un aborto incompleto, comprende: Estabilización (signos vitales) Anamnesis Examen general y ginecológico Diagnóstico Procedimiento (legrado o aspiración). Alta.

5.3. RECOMENDACIONES:

5.3.1. RESPECTO A LA POBLACIÓN ESTUDIADA:

La presente investigación refleja la representación de los estudiantes de quinto año de medicina de la UMSA, sería conveniente hacer una investigación que refleje la representación social que tienen los estudiantes de medicina de universidades privadas, sobre el tema tratado.

Igualmente sería conveniente estudiar la representación social del aborto que tienen los estudiantes de internado rotatorio y residentes de gineco-obstetricia, quienes tienen una vivencia mas completa y cercana de estas situaciones; ver si hay una transformación de la representación social desde los estudiantes que concluyen quinto año hasta los que concluyen el internado rotatorio, en un diseño de investigación longitudinal.

Sería interesante realizarla comparativamente entre los internos de un determinado hospital y otro, ya que cada servicio de salud, tiene su propia manera de aplicar o no las normas vigentes que provienen del Ministerio de Salud.

El personal de salud que atiende a estas pacientes, no esta compuesto sólo por médicos, por lo que se recomienda ampliar esta investigación con estudiantes de enfermería a nivel licenciatura y auxiliares que tienen generalmente un contacto mas amplio con las pacientes y donde probablemente se encuentran mayores prejuicios.

5.3.2. RESPECTO AL CONTENIDO DE LA INVESTIGACIÓN:

La presente investigación no recolectó las opiniones de los estudiantes con relación al momento en que comienza la vida humana; ¿será en el momento de la fecundación?, talvez cuando se confirma actividad cardiaca en un feto o en el momento del nacimiento;



este punto estaría relacionado con otros aspectos, como ser la posibilidad de realizar abortos legales con menores conflictos éticos de acuerdo a la edad gestacional.

En este estudio tampoco se pudo profundizar sobre las "voces cambiantes"³, es decir la existencia de discursos diferentes de acuerdo a las circunstancias, o a las personas que los emiten, por ejemplo, cuando el estudiante de quinto año sostiene que realizar un aborto no es ético, y que por lo tanto los médicos que lo realizan o las mujeres que acuden a esta solución no tienen ética; sin embargo si se presentaran situaciones en que el involucrado en un embarazo no deseado, fuera este estudiante o algún pariente cercano, ¿cómo asumirían esta situación? ¿probablemente recurrirían a un aborto?.

Aunque en los grupos de discusión se emitieron opiniones respecto a lo que harían, si se presentara el caso en que una paciente con un aborto practicado en forma clandestina les pidiera ayuda, no se obtuvo información sólida al respecto; para saber cómo abordarían el caso desde un punto de vista legal y/o clínico.

5.3.3. RESPECTO A LAS TÉCNICAS APLICADAS:

El estudio de las representaciones sociales se caracteriza por la aplicación de diferentes técnicas, como se hizo en este trabajo; sin embargo existe un método diseñado específicamente para el abordaje de las representaciones sociales, se trata del "Análisis de Similitud" de Flament; método que no se pudo utilizar en este trabajo, por la dificultad de acceder a la literatura correspondiente. En todo caso su difusión se extiende cada vez mas y sería conveniente realizar próximos estudios con este método, pudiendo así confrontar los resultados que emergen con diferentes métodos o técnicas. De todos modos en el estudio de las representaciones sociales, resulta provechoso combinar dos o mas técnicas.

³ Cogna, Ramos, 2002, p.109.

Si bien la técnica de recolección de datos basada en grupos focales fue esclarecedora y complementaria de los datos cuantitativos, también se puede utilizar esta técnica en una primera fase exploratoria, para luego proceder a cuantificar los resultados, utilizando indicadores obtenidos en las sesiones de grupos.

La combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas, permitió esclarecer y enriquecer los datos obtenidos; ya que la técnica de aplicación de cuestionarios, en algunas situaciones limita la obtención de datos cualitativos, que son esenciales para la descripción de una representación social y que pueden obtenerse a través de grupos focales.

5.4. PROPUESTA

5.4.1. RESPECTO AL ESQUEMA FIGURATIVO:

El núcleo figurativo es la parte más sólida de la representación, sin embargo, los elementos periféricos así como protegen al núcleo, también son los nexos para reformularlo y en este caso los elementos periféricos contienen algunos aspectos psicosociales, que se pueden ir afianzando en la representación social.

Las representaciones sociales requieren de un proceso y un tiempo, para lograr su transformación, por lo que se recomienda que este proceso se inicie en forma temprana en los estudiantes, para que al llegar al internado rotatorio y al ejercicio profesional, tengan mas disponibilidad de asimilar nuevas tendencias. Esto se puede ir produciendo a través de un intercambio de información entre los estudiantes y docentes, discusiones grupales y actividades de sensibilización, que pueden remover el campo de representación, utilizando técnicas específicas como el juego de roles y sociodramas.

En este sentido se propone realizar sesiones de debates y/o seminarios de sensibilización social, no solo de este tema, sino de otros que también son polémicos, y que tienen fuertes componentes psicosociales.

5.4.2. EN EL ASPECTO LEGAL:

Tomando en cuenta que la representación social de los estudiantes de quinto año de medicina respecto al aborto, sostiene que los casos de violación, aunque sean legales no son necesariamente éticos, por lo que no se encuentran dispuestos a practicarlo; se propone realizar actividades de sensibilización hacia la vivencia de una mujer que lleva un embarazo como producto de una violación o incesto, considerando además que una violación no necesariamente es ejecutada por un desconocido, ya que en ocasiones se producen violaciones incluso por parte del esposo o concubino, especialmente en familias de escasos recursos económicos; por otro lado algunas niñas son víctimas de violación de parte de sus propios parientes cercanos, quedando embarazadas a una corta edad, con conflictos emocionales y con un futuro incierto.

Otro punto que se puede considerar, en coordinación con la Facultad de Derecho, sería trasladar la inquietud médica a un plano legal, respecto a la posición de los estudiantes, sobre la posibilidad de incluir como un caso legal las alteraciones fetales, que no están contempladas en las leyes que regulan esta práctica. Aunque fueron mencionados en menor medida, se podría poner en discusión otras situaciones como: enfermedades terminales y enfermedad mental.

5.4.3. RESPECTO A LAS CAUSAS PARA LA PRESENTACIÓN DE ABORTOS:

Según la representación de los estudiantes, la principal causa es la falta de instrucción en general, y de educación sexual en especial; de este modo la prevención del aborto está directamente relacionada con combatir esa causa, es decir brindar educación sexual con una visión amplia y estructurada de acuerdo a las características de los receptores; los

mismos estudiantes lo han propuesto de esa manera, sin embargo el problema es que la población estudiada, no relaciona actividades de educación con la labor del médico, por lo que se tendría que incentivar a los estudiantes para brindar por lo menos información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, aprovechando los momentos de interacción con las pacientes.

En coordinación con los mismos estudiantes y docentes de diferentes áreas, involucrados en estos temas; elaborar contenidos breves y provechosos para transmitir a los pacientes que acuden a un servicio, diferenciando grupos etáreos, niveles de instrucción y otras características propias del grupo al que se dirijan estos contenidos. Evidentemente existen normas y procedimientos en algunos casos, por ejemplo para el abordaje del adolescente, estas normas tendrían que ser ampliamente difundidas e integrarse tempranamente al curriculum.

5.4.4. EN RELACIÓN CON LAS CONSECUENCIAS:

Los estudiantes expresan que las consecuencias pueden ser igualmente biológicas, emocionales y/o sociales; considerando que en la atención de un aborto incompleto por ejemplo, las consecuencias emocionales son inmediatas; el estudiante tendría que asimilar algunas técnicas para brindar apoyo emocional a la paciente, estableciendo una buena relación con ella, respetando sus necesidades y derechos; asumiendo una actitud empática.

5.4.5. ATRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDADES Y FORMAS DE PREVENCIÓN:

Los estudiantes asumen que la principal responsable por la presentación de abortos es la sociedad, principalmente por ser muy prejuiciosa; el argumento de que los estudiantes también forman parte de esta sociedad, sirve para reforzar la necesidad de establecer que el médico también aborde esta temática desde un punto de vista psico-social,

ayudando en la prevención, a través de la orientación y tratando a las pacientes en forma integral, no solamente como un ente biológico, sino como una persona que siente, piensa, tiene conflictos y necesidades.

5.4.6. RESPECTO A LAS POLÍTICAS DE SALUD:

Según la representación social estudiada, se considera que las políticas públicas de salud respecto al aborto, incluyen la interrupción de embarazos permitidos por ley, sin embargo es un punto poco claro; evidentemente cuando se presentan casos en que la salud o vida de la madre está en peligro, casi automáticamente se procede a la extracción, probablemente con la firma de un consentimiento informado; no ocurre lo mismo cuando se trata de otros casos legales como la violación o incesto. Las políticas de salud tendrían que definirse y aclararse en estos aspectos.

Por otro lado, los estudiantes deben asumir la idea de que una paciente que se presenta con un aborto incompleto, no es un problema aislado, es un problema de salud pública y abordarlo de acuerdo a las normas que existen para el efecto, por lo cual se deben realizar actividades que permitan difundir tales normas para que el estudiante se apropie de los contenidos.

5.4.7. RESPECTO A LA ATENCIÓN QUE SE BRINDA A LAS PACIENTES (en abortos incompletos):

Durante el internado rotatorio tendría que solidificarse la integración entre la intervención clínica y la consideración de los aspectos emocionales y características personales de la paciente; aprovechando el encuentro con la misma, para brindar información y orientación que permita prevenir la repetición de esta práctica. Tomar en cuenta los derechos de las pacientes, como recibir un trato humano, orientación adecuada, el consentimiento informado, la atención oportuna y en la medida de lo posible, lo concerniente a la privacidad, comodidad y confidencialidad.

El sector salud debería considerar seriamente la posibilidad y necesidad de incorporar profesionales del área de psicología en los servicios de salud, para que realicen un trabajo interdisciplinario junto a médicos y enfermeras, con aquellas pacientes que requieren apoyo emocional específico, por encontrarse con elevada carga afectiva.

BIBLIOGRAFIA

Aiken, L., 1996, Tests Psicológicos y evaluación. Prentice Hall Hispanoamericana, S.A., México.

Alanes, Z. y Rance, S., 1999, Una alianza por la salud y los derechos: Memoria del Simposio Interamericano sobre Legislación en Salud Sexual y Reproductiva. Population Council, Bolivia .

Aliaga, S. y Machicado, X.,1995, El Aborto: Una cuestión No Sólo de Mujeres. CIDEM, Bolivia.

Aliaga, S y otros; 2000, Veinte Historias, un mismo tema. Population Council, La Paz.

Antezana, M.E., 1999 Estados Afectivos y Emocionales en mujeres que sufrieron aborto. Tesis Psicología - UMSA, La Paz.

Billings, D., 2001, Testing a Model for the Delivery of postabortion Care in the Bolivian Public Health System. IPAS, Bolivia.

Breilh, J., 1994 Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación. Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS), Quito.

Cardich, R. y Carrasco F., 1993, Visiones del Aborto, desde las Mujeres. Movimiento Manuela Ramos, Lima.

Código de Salud - Código de Ética Médica. 2002, Editorial U.P.S, La Paz.

Cogna, Ramos; 2002, Experiencias innovadoras en salud reproductiva: La complementación de las ciencias médicas y sociales. Desafíos y aprendizajes, CEDES, Buenos Aires.

Domic, J., 1999 Niños trabajadores: la emergencia de nuevos actores sociales, EDOBOL, La Paz-Bolivia.

Doria,E. Y Baltar da Rocha, M., 1998 Saude Reproductiva na América Latina e no Caribe (artículo: Susana Rance), Editora 34 Ltda., Sao Paolo.

Farre, JM., Enciclopedia de la Sexualidad, Tomo 3, OCEANO, Barcelona, s/f

Fisher, A. y otros; 1983, Manual para el Diseño de Investigaciones Operacionales en Planificación Familiar, The Population Council, México.

Galindo, J., 1998, Técnicas de Investigación: En Sociedad, Cultura y Comunicación, Pearson, Educación Latinoamericana, México.

Gárate, MR., y Aliaga E., 1998, Percepciones de la atención del aborto incompleto no complicado en el Hospital Daniel A. Carrión del Callao, Population Council, Lima.

González, D., y Salinas, AA., 2000, Reporte de Investigación - Resultados de una encuesta sobre aborto aplicada a residentes de la especialidad en Ginecología y Obstetricia en hospitales públicos de la ciudad de México, Universidad Autonoma Metropolitana, México.

Guevara, I., 2001 Las representaciones sociales de la violencia en México; Primer Congreso Estatal de Responsables de Proyectos de Investigación en Ciencias Sociales; Artículo de internet.

Hernández Sampieri R. y otros., 2000, Metodología de la Investigación, Segunda edición Mc Graw Hill Interamericana, México.

Hurst, J., 1998, Historia de las ideas sobre aborto en la Iglesia Católica: Revista conciencia Latinoamericana. Católicas por el derecho a decidir, Vol X; No.1., La Paz-Bolivia

IPAS; Boletines informativos, Bolivia, 1993, 2000, 2001.

Jodelet, D., 1994, La representación social: fenómenos, concepto y teoría. Artículo de internet.

Lopez, E., y Findling, L., 1998, Trabajo del Tercer Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad. AEPA-CEDES-CENEP, Buenos Aires.

Losada Mireya, Lo Social en tiempos de transición/Dialogo con Serge Moscovici, Artículo Internet.

Maguire, M., Una guía para tomar decisiones éticas: Católicas por el derecho a decidir, s/f.

Ministerio de Salud y Previsión Social - Unidad Nacional de Atención a las Personas, 2001, Manual de Normas y Procedimientos Técnicos para el Manejo de las Hemorragias de la Primera Mitad del Embarazo. Bolivia.

Moscovici, S., 1975, Introducción a la Psicología Social, Planeta, Barcelona.

Olivares, C., 1998, Una Encuesta Nacional de Opinión sobre Aborto en Población Urbana. La Paz.

Plata, R., 1997, Hacia una Medicina mas Humana, Editorial Médica Panamericana, Colombia.

Rance, S., 1999, Trato Humano y Educación Médica. Investigación-acción con estudiantes y docentes de la Carrera de Medicina-UMSA, Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia, Bolivia.

Sanabria, C.E., 2000 Aborto: Normatividades y Realidades - Estrategia Andina para reducir el impacto del Aborto Inseguro en la salud y el bienestar de las mujeres, Population Council, Santa Cruz-Bolivia.

Schutter, M. Y Alcalá, M.J., 1998, La contribución de las ONGs a La salud y los derechos sexuales y reproductivos, en América Latina, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Organización Panamericana de la Salud.

Subcomisión de Investigación, Evaluación y Políticas de Población en salud sexual y reproductiva, 1998, Documento memoria del Seminario Taller "Avances y perspectivas en Salud Sexual y Reproductiva de las Cumbres en el Cairo y Beijing", La Paz-Bolivia.

Tristan, F., 2000, Campaña 28 de septiembre, Centro de la Mujer peruana, Lima.

Universidad Externado de Colombia; 1994, Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe - Representaciones y Movimientos Sociales Santafé de Bogotá.

Wagner y Elejabarrieta, 1994 Representaciones Sociales, copias fotostáticas (clases de psicología social).

Winkler, J. y otros; 1999 La Atención postaborto - Manual de Referencia para Mejorar la Calidad de Atención, Estados Unidos.

Zabala, A., 1979, Metodología de la Investigación Científica, Editorial San Marcos.
Lima.

Zamudio, L. Y Rubiano, N., 1995, Primer encuentro de investigadores sobre abordado inducido en América Latina y el Caribe: Conclusiones y recomendaciones, Universidad Externado de Colombia, Santa Fé de Bogotá.

Zorrilla, S. & Torres, M., 1998, Guía para Elaborar la Tesis, Segunda edición, México.

ANEXOS

ANEXO No. 1

CUESTIONARIO

CUESTIONARIO

El presente cuestionario ANONIMO, tiene fines específicos de INVESTIGACIÓN ACADEMICA, relacionados con una tesis de grado; ruego llenarlo en todos sus puntos y agradezco de antemano su valiosa colaboración.

CURSO: _____ EDAD: _____ SEXO: F M RELIGIÓN: _____

DESARROLLO

1. Con cual de las siguientes frases relacionaría al aborto?. Encierre en un círculo el inciso que considere.

- a). Es ilegal
- b). Es un derecho
- c). Es un pecado
- d). Es una opción
- e). Quitar una vida
- f). Otros - Indicar *

2. El aborto es legal en algunos casos? SI NO

3. Si la respuesta es positiva. ¿En que casos?. Marque SI o NO en cada inciso.

- | | | |
|--------------------------|----|----|
| a). Riesgo materno | SI | NO |
| b). Alteraciones fetales | SI | NO |
| c). Violación | SI | NO |
| d). Incesto | SI | NO |
| e). Embarazo no deseado | SI | NO |
| f). Rapto | SI | NO |
| g). Otros (mencionar) | | |
-

4. ¿Practicaría usted un aborto, en los casos legales?.

SI ____ NO ____ NO ESTA SEGURO ____

Porque? _____

5. ¿Considera usted que habrían algunas circunstancias en las que la mujer debería tener la posibilidad de abortar, aparte de las actualmente legales?.

SI ____ NO ____ En cuales ? _____

6. Subraye una causa que considere importante para la presentación de abortos.

- a). Bajo nivel de instrucción
- b). Mujeres solteras
- c). Principios morales poco sólidos
- d). Ingresos insuficientes y/o familias numerosas
- e). Madres muy jóvenes (adolescentes) o muy mayores
- f). Ausencia o deficiente educación sexual
- g). Proyecto de vida (ej. necesidad de continuar estudios)
- h). Dificultad para el uso y/o acceso a métodos anticonceptivos.
- i). Otras (mencionar) _____

7. Seleccione una consecuencia relevante que pueden tener los abortos para las mujeres

- a). Sentimientos de culpa
- b). Esterilidad futura
- c). Depresión
- e). Alivio
- f). Miedo a quedar estériles
- g). Ninguna
- h). Otra (mencionar): _____

8. En su opinión ¿qué mujeres tienen mayor riesgo de sufrir complicaciones a causa de un aborto provocado?

- a). Todas por igual
- b). Las mujeres de bajos recursos económicos
- c). No sabe

9. Seleccione una consecuencia relevante que puede tener un aborto para el varón (pareja)

- a). Sentimientos de culpa
- b). Depresión
- c). Alivio
- d). Frustración e impotencia
- e). Ninguna
- f). Otra (mencionar): _____

10. Seleccione una consecuencia relevante del aborto para la sociedad

- a). Orfandad
- b). Desmedro de los valores
- c). Disminuyen los niños abandonados
- d). Mortalidad materna
- e). Aumentan los gastos en los servicios de salud
- f). Otros (mencionar)

11. ¿En su opinión quien o quienes tienen mayor responsabilidad para la presentación de abortos?

- a). La Mujer
 - b). El hombre
 - d). El sistema de salud
 - e). La sociedad
 - f). Ambos miembros de la pareja
- ¿Porque? _____

12. ¿Cómo cree que se podría prevenir la repetición de abortos?

- a). Despenalización del aborto
- b). Orientación inmediatamente después del aborto
- c). Con leyes más severas para castigarlo
- d). Divulgar los riesgos de los abortos inseguros
- e). Asesoramiento en el uso de métodos anticonceptivos
- f). Promover la integración familiar
- g). Otros (mencionar)

13. ¿ Conoce si existen políticas públicas de salud, respecto al aborto?

SI _____NO

14. ¿Cuáles de los siguientes puntos están contemplados en las políticas públicas de salud relacionadas con el aborto?. Coloque una X en SI o en NO, en cada inciso.

- | | | |
|---|----|-----|
| a). Atención gratuita de la emergencia de las hemorragias | SI | NO_ |
| b). Interrupción de embarazos no deseados | SI | NO_ |
| c). Vinculación con servicios de planificación familiar | SI | NO_ |
| d). Orientación y apoyo emocional | SI | NO |
| e). Interrupción de embarazos permitidos por ley | SI | NO |
| f). Participación de la comunidad | SI | NO |
| g). Establecer las denuncias | SI | NO |
| h). Otros (mencionar): _____ | | |

ANEXO No. 2

RESULTADOS PARCIALES DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN

**RESULTADOS PARCIALES DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN
GRUPO I:**

I.	<p>CONCEPTUALIZACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • El aborto va contra la ética médica • La misión del médico es salvar vidas, no quitarlas • Hay tantas situaciones que pueden impulsar a eso • Es irresponsabilidad • Dificultad de acceso a métodos anticonceptivos • Quería seguir la especialidad de gineco-obstetricia, pero pensando en que puedo verme frente a una situación de tener que interrumpir una vida, voy a seguir Salud Pública, hacer una tarea mas preventiva • Hay que tener empatía, tratar de comprender a la persona • La decisión final es de ella (.. pero yo no lo practicaría) • Pero si la vida de la madre corre peligro, es la única opción y hay que hacerlo. • En ese caso si.
II.	<p>ASPECTOS LEGALES</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Las leyes están mal hechas • No están mal hechas están mal implementadas • Son legales los casos en que hay violación, incesto, cuando hay riesgo para la salud de la madre y cuando el feto no tiene posibilidades de vivir. • En estos casos lo practicaría sólo si de ello dependiera la vida de la madre • Sólo lo haría en casos en que la salud de la madre realmente corra peligro • A veces eso de la violación puede ser un pretexto. • Crear programas para darlos en adopción • Cuando lo manda la ley hay que aceptar.

	<ul style="list-style-type: none"> • Ver la posibilidad de dar a esos niños en adopción • Lo haría siempre y cuando esté dentro los márgenes legales • Las parejas deben asumir la responsabilidad de sus actos y sólo debería ser legal cuando la salud de la madre corre peligro. • Talvez también en otras situaciones excepcionales ... enfermedad mental o inestabilidad emocional de la madre...o cáncer o SIDA • Si las situaciones son bien estudiadas y justificadas puede ser. • Cuando lo manda la ley... tenemos la responsabilidad de efectuarlo, independientemente de nuestra religión por ejemplo.
III.	<p>CAUSAS</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Principalmente falta de instrucción • Falta de Educación Sexual • Presión de la familia...puede ser la misma presión del medio social • Presión de la pareja • Influencia de las amigas • Hay otros que no quieren que sus esposas utilicen algún método o ellos no quieren usarlo (condón)
IV	<p>CONSECUENCIAS</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • En la mujer puede producir esterilidad, infecciones que pueden tener serias complicaciones para la salud de la mujer, incluso la muerte. • El sentimiento de culpa que lo va a llevar por siempre • Rompimiento de la pareja • Rencor hacia los padres (en casos de adolescentes) • Arrepentimiento de los posibles abuelos.

V.	ATRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDAD <ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidad de la <i>pareja</i> (ambos) • En personas jóvenes hay falta de información, en parejas estables no hay comunicación • Presión de la <i>pareja (varón)</i>, abandono. • En situaciones en que la relación está desgastada, <i>la mujer</i> no quiere aceptarlo y se embarazan para retener a su pareja. • <i>El gobierno</i> debería crear programas de ayuda a madres solteras, madres que tienen muchos hijos, madres que son abandonadas por sus parejas. • <i>La sociedad</i> debería ser mas flexible.
VI.	FORMAS DE PREVENCIÓN <ul style="list-style-type: none"> • Educación sexual a todo nivel, diferenciando por estratos...padres, maestros, adultos, jóvenes, personal sin instrucción, campesinos, etc. • Con mujeres que están pensando abortar, hablar claro con ellas...avisarles también sobre los riesgos a los que se exponen... • Yo trataría de convencer a la mujer de que lo tenga • Crear programas para que esos niños no deseados puedan ser adoptados. • Ayudar a las madres con guarderías, subvención para la crianza de sus niños
VII.	POLITICAS PUBLICAS DE SALUD <ul style="list-style-type: none"> • Ahora está vigente el Seguro Universal Materno Infantil, • No sabemos que incluye, no tenemos un conocimiento mas profundo.

GRUPO II:

I.	CONCEPTUALIZACIÓN: <ul style="list-style-type: none">• Interrupción del embarazo, antes de las 20 semanas, que puede ser inducido o espontáneo.• Una salida fácil para las personas que están acostumbradas a eso y una salida difícil para quien se siente presionado.• No querer asumir una responsabilidad• Es una persona inocente la que está muriendo• Es un asesinato• Existen sentimientos adversos o de acercamiento... dependiendo si ha sido provocado o espontáneo.• Es un tema tan complejo que no se pueden comparar ni siquiera dos casos, es algo tan personal.• Decisión cobarde y es un escape• Hay que tratar de comprender• Otros hasta moderan sus creencias para no sentir culpabilidad, bloquean la idea de que ese hijo está vivo.• Como mujer y madre potencial, me conmueve la idea de ver un feto muerto.
II.	ASPECTOS LEGALES <ul style="list-style-type: none">• El médico puede denunciarlo e incluso la mujer puede llegar a la cárcel• Nosotros al atender un aborto provocado ¿nos volvemos cómplices?• Es que como médico no la puedes dejar así• Cómplices seríamos cuando realizamos un aborto• Denunciar el lugar, pero no a la madre.• Tu confidencialidad con la paciente se puede ver violada

<p>II.</p>	<p>CAUSAS</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Presión familiar, cultura, la edad, • Mayormente es por presión socio-económica • La gente piensa mas en su bienestar y van perdiendo los valores • Hay gente que simplemente lo ve fácil...y gente que esta en situaciones extremas, económicamente. • El problema no solo es de las jovencitas... también hay parejas que tienen problemas económicos.
<p>IV</p>	<p>CONSECUENCIAS</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de sensibilidad, • Rencor a la sociedad — si ha sido por presiones sociales- • Traumas • Profunda depresión... suicidarse • Desensibilización en la persona y en la sociedad • Esterilidad y muerte
<p>V.</p>	<p>ATRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDAD</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • La sociedad, los médicos que se prestan a eso • Nosotros también somos responsables... si la principal función del médico no es curar sino prevenir. • Hay muchas cosas que se pueden hacer como médico, pero también hay otras esferas, otros profesionales • En el momento en que venga una paciente a hacerse una limpieza...hacer un seguimiento. Nosotros terminamos, estabilizamos y mandamos para su control. • Mas es la responsabilidad de la persona

	<ul style="list-style-type: none"> • Es responsabilidad de uno... pero no se trata de juzgar, sino como hallar soluciones • El estudiante de primero intermedio sabe mas que nosotros, pero no lo aplica • Hay gente así — que no conoce métodos anticonceptivos- que no utiliza ningún método, que utiliza el aborto como método anticonceptivo. • Un círculo vicioso de toda la sociedad, que viene desde los medios de comunicación que mueven al erotismo... el Ministerio de Salud directamente en carnavales regala condones • Depende de quien de la orientación y como la den
VI.	<p>FORMAS DE PREVENCIÓN</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • De 15 años para arriba, inyección a todas, sería una forma de prevenir. • Proporcionar información y orientación a todo nivel • En los colegios los chicos tienen información, pero hay lugares que no • En el campo tampoco lo van a aceptar, creen en su método natura... y no van a aceptar que le pongan una T de cobre. • Depende mucho de nosotros, hacer un trabajo mas profundo. • Deberían haber brigadas donde esa gente que vive en zonas tan alejadas. • En el momento en que llegue una paciente a hacerse una limpieza... hacer un seguimiento. • Depende de quien de la orientación y como la den.

VII.	POLITICAS PUBLICAS DE SALUD
-------------	------------------------------------

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Aquí el aborto penado por ley y nada mas ...eh... bueno y el SUMI• Lo que cubre es el AMEU (ambulatorio) y LUI• En espontáneo• Del provocado no hay nada• Los que llegan se asumen que son espontáneos• Pero... se sabe que son provocados (la mayoría)• Incluye (planificación familiar) en teoría, porque eso de planificación familiar se ve tan poco.• Deberían haber brigadas donde esa gente que vive en zonas tan alejadas• No estamos muy enterados del SUMI, de lo que cubre o no cubre.• En si las políticas del SUMI del gobierno cubre las complicaciones del aborto. |
|--|--|

GRUPO III.

I.	CONCEPTUALIZACIÓN:
	<ul style="list-style-type: none">• Es un homicidio• Es un acto que va contra la ética, porque es atentar contra un ser vivo• Desde el juramento de Hipócrates el aborto no es aceptado, no es ético• Es el resultado de la irresponsabilidad de la persona o la pareja• Es un recurso a veces inevitable, porque hay diferentes situaciones que pueden llevar a la persona a tomar esa decisión.• Hay circunstancias que te pueden poner entre la espada y la pared, es la vida de la madre o la del hijo.• En esos casos no quedaría otra opción, pero en otros casos no estoy de acuerdo.• Hay personas que ni conocen métodos anticonceptivos y el aborto es una forma de planificar su familia.• A veces aunque conozcan métodos no quieren o no saben utilizarlos• Otros quieren utilizarlos pero no saben como o donde pedirlos
II.	ASPECTOS LEGALES
	<ul style="list-style-type: none">• Generalmente se practica un aborto dentro de los marcos legales cuando es terapéutico, es decir cuando hay algún riesgo para vida de la madre.• Uno se puede ver entre la espada y la pared porque son dos vidas, pero la mujer ya tiene una vida establecida, talvez una familia y hay que salvarla• Por ejemplo cuando llegan con un aborto incompleto, si no se atiende a la mujer, su vida está en peligro. • En casos de violación habría que evaluar la situación• Si la salud de la mujer y del feto están en buenas condiciones, habría que buscar otras salidas.• Uno como médico también se ve en una situación difícil, el feto es un ser vivo. Si se han seguido los procedimientos legales y esta autorizado, se puede practicar.

III.	CAUSAS <ul style="list-style-type: none"> • Especialmente es por falta de Educación Sexual • Desconocimiento o dificultad de acceso a métodos anticonceptivos • Pueden presentarse diferentes causas • Presión que puede venir desde la pareja, la familia hasta la sociedad. • Cuando la pareja o familia tiene recursos muy limitados • Se están perdiendo los valores
IV	CONSECUENCIAS <ul style="list-style-type: none"> • Se pueden presentar en la mujer infecciones, hemorragias abundantes que pueden llevar a la muerte • En algunos casos también hay que extirpar el útero • La mujer puede quedar estéril. • La mujer se siente culpable • Si no fue una decisión compartida, la pareja se disuelve. • La persona y la sociedad pierden sensibilidad • Depresión profunda que puede conducir al suicidio.
V.	ATRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDAD <ul style="list-style-type: none"> • Cada uno tiene que asumir la responsabilidad de sus actos. • La pareja tiene que vivir sus sexualidad en forma responsable. • Ambos miembros de la pareja son responsables • Pero es la mujer la que lleva al hijo en el vientre. • Si el varón no apoya a su pareja para tener ese hijo, él también es responsable. • Todos los miembros de la sociedad son responsables, desde la pareja, la familia, todos. • La sociedad que en vez de reprimir debería educar. • También la gente que lucra con esto, sólo les interesa ganar.

VI.	FORMAS DE PREVENCIÓN
	<ul style="list-style-type: none"> • Que haya una amplia oferta de métodos anticonceptivos. • No es sólo oferta de métodos, algunos no los aceptan fácilmente. • Tendría que proporcionarse educación sexual adecuada para diferentes edades y grupos sociales. • Todos tendríamos que participar • Pero están las trabajadoras sociales, psicólogos, hay educadores. • Tampoco te puedes recargar.
VII.	POLITICAS PUBLICAS DE SALUD
	<ul style="list-style-type: none"> • El Seguro Universal Materno Infantil, que recién se ha aprobado • Era el Seguro Básico de Salud • Comprende la atención gratuita de las hemorragias por aborto. • No conocemos mas detalles sobre eso.

ANEXO No. 3

SESIONES DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN

SESIONES DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN

PRIMER GRUPO:

Que concepto tienen del aborto:

¿ Definición médica?. Es la interrupción del embarazo antes de las 20 semanas, que puede ser inducido o espontáneo.

Interrupción del embarazo por medios químicos o físicos

Desde un punto de vista general se lo puede ver como una salida difícil o fácil dependiendo de las personas, una salida fácil para las personas que están acostumbradas a eso y una salida difícil para quien se siente presionado a realizarse un aborto.

Como no querer asumir la responsabilidad, una mujer que no quiere asumir su embarazo, o el esposo que presiona o es un producto fuera del matrimonio u otros problemas que no podemos saber ¿no?, pero es una persona inocente la que está muriendo.

• Es un asesinato.

Al hablar de aborto el provocado y el espontaneo son dos concepciones muy diferentes, y eso incluso llama a discriminar a la mujer, son dos polos de una misma unidad, hay tantos sentimientos involucrados, o damos una opinión de una o de la otra, existen sentimientos adversos o de acercamiento a la paciente que ha perdido su bebe, dependiendo de si ha sido provocado o espontaneo lleva mucha carga emocional.

Es algo que podría desestabilizar a la pareja a la familia, es algo mucho mas profundo, no es como si se sacara una muela y listo.

Es un tema tan complejo que no se pueden comparar ni siquiera dos casos, es algo tan personal que no puedes decir como médico: tu tienes que hacer esto o dejar de hacer lo otro.

Sobre los aspectos legales del aborto?

Si hay un aborto, no le parece al médico, el médico puede denunciarlo e incluso la mujer puede llegar a la cárcel, oficialmente está penado por ley.

Una duda que yo tengo, Nosotros al atender un aborto provocado, nosotros nos volvemos cómplices?

Si,

No, no somos cómplices ¡es que como médico no la puedes dejar así!.

No puedes dejar morir a la madre

Parece que nosotros seríamos cómplices cuando realizamos el aborto, pero no creo que seríamos cómplices cuando el aborto ya está en curso, cuando ya lo han realizado. Mas bien estamos tratando de que la madre sobreviva, que el niño sobreviva cuando todavía puede vivir; cómplices seríamos cuando realizamos el aborto.

- Tratar a la madre pero, si es claro que el aborto ha sido provocado, hasta en algunos casos se sabe donde ha sido, ahí nosotros deberíamos denunciar el lugar pero no a la madre.

Esa si es una situación compleja, como médico dentro de la medicina legal, si tu quieres denunciar algo tienes que tener bases clínicas y tu confidencialidad con la paciente se puede ver violada. Que actitud tomar, finalmente no eres un sacerdote.

Hablando de situaciones legales lo practicarían en esas situaciones?

- En casos de aborto terapeutico, si.
- Cuando la vida o la salud de la madre realmente está en riesgo, hay que hacerlo, siempre con el consentimiento de la familia.
- En los otros casos habría que evaluar bien la situación.
- Es una situación difícil también para uno como médico ¿no?, no es como sacar una muela
Si no hay otra salida, habría que hacerlo

Cuales son las causas para la alta prevalencia de aborto

Presión familiar, cultura, la edad, pero mayormente es por presión socioeconómica. Yo pienso que actualmente también es el trabajo, los padres quieren hacer algo de dinero y tener unos tres hijos para darles lo mejor y por ahí los que caigan demás... bueno pues una salida sería el aborto. Actualmente mucha exigencia, competencia, que genera tanto estrés, la gente piensa mas en su bienestar y van perdiendo los valores, que lleva a las madres a pensar que es una muela mas que se están quitando.

Yo creo que hay dos tipo y hasta mas, gente que lo ve fácil y completamente normal, que aborta, y gente que está en situaciones extremas, factor económico, hay muchos factores, una adolescente de 16 años o una mujer de 45 años por ejemplo.

En cualquier caso, creo que es una decisión cobarde y es un escape, creo que no hay justificación para eso, pero creo que hay que tratar de comprender ¿no?, tratar

de comprender para saber como tratar a esa gente, definir bien si ha sido una situación socio-económica, psicológica, anímica, y no solo incluir a aquellas mujeres que han tomado una salida desesperada, sino también y creo que mucho mas en aquellas mujeres que lo toman muy fríamente.

No me parece que sea una decisión cobarde, mas bien yo creo que hay que ser muy valiente para hacer esas cosas, mas me parece que es una mala orientación que tiene la persona que se va a realizar el aborto

Otros, hasta moderan sus creencias para no sentir culpabilidad, creo que bloquean la idea de que ese hijo está vivo, lo ven como una carga y en ningún momento se ponen a pensar si está vivo, no se si han visto 'El grito del silencio' que describe que es el aborto y como el bebe trata de escapar y pelea, pero los activistas pro-aborto, parece que se lo ve solo como un problema y bloquean la idea de que esta vivo.

Que consecuencias podrían mencionar

- Perdida de sensibilidad
 - Rencor a la sociedad — si ha sido por presiones sociales-
 - Traumas
 - Algunas personas entran en profunda depresión, talvez algunas personas tratan de suicidarse
- Desensibilización en la persona y en la sociedad

Yo he visto en un vídeo que cuando una madre siente al bebe moverse en su vientre siente mas *culpabilidad*, pero si no ha percibido esos movimientos, no lo va a sentir tanto. Aquellas que abortan a los dos o tres meses son las que mas repercusiones tienen.

- La mujer puede tener problemas legales también

A quien/es atribuirían mas responsabilidad.

- La sociedad, los médicos que se prestan a eso,

Nosotros también somos responsables, porque es tan sencillo evitar un aborto, evitar un embarazo no deseado, con tantos métodos que hay ahora, si la principal función del médico no es curar sino prevenir, no vamos a cambiar la moral, no vamos a cambiar las normas de la iglesia, ni la situación económica de alguien, pero podemos prevenir.

Hay muchas cosas que se pueden hacer como médico, pero también hay otras esferas.

Hay mucha falta de información yo recuerdo que nos comentaban de un estudio realizado en segundo o tercer año creo, que ni los mismos estudiantes de medicina sabían porque se embarazaba su chica.

Mas es la responsabilidad de la persona, porque cada uno es dueño de sus propios actos, puede ser que un médico o cualquier otra persona pueda dar toda la orientación del mundo pero esa persona no lo toma en cuenta. No creo que sea tanto responsabilidad de los médicos.

Talvez debería darse charlas en todos los colegios, que se está dando, pero no en todos, ni en forma tan profunda, les hablan del aborto como algo malo, pero se habla poco de prevención. En mi colegio se ha hecho un estudio y se ha visto que el 60% ya habían tenido relaciones sexuales desde primero medio.

Es responsabilidad de cada uno, obviamente, es eso lo que hay que cambiar, son cosas que no deben escandalizar a nadie, pero no se trata de juzgar, sino como hallar soluciones. Por ejemplo un adolescente de 16 años no es consciente de lo que está haciendo

Mucho se dice que hay que informarles y todo eso, mentira, el estudiante de primero intermedio sabe mas que nosotros pero no lo aplica, entonces nosotros no vamos a ir detrás de cada uno para que se cuide

Hay dos cosas depende del tipo de gente de la que estemos hablando,

Es que se presentan casos de embarazos no deseados y cuando se le pregunta y que ha pasado porque no te has cuidado, y dicen: no es que justo ese rato no tenía

Obviamente esos casos se dan, pero también esta el otro extremo de decir, hay personas que preguntan: acaso hay métodos?, que es método anticonceptivo, no es que no sepan que teniendo relaciones sexuales nace el hijito, sino que no saben como evitar que venga el hijito. Hay gente así que no utiliza ningún método, que utiliza el aborto como método anticonceptivo.

Yo creo que es un círculo vicioso de toda la sociedad, que viene desde los medios de comunicación que mueven al erotismo, a que los jóvenes tengan relaciones sexuales, inclusive el Ministerio de Salud directamente en carnavales regala condones (risas), claro que el objetivo supuestamente es evitar —ETSs- embarazos usando condones, pero es una forma de incitar a los chicos, ya que tienen condones a que tengan relaciones —provocar la tentación-

Pero en mi colegio por ejemplo, quienes daban instrucciones eran las monjitas, era no, no, no y bueno no. En cambio si se da desde un punto de vista mucho mas amplio, yo creo que hasta los mismos changos pueden llegar a entender, no solo los changos, las señoras, las cholitas, yo creo que depende de quien da la orientación y como la

den, por ejemplo en las iglesias se da la planificación familiar, pero se da solo la planificación familiar natural.

Como se podría prevenir:

Yo digo que de 15 años para arriba, inyección a todas, sería una forma de prevenir.

Aquí no se trata de la vida o de la actividad sexual de las personas, sino de cómo evitar esto, como concientizar de que esto que están haciendo es un aborto y como evitarlo.

Por eso, de 15 años para arriba inyección

No, que vas a prevenir, aumentarías las ETS; que todos se metan con todos.

El problema no solo es de las jovencitas que tienen relaciones y no se cuidan, sino que también hay parejas que tienen problemas económicos, y tienen que ir a abortar y lo van a hacer, porque no tienen para sustentar a su familia. Hay que cambiar la concepción de todo.

Por eso digo que no se puede generalizar

Yo creo que en los colegios todos los chicos tienen información, desde tercero intermedio saben, pero hay lugares que no tienen orientación, es más en el campo, tampoco lo van a aceptar, ellos creen en su método natural, en su yatiri en su Pachamama y no van a aceptar que le pongan una T de cobre, yo creo que depende mucho de nosotros hacer un trabajo más profundo.

Cuales son las Políticas de Salud al respecto?

- Aquí el aborto penado por ley y nada más..eh... bueno y el SUMI
- Lo que cubre es el AMEU; o sea ambulatorio ¿no? y LUI
- Pero en espontáneo,
En espontáneo
- Porque del provocado no hay nada
- Pero todos los que llegan se asumen que son espontáneos
- No, pero... se sabe que son provocados
- Incluye planificación familiar
Incluye en teoría, en papeles; pero eso de planificación familiar se ve tan poco.
Deberían haber brigadas para ver como se está haciendo planificación familiar, donde esa gente que vive en zonas tan alejadas, porque esa gente no va ni a su posta o no puede llegar hasta allí.
- Nosotros no estamos muy enterados de lo que es el SUMI, lo que cubre o no cubre.
- En si las políticas del SUMI del gobierno cubren las complicaciones del aborto, no se si habrán terapéuticos más.

Comentarios espontáneos sobre algunas experiencias relacionadas con el tema:

En una ocasión ha llegado una paciente que parecía que tenía una infección urinaria, nosotros hemos hecho los análisis todo y cuando llega al examen ginecológico, nada, había estado con un aborto en curso, ella no quería que sepa su esposo. Se expulsó el feto y nosotras no sabíamos que hacer con el producto, no sabíamos que decirle al esposo, que hacer, nos hemos sentido tan mal.

Dos pacientes llegaron al mismo tiempo, estaban en dos camillas, una lo había provocado y la otra no, la que no, era maestra, decía porque a mí me pasan estas cosas y lloraba, pero la otra no, la otra estaba más tranquila.

Ayer me pasó algo también, me llama una paciente en la puerta, y me dice doctor estoy embarazada de tres meses y quiero que me atienda, y le digo: no, tiene que venir por consulta externa todavía y me dice: no yo ya no quiero seguir ¿cómo? (le dije), mi esposo y yo no tenemos plata para tener otro hijo mas; me estaba pidiendo que le atendamos para que le hagamos un aborto, entonces yo no sabía que decirle sólo le digo: Señora aquí estamos para que su hijo viva, no para que muera, ah ya, me dice y se fue, pero me dijo con tanta naturalidad ¿no? Como decir sáqueme una muela; y en la sala hay pacientes que están bien tranquilas después de que ha pasado el aborto, como si nada y otras están llorando y ahí uno se imagina de cual ha sido espontáneo y otro provocado.

No se puede decir tan fácilmente que cuando no llora por la pérdida de un embarazo es un aborto provocado, también es cuestión de idiosincrasia, hay gente que tiene 9 hijos, se le mueren tres y es normal, para muchas no significa mucho, depende de la formación de las personas, el hecho de que no lloren no significa que lo hayan provocado.

SEGUNDO GRUPO:

Que concepto tienen del aborto?

- En primer lugar el mandato del médico es preservar la vida ante todo y el aborto va contra eso.

El aborto va contra la ética médica, si la misión del médico es salvar vidas, no quitarlas.

Pero si la vida de la madre corre peligro es la única opción y hay que hacerlo.

Depende mucho de la situación, si la vida de la madre corre peligro, es preferible salvar por lo menos la vida de ella, a perder dos vidas.

En ese caso, si, pero en otros casos es simplemente irresponsabilidad de la pareja o de la mujer, habiendo ahora tantos métodos de planificación familiar y se difunden tanto, no tiene justificación.

Pero por un lado, aunque parezca que hay mucha difusión, no todos tienen realmente acceso, o tienen miedo preguntar o usar.

Hay de todo, hay gente que no tiene acceso, no conoce, no sabe donde, como, pero también hay gente que conoce y que puede acceder a un método pero no lo hace por irresponsabilidad.

Pero uno no sabe, hay tantas situaciones que pueden impulsar a eso.

Yo personalmente como mujer, no quisiera estar en una situación así ¿no?, ni como mujer, con un embarazo no deseado -porque a cualquiera le puede pasar- ¿no?; ni como médico que tendría que interrumpir un embarazo, porque ver a una mujer que rechaza a su hijo, que expulsa al fruto de su propio ser y ver a un feto rechazado da pena ¿no?.

La mujer lleva en el vientre al bebé por eso es más sensible frente al aborto, principalmente respecto al feto.

Como mujer y madre potencial me conmueve la idea de ver un feto muerto

Es que por naturaleza la mujer tiene un instinto maternal, como la mujer es o puede ser madre en el presente o en el futuro, entonces la situación de un aborto puede ser mas impactante para ella.

Yo quería seguir la especialidad de gineco-obstetricia, pero la verdad, pensando en que puedo verme frente a una situación de tener que interrumpir una vida, teniendo presente que nuestra principal misión es siempre salvarla, traer vidas al mundo, no

evitar su llegada; entonces lo he pensado mejor, voy a seguir Salud Pública, una tarea más preventiva.

Yo mas bien, pienso seguir la especialidad de cirugia reconstructiva, así que no me veré en estas situaciones.

- Yo estoy pensando especializarme en medicina legal, talvez tenga que enfrentarme de alguna manera con estos casos.

Opinión sobre los aspectos legales del aborto?

Las leyes están mal hechas, no hay coherencia en ellas

No están mal hechas, están mal implementadas.

Son legales los casos de violación, incesto, cuando hay riesgo para la salud de la madre y cuando el feto, por cualquier anomalía, no tiene posibilidades de vida después de nacer.

Lo practicarían en situaciones legales?

Si de eso dependiera la vida de la madre por ejemplo; te ves entre la espada y la pared; si ambas vidas corren riesgo, al hacerlo voy a salvar por lo menos la vida de la madre, porque si voy a querer salvar la vida del niño a costa de la propia madre, después el pobre niño huérfano que va a hacer desprotegido, sin el cariño, sin la alimentación y el cuidado de la madre.

Es preferible no correr riesgos y asegurar la vida de la madre por lo menos, claro con el consentimiento de la familia.

Yo solo haría una excepción en casos en que la salud de la madre, realmente corra peligro o por aberraciones del feto. Cada persona es responsable de si misma y debe ejercer su sexualidad en forma consciente y responsable. La pareja debe asumir su responsabilidad.

Si se tratara de violación?

Habría que estudiar bien la situación, porque a veces eso de la violación puede ser un pretexto, hay chicas que han tenido relaciones con su pareja voluntariamente y después cuando se ven en conflicto vienen y dicen que fue una violación y es solamente por tapar su irresponsabilidad, es un pretexto.

No es siempre así, si bien la mujer puede haber tenido relaciones digamos voluntarias, el cuidado de su fecundidad puede no haber sido tan voluntario, por ejemplo cuando su pareja no quiere usar condón, porque dicen los hombres que no es lo mismo, que como me voy a poner una bolsa y demás.

Hay otros que no quieren que sus esposas utilicen algún método anticonceptivo por machismo y creencias de que usando algún método su mujer les van a engañar.

Hay que ponerse también en la situación del otro, en los zapatos de la otra persona, que sería si yo estuviera en su lugar, al final a cualquiera le puede pasar.

Pero ya cuando se trata de practicar el aborto, tendría que analizarse muy bien el caso, ver que fue lo que paso, si hubo violación, si la mujer realmente no quiere o no puede tener al niño.

Yo también pienso que hay que tener empatía, tratar de comprender a la persona, pero lo haría siempre y cuando esté dentro los márgenes legales y si la ley lo determina hay que cumplir.

Si la madre tiene un buen estado de salud, ni ella ni el feto corren riesgo, se pueden crear programas para darlos en adopción, y no matar al pobre niño que al final no tiene la culpa de nada, si fuera una violación el no tiene la culpa.

Cuando lo manda la ley, también hay que aceptar que es parte de la medicina legal y tenemos la responsabilidad de efectuarlo, independientemente de lo que pensemos por nuestra religión por ejemplo.

Estarían de acuerdo o en desacuerdo para añadir otras situaciones legales en que la mujer tenga la posibilidad de abortar?

Yo definitivamente no, como dije, las parejas deben asumir la responsabilidad de sus actos, y solo debería ser legal cuando la salud de la madre corre peligro; e incluso en los otros casos que son legales debería verse la posibilidad de dar en adopción a los niños que fueran producto de violaciones por ejemplo o cuando la situación económica de la pareja o de la mujer es realmente insostenible, entrar en esos programas de adopción.

Talvez en algunas situaciones excepcionales, pero estudiándose bastante bien los casos, por ejemplo si existe riesgo de enfermedad mental o inestabilidad emocional de la madre que con el tiempo lo vaya a maltratar al niño, o también madres con alguna enfermedad que no tenga un buen pronóstico como cáncer o SIDA.

En casos de embarazo no deseado, por razones económicas por ejemplo o cuando hay inestabilidad o abandono de la pareja, yo trataría de convencer a la mujer de que lo tenga, como se dice "todo niño viene con su pan bajo el brazo" y no es que venga con su marraqueta, el pan que trae es el esfuerzo que uno pone por ese hijo, la voluntad de trabajar mas, de buscar mejores días.

Si las situaciones son bien estudiadas y justificadas, puede ser.

Cuales son las causas para la alta prevalencia de abortos?

Principalmente es la falta de instrucción.

Es cierto que el nivel de instrucción es importante, pero también se presentan estos casos en personas que tienen un buen nivel de instrucción, incluso en el internet van a buscar información sobre esto, hay muchos chicos que sin ser médicos, conocen bien el misoprostol por ejemplo, conocen hasta su mecanismo de acción y todo.

Si, también se presenta en personas que tienen una buena posición socio-económica, sólo que por el mismo hecho de que tienen plata, son casos que no se conocen, acuden a algún lugar higiénico, donde se hace con todos los cuidados necesarios y el aborto se realiza sin mayores complicaciones, sin que nadie lo sepa.

Es que también falta educación sexual, no solo instrucción; a veces hasta los profesores, no saben como hablar de eso con sus hijos; ni los padres que pueden ser profesionales tal vez, no saben como abordar estos temas.

También hace mucho la presión que puede ejercer la familia, cuando la chica es muy joven, es soltera, esta estudiando, o no les cae bien su pareja o se preocupan por el que dirán; puede ser por la misma presión del medio social.

En otros casos también por presión de la pareja, que dice que ya tienen muchos hijos que el dinero no les va alcanzar para criar uno más; otros que estando solteros no quieren comprometerse y le dicen a su pareja que aborte, hasta hay muchos que no quieren saber nada y dicen ¿será mi hijo? Tal vez ni es mi hijo, o simplemente las abandonan y la mujer se siente sola, sin apoyo y ve el aborto como única salida.

A veces por influencia de las amigas, como en la canción de "Agosto 21". Porque a veces aunque los padres no estén de acuerdo con el embarazo de su hija inicialmente, después lo aceptan e incluso llegan a querer mucho a sus nietos que en un principio estando en el vientre de la madre fueron rechazados; pero las chicas se asustan, no saben que hacer y hacen caso a sus amigas.

Influyen muchos factores, pero creo que si se implementan programas de educación sexual bien elaborados, esto puede mejorar.

Cuales son las consecuencias:

- Principalmente en la mujer se puede producir esterilidad, infecciones que pueden tener serias complicaciones para la salud de la mujer, incluso la muerte.
El sentimiento de culpa que lo va a llevar por siempre.
- Rompimiento de la pareja

haber rencor hacia ellos. También arrepentimiento de los que hubieran podido ser abuelos.

A quien/es atribuirían la responsabilidad:

Para mí que es responsabilidad de la pareja, son los dos miembros de la pareja que tienen que tomar las precauciones necesarias, cada uno de los miembros de la pareja como persona y también juntos; si el varón por ejemplo no tiene intenciones de tener una relación formal y continua, tiene que cuidarse y si la mujer ve que la relación no tiene futuro también tiene que cuidarse; y por último si son pareja ambos tienen que conversar ver sus posibilidades económicas y todo, para definir si pueden o no tener hijos en ese momento o si tienen los suficientes y ya no quieren tener más.

Pero es que no todas las personas tienen la formación suficiente y adecuada para poder tomar así las riendas de su vida; en personas jóvenes hay mucha falta de información, en parejas estables no hay comunicación, hay parejas en las que la mujer no tiene relaciones voluntarias, son obligadas a tener relaciones por sus maridos, entonces falta educación, formación.

Pero también hay situaciones en que la relación ya está desgastada, la *mujer* no quiere aceptarlo y se embarazan para retener a su pareja, pero cuando no hay amor, ya no pues porque son los hijos que vienen los que pagan las consecuencias, si es que los tienen, porque muchas veces en estas situaciones se recurre al aborto.

El *gobierno* también tiene responsabilidad, debería crear programas para ayudar a madres solteras, madres que tienen muchos hijos, madres que son abandonadas por sus parejas.

La sociedad debería ser más flexible.

Como se podría prevenir.

Educación sexual a todo nivel, diferenciando por estratos. También es necesario instruir a los profesores que están tan cercanos a los adolescentes porque a veces ni ellos saben que información tienen que transmitir sobre sexualidad y como hacerlo, porque no es solo enseñar como es y como funciona el aparato reproductor, a veces hasta los mismos médicos tenemos esas dificultades, entonces se debería buscar una forma de dar educación, como dije para diferentes estratos, padres, maestros, adultos, jóvenes, personas sin instrucción, campesinos, etc. ¿no?.

Si se tiene la oportunidad de interactuar con mujeres que están pensando abortar, habría que hablar claro con ellas, para explicarles que tienen en su vientre un ser vivo y avisarles también sobre los riesgos a los que se exponen abortando, ahora claro, hay lugares donde se practican en situaciones mas seguras, pero también cobran caro; y no todas tienen la posibilidad de acceder a esos, además que alguna vez hasta en esos lugares puede tener complicaciones.

En un caso así yo también hablaría primero con ella, trataría de convencerle, pero después de todo, la decisión final es de ella, si decide de todos modos hacerlo, yo no lo practicaría, le diría que trate de buscar un lugar que le de seguridad.

Como dije en algún otro momento, se deberían crear programas para que esos niños no deseados puedan ser adoptados, hay parejas que no pueden tener hijos y que estarían dispuestos a adoptarlos, y creo que los tendrían bien a esos niños rechazados.

- El gobierno podría propiciar programas que apoyen a las madres con guarderías, talvez una subvención para la crianza de sus niños en los primeros años, cosa que no se desanimen a tenerlos.

Cuales son las políticas de Salud:

- Ahora esta vigente el Seguro Universal Materno Infantil ¿no?
- No sabemos que incluye, no tenemos un conocimiento mas profundo.

ANEJO No. 4

VEINTE RELATOS

(PARA ANALISIS DE CONTENIDO)

VEINTE RELATOS

Transcripción in extenso de 20 relatos escritos por los estudiantes, a partir de la siguiente consigna:

Describir en forma muy general, como es la atención a pacientes con aborto incompleto en el servicio de salud (desde que llega hasta que se retira del hospital):

1. Lo primero que se hace es la anamnesis o interrogatorio acerca de su enfermedad actual, se pregunta poniendo énfasis en la fecha de última menstruación, curso y evolución, como características de la hemorragia. Una vez hecha la anamnesis se realiza un examen general, dando importancia a los signos vitales, luego se continúa con el examen ginecológico, el cual debe ser más específico evaluando genitales por medio de la inspección y luego por especuloscopia y tacto bimanual. Se confirma el diagnóstico de aborto incompleto observando restos ovulares, expulsados con coágulos sanguíneos y OCE abierto. Luego de confirmado el diagnóstico se hace LUI o AMEU, debe darse antibióticos y control estricto de hemorragia, si hay buena evolución se da alta hospitalaria a las pocas horas.
2. Recabar historial clínico. Hay que comprobar mediante valoración ginecológica, si se trata realmente de un AB incompleto. Comprobado aquello se procede a internar a la paciente en la sala de AMEU.
Se adquiere todo lo que respecta a medicamentos, soluciones, etc.
Cuando ya está todo preparado se procede a realizar el AMEU o LUI, dependiendo en que semana de gestación se encuentre la paciente. Posterior al procedimiento se deja a la paciente sobre la camilla hasta que se estabilice. Luego de 2 horas se procede a dar alta obviamente con los signos vitales estables.
3. Evaluación y examen físico, para descartar o confirmar diagnóstico de aborto incompleto o afines. Una vez confirmado, evaluación del estado general, laboratorio, ecografía. Si hay mal estado general se debe estabilizar, y seguir con el procedimiento de AMEU, charla con la paciente, control post AMEU después de dos horas, si hay buen estado general se da alta, si hay complicación se procede a internación.
4. Se procede al *interrogatorio* primeramente, para por lo menos tener idea en que condiciones está, luego se sigue con una limpieza, antisepsia de la región

vaginal; para luego seguir con la técnica que en este caso sería el raspado para sacar los restos del feto, esto en caso de que sea un aborto incompleto por mala realización, poniéndole antibióticos para una buena profilaxis, además teniendo en cuenta siempre el control de sus signos vitales, puesto que la paciente por el mismo hecho de estar ya con un aborto incompleto, seguramente estará perdiendo bastante sangre, lo cual al ser una pérdida de volemia muchas veces importante, desequilibra el estado del cuerpo, luego de haber realizado la técnica, se le pide que guarde reposo dándole antibióticos y analgésicos.

5. Lo primero que se debe hacer es revisar los signos vitales y si hay pérdida de la volemia inmediatamente administrar líquidos parenterales esto para evitar llegar a shock y posteriormente se toma las medidas correspondientes, completar el aborto para evitar complicaciones y así restaurar su salud, pero hay que tener en cuenta varios factores como ser la edad, donde se realizó el aborto esto con la finalidad de hacer medidas terapéuticas adecuadas. Una vez estabilizado a la paciente se debería dar una orientación psicológica para que afronte.
6. Primero se debe poner a la paciente en reposo absoluto, se canaliza una vía para luego tratarla en sala de partos mediante posición ginecológica se procede al legrado terapéutico cuidando la integridad del útero y sus anexos para luego de la operación remitirla a sala donde se le supervisará por el cuidado en sus signos vitales, mediante control y manejo terapéutico de analgésicos y/o antibióticos; dependiendo el antecedente de aborto (si fuera provocado). Se debería asistir a la paciente con consejería y ayuda psicológica para posteriores casos.
7. En primer lugar la recepción de la paciente deberá ser cálida, demostrando que ella puede confiar en el personal que la atenderá, recolectar los datos pertinentes como ser el tiempo transcurrido desde la iniciación del acto o sea desde que se realizó el procedimiento abortivo, esto para poder constatar otros cuadros como infecciones. Otro punto importante es la realización de una buena historia clínica, tomando en cuenta la edad gestacional, esto para tener el cuidado pertinente.
El AMEU se refiere a la aspiración manual endouterina, el mismo que se puede realizar hasta las 6 a 8 semanas, pasado este tiempo se realizará un legrado, que tiene la connotación de ser un procedimiento mas riesgoso para la paciente. Posteriormente internación y reposo estricto por el lapso de 24 a 48 horas.

8. Examen con espéculo, tacto, signos vitales, se procede a la Internación, con reposo absoluto, NPO, se piden los análisis de laboratorio y ecografía. Dependiendo de la edad gestacional, si es menor de 12 semanas se realiza AMEU, si es mayor de 12 semanas se realiza LUI.

9. Valorar a la paciente, tomando en cuenta la clínica y diferenciando de una amenaza de aborto. Tranquilizar a la paciente y comunicarle que se le tiene que extraer el producto que le puede provocar muchas alteraciones.
Realizar una evaluación por medio de equipo que tenga espéculo y determinar ya antes por ecografía si se va realizar AMEU o LUI
Si se le hace AMEU, se tiene que *informar* a la paciente lo que se le realizará. Se pinza el labio anterior del OCE, se anestesia y se procede a utilizar la aspiración teniendo en cuenta el tamaño del útero, se aspira, se saca el contenido y luego se espera hasta su recuperación.
Si se le va a realizar LUI se le tiene que *informar* que va a ser anestesiada y que se requiere practicar este procedimiento en quirófano con material de legado.

10. Lo primero que se realiza es un *examen completo* en admisiones, posteriormente pasa a sala de emergencias de ginecología, donde se hace recostar a la paciente y se realiza la anamnesis y se toman sus signos vitales, revisamos mucosas y piel y palpamos y examinamos muy bien todo el abdomen, posteriormente se realiza el examen de especuloscopia donde podemos ver partes fetales u otros.

Posteriormente si esta paciente se encuentra en una amenaza de aborto se hace todo lo posible para poder detenerlo con uteroinhibidores y calmantes, los mismos que no hacen daño al producto y pasa a la sala donde se observa hasta que la paciente esté en buenas condiciones y pueda irse a su casa, antes se le da las recomendaciones necesarias con las cuales la paciente posiblemente pueda llegar a un embarazo adecuado y a tener a su bebé. Si la paciente no mejora y se complica, se realiza el AMEU que es antes de un embarazo de 12 semanas y si es de mayor edad el embarazo, se realiza un LUI con lo que se salva la vida de la mujer.

11. Cuando llega una paciente primero se le pregunta cuales son las molestias, si es que ha presentado hemorragia, hace cuanto tiempo, y luego se le pregunta todos los datos FUM (fecha última menstruación), si tiene o no unión estable, si sabe que estaba embarazada y luego se realizan los exámenes complementarios y de acuerdo a este se realiza el procedimiento, *explicándole* muy bien a la paciente de cuales van a ser las maniobras y los procedimientos, según como vaya evolucionando el estado psicológico de la paciente, si es que

fue o no un embarazo deseado, luego de haber explicado y tomado en cuenta lo emocional y la *decisión de la paciente* se le hace firmar la autorización para la limpieza, luego se la estabiliza y ella puede irse. Yo creo que sería bueno que las pacientes tengan orientación y les sirva para poder estar mejor tanto anímicamente como espiritualmente.

12. Anamnesis a la paciente, bien detallada, se realiza el examen físico, diagnóstico clínico, si se tiene dudas, se le realiza una ecografía. Se realiza AMEU o LUI, dependiendo la edad gestacional de la paciente. Se espera su recuperación. Se da una *orientación de planificación familiar*, de las complicaciones que pudieran ocurrir. Alta médica. Control por consultorio externo para evaluar y realizar un seguimiento a la paciente, una vez obtenidos los resultados patológicos de los restos ovulares obtenidos en el LUI o AMEU, tomar una conducta.
13. Al ingreso, es *atendida* por personal capacitado *de la mejor forma posible*, se le *brinda información* sobre la patología y los riesgos que conlleva. El tratamiento se hace en relación al tipo de patología y dependiendo de la evolución de AB, es tratada también por personal profesional tratando siempre de dar comodidad a la paciente. La paciente es dada de alta cuando está estable, tomando en cuenta a la mujer.
14. Recepción de la paciente evaluando la cantidad de sangre perdida y equilibrar su estado hemodinámico. Realizar la historia clínica completa. *Explicar* a la paciente de su estado y de lo que le esta pasando y de lo que se le va a realizar. Explicar a sus familiares *y pedir autorización de ellos y de la paciente* para su procedimiento, luego se realiza el procedimiento. Después de dos horas dar alta previa estabilización hemodinámica. Sugerir antes del alta un *método anticonceptivo*, o que ella procure no embarazarse por un año.
15. Recepción en admisión, es tratada siempre como emergencia priorizándolas. Internación (para observación hasta conseguir resultados de laboratorio) y ordenes de laboratorio (coagulograma especialmente) y gabinete (ecografía). Se diagnostica AB incompleto y si no hay anormalidades se procede a realizar LUI o AMEU, con indicaciones respectivas. Posteriormente se observa a la paciente y si al examen no hay irregularidades se le da alta y si se presenta alguna anormalidad se mantiene internación y coadyuva con otros tratamientos como antibióticoterapia, transfusiones, etc. Dar alta cuando cede la hemorragia y la paciente se estabiliza.

16. Se pide a la paciente que ingrese a admisiones que tome asiento en el caso de hemorragia leve-moderada. Se realiza la Historia clínica . Se pide a la paciente que vaya a mesa ginecológica para su examen físico.
Una vez confirmado el aborto incompleto, se explica a la paciente que perdió a su hijo y que se debe realizar una limpieza de cavidad uterina para evitar hemorragias o infecciones posteriores. Se hace firmar el consentimiento informado para AMEU y LUI, explicando como se realizará el procedimiento. Una vez firmado se pasa a la paciente a sala de AMEU o quirófano para LUI y se procede según técnica, previa colocación de venoclisis.
Terminado el acto se observa a la paciente por dos horas, se coloca methergin IM, si se encuentra con signos vitales se le da de alta. Previa explicación de métodos anticonceptivos.
17. Realizar el interrogatorio o anamnesis, examen general, estabilizar signos vitales, examen ginecológico y laboratorio para confirmar diagnóstico. Luego de confirmado el diagnóstico, se procede a realizar AMEU o LUI, de acuerdo a edad gestacional. Dar alta controlando signos vitales.
18. Se debe valorar el estado general de la paciente, si su estado no es bueno, ponerla en reposo absoluto canalizando una vía. Cuando se ha estabilizado a la paciente, se procede al legrado uterino, luego se transfiere a sala, donde se controlarán sus signos vitales, para finalmente dar el alta respectiva.
19. Atendiendo a la paciente de la mejor forma posible, se procede con el interrogatorio para obtener todos los datos necesarios, realizar un examen general para controlar sus signos vitales, si hay pérdida de volemia administrar líquidos parenterales, luego se procede al examen ginecológico, y de acuerdo a lo observado se procede a realizar el legrado, al día siguiente se puede dar alta si los signos vitales están estables.
20. Cuando llega la paciente se inicia con un interrogatorio, se pone a la paciente en reposo, controlando signos vitales, se procede al legrado terapéutico, luego" del procedimiento la paciente debe reposar por 2 horas si se ha realizado AMEU o un día si es que se ha realizado LUI. Si los signos vitales están estables dar alta.

