



TRABAJO DE FIN DE GRADO

**“ AFRONTAMIENTO FAMILIAR ANTE UN
ABORTO ESPONTÁNEO ”**

Autora: Nadia González Said

Tutora: Ana María González Pérez

Grado en Enfermería,
Facultad de Ciencias de la Salud,
Sección de Enfermería y Fisioterapia,
Sede de Tenerife
Campus de Ofra,
Universidad de La Laguna,
Curso: 2020-2021 Tenerife,
Mayo, 2021

Glosario de siglas:

- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **BOE:** Boletín Oficial del Estado.
- **IVE:** Interrupción Voluntaria del Embarazo.
- **RAE:** Real Academia Española de la Lengua.
- **SEGO:** Sociedad Española de Ginecología.
- **NICE:** National Institute for Health and Clinical Excellence.
- **TEPT:** Trastorno de Estrés Postraumático.
- **APS:** Atención Primaria de Salud.
- **MAIS:** Modelo de Atención Primaria de Salud.
- **CHUC:** Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.
- **CIE:** Clasificación Internacional de Enfermedades.
- **SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences.
- **ERTE:** Expediente de Regulación Temporal de Empleo.
- **IT:** Incapacidad Temporal.

Resumen:

La Organización Mundial de la Salud determinó en 2017, que se producen alrededor de 25 millones de abortos en el mundo. Este fenómeno mundial ha existido siempre y, dentro de su propia clasificación, destacamos para este estudio el aborto espontáneo.

La pérdida temprana del embarazo, afecta a las esferas biopsicosociales de las unidades familiares que lo sufren. Las comorbilidades de este estresor, van ligadas al padecimiento de trastornos psicológicos, los cuales pueden cursar con conductas de peligro que afecten a la familia. También, resaltamos el estigma social y el tabú, que recae sobre las mujeres que pasan por estas situaciones, dejando de lado completamente a la pareja que las acompaña y, haciéndolas no partícipes del duelo. En este trabajo pretendo conocer el nivel de afrontamiento familiar de la mujer y su pareja, que han sufrido un aborto espontáneo y han precisado de ingreso hospitalario en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Para ello, evaluaremos los aspectos relacionados con la relación de la pareja y, las esferas sociales, personales y familiares, para determinar como se ve afectado el comportamiento, a la vez que el afrontamiento de la pareja ante la situación que genera el aborto espontáneo como estresor.

Palabras clave:

Aborto espontáneo, Pérdida Gestacional, Afrontamiento Familiar

Abstract:

The World Health Organization set down in 2017 that there are around 25 million abortions in the world. This global phenomenon has always existed and within its own classification, we highlight spontaneous abortion for this study.

Early pregnancy loss affects the biopsychosocial spheres of the family units that suffer it. The comorbidities of this stressor are linked to the suffering of psychological disorders, which can lead to dangerous behaviors that affect the family. Also, we highlight the social stigma and taboo, which relapse on women who go through these situations, completely leaving aside the partner who accompanies them and making them not participate in the bereavement. In this project I purport to know the level of family coping of the woman and her partner, who have suffered a spontaneous abortion and have required hospital admission to the Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. To do this, we will evaluate the aspects related to the couple's relationship and, the social, personal and family spheres, to determine how the behavior is affected, as well as the couple's coping with the situation that generates the spontaneous abortion as a stressor.

Key words:

Spontaneous abortion, Gestational Loss and Family Coping.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1. 1. Marco teórico	2
1. 1. 1. <i>El aborto</i>	2
1. 1. 1. 1. Clasificación del aborto.....	4
1. 1. 1. 2. Aborto espontáneo	5
1. 1. 1. 3. Factores de riesgo en el aborto espontáneo.	6
1. 1. 2. <i>Pérdida gestacional</i>	6
1. 1. 2. 1. Tipos de trastornos psicológicos.	7
1. 1. 2. 1. 1. Depresión.	7
1. 1. 2. 1. 2. Trastorno de la Ansiedad.....	8
1. 1. 2. 1. 3. Trastorno de estrés postraumático.	8
1. 1. 2. 2. Abordaje biopsicosocial	8
1. 1. 3. <i>Afrontamiento familiar</i>	9
2. JUSTIFICACIÓN	12
3. OBJETIVOS	14
3. 1. Objetivo principal:	14
3. 2. Objetivos específicos:	14
4. METODOLOGÍA	15
4. 1. Tipo de investigación	15
4. 2. Ámbito de estudio	15
4. 3. Población de estudio	15
4. 4. Diseño de la muestra	15
4. 4. 1. <i>Criterios de inclusión</i>	15
4. 4. 2. <i>Criterios de exclusión</i>	15
4. 5. Variables	16
4. 5. 1. <i>Variables sociodemográficas</i>	16
4. 5. 2. <i>Variables del estudio</i>	17
4. 6. Instrumento de medida	18
4. 7. Técnica de recolección de datos	18
4. 8. Análisis estadístico	19

4. 9. Recursos	20
4. 10. Consideraciones éticas	20
4. 11. Cronograma	21
5. BIBLIOGRAFÍA.....	22
6. ANEXOS	30
ANEXO I: Cuestionario: afrontamiento familiar, ante un aborto espontáneo. .	30
ANEXO II: Solicitud de autorización para la realización del estudio de investigación del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.....	36
ANEXO III: Solicitud de autorización para la realización del estudio de investigación del Comité Ético de investigaciones clínicas del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.	38
ANEXO IV: Solicitud de autorización al servicio de codificación clínica del complejo hospitalario universitario de canarias.	40
ANEXO V: Documento de consentimiento informado.	42

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente, el proceso de pérdida gestacional, va ligado a la estigmatización de la mujer sobre el producto conceptivo. Según, Erving Goffman, en la época de los sesenta, definió el estigma como: *“un atributo profundamente desacreditador [...] no es ni honroso ni ignominioso en sí mismo [...] una clase especial de relación entre atributo y estereotipo [...]”*. La connotación negativa a la que apela el autor perdura en la actualidad y se detecta en el impacto social que acarrea la pérdida gestacional¹⁻².

Según un informe de 2017 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se producen 25 millones de abortos anuales, cuya procedencia radica en países subdesarrollados de continentes como África, América Latina y Asia³. De este modo, la ilegalidad de la práctica en muchos países alrededor del mundo implica que muchos se cataloguen bajo la etiqueta “peligrosos”. Este debate mundial ha incrementado la solicitud de políticas reguladoras de la intervención, así como religiosas, las cuales son demandantes para las mujeres que los practican, para ello países como: España, Estados Unidos, Canadá, países de Europa Central y un pequeño número de países asiáticos, establecen su legalidad, bajo una serie de leyes preestablecidas y acotadas por cada país⁴.

En España, por su parte, existe una *Ley Orgánica (2/ 2010) reguladora del 3 de marzo, donde se apela a la salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo*. Su aparición en el Boletín Oficial del Estado (BOE)⁵ convierte su práctica en legalmente reconocida.

Asimismo, en 2019 se notificaron 99.149 casos de Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE), 12,10 por cada 1.000 mujeres en nuestra Comunidad Autónoma. De este modo, Canarias se convierte en la quinta Comunidad Autónoma con más casos notificados. Además, poniendo el foco sobre la semana de gestación en 2019, se registró que el 70,97 % se llevó a cabo en casos inferiores a 8 semanas. Por otro lado, un 23,63 % y un 5,22 % se desempeñaron entre la 9ª y la 14ª, y entre la 15ª y la 22ª, respectivamente. No obstante, un 0,18% se desarrolló en gestaciones con más de 23 semanas⁶.

Estas cifras enmascaran el actual compromiso social que caracteriza a la maternidad, así como la concepción de las mujeres como fines conceptivos. El avance de la sociedad, en este aspecto, se ve mermado por los tabúes, la naturaleza de la mujer

y la cuestión del sentido de la razón del propio género femenino. La pérdida gestacional conlleva relevantes consecuencias psicológicas en las familias, y desconcierto y falta de atención de medios psicoafectivos y psicosociales, los cuales merman la relevancia y frecuencia en los centros hospitalarios. Estos imprevistos obstétricos y el afán de tratar al cuerpo como un ente físico ha llevado que el abordaje biopsicosocial y la falta de la coyuntura familiar en estos casos de duelo no estén suficientemente saciadas en la atención sanitaria^{2,7}.

1. 1. Marco teórico

1. 1. 1. El aborto

La OMS, define el aborto como la *“Interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno”*⁸. Si recurrimos al origen morfológico de la palabra, del latín, su prefijo “ab-” alude a la “separación del exterior de un límite”, y asimismo, “ortus” a “nacido”, por lo que se entiende de la palabra como la “privación de nacimiento”⁹⁻¹⁰. Por otro lado, la Real Academia Española (RAE) la define como *“acción y efecto de abortar e interrupción del embarazo por causas naturales o provocadas”*¹¹⁻¹². Por consiguiente, se establecen una serie de definiciones de ámbito mundial reconocidas en cualquier parte del mundo.

Por otra parte, la legalidad de esta práctica, viene determinada por un conjunto de leyes, tanto en países subdesarrollados como en aquellos que se encuentran en proceso de desarrollo, esta práctica está condenada. Además, la sociedad ha preestablecido una serie de normas que condicionan la práctica de este acto, entre las que se incluyen: las malformaciones fetales, el estado de salud de la mujer y la violación, todas ellas determinantes del país en el que se encuentren.

En España, la Interrupción Voluntaria del Embarazo viene regida por la *Ley Orgánica 2/ 2010, del 3 marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo* (Boletín Oficial del Estado). En el primer preámbulo, se establece que:

*El desarrollo de la sexualidad y la capacidad de procreación están directamente vinculados a la dignidad de la persona y al libre desarrollo de la personalidad y son objeto de protección a través de distintos derechos fundamentales, señaladamente, de aquellos que garantizan la integridad física y moral y la intimidad personal y familiar*⁵.

En los artículos de la *Ley Orgánica 2/ 2010, del 3 marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*, está permitida, por una serie de condiciones, en las que la petición de la mujer y la interrupción por causas médicas son aceptadas en todo el territorio nacional⁵.

A nivel nacional se realizaron 99.149 interrupciones de embarazo. Según los datos estadísticos del Ministerio de Sanidad, resaltamos las tasas por cada 1.000 mujeres según la Comunidad Autónoma (Tabla 1) y distribución porcentual del número de abortos según el motivo de la interrupción⁶ (Tabla 2).

TABLA 1. Tasas por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años según Comunidad Autónoma de residencia. Total Nacional.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	AÑO 2019
ANDALUCÍA	11,98
ARAGÓN	9,03
ASTURIAS, PRINCIPADO DE	13,03
BALEARES, ILLES	13,88
CANARIAS	12,10
CANTABRIA	8,45
CASTILLA - LA MANCHA	8,66
CASTILLA Y LEÓN	7,05
CATALUÑA	14,72
C. VALENCIANA	9,47
EXTREMADURA	6,43
GALICIA	6,41
MADRID, COMUNIDAD DE	13,05
MURCIA, REGIÓN DE	12,07
NAVARRA, COMUNIDAD FORAL DE	8,31
PAÍS VASCO	10,47
LA RIOJA	6,18
CEUTA Y MELILLA, CIUDADES AUTÓNOMAS	2,26
TOTAL	11,53

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar. Gobierno de España.

TABLA 2. Distribución porcentual del número de abortos realizados según semanas de gestación. Total Nacional.

AÑO	8 O MENOS SEMANAS (%)	9-14 SEMANAS (%)	15-22 SEMANAS (%)	23 O MÁS SEMANAS (%)
2019	70,97	23,63	5,22	0,18

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar. Gobierno de España.

1. 1. 1. 1. Clasificación del aborto

El fenómeno universal del aborto ha existido siempre, diferentes causas y tipos, en relación a él los clasifican. En particular, el tiempo de gestación (aborto temprano o tardío), la forma en la que se presente (espontáneo o inducido), las consecuencias por las que se produzcan (aborto complicado o no complicado), la terminación (aborto completo o incompleto) y la frecuencia (aborto habitual o recurrente), entre otros. Se establece, una clasificación objetiva de 10 tipos de abortos, englobados en diferentes ítems asociados a sus definiciones y cronología gestacional^{10,12-14-15-16} (Tabla 3).

TABLA 3. Clasificación del aborto.

TIPO	DEFINICIÓN/ CRONOLOGÍA GESTACIONAL
TEMPRANO	< 12 semanas de gestación
TARDÍO	12-20 semanas de gestación
ESPONTÁNEO	Antes de las 20-22 semanas de gestación, peso < 500 gramos
INDUCIDO	Interrupción del embarazo
COMPLETO	Con la expulsión de todos los productos de la concepción
INCOMPLETO	Expulsión parcial de los productos de la concepción
COMPLICADO	Con infección y hemorragia (Aborto séptico)
NO COMPLICADO	Sin patologías que comprometan la vida de la mujer
RECURRENTE O HABITUAL	Incidencia acumulada de abortos espontáneos (2 o más)
RETENIDO	Retención del embrión o feto en el útero sin signos de sangrado vaginal.

Fuente: Elaboración propia.

Para el desarrollo de este estudio, el objetivo principal está centrado y dirigido al aborto espontáneo, para el cual no hay una distinción porcentual que nos indique su grado de incidencia acumulada y específica.

1. 1. 1. 2. Aborto espontáneo

Según la OMS, aborto espontáneo *“es la pérdida del producto de la concepción, antes de las 20 o 22 semanas de gestación, donde el feto tiene un feto menor a 500 gramos”*¹⁷.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), especifica: *“expulsión o extracción de su madre de un embrión o feto de menos de 500 gramos de peso (aproximadamente 22 semanas completadas de embarazo)”*^{18,18}.

Además, el aborto espontáneo incluye una clasificación interna, mediante la que se diferencian cuatro clínicas. La evolución del periodo gestacional, junto con los signos y síntomas que caracterizan el proceso, se dividen en: amenaza de aborto, aborto inminente, aborto en curso y aborto retenido¹³.

De las pérdidas gestacionales, entre el 15 y el 20% finalizan como aborto espontáneo. La viabilidad del feto viene reconocida dentro de las 20 o 22 semanas gestacionales anteriores, predominantemente en la semana 13¹⁹. Además, cabe destacar que las causas de la pérdida gestacional son muy variantes. Las cromosómicas engloban la mitad de las mismas²⁰.

Causas inmunológicas, anatómicas, infecciosas, endocrinas y ambientales se agrupan en menor incidencia acumulada. Se desarrollan por ende una serie de factores específicos y definitorios de cada una de ellas²⁰⁻²¹.

Las causas cromosómicas, acogen la mayor incidencia acumulada de los casos, en torno a un 50% de los mismos, se producen por dichas anomalías cromosómicas. De igual forma, las causas inmunológicas, tienen un papel muy importante durante las gestación, ya que estas mismas participan en el período gestacional de forma directa. Las causas anatómicas, también forman parte de las principales causas de pérdidas gestacionales, así como las causas infecciosas, endocrinas y ambientales, en menor medida¹⁹.

1. 1. 1. 3. Factores de riesgo en el aborto espontáneo.

Los factores de riesgo en temas de la salud engloba “*cualquier rasgo, característica o exposición de u individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión*”²². Existen diferentes factores de riesgo asociados al aborto espontáneo, los cuales se subdividen a su vez, en modificables y no modificables.

Los factores de riesgo modificables, se hacen consolidar con una serie de características propias, que ponen en riesgo la vida de la mujer y su producto de la concepción. La influencia del alcohol, el tabaco, las drogas, la alimentación, la obesidad y el sobrepeso y el consumo de fármacos; han consolidado la repercusión de incidencia en los abortos espontáneos^{10,13-14,23}.

El estrés, es otra de las causas que se ha agravado, por la posibilidad de sufrir un aborto espontáneo, generado por el aumento, liberación de hormonas y los mecanismos que lo accionan¹³.

Entre los factores de riesgo no modificables, encontramos los asociados a los características ginecológicas y la incidencia etiológica, el cual es reincidente ante la probabilidad de tener un aborto, con el aumento de abortos previos²⁴. También dentro de este grupo, se pueden encontrar las patologías maternas crónicas, como lo son: la Diabetes Mellitus, Tensión Arterial, Enfermedades Autoinmunes, Enfermedad Celíaca, etc¹⁴.

Aunque hay un factor de riesgo que destaca que es la edad materna. El período gestacional ha ido aumentando en la variable de la edad, debido a los grandes cambios sociales, culturales y económicos que acogen a la mujer, este patrón se ha visto modificado. De manera drástica, las mujeres a partir de los 35 o 40 años de edad y la relación de calidad ovocitaria, tienen una repercusión agravante como factor de riesgo asociado al aborto²⁴⁻²⁵.

1. 1. 2. Pérdida gestacional

La pérdida gestacional, por Claramount (2009), “*crisis vital que sacude al denominado microcosmos de la pareja*”²⁶. Según la OMS (2007), la interrupción de la estación antes de la semana 20, y/o expulsión de la gestación o del feto-embrión con un peso menor a 500 gramos²⁷. Para National Institute for Health and Clinical Excellence

(NICE), el término aborto espontáneo y pérdida temprana del embarazo, son de uso intercambiable²⁸. A diferencia de la muerte fetal, la cual es posterior a las 20 semanas de gestación y con un peso superior a los 500 gramos²⁹.

El carácter propio de la pérdida interrumpida por un aborto espontáneo, resulta traumático e inesperado, generando la aparición del duelo a nivel físico y psicológico. Además, la intensidad del mismo variará según la situación de cada mujer y familia, en la que se incluyen: la edad gestacional, la primiparidad, la recurrencia del aborto o la socialización de la gestante; también se compatibiliza con el rol social que adopta la mujer, ante la condición de la feminidad³⁰. La sensación del fallo a la sociedad, así mismas, a su familia y al mero hecho de ser mujer, las priva de su propia naturaleza, y las sumerge en un duelo no reconocido por la población a nivel mundial^{2,31}.

Asociado al aborto que sufren muchas mujeres en su etapa reproductiva, aparece el estigma como uno de los elementos principales que contribuyen a la marginación social, médica y jurídica relacionadas con el aborto a nivel mundial³². El estigma social, lo define Erving Goffman en su obra *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, en 1963 como “*un atributo profundamente desacreditador dentro de una interacción social particular*”³³.

El embarazo de forma natural, va acompañado de un alto nivel de estrés emocional, relacionado con el vínculo afectivo y la propia vivencia de ser madres. El aborto espontáneo se establece como una situación de adversidad, a la realidad que se concibe como normal. En lo que concierne a la mujer, el sentimiento de culpabilidad actúa como factor importante y decisivo a la hora de su futuro abordaje psicosocial². Según Cardoso, Zabala & Alba en 2017, establecieron que las mujeres que atravesaban un proceso de duelo, asociado a la pérdida gestacional, ligaban las comorbilidades a sufrir depresión, ansiedad y estrés postraumático³⁴⁻³⁵⁻³⁶.

1. 1. 2. 1. Tipos de trastornos psicológicos.

1. 1. 2. 1. 1. Depresión.

La OMS, en temas de salud define la depresión como: “*un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración*”³⁷.

1. 1. 2. 1. 2. Trastorno de la Ansiedad.

La Asociación Americana de Psicología, recoge las personas podemos sufrir ansiedad, en cualquier instancia de estrés, asociados a obligaciones sociales, situaciones amenazantes, difíciles u obligacionales. La diferencia coexiste en el extremo, la intensidad, frecuencia perdurada en el tiempo e incapacitante para actividades de la vida diaria, determinan los Trastornos de la Ansiedad³⁸.

1. 1. 2. 1. 3. Trastorno de estrés postraumático.

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), *“es una afección de salud mental que algunas personas desarrollan tras experimentar o ver algún evento traumático”* (Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos de América)³⁹.

La evidencia de estos problemas de salud mental, en una mujer posteriores al aborto pueden verse afectados por los factores ambientales, los factores sociales, el estilo de vida. La cultura y la religión. También se le asocian según la doctora Priscilla Coleman, que las alteraciones mentales pueden estar precedidas por factores de riesgo, como los son el abuso de drogas con un 220%, el alcohol en 110%, la alimentación o problemas sociales. Según Coleman las mujeres que han sido expuestas a este tipo de situaciones, tienen mayor probabilidad de padecer problemas de origen mental enmarcadas en un 81%. De las cuales con un 34% asociada a la ansiedad y un 37% a la depresión⁴⁰⁻⁴¹.

1. 1. 2. 2. Abordaje biopsicosocial

A lo largo de la historia hemos estudiado al ser humano, como un ser que se encuentra dividido en diferentes partes. Filósofos como Kant, Platón, Aristóteles o Descartes, dividían la existencia del ser humano por dualidad o unimismo, incluso, defendían el mero hecho de la existencia del yo. El avance del tiempo, ha hecho que el ser humano recapacite sobre sí mismo, incluso se ha impregnado de visiones materialistas. Con la llegada de la antropología, ciencia que estudia al ser humano como ser holístico, cambió la visión de la concepción del propio ser. El holismo, según la RAE, *“doctrina que propugna la concepción de cada realidad como un todo distinto de la suma de las partes que lo componen”*⁴². Existen cuatro cuerpos que nos conforman: el físico, el emocional, el mental y el espiritual.

Según la OMS, “*La enfermera abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal*”, según la OMS⁴³. Jean Watson, expone en su Teoría del Cuidado Humanizado, promover, proteger, garantizar y favorecer el cuidado de la salud de los individuos, sin olvidar el ámbito físico, emocional, social y espiritual que lo componen⁴⁴⁻⁴⁵.

Actualmente, esa promoción y atención de la salud, se ve comprometida en hechos tabúes y socialmente poco normalizados, los cuales inciden en los cuidados de las propias gestantes. El propio personal de la salud, juzga ese acto por falta de conocimiento, provocando carencias a la hora de su atendimento. Para el aborto, la falta de empatía y la generalización del problema, por numerosas reincidencias en este acto, limitan la atención sanitaria únicamente al cuerpo físico⁴⁶.

Los sentimientos de culpa, miedo y angustia⁴⁷, afloran en las mujeres; desencadenando en otras palabras sentimientos negativos en la connotación diagnóstica. La interpretación de los hechos por la mujer y su falta de abordaje, influye en la salud mental de la misma, actuando sobre el funcionamiento cerebral, aumentando los niveles de cortisol y dando lugar, a síndromes y trastornos depresivos y de estrés post-traumático^{40,48}.

La calidad atencional de las mujeres que sufren abortos espontáneos, se ve reflejada en el carácter psicosocial, el cual no es abordado por la sanidad. El desarrollo del tratamiento físico, los ajustes presupuestarios y la falta de medios humanos, en carácter de tiempo y espacio, han generado un problema de salud en estas mujeres por la falta de recursos dedicados a esta pérdida gestacional. Al tratarse de un acto común, recurrente en la población y cuyos síntomas se enmascaran con los de la propia menstruación, no hacen ver que la pérdida gestacional temprana, es un duelo.

1. 1. 3. *Afrontamiento familiar*

La familia según la OMS, abarca todo el ciclo vital, se comprende la unidad como un conjunto de personas, estas conviven en armonía y ante estímulos desencadenan actos, los cuales desestabilizan la Unidad⁴⁹. Para Carvalho en 2012;

La familia, es la unidad básica del desarrollo personal y donde se vive un conjunto de experiencias fundamentales para la formación de la personalidad, pero las transformaciones en la sociedad, también implicaron cambios en la organización y estructura familiar, con nuevas formas de hogares, con un aumento de la diversidad y las interacciones matrimoniales⁵⁰.

No obstante, las familias no convergen como hace 50 años, en la que el concepto biparental se ha visto modificado con el paso de los años, dando a conocer diferentes tipos de Unidades Familiares descontextualizadas de la tradicionalidad, como lo son las familias monoparentales y homoparentales. Actualmente, el requerimiento de este papel se establece en ambos sujetos adultos; afectando a la composición de la Unidad Familiar y, al resto del entorno que la conforme.

Existen elementos o situaciones que pueden afectar a la Unidad Familiar y, generar determinados escenarios. Así como, comprometer su funcionamiento, requiriendo intervenciones externas profesionales, en las que se potencien las propias capacidades del grupo de la Unidad Familiar. El estrés dentro de la dinámica familiar, afecta al entorno que la compone con la demanda física o psicológica, fuera de su habitual orden. Este estresor, interno o externo afectará a la composición de la familia de manera directa o indirecta, desestabilizando el dinamismo del organismo. Por ello, el afrontamiento es un proceso que varía en el tiempo, dependiente de las demandas familiares y la disponibilidad de las mismas en hacer uso de los recursos intrafamiliares y comunitarios⁵¹⁻⁵².

Joseph, William y Yule en 1997, establecen que la adaptación ante un trauma, ha de comprender la variable del afrontamiento. McCubbin, Thompson y McCubbin en 1996, manifiesta que con ayuda del afrontamiento familiar, las resolución de problemas puede ayudar a la familia a resolver el trauma. Se define el afrontamiento familiar por estos autores como:

Los esfuerzos específicos (encubiertos o evidentes) por medio de los cuales los miembros familiares, y la familia, funcionando como un todo, intentan reducir o manejar las demandas sobre el sistema familiar o incorporar recursos para sobrellevar la situación⁵³.

En las situaciones de pérdida gestacional algunos autores refieren que el I requerimiento emocional recae de forma consolidada en las mujeres, pero también,

afecta al resto de los miembros de la Unidad Familiar. Según los estudios realizados por Kiselica y Martha Rinehart en "Helping Men with the Trauma of Miscarriage" publicado en *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* en 2010, donde la tristeza y el dolor de los padres eran ignorados, aludiendo únicamente a la mujer como única padeciente de la pérdida gestacional. De igual forma, afirma M. Wojnar, profesora y presidenta de la Universidad de Seattle, en la que afirma que el padecimiento de la otra pareja en las familias homoparentales, es similar a las biparentales. Por ende, las pérdidas se hacen invisibles a los ojos de la pareja que la acompaña durante el período gestacional. Janet Jaffe, Psicóloga Clínica en San Diego, establece que se subestima la capacidad de la pareja a sufrir un aborto espontáneo⁵⁴⁻⁵⁵⁻⁵⁶.

2. JUSTIFICACIÓN

El aborto espontáneo, es una de las complicaciones más recurrentes en el transcurso gestacional, enmascara la posibilidad de la vida como un hecho que trasciende y pasa por las mujeres. El propio proceso, se ve interceptado ante las dificultades de su atención, por déficits en el abordaje del cuidado. El medio hostil en el que sucede, intercepta con la vida de las mujeres y familias, aumentando la morbilidad de generar situaciones psicoafectivas de riesgo. Se acompañan por trastornos psicológicos (estrés, depresión, ansiedad, estrés post-traumático), conductas de riesgo (consumo de alcohol, drogas, tóxicos), sentimientos de culpabilidad, tristeza, duelo, e incluso la exacerbación de los mismos, provocando déficits en el vínculo familiar⁴⁸.

Hay que resaltar que la importancia de la calidad del cuidado, va ligada al tipo de atención que esperamos recibir, aumentando el bienestar del individuo. Esto se determina, por las ganancias y pérdidas que se relacionan con el proceso atencional⁴⁶.

Las situaciones espontáneas, drásticas y no esperadas, como el aborto, confluyen en el ser humano como un ente físico, pero también espiritual, mental y social. Estas dimensiones, forman parte del cuidado holístico, el cual ha de ser evidentemente referenciado en la práctica del cuidado. Jean Watson, en su teoría original del Cuidado Humanizado surgió, la determinación de traer las experiencias de la vida interna, como las dimensiones humanas⁴⁴⁻⁴⁵.

En Chile, se integró un Modelo de Atención Primaria de Salud (MAIS), por el que se hace evidencia la continuidad y la práctica del cuidado, centrándose en: la promoción de salud, prevención de enfermedades, enfoque de salud familiar, intersectorial y territorialidad, calidad de la atención, centrado en atención abierta, participación social, tecnología y, desarrollo de las personas que trabajan en Atención Primaria de Salud (APS). Dentro de la investigación, se recogen numerosas dimensiones a evaluar para el MAIS, de las cuales destaca el: *“enfoque familiar: trabajo que se debe realizar con las familias según el riesgo y los factores protectores que presentan cada una de ellas”*⁵⁷.

En España, la APS y atención familiar y comunitaria, es una parte esencial de nuestro sistema sanitario, por el que los usuarios acuden a los servicios de salud. Se garantiza la atención individual, familiar y colectiva, en la que se adaptan estrategias operativas a la gran diversidad y complejidad, de las unidades familiares y la cultura⁵⁸.

La escasez de investigaciones asociadas al aborto espontáneo y su clínica emocional, han generado esta incertidumbre sobre el conocimiento psicológico de las mujeres que lo padecen. Según el estudio de A. K. Thapar y A. Thapar, las mujeres que habían tenido un aborto espontáneo precedían de estar ansiosas, lo que implicaba un aumento de depresión severa localizada en este grupo de mujeres. Tras una evaluación posterior al suceso, en concreto seis semanas, se observó que los sujetos era predisponentes a trastornos psicológicos asociados⁵⁹.

Otros estudios, refieren la experiencia del aborto espontáneo como un *“desajuste confuso en las formas de expresar consuelo y lidiar con la tristeza”*. Las relaciones de pareja, se ven comprometidas ante las adversidades ocurridas, el cuidado emocional y los primeros meses tras el suceso, reflejan un impacto en las vidas y la estabilidad de las parejas que lo sufren⁶⁰.

La atención sanitaria, debe verse reflejada en el trato psicológico, al igual que el físico. La Academia Estadounidense de Médicos de Familia, expone que se deben reconocer los factores de riesgo asociados a estas mujeres y familias, para reducir la carga y el sentimiento de culpa que se asocian así mismos. Entre ellas se destacan: reconocer e intentar disipar la culpa, reconocer y legitimar el duelo, evaluar el nivel de duelo y ajustar el asesoramiento, informar a los familiares del aborto espontáneo, incluir al compañero de la paciente en la atención psicológica, brindar empatía, consuelo, apoyo continuo e informar sobre el futuro del fenómeno del recuerdo por aniversario¹⁴. Estos aspectos, han de tratarse de forma deliberada y así disminuir los problemas psicosociales de la mujer y sus familias.

La enfermera por su nivel de cualificación y cercanía a la mujer y a su pareja, pueden ayudarlos en el proceso que viven con el aborto, proporcionando unos cuidados más adecuados y adaptados a las capacidades y características de cada uno de ellos. Las aportaciones de la enfermera pueden ayudar a dar significado a la pérdida que sufren y al mismo tiempo, pueden establecer medidas de mejora que ayuden a identificar a las pacientes y parejas en riesgo, para posteriormente establecer un plan de actuación integral e individualizada.

En este estudio nos planteamos describir cómo afrontan las mujeres y sus parejas la situación de la pérdida gestacional repentina como es el aborto espontáneo.

3. OBJETIVOS

3. 1. Objetivo principal:

Conocer y determinar cómo afecta a la mujer y la pareja a nivel familiar, social y personal la situación de aborto espontáneo, la cual ha requerido de ingreso en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

3. 2. Objetivos específicos:

- Describir las características sociodemográficas de la mujer y, su pareja tras un aborto espontáneo, como estresor familiar.
- Establecer cómo afecta la relación de pareja tras sufrir un aborto espontáneo.
- Determinar cómo afecta al ámbito: familiar, personal y social la situación de pérdida.

4. METODOLOGÍA

4. 1. Tipo de investigación

Para la realización de este proyecto de investigación se llevará a cabo un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal.

4. 2. Ámbito de estudio

El lugar de estudio se sitúa en mujeres adscritas al Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, residentes en la Isla de Tenerife y, que en el último año que comprende desde: Enero hasta Diciembre de 2021, acuden por el motivo de Urgencias Ginecológicas con diagnóstico médico según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en su historia clínica (00.3. Aborto Espontáneo)⁶¹ y, que han precisado ingreso hospitalario en ese período.

4. 3. Población de estudio

La muestra de población seleccionada, son todas las mujeres que han sufrido un aborto espontáneo y, que han precisado de ingreso hospitalario en el último año, desde Enero hasta Diciembre de 2021.

4. 4. Diseño de la muestra

4. 4. 1. Criterios de inclusión

- Todas las mujeres con diagnóstico médico según el CIE 00.3. Aborto Espontáneo⁶¹ y, que han precisado de ingreso hospitalario
- Capacidad de responder y aceptar su participación en el estudio.
- Residentes en la Isla de Tenerife.
- Mujeres adscritas al Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.
- Mujeres y parejas con disponibilidad de recursos electrónicos (móvil, tablet y ordenador).

4. 4. 2. Criterios de exclusión

- Mujeres que no desean participar en el estudio.
- Mujeres que no han sufrido un aborto espontáneo.
- Mujeres no adscritas al Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

- Mujeres y parejas que no dispongan de recursos electrónicos (móvil, tablet y ordenador).

4. 5. Variables

4. 5. 1. Variables sociodemográficas.

TABLA 4. Relación de variables cuantitativas y cualitativas.

CUANTITATIVAS	CUALITATIVAS
Número de convivientes	Sexo
Edad	Estado civil
-	Nivel de estudios
-	Situación laboral
-	Abortos previos
-	Paridad
-	Consumo de tóxicos
-	Atención especializada
-	Tratamiento previo o tratamiento de fertilidad

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 5. Relación de variables discretas, subdivisión en dicotómicas y politómicas.

VARIABLES DICOTÓMICAS	VARIABLES POLITÓMICAS
Sexo (FEMENINO/ MASCULINO)	Estado civil (SOLTERO/ CASADO/ DIVPROCIADO/ OTRO-A)
Abortos previos (SÍ/ NO)	Nivel de estudios (ESO/ BACHILLERATO/ UNIVERSITARIO/ OTROS)
Consumo de tóxicos (SÍ/ NO)	Situación laboral (EMPLEADO/ SIN EMPLEO/ EN PARO/ ERTE/ IT/ OTRO)
Embarazo buscado (SÍ/ NO)	Paridad (PRIMIGESTA, NULÍPARA, MULTÍPARA SIN ABORTO PREVIO/ CON ABORTO PREVIO)

Tratamiento previo o tratamiento de fertilidad (SÍ/ NO)	Nivel de riesgo del embarazo (BAJO/ MEDIO/ ALTO/ MUY ALTO)
Atención especializada (SÍ/ NO)	-

Fuente: Elaboración propia.

4. 5. 2. Variables del estudio.

- **Ámbito personal:** Parte 2, [preguntas del 1-8.](#)

CUALITATIVAS	1. Me siento vacía/ o.
	2. Experimenta recuerdos o imágenes desagradables repetitivas.
	3. Sufre un malestar psicológico o prolongado al exponerse al pensamiento/ imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso.
	4. Experimenta un estado de culpa o vergüenza hacia el suceso.
	5. Muestra dificultades para conciliar el sueño tras el suceso.
	6. Se ha sentido deprimido/ a o sin esperanza.
	7. Se ha sentido mal con usted mismo/ a.
	8. Siente miedo o rechazo de volver a concebir.

- **Ámbito social:** (Parte 2, [preguntas del 9-10.](#)

CUALITATIVAS	9. Interfiere en su vida laboral/ social/ familiar.
	10. Siente rechazo social al nombrar el tema

- **Ámbito familiar:** (Parte 2, [preguntas del 11-20.](#)

CUALITATIVAS	11. Procura evitar o hablar del tema con su pareja porque le genera malestar emocional.
	12. Siente deterioro en la relación de pareja.
	13. Se ha sentido mal con su pareja
	14. Siente que tras el suceso se ha abierto alguna brecha en la Unidad Familiar.
	15. La vida de pareja se ha visto afectada.
	16. El sentimiento de unión familiar es importante para usted y su pareja.
	17. La familia o pareja se sienten más unidos tras sufrir este evento.
	18. Conozco los sentimientos de mi pareja.
	19. Siente deseo o interés sexual después del suceso con su pareja.
	20. Hay un sentimiento de colaboración y apoyo entre la pareja.

4. 6. Instrumento de medida

Para este proyecto de investigación se utilizará como instrumento de recogida de la información un cuestionario autocumplimentado que recogen todas las variables de estudio.

El cuestionario consta de dos bloques. La primera parte, la conforman los datos sociodemográficos de la población del estudio. Se resalta, que se utilizará un número identificativo, para relacionar a la población del muestreo dentro de la misma Unidad Familiar, para ello al inicio del cuestionario, se habilitará un apartado, en el que los individuos introducirán el número identificativo enviado al correo electrónico y, el cual será para la mujer el nº: 001M y, para su pareja el nº: 001P, donde el número variante será el 1 y, que aumentará según el total de muestra poblacional captada para este estudio. Hay que resaltar, que esta primera parte de variables sociodemográficas, hay dos ítems, que solo podrán cumplimentar las mujeres, estas son: las variables de la paridad y abortos previos.

El segundo bloque engloba el instrumento de medida (Anexo I) ha sido un cuestionario adaptado de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastornos de Estrés Postraumático según el DSM-5: versión forense (EGS-F), 2017. Autores: Echeburúa, Amor, Muñoz, Sarasua y Zubizarreta⁶², la cual consta de 20 ítems, con respuesta tipo Likert, donde 1 es el valor casi nunca y 5 casi siempre.

Se diseñará, a través de la aplicación Google Form, un formulario auto cumplimentado, el cual, incluirá dos bloques.

4. 7. Técnica de recolección de datos

Se solicitará autorización a la Gerencia del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (Anexo II), y al Comité Ético de Investigaciones Clínicas del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (Anexo III) para la realización del estudio de investigación. También, al Servicio de Codificación Clínica del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (Anexo IV), se le solicitará la casuística de los casos de aborto que tienen lugar en el centro, así como sus datos de contacto. En mujeres que presentan diagnóstico médico por la CIE en su historia clínica (00.3. Aborto Espontáneo)⁶¹ y, que han precisado ingreso hospitalario. El período de la intervención para la realización de este proyecto será en el primer semestre del año 2022.

El contacto con la población de estudio, se realizará por vía telefónica. Se informará a la paciente y a su pareja el objetivo del estudio de investigación y, su aceptación de participar en el mismo, además se les asegurará que se mantendrá la confidencialidad de sus datos y, que se usarán con fines enfocados al estudio de investigación.

Posteriormente, solicitaremos a ambos miembros de la Unidad Familiar, que nos proporcionen sus correos electrónicos, para hacerles llegar vía email, el documento de Consentimiento Informado (Anexo V), que deberán reenviar individualmente, aceptando las condiciones y términos del estudio, así como que su participación en este estudio es totalmente voluntaria y, durante el transcurso del mismo, podrán renunciar a su participación.

Finalmente, se les reenviará a ambos miembros de la pareja un cuestionario individual, accediendo al mismo por medio de un enlace a la Plataforma de Google Form. Además, se les indicará a los participantes, que la pareja recibirá dentro de ese correo electrónico un número de identificativo que los relaciona dentro de la misma Unidad Familiar y, deberán introducir de forma individual en uno de los apartados del cuestionario, para la mujer será el nº: 001M y, para su pareja nº: 001P y, así sucesivamente con el resto de la muestra, donde la variable cambiante será el número 1, que se relaciona con el número total de muestras captadas de las Unidades Familiares.

4. 8. Análisis estadístico.

Para el análisis de los datos obtenidos en esta investigación de carácter exploratorio, se realizará un análisis descriptivo sobre las variables de aspecto sociodemográficos incluidas, empleando estadísticos de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas del estudio. Y se hará análisis descriptivo de las variables cualitativas mediante la distribución de frecuencias expresado en frecuencias absolutas y porcentajes.

Se utilizará la plataforma de software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) en su versión 26.0 y Microsoft Excel 2019 respectivamente, para el volcado y análisis estadístico de los datos recogidos durante la investigación.

4. 9. Recursos

Los recursos previstos para la realización de este proyecto de investigación lo detallo a continuación:

TABLA 6. Recursos para el proyecto de investigación.

	RECURSOS	PRECIO
MATERIAL	Dispositivos electrónicos	
	- Ordenador	800 euros
	- Impresora	60 euros
	- Folios	4 euros
	- Cartuchos de tinta	23 x 4 = 92 euros
TÉCNICOS	Internet	50 euros
	Cobertura telefónica	60 euros
FINANCIEROS	Licenciado en estadística	300 euros mensuales x 2
	SPSS	266 euros
	Microsoft Office	50 euros
EXTRAS	-	100 euros
TOTAL		2.082 euros

Fuente: Elaboración propia.

4. 10. Consideraciones éticas

Para la elaboración de este proyecto de investigación, se solicitará autorización a la Gerencia del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias y, al Comité Ético de Investigaciones Clínicas del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias para la realización del estudio de investigación. También, al Servicio de Codificación Clínica del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, para conocer la casuística de los casos de aborto que tienen lugar en el centro.

Así mismo, se solicitará a las personas que participen en el estudio la cumplimentación y, firma del Documento de Consentimiento Informado, donde declaren que participan de forma voluntaria y anónima respetando la *Ley Orgánica 3/ 2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales* y, aplicando el *Reglamento (UE) 2016/ 679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD)* y la *Ley 14/ 2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica*, bajo las Normas de la Buena Práctica Clínica.

4. 11. Cronograma

TABLA 7. Cronograma del proyecto de investigación.

AÑO	2021			2022							
MES	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08
Búsqueda bibliográfica											
Diseño del proyecto de investigación											
Solicitud y obtención de permisos											
Captación de la población de estudio											
Recogida de datos											
Análisis e interpretación de datos											
Elaboración del proyecto final											
Presentación de resultados											

Fuente: Elaboración propia.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Goffman E. Estigma: La Identidad Deteriorada [Internet]. 10a ed. Buenos Aires: Editorial Amorrortu; 2006 [citado 05 de Mayo de 2021]. p. 1-172. Disponible en: <https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffman-estigma.pdf>
2. Torres Vega IA. Depresión y ansiedad en pacientes con pérdida gestacional menor a 20 semanas con y sin terapia de reproducción asistida [Tesis de Especialidad en Internet]. Universidad Autónoma de Nuevo León; 2019. [citado 05 de Mayo de 2021] Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/id/eprint/17428>
3. Statista [Internet]. España: Statista; 2021 [citado 05 de Mayo de 2021]. : Legalización del aborto; [aprox. 2 p.]. Disponible en: <https://es.statista.com/grafico/19487/mapa-de-la-regulacion-sobre-el-aborto/>
4. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 [citado 04 de mayo de 2021]. Comunicado de prensa conjunto de la OMS y el Instituto Guttmacher; [aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>
5. Ley Orgánica 2/ 2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. (Boletín Oficial del Estado, número 55, de 04 de abril de 2010); [actualización 22 de septiembre de 2015]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2010/03/03/2/con>
6. Ministerio de Sanidad [Internet]. España: Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2020 [citado 05 de Mayo 2021]. Prevención y promoción: Interrupción Voluntaria del Embarazo; [aprox. 4 p.]. Disponible: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm
7. Rodríguez Blanco CL, De los Ríos Palomino M, González Rodríguez AM, Quintana Blanco DS, Sánchez Reyes I. Estudio sobre aspectos epidemiológicos que influyen en el aborto espontáneo. RM [Internet]. 2020 [citado 04 de Mayo de 2021]; 24 (6): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/2119>
8. La información médica [Internet]. España: La información médica [citado 05 de Mayo de 2021]. Definición de Interrupción Voluntaria del Embarazo; [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.abortoinformacionmedica.es/category/definicion-aborto/>

9. Etimologías [Internet]. Chile: Etimología griega [citado 05 de Mayo de 2021]. Etimología de aborto; [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://etimologias.dechile.net/?aborto>
10. Meléndez Cuadrado RE. Factores de riesgo gineco-obstétricos asociados a aborto espontáneo en gestantes del hospital básico del Cantón El Carmen-Manabí [Proyecto de Investigación en Internet]. Universidad Técnica de Babahoyo, Facultad Ciencias de la Salud; 2019. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/6491>
11. Real Academia Española [Internet]. 23.^a ed. Diccionario de la lengua española. Madrid: RAE; 2001 [citado 05 de Mayo de 2021]. p. 1. Disponible en: <https://dle.rae.es/abortar>
12. Real Academia Española [Internet]. 23.^a ed. Diccionario de la lengua española. Madrid: RAE; 2001 [citado 05 de Mayo de 2021]. p. 1. Disponible en: <https://dle.rae.es/abortar>
13. Fiorentino C. El Defectus Incubus de la madre en el aborto espontáneo y su atención en los servicios de salud [Tesis de Licenciatura en Internet]. Universidad Católica Argentina, Facultad de Psicología y Psicopedagogía; 2016. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/501>
14. Craig P. Griebel MD, John Halvorsen MD, Thomas B. Golemon MD y Anthony A. Day MD. Management of Spontaneous Abortion. American Family Physician [Internet]. 01 de Octubre de 2005 [citado 05 de Mayo de 2021];72(7):1243-1250. Disponible en: <https://www.aafp.org/afp/2005/1001/p1243.html>
15. Rebolo Bravo B. Experiencias de las mujeres en el aborto espontáneo [Revisión Narrativa en Internet]. Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Medicina; 2017. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10486/680632>
16. Manual MSD Versión para profesionales [Internet]. Manual MSD Versión para profesionales; 2021 [citado 05 de Mayo de 2021]. Tabla: Clasificación del aborto; [aprox. 1 p.]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es/professional/multimedia/table/v1074677_es
17. MedlinePlus Información de salud para usted [Internet]. Biblioteca de Medicina de los EE.UU.; c2016-2017 [citado 05 de Mayo de 2021]. Aborto espontáneo; [aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001488.htm>
18. Encinas Romero A, Lapuente Ocamica O, López Picado A, Cuadra Cestafe M, Ugarte Rubio L y Martincorena Satrustegi L. La influencia del tiempo de reevaluación en el éxito del tratamiento del aborto diferido con misoprostol. Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia [Internet].

- 2016 [citado 05 de Mayo de 2021]; 59 (4):247-251. Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v59-2016/n4/004_PROG16_11.pdf
19. Mora-Alfárez A. Pamela, Paredes Denise, Rodríguez Orlando, Quispe Edwin, Chavesca Félix, de Zighelboim Eva Klein et al. Anomalías cromosómicas en abortos espontáneos. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. Abril-Junio de 2016 [citado 05 de Mayo de 2021];62(2):141-151. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000200002
 20. Castillo Taucher S, Fuentes Soto AM, Paulos Lilanao A, de la Rosa Rebaza E. Estudio cromosómico en aborto espontáneos. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2014 [citado 05 de Mayo de 2021];79(1):40-46. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000100007
 21. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 01 de Diciembre de 2020 [citado 05 de Mayo de 2021]. Anomalías congénitas: Datos y cifras; [aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies>
 22. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud; c2005-2006 [citado 05 de Mayo de 2021]. Temas de Salud: Factores de riesgo; [aprox. 1 p.]. Disponible en: https://www.who.int/topics/risk_factors/es/
 23. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [Internet]. Gobierno de España, España; 2021 [citado 05 de Mayo de 2021]. Embarazo; [aprox. 2 p.]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/alcohol/Embarazo.htm>
 24. Manzur YA. Aborto recurrente. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]; Mayo de 2010 [citado 05 de Mayo de 2021];21(3):416-423. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-aborto-recurrente-S0716864010705538>
 25. Heras Pérez B, Gobernado Tejedor J, Mora Cepeda P y Almaraz Gómez A. La edad materna como factor obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. Revista Elsevier [Internet]. 2011 [citado 05 de Mayo de 2021];54(11):575-580. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-la-edad-materna-como-factor-S0304501311003128>
 26. Camarda P. Pérdida gestacional [Proyecto de investigación en Internet]. Universidad de La República de Uruguay, Facultad de Psicología; 2019.

- Disponible en:
https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_paola_camarda_version_final.pdf
27. World Health Organization: Department of Making Pregnancy Safer. Neonatal and Perinatal Mortality: Country, Regional and Global Estimates. Francia: WHO Library Cataloguing-in Publication Data; 2006. p. 1-69. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43444/9241563206_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
28. National Institute for Health and Care Excellence [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence; 17 de Abril de 2019. Ectopic pregnancy and miscarriage: the care you should expect; [citado 05 de Mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng126/informationforpublic>
29. López Fuentetaja AM e Iriondo Villaverde O. Sentir y pensar el duelo perinatal: acompañamiento emocional de un grupo de padres. Revista de Diagnóstico Psicológico, Psicoterapia y Salud [Internet]; 2018 [citado 05 de Mayo de 2021];9(3):E25,1-24. Disponible en: <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/art/cc2018a21#B59>
30. Firoentino C. El Defectus Incubus de la madre en el aborto espontáneo y su atención en los servicios de salud [Tesis de Licenciatura en Internet]. Universidad Católica de Argentina, Facultad de Psicología y Psicopedagogía; 2016. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/501>
31. Johnna Nynas MD, Puneet Narang MD, Murali K. Kolikonda MD y Steven Lippmann MD. Depression and anxiety following early pregnancy loss: recommendations for primary care providers. Prim Care Companion CNS Disord [Internet]. 29 de Enero de 2015 [citado 05 mayo de 2021];17(1):[aprox. 3 p]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4468887/>
32. Isla Valdés A, Velasco Boza A, Cruz Hernández J, Díaz Curbelo A y Salas Castillo L. El aborto dentro del contexto social. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]; Enero-Marzo 2010 [citado 05 de Mayo de 2021];26(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000100014
33. Miric M, Álvaro JL, González R y Rosas Torres AR. Microsociología del estigma: aportes de Erving Goffman a la conceptualización psicosociológica del estigma social. Psicología e Saber Social [Internet]; 2017 [citado 05 de Mayo de 2021];6(2):172-185. Disponible en: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:HbUmlivVi6wJ:https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psi->

- sabersocial/article/download/33552/23866+&cd=18&hl=es&ct=clnk&gl=es&client=safari
34. Saune Ruíz NS. Calidad de atención de enfermería y el grado de satisfacción en mujeres post aborto, del Hospital Belén de Trujillo [Tesis de Licenciatura en Internet]. Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas; 2018. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/25433>
 35. Rodríguez Valero CG. Valoración de síntomas de depresión y ansiedad en pacientes con aborto espontáneo [Tesis de Especialidad en Internet]. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Medicina; 2016. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/id/eprint/17402>
 36. Cardoso Escamilla ME, Zavala Bonachea MT, Alva López MC. Depresión y estrés postraumático en mujeres con pérdidas gestacionales inducidas e involuntarias. Pensamiento Psicológico [Internet]. 10 de Agosto de 2016 [citado 05 de Mayo de 2021];15(2):109-120. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v15n2/v15n2a09.pdf>
 37. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud; c2016-2017 [citado 05 de Mayo de 2021]. Temas de salud: Depresión; [aprox. 1 p.]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
 38. American Psychological Association [Internet]. 2010 [citado 05 de Mayo de 2021]. Trastornos de la ansiedad: el papel de la psicoterapia en el tratamiento eficaz; [aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://www.apa.org/centrodeapoyo/tratamiento>
 39. MedlinePlus: Información de la salud para usted [Internet]. Biblioteca de medicina de los EE.UU.; 2021 [citado 05 de Mayo de 2021]. Trastorno de estrés postraumático; [aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/posttraumaticstressdisorder.html>
 40. Murillo Bustamante PA, Gallego Ocampo MA y Botero Yepes CV. Efectos del aborto en la salud mental de la mujer. REP [Internet]. 2017 [citado 05 de Mayo de 2021];9(14):1-8. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/328510/20785328>
 41. Vivanco Sierralta L. Aborto y salud mental. Persona y Bioética [Internet]; 2011 [citado 05 de Mayo de 2021];15(2):209-210. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83222479008>
 42. Real Academia Española [Internet]. 23.^a ed. Diccionario de la lengua española. Madrid: RAE; 2015 [citado 05 de Mayo de 2021]. p. 1. Disponible en: <https://dle.rae.es/holismo>

43. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud; c2016-2017 [citado 05 de Mayo de 2021]. Temas de salud: Enfermería; [aprox. 1 p.]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/nursing/es/>
44. Jean Watson. La Teoría del Cuidado Humanizado de Watson y las experiencias subjetivas de vida: Factores caritativos/ *Caritas Processes* como una guía disciplinar para la prácticas profesional de enfermería. Texto & Contexto Enferm. [Internet]. Enero-Marzo de 2007 [citado 05 de Mayo de 2021];16(1):129-135. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a16v16n1.pdf>
45. Guerero Ramírez R, Meneses La Riva ME y De La Cruz Ruiz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Rev enferm Herediana [Internet]. 2015 [citado 05 de Mayo de 2021]; 9(2):127-136. Disponible en: <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavo19/9.pdf>
46. Saune Ruíz NE. Calidad de atención de enfermería y el grado de satisfacción post aborto, del Hospital Belén Trujillo [Tesis de Licenciatura en Internet]. Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas; 2028. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/25433>
47. Bautista Balbás BP, Abellán Lucas S, Gómez Moreno M, Martínez Molina A y Dema Pérez S. Necesidades y sentimientos percibidos por las mujeres ante el diagnóstico de aborto espontáneo. MP [Internet]. 2017 [citado el 05 mayo de 2021];18(1):18-21. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2018/01/original-necesidades-y-sentimientos-aborto.pdf>
48. Susil Kulathilaka, Raveen Hanwella y Varuni A de Silva. Depressive disorder and grief following spontaneous abortion. BMC Psychiatry [Internet]. 12 de Abril de 2016 [citado 05 de Mayo de 2021];12(16):[aprox. 3 p]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27071969/>
49. 57ª Asamblea Mundial de la Salud: La familia y la salud en el contexto del décimo aniversario del Año Internacional de la Familia [Internet]. Ginebra; 17-22 de Mayo de 2004 [citado 05 de Mayo de 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260149>
50. Carvalho JC. A Família e as pessoas com experiencia de doença mental. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental [Internet]; 2015 [citado 05 de Mayo de 2021];(14):6-8. Disponible en: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602015000300001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

51. Macías MA, Madariaga Orozco C, Valle Amarís M y Zambrano J. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología del Caribe* [Internet]; Enero-Abril 2013 [citado 05 de Mayo de 2021];30(1):123-145. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/213/21328600007.pdf>
52. Leoncio de Reyes Balboa M. Estrategias de afrontamiento y su rol intermediario frente al estrés familiar. *Revista Científica Arbitrada de la Fundación MenteClara* [Internet]; Enero-Diciembre 2020 [citado 05 de Mayo de 2021];5(202):E15,1-14. Disponible en: <https://fundacionmenteclara.org.ar/revista/index.php/RCA/article/view/202/354>
53. Elvira Navia C. Afrontamiento familiar en situaciones de secuestro extorsivo económico. *Revista Latinoamericana de Psicología* [Internet]; 2008 [citado 05 de Mayo de 2021];40(1):59-72. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v40n1/v40n1a05.pdf>
54. Leis Newman E. Miscarriage and loss. *American Psychological Association* [Internet]. Junio de 2012 [citado 05 de Mayo de 2021];43(6):56. Disponible en: <https://www.apa.org/monitor/2012/06/miscarriage>
55. Rinehart MS y Kiselica MS. Helping men with the trauma of miscarriage. *Psychotherapy Theory Research Practice Training* [Internet]; 2010 [citado 05 de Mayo de 2021];47(3):288-295. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/221688079_Helping_men_with_the_trauma_of_miscarriage
56. Jaffe J. Reproductive trauma: Psychotherapy for pregnancy loss and infertility clients from a reproductive story perspective. *Psychotherapy Theory Research Practice Training* [Internet]; 2017 [citado 05 de Mayo de 2021];54(4):380-385. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/accedys2.bbtk.ull.es/ehost/results?vid=0&sid=88565c28-4596-4fa5-b645-e1af7b36b35d%40pdc-v-sessmgr03&bquery=%28SO%2B%28Psychotherapy%253a%2Btheory%252c%2Bresearch%2Band%2Bpractice%29%29AND%28DT%2B2017%29AND%28TI%2B%2522reproductive%2Btrauma%253a%2Bpsychotherapy%2Bfor%2Bpregnancy%2Bloss%2Band%2Binfertility%2Bclients%2Bfrom%2Ba%2Breproductive%2Bstory%2Bperspective%2522%29&bdata=JmRiPXBkaCZsYW5nPWVzJnR5cGU9MSZzZWVY2hNb2RlPVN0YW5kYXJkbnNpdGU9ZWVhc3QtbGI2ZQ%3d%3d>
57. García Huidobro D, Barros X, Quiroz A, Barría M, Soto G et al. Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena.

- Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]; 14 de Octubre de 2018 [citado 05 de Mayo de 2021];42:E10,1-9. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e160/es/>
58. Martín Zurro A y Jodar Solá G. Atención primaria de salud y atención familiar comunitaria. Elsevier, editor. Atención Familiar y Salud Comunitaria. España. Elsevier ; 2011. p. 3-16. Disponible en: https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-02/1_0.pdf
59. Thapar AK y Thapar A. Psychological sequelae of miscarriage: a controlled study using the general health questionnaire and the hospital anxiety and depression scale. British Journal of General Practice [Internet]; Marzo de 1992 [citado 05 de Mayo de 2021];42(356):94-96. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1371991/>
60. Kristen MS, Karmali ZA, Powell SH y Pulvermakher F. Miscarriage Effect on Couples' Interpersonal and Sexual Relationships during the First Year Loss: Women's Perceptions. Psychosomatic Medicine [Internet]; Septiembre-Octubre 2003 [citado 05 de Mayo de 2021];65(5):902-910. Disponible en: https://nursing.unc.edu/wp-content/uploads/sites/252/2012/11/ccm3_032557.pdf
61. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Clasificación Internacional de Enfermedades [Internet]. España. The National Center for Health Statistics; 2018 [citado 05 de Mayo de 2021]. 1472 p. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/CIE10ES_2018_diag_pdf_20180202.pdf
62. Echeburúa E, Amor PJ, Muñoz JM, Sarasua B y Zubizarreta I. Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: versión forense (EGS-F). Anuario de Psicología Jurídica [Internet]; 01 de Enero de 2017 [citado 05 de Mayo de 2021];27(1):67-77. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anuario-psicologia-juridica-369-articulo-escala-gravedad-sintomas-del-trastorno-S113307401730020X>

6. ANEXOS

ANEXO I: Cuestionario: afrontamiento familiar, ante un aborto espontáneo.



CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR, ANTE UN ABORTO ESPONTÁNEO.

Página 1 de 3

Nadia González Said

Hola, soy Nadia González Said, alumna de 4º Grado de Enfermería, de la Universidad de La Laguna. Estoy realizando para mi Trabajo de Fin de Grado, un estudio de investigación cuyo objetivo principal es: conocer y determinar el nivel de afrontamiento familiar de la mujer y su pareja, que tras sufrir un aborto espontáneo y han precisado de ingreso hospitalario en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

Agradecería enormemente su colaboración para responder al siguiente cuestionario, el cual no tomará más de 10 minutos de realización.

El cuestionario está conformado de dos partes, en la primera se recogen datos de carácter social y demográfico. Para la segunda parte, se realizarán 20 preguntas con respuesta única, donde únicamente se podrá seleccionar una opción de las 5 que se aportarán. Estos serán los ítems a seleccionar: 1= Casi nunca, 2= Pocas veces, 3= Algunas veces, 4= Muchas veces y 5= Casi siempre.

Hay que resaltar que no hay respuestas correctas o incorrectas, es este cuestionario y, que su carácter es voluntario y anónimo, cuyo objetivo es solo el de la investigación.

Gracias por su colaboración.



CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR, ANTE UN ABORTO ESPONTÁNEO.

Página 2 de 3

Nadia González Said

PARTE 1: CARÁCTER SOCIAL Y DEMOGRÁFICO

En esta primera parte del cuestionario, se recogen variables sociodemográficas. Las variables serán de respuestas múltiples, en las que sólo se podrá seleccionar una casilla y, otras variables en la que la respuesta será una frase corta o un número.

Resaltar que no hay respuestas correctas o incorrectas, en este cuestionario.

El estudio de investigación cumple con la *Ley Orgánica 3/ 2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*, que en todo momento será de obligación respetar la confidencialidad de todos los datos de carácter personal sobre el paciente, participantes, familias y los profesionales a los que tengan acceso al desarrollo de mi proyecto de investigación, así como el cumplimiento de la Ley 14/ 2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica, bajo las Normas de la Buena Práctica Clínica.

Usted deberá autorizar la utilización de dicha información.

Autorización de datos de utilización de carácter investigativo para este proyecto:

Sí No

Número identificativo del cuestionario:

(Este es el número que aparece en el correo personal, el cual debéis indicar en el siguiente apartado).

M P

Edad:

Sexo:

Femenino Masculino

Estado Civil:

Soltero/ a Casado/ a Divorciado/ a Otro

Nivel de estudios:

ESO Bachillerato Universitario Otro

Situación laboral:

Empleado/ a Sin empleo En paro ERTE* IT* Otro

**ERTE: Expediente de Regulación Temporal de Empleo.*

**IT: Incapacidad Temporal = Baja laboral.*

Número de convivientes:

Abortos previos*:

**(Cumplimentar este apartado únicamente las mujeres).*

Sí No

En caso de respuesta afirmativa, indicar la semana de gestación*:

Embarazo buscado:

Sí No

Nivel de riesgo del embarazo*:

**(Cumplimentar este apartado únicamente las mujeres).*

Bajo Medio Alto Muy alto

Paridad*:

**(Cumplimentar este apartado únicamente las mujeres).*

Primigesta* Nulípara* Multípara* sin aborto previo

Multípara con aborto previo

**PRIMIGESTA: primer embarazo.*

**NULÍPARA: mujer que no ha dado a luz.*

**MULTÍPARA: más de un hijo.*

Consumo de tóxicos:

Sí No

En caso de respuesta afirmativa, indicar la sustancia:

Antecedentes personales:

Indicar si ha recibido tratamiento previo para quedarse embarazada o tratamiento de fertilidad:

Sí No

¿Recibió tención especializada después del aborto?:

(La atención especializada son actividades realizadas por otros profesionales, como por ejemplo: psicólogos, psiquiatras, médico de familia, enfermera de familia, matrona, religioso, etc).

Sí No

En caso de respuesta afirmativa, indicar qué tipo de atención recibió:

Psicólogo Psiquiatra MF* EF* Matrona Religioso Otro:

**MF: Médico de familia.*

**EF: Enfermera de familia.*



CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR, ANTE UN ABORTO ESPONTÁNEO.

Página 3 de 3

Nadia González Said

PARTE 2: CUESTIONARIO

El cuestionario consta de 20 ítems a cumplimentar, donde las respuestas de selección irán desde 1-5. La respuesta de las mismas se compatibiliza con las que se presentan a continuación:

1= Casi nunca, 2= Pocas veces, 3= Algunas veces, 4= Muchas veces, 5= Casi siempre

Resaltar que no hay respuestas correctas o incorrectas, en este cuestionario.

	1	2	3	4	5
1. Me siento vacía/ o.					
2. Experimenta recuerdos o imágenes desagradables repetitivas.					
3. Sufre un malestar psicológico o prolongado al exponerse a pensamiento/ imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso.					
4. Experimenta un estado de culpa o vergüenza hacia el suceso.					
5. Muestra dificultades para conciliar el sueño tras el suceso.					
6. Se ha sentido deprimido/ a o sin esperanza.					
7. Se ha sentido mal con usted mismo/ a.					
8. Siente miedo o rechazo de volver a concebir.					
9. Interfiere en su vida laboral/ social/ familiar.					
10. Siente rechazo social al nombrar el tema.					
11. Procura evitar o hablar del tema con su pareja porque le genera malestar emocional.					
12. Siente deterioro en la relación de pareja.					
13. Se ha sentido mal con su pareja					
14. Siente que tras el suceso se ha abierto alguna brecha en la Unidad Familiar.					
15. La vida de pareja se ha visto afectada.					
16. El sentimiento de unión familiar es importante para usted y su pareja.					
17. La familia o pareja se sienten más unidos tras sufrir este evento.					
18. Conozco los sentimientos de mi pareja.					
19. Siente deseo o interés sexual después del suceso con su pareja.					
20. Hay un sentimiento de colaboración y apoyo entre la pareja.					

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO II: Solicitud de autorización para la realización del estudio de investigación del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

A la atención de la Dirección Gerencia del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

Ctra. Gral. La Cuesta, s/n,

38320, San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.

Me llamo **Nadia González Said** con DNI N° **54117151Z** y soy alumna de 4º de Enfermería, de la Universidad de La Laguna, Facultad de Ciencias de la Salud, que estoy desarrollando el trabajo de fin de grado que lleva por título:

“Afrontamiento familiar ante un aborto espontáneo”

El objetivo del presente estudio es conocer y determinar el nivel de afrontamiento familiar de la mujer y su pareja, que han sufrido un aborto espontáneo y ha precisado de ingreso hospitalario en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

La población de estudio serán las mujeres residentes en la Isla de Tenerife y, que acuden por el motivo de Urgencias Ginecológicas, tras sufrir un aborto espontáneo al Complejo Hospitalario Universitario de Canarias en el último año, desde Enero hasta Diciembre de 2021. Se les pasará un cuestionario a ellas y su pareja que adjunto para su conocimiento.

Para la captación de las mujeres necesitamos que el Servicio de Codificación Clínica del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, nos proporcione la casuística de los casos de aborto que tienen lugar en el centro, que presentan diagnóstico médico Clasificación Internacional de Enfermedades 00.3. Aborto Espontáneo. Por lo que solicito que nos indique como realizar el tramite o persona de referencia.

El contacto con la población de estudio, se realizará vía telefónica y, se informará del estudio, solicitando el correo electrónico, por el que se enviará el consentimiento informado y el instrumento de medición, el cual se realizará por medio de la plataforma de Google Form.

Se les solicitará consentimiento informado asegurando la confidencialidad, aplicando la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales*.

Espero que sea de su interés y quedo a su disposición para cualquier aclaración que considere.

En La Laguna, a ____ de _____ de 20__.

Firmado: _____.

Nadia González Said.

Sello de la Universidad:

Datos de Contacto:

Nombre y apellidos: Nadia González Said.

Teléfono de contacto: 679326551.

Correo electrónico de contacto: nadia.g.s98@gmail.com.

ANEXO III: Solicitud de autorización para la realización del estudio de investigación del Comité Ético de investigaciones clínicas del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

A la atención del Comité Ético de Investigación Clínica del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

Ctra. Gral. La Cuesta, s/n,

38320, San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.

Me llamo **Nadia González Said** con DNI N° **54117151Z** y soy alumna de 4º de Enfermería, de la Universidad de La Laguna, Facultad de Ciencias de la Salud, , que estoy desarrollando el trabajo de fin de grado que lleva por título:

“Afrontamiento familiar ante un aborto espontáneo”

El objetivo del presente estudio es conocer y determinar el nivel de afrontamiento familiar de la mujer y su pareja, que han sufrido un aborto espontáneo y que han precisado de ingreso hospitalario en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

La población de estudio serán las mujeres residentes en la Isla de Tenerife y, que acuden por el motivo de Urgencias Ginecológicas, tras sufrir un aborto espontáneo al Complejo Hospitalario Universitario de Canarias en el último año, desde Enero hasta Diciembre de 2021. Se les pasará un cuestionario a ellas y su pareja que adjunto para su conocimiento.

Para la captación de las mujeres necesitamos que el Servicio de Codificación Clínica del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, nos proporcione la casuística de los casos de aborto que tienen lugar en el centro, que presentan diagnóstico médico Clasificación Internacional de Enfermedades 00.3. Aborto Espontáneo. Por lo que solicito que nos indique como realizar el trámite o persona de referencia.

El contacto con la población de estudio, se realizará vía telefónica y, se informará del estudio, solicitando el correo electrónico, por el que se enviará el consentimiento informado y el instrumento de medición, el cual se realizará por medio de la plataforma de Google Form.

Se les solicitará consentimiento informado asegurando la confidencialidad, aplicando la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales*.

Espero que sea de su interés y quedo a su disposición para cualquier aclaración que considere.

En La Laguna, a ____ de _____ de 20__.

Firmado: _____.

Nadia González Said.

Sello de la Universidad:

Datos de Contacto:

Nombre y apellidos: Nadia González Said.

Teléfono de contacto: 679326551.

Correo electrónico de contacto: nadia.g.s98@gmail.com.

ANEXO IV: Solicitud de autorización al servicio de codificación clínica del complejo hospitalario universitario de canarias.

A la atención del Servicio de Codificación Clínica del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

Ctra. Gral. La Cuesta, s/n,

38320, San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.

Me llamo **Nadia González Said** con DNI N° **54117151Z** y soy alumna de 4º de Enfermería, de la Universidad de La Laguna, Facultad de Ciencias de la Salud, , que estoy desarrollando el trabajo de fin de grado que lleva por título:

“Afrontamiento familiar ante un aborto espontáneo”

El objetivo, es conocer y determinar el nivel de afrontamiento familiar de la mujer y su pareja, que han sufrido un aborto espontaneo y ha precisado de ingreso hospitalario en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

La población de estudio serán las mujeres residentes en la Isla de Tenerife y, que acuden por el motivo de Urgencias Ginecológicas, tras sufrir un aborto espontáneo al Complejo Hospitalario Universitario de Canarias en el último año, desde Enero hasta Diciembre de 2021.

Para la captación de las mujeres necesitamos que el Servicio de Codificación Clínica del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, nos proporcione la casuística de los casos de aborto que tienen lugar en el centro, que presentan diagnóstico médico Clasificación Internacional de Enfermedades 00.3. Aborto Espontáneo durante el periodo de Enero a Diciembre de 2021. Por lo que me dirijo a usted para solicitar dicha información.

El contacto con la población de estudio, se realizará vía telefónica y, se informará del estudio, solicitando el correo electrónico, por el que se enviará el consentimiento informado y el instrumento de medición, el cual se realizará por medio de la plataforma de Google Form.

Se les solicitará consentimiento informado asegurando la confidencialidad, aplicando la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales*.

Espero que sea de su interés y quedo a su disposición para cualquier aclaración que considere.

En La Laguna, a ____ de _____ de 20__.

Firmado: _____.

Nadia González Said.

Sello de la Universidad:

Datos de Contacto:

Nombre y apellidos: Nadia González Said.

Teléfono de contacto: 679326551.

Correo electrónico de contacto: nadia.g.s98@gmail.com.

ANEXO V: Documento de consentimiento informado.

Yo, Don/ Dña. _____ con el documento nacional de identidad _____ y que resido en el domicilio _____ con número de teléfono _____ y, correo electrónico _____, por medio del presente documento

Acepto que:

Soy partícipe del proyecto de investigación titulado:

“Afrontamiento familiar ante un aborto espontáneo.”

Como responsable del estudio, la alumna **Nadia González Said** de 4º de Enfermería, de la Universidad de La Laguna, Facultad de Ciencias de la Salud.

- Me ha explicado la utilidad académica de la investigación.
- Los datos a compartir son de carácter anónimo y confidenciales para la elaboración de la investigación y soy conocedor/ a de:

(Ley Orgánica 3/ 2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, que en todo momento será de obligación respetar la confidencialidad de todos los datos de carácter personal sobre paciente/ participantes/ familias y los profesionales a los que tengan acceso para el desarrollo de mi proyecto de investigación).

- He decidido participar de forma voluntaria en la realización de dicha investigación.
- Soy consciente de que puedo abandonar el estudio en cualquier momento.
- Acepto las condiciones del estudio.

En _____, a ____ de _____ de 20__.

Firma del paciente: _____.

Sello de la Universidad:

Firmado: _____.

Nadia González Said.

Datos de Contacto:

Nombre y apellidos: Nadia González Said.

Teléfono de contacto: 679326551.

Correo electrónico de contacto: nadia.g.s98@gmail.com.