



2021 - Año del homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein

LICENCIATURA EN ENFERMERIA
CATEDRA DE TALLER DE TRABAJO FINAL
GRUPO DISTANCIA JUJUY

PROYECTO DE INVESTIGACION

Actitudes profesionales frente a la Interrupción legal del embarazo (ILE)

Estudio cuantitativo descriptivo transversal a realizar en los enfermeros/as del Hospital Materno Infantil de San Salvador de Jujuy, en el periodo Julio – Diciembre del 2021

Asesoras metodológicas:
Prof. Lic. Sapei, Marcela
Prof. Esp. Soria, Valeria

Autoras:

PRIETO, Carla Agustina

DOMINGUEZ, Edith

Yanina

LAMAS, Andrea

Vanessa

Jujuy, 2021

*“Nunca entenderé todo el bien
que una simple sonrisa puede
lograr”*

Madre Teresa de Calcuta

INDICE

DATOS DE LOS AUTORES	I
AGRADECIMIENTOS.....	II
PRÓLOGO	III
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION	1
Planteo del problema	1
Definición del problema	15
Justificación	15
Marco Teórico.....	17
Objetivos	44
CAPITULO II: DISEÑO METODOLOGICO	45
Tipo de estudio	46
Operacionalización de la variable.....	47
Muestra	49
Técnica e instrumento de recolección de datos	50
Planes.....	51
Cronograma.....	60
Presupuesto	61
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	62
ANEXOS	76
Anexo I.....	76
Anexo II	77
Anexo III	78
Anexo IV.....	79
Anexo V.....	80
Anexo VI.....	80
Tabla Matriz N° 1	81
Tabla Matriz N° 2	82

DATOS DE LOS AUTORES

✓ **PRIETO, Carla Agustina**

Enfermera profesional, egresada en el año 2017 del Instituto Superior “Myriam B. Gloss” de la Provincia de Jujuy. Actualmente no se encuentra ejerciendo la profesión.

✓ **DOMINGUEZ, Edith Yanina**

Enfermera profesional, egresada en el año 2017 del Instituto Superior “Myriam B. Gloss” de la Provincia de Jujuy. Desempeña reemplazos en el Hospital Materno Infantil Dr. Héctor Quintana, y ofrece Cuidados Domiciliarios a adultos Mayores.

✓ **LAMAS, Andrea Vanessa**

Egresada del instituto Superior de Formación Capacitación y superación Profesional “Myriam B. Gloss”. Año 2014. Se desempeña como enfermera contratada en el servicio de Puerperio Sector Maternidad, del Hospital Materno – infantil Dr. Héctor Quintana, cubriendo diferentes turnos.

AGRADECIMIENTOS

La presente Tesis está dedicada a Dios, ya que gracias a él hemos logrado concluir esta carrera.

A nuestras respectivas familias, en especial a nuestro padres por su apoyo incondicional y habernos forjado como las personas que somos actualmente; muchos de nuestros logros se lo debemos a ustedes en lo que se incluye este. Nos forjaron con reglas y algunas libertades, pero al fin de cuentas, nos motivaron constantemente para alcanzar nuestros anhelos.

A los docentes de la Cátedra de Taller de Trabajo Final, pero en especial a la Prof. Lic. Sapei, Marcela nuestra tutora metodológica, que con profesionalidad y paciencia nos acompañó a lo largo de nuestro proyecto.

A cada integrante de nuestro grupo por su dedicación y compromiso a pesar de tener responsabilidades dedicarle el tiempo necesario a este trabajo. Brindando sus conocimientos, aporte, apoyo, paciencia y participación activa durante la realización de la tesis.

PRÓLOGO

A nivel mundial, la temática del aborto en general, ha sido considerada de importancia en las últimas décadas, ya que representa una grave problemática de salud pública.

A pesar de la importancia que se le ha dado a la temática desde distintos sectores, es evidente la existencia de una discusión polarizada a nivel social, que se permea a su vez de los imaginarios colectivos a las creencias y actitudes de las personas en general. Los argumentos de debate social sobre la temática del aborto, varían desde un enfoque de derechos humanos y autonomía de las mujeres, pasando por su relativización, hasta llegar a los preceptos morales y religiosos que, ciertamente, son parte ineludible de la discusión.

Es por esta razón que las estudiantes de la universidad de Córdoba a Distancia hemos decidido realizar el siguiente proyecto de investigación se aplicará a los enfermeros del servicio de puerperio y alto riesgo en Hospital Materno Infantil de la ciudad de San Salvador de Jujuy, provincia de Jujuy; con el fin de conocer cuáles son las actitudes que tienen las enfermeras frente a la interrupción legal del embarazo (ILE).

El desarrollo del mismo se organiza en dos capítulos:

Capítulo I: **El Problema de investigación**, incluye la descripción de la problemática, la justificación y mediante la búsqueda de información, el marco teórico donde se desarrollará las bases teóricas que sustentan la investigación, como así también la definición conceptual de la variable en estudio, del cual se desprenderán los objetivos del mismo.

Capítulo II: **Diseño Metodológico**, describe la metodología que se empleará para el desarrollo del mismo: el tipo de estudio será cuantitativo, descriptivo y transversal, la técnica será la encuesta y el instrumento una escala de Likert.

También estará presente la operacionalización de la variable en estudio y las etapas de recolección, procesamiento, presentación y análisis de la información a recopilar.

Además se encuentra disponible la bibliografía consultada y en la sección de anexo, las notas de autorización, consentimiento informado, instrumento recolector de datos y tabla Matriz, que sirven de respaldo al proyecto.

CAPITULO I
EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En una sociedad en constante cambio, con problemas sociales en aumento que repercuten directamente en la pobreza y desigualdad social. La mujer es una de las más afectadas en el tema de desigualdades, por lo que es crucial acompañarlas en estos procesos que las atraviesan.

Procesos dolorosos, desconocidos, estigmatizados, donde la mujer necesita hacer valer sus derechos y ser acompañada. Entre los que se encuentra la interrupción del embarazo (ILE)

La Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS, 2019) define aborto como la interrupción del embarazo de un feto de menos de 500 gramos de peso o antes de la semana veinte de edad gestacional, calculando la edad gestacional tomando de referencia la última menstruación o mediante biometría fetal.

La situación del aborto en el mundo es muy heterogénea: existen países que garantizan el acceso a la Interrupción voluntaria del Embarazo (IVE) como un derecho fundamental de las mujeres, y otros donde se penaliza la práctica con prisión para las mujeres y sanitarios que la practiquen. (Botija Aguilera, 2018).

En Argentina, el aborto es considerado un delito, salvo cuando se solicite la práctica para evitar un peligro para la vida o la salud de la mujer embarazada o cuando el embarazo sea producto de una violación, según establece el artículo 86° del Código Penal desde 1921. En el año 2012 se establece el fallo de la Corte Suprema (F.A.L.), que establece pautas claras para garantizar el acceso. A esto se lo conoce como Interrupción Legal del Embarazo (en adelante ILE). Desde su amparo legal, aquellas mujeres que sean intervenidas, deben propiciárseles cuidados íntegros y de calidad.

En la actualidad la Enfermería es considerada una profesión autónoma, siendo su objeto de estudio el Cuidado, esto no solo engloba aquellas intervenciones sobre la persona, sino también el auto cuidado, es decir, todo acto que promueve la salud, generando un sentimiento de bienestar en la persona y su entorno.

La profesión ha ido evolucionando a lo largo de la historia atravesando diferentes etapas: la etapa doméstica comprendida desde el origen de las primeras civilizaciones hasta la caída del imperio romano, donde la función de la mujer era el mantenimiento de la vida y de su entorno más cercano frente a las condiciones adversas; luego le siguió la etapa vocacional donde los cuidados se consideran un deber sagrado, ejercidos por personas educadas en docilidad, humildad y pasividad. Esta última, supone el inicio de una Enfermería moderna y de la profesionalización de la actividad de cuidar, de la mano de Florence Nightingale, considerada la primera enfermera profesional; y, por último, la etapa profesional, donde Enfermería se consolida como disciplina con un cuerpo de conocimientos propios. (Young, Hortis De Smith, Chambi, Finn, 2011).

Hasta hoy *Nightingale* ha sido reconocida mundialmente como la "gran administradora de hospitales", mérito destacado por la propia naciente Organización Mundial de la Salud (OMS), al finalizar la II Guerra Mundial y constituirse las Naciones Unidas y sus instituciones. En cuanto a la maternidad indiscutida de la profesión de enfermería, no es necesario decir más que la aureola de bondad, solidaridad y espíritu de sacrificio que impregnan a la imagen de la enfermera la hace su hija legítima. (Amaro, 2004) citado por (Lescaille Taquechel, Díaz, Reyes Figueroa, Mora, 2013).

Florence Nightingale realizó muchos escritos de la "vocación" de la enfermera y la necesidad del compromiso con su propio trabajo. Aportó dos principios éticos en los que se demuestran sus propias convicciones morales: el principio de la confidencialidad (guardar el secreto de las confesiones de sus pacientes) y el principio de la veracidad (decir la verdad aunque ello pudiera implicar el asumir públicamente un error cometido por la enfermera). (Young, Hortis De Smith, Chambi, Finn, 2011).

Abogó por tomar en cuenta las opiniones de los pacientes en las decisiones donde ellos estaban involucrados, y reclamaba de las enfermeras el evitar la indecisión o los cambios no fundamentados de opinión, que consideraba mucho más perjudiciales para el paciente, que si éste tuviera que asumir las decisiones por sí solos, sin la ayuda de la enfermera.

Por todo lo antes mencionado es necesario abordar la temática de las actitudes profesionales frente a mujeres que se someten a Interrupción legal del embarazo (ILE), de los enfermeros, para conocer si obran alrededor de la contención, el rechazo o apatía.

Continuando con otra referente de enfermería, cabe mencionar a Callista Roy y su modelo de adaptación, donde menciona que el objetivo central de enfermería consiste en ayudar a las personas a adaptarse a los cambios que se producen en el proceso salud-enfermedad. (Díaz de flores, 2002) citado por (Varela Arévalo, 2011) Esta ayuda en la adaptación debe darse en todos los momentos por los que atraviesa el sujeto de cuidado.

Con lo que respecta a Cuidados, objeto de estudio disciplinar de Enfermería, es función de este profesional propiciarlos.

Si bien el rol de la enfermera depende de la legislación y el Sistema Sanitario de cada país, aunque podríamos reconocer que la enfermera desempeña un papel importante en la acogida, cuidado, educación y seguimiento de la mujer en situación de aborto voluntario. Es necesario un cuidado integral, que contemple las necesidades psicológicas, sociales, y humanista, respetando su autonomía. (Cabello Tarrés, Botija Aguilera, 2018)

Existen varios estudios que hacen referencia a la percepción de las mujeres que accedieron a la ILE, con respecto a los cuidados enfermeros:

Desde la teoría de Kristen Swanson (1991) citado por (Valencia Cuaspud, Orjuela Nieto, Fiesco Cuchinga, 2019, p.60), la percepción de las mujeres que accedieron a la Interrupción voluntaria del Embarazo (IVE), frente a los procesos de cuidado: “estar con”, “conocimiento” y “mantener las creencias”, presentó diversas falencias.

Las mujeres percibieron la ausencia de apoyo emocional por parte de la enfermera profesional durante el proceso de la IVE, insatisfacción frente a cómo se maneja la parte emocional en el centro de salud, una baja calidad en los conocimientos e información brindada por el personal de enfermería a sus pacientes. Se encontró que la mayor parte de las mujeres perciben un gran distanciamiento de los profesionales de enfermería, hablando de conductas de evitación en el cuidado clínico y emocional de las pacientes.

Esta realidad será abordada en la provincia de Jujuy, particularmente en el Hospital Materno Infantil Dr. Héctor Quintana ubicado en la ciudad capital San Salvador de Jujuy.

Con respecto a sus orígenes, la obra del edificio dio inicio en el año 2009, con la idea de implementar la maternidad y neonatología dentro del mismo ámbito edilicio del Hospital de Niños Dr. Héctor Quintana. El acuerdo fue firmado el 11 de febrero del 2010 en San Salvador de Jujuy por el Ministro de Salud de la Nación y el gobernador de la provincia; con la idea de promover la calidad del servicio sanitario para los recién nacidos y las madres en una infraestructura adecuada a la demanda, mejor confort, un parto natural o cesárea, con toda la tecnología y capacidad de respuesta.

Es una entidad de carácter público, prevista de equipamientos de alta tecnología para la realización de estudios como Tomografía Axilar Computarizadas (TAC) y Resonancia Magnética (RM) que contribuyen a mejorar la calidad de atención de salud. (Fundación Hospital De Niño de Jujuy. Tribuno Prensa, 2011).

Dicha institución brinda atención de diversas especialidades tales como: Clínica Médica, Endocrinología, Cardiología, Infectología, Cirugía, Anestesia, Servicio Social y Psicología. El centro asistencial cuenta con diversos servicios: guardia, salas de internación, Terapia Intensiva, Terapia Intermedia, quirófano, consultorios externos y neonatología.

Además posee la "Fundación del Hospital de niños", que fue creada en el año 1990.

La institución es un Hospital Escuela, donde se llevan a cabo diversas residencias médicas y de enfermería, donde los profesionales realizan prácticas, pasantías rotativas y específicas.

El hospital cuenta con un Comité de Docencia y Capacitación, el mismo brinda capacitaciones multidisciplinarias y actualmente se realizan ateneos de enfermería para la integración y actualización del personal de todos los servicios.

En el primer piso se encuentra el servicio de Neonatología que cuenta con 58 camas. La planta baja del sector maternidad está constituida por la sala de recepción (guardia) servicio del registro civil e identificación del recién nacido, consultorios pediátricos y de maternidad.

En el segundo piso se encuentra el sector de puerperio y alto riesgo, cada una con respectivas oficinas administrativas (encargadas de Historias Clínicas), salón de ateneo de residentes de maternidad y de pre altas, oficina de servicio de psicología, servicio social y educación para la salud, y la secretaria de residentes de neonatología.

El Sector de Puerperio cuenta un total de 39 camas (13 habitaciones con 3 camas cada una). Cada habitación está equipada con elementos indispensables (cama, mesa de luz, sillón reclinable, aire acondicionado calor-frio, soporte, escaleritas, mantas) y baño con ducha.

Del total de trece habitaciones:

- 6 son destinadas a pacientes en puerperio inmediato, mediano normal.
- 4 habitaciones destinadas a pacientes de Post Operatorio (pos cesáreas, pos lisis tubéricas).
- 3 habitaciones de pacientes con puerperios patológicos (Endometritis, Mastitis, Cólico Biliar, Abortos, Neumonía, TBC.)

Las habitaciones destinadas a pacientes Embarazadas o púerperas que requieran cuidados específicos, cuentan con Tubo De Oxígeno Portátil y un Consultorio de Ecografía (Ecografía Obstétricas y Ginecológica).

En el tercer piso se encuentra el sector de unidad de trabajo de parto y recuperación (UTPR), recepción del recién nacido, quirófano, Unidad de Terapia Intensiva (UTI) secretaria de obstetricia e identificación del recién nacido.

El proyecto se llevara a cabo particularmente en el sector de puerperio y sector Alto Riesgo. En el sector de Puerperio se encuentra conformado con un total de 25 personas que integran el personal de Enfermería:

- ✓ 7 Licenciados en Enfermería.

- ✓ 18 Enfermeros Profesionales

Sector de Alto Riesgo se encuentra conformado con un total de 24 personas que integran el personal de enfermería.

- ✓ 6 Licenciados en Enfermería.
- ✓ 18 Enfermeros Profesionales.

Con respecto al modo de contratación laboral de los mismos, varía entre: planta permanente, contratados, monotributistas y reemplazantes. Organizados en horarios; mañana, tarde, noche, y guardias de fin de semana.

De acuerdo a las observaciones realizadas a las mujeres que ingresan para ser atendidas, por una ILE en el Hospital Materno Infantil, dependiendo de la edad de la mujer, y las semanas de gestación, son atendidas en dicha institución.

En el momento que ingresan las pacientes para la realización del procedimiento, se las observa angustiadas, preocupadas, algunas manifiestan llantos.

En los casos que son menores de edad, están acompañadas por sus tutores, mientras que las mayores de edad, en escasas oportunidades están acompañadas de sus parejas, mayoritariamente ingresan solas.

Durante el dialogo con los pacientes algunas refieren sentirse culpables, primero: por cómo es tomando en si el aborto, ser cuestionada por la sociedad por tratarse como un tabú, el hecho de que dirá el entorno, y segundo: por lo económico, sentir que no cuenta con los medios para afrontar la crianza de un hijo, que la decisión de interrumpir un embarazo es difícil, sienten culpa, ira y tristeza.

Por otra parte se observa que el personal de enfermería no cuenta con contención emocional, sienten abandono por parte de la institución, ya que no se encuentran preparados para afrontar un procedimiento de ILE. NO cuentan con un equipo interdisciplinario para el desempeño de estas actividades de la ILE, ni un espacio para poder reflexionar y escuchar diferentes posturas al respecto.

Algunos enfermeros, sienten enfrentarse a sus valores éticos, al juramento (Hipocrático) que realizaron al finalizar la carrera, el de salvar y guardar la vida, sobre todo cuando las edades gestacionales son avanzadas o cuando los abortos son en repetición.

Por otra parte algunos colegas, entienden al aborto como un derecho de la mujer.

Al presentarse una paciente a la que se le realizó una ILE, algunos enfermeros, reducen el tiempo de Cuidado de la misma, disminuyendo la interacción y contención que requiere la paciente.

Todo lo expuesto pone de manifiesto la necesidad de desarrollar investigaciones centradas en las actitudes que tiene el personal al enfrentarse a estas situaciones. El personal de enfermería frente a esta situación no debe realizar juicio de valor, a las pacientes que hayan realizado ese procedimiento, sino brindar trato digno y humanizado.

Todo lo anterior lleva a las autoras a plantearse un aserie de interrogantes:

¿Qué asesoramiento se debe brindar a una mujer después de una ILE?

¿La percepción de los enfermeros acerca del aborto, repercute en la calidad de cuidados que brinda?

¿Es posible brindar cuidados sin emitir juicios de valor?

¿Cuáles es la actitud del profesional enfermero frente a mujeres que se someten a la ILE?

Para dar respuesta a los interrogantes planteados, se efectuó la búsqueda de antecedentes, encontrando:

Con respecto a qué asesoramiento se debe brindar a una mujer después de una ILE, el Ministerio de la Salud Argentina (2019) realizó un **Protocolo para la atención integral de las personas con derechos a la interrupción legal del embarazo**.

“los profesionales de la salud y las autoridades públicas tienen la obligación de suministrar toda la información disponible de forma dinámica y a lo largo de todo

el proceso de atención, incluso si no hay una solicitud explícita (...) y debe ser actualizada, completa, comprensible y brindada en lenguaje accesible” (MSN, 2015:14).

El protocolo establece que en el momento de darle el alta, es importante explicarle a la mujer lo relacionado con algunas situaciones que pueden presentarse durante los días siguientes y brindarle la información necesaria.

- Aclarar que los primeros días puede tener cólicos uterinos moderados, similares a los de una menstruación normal.
- Explicar que tendrá un sangrado leve o manchas de sangre durante un par de semanas y que si continúan por más tiempo, debe realizar una consulta médica.
- Si necesita tomar medicamentos, como analgésicos, explicar la frecuencia con que tiene que hacerlo y durante cuánto tiempo.
- Hacer sugerencias sobre la higiene personal rutinaria: que evite el uso de tampones, duchas vaginales y baños de inmersión mientras dure el sangrado.
- Brindar recomendaciones sobre la reanudación de la actividad sexual, indicándole la conveniencia de esperar hasta que se detenga el sangrado vaginal por completo para reiniciarlas.
- Informar sobre la posibilidad de quedar embarazada nuevamente pocos días después del tratamiento y brindar información sobre anticoncepción (ver “Consejería en anticoncepción post aborto”). Luego de haber realizado la consejería en anticoncepción, garantizar la entrega del método en caso de que haya seleccionado uno.
- Informar sobre signos y síntomas que puede presentar y requieren atención urgente inmediata: sangrado excesivo (más abundante que el de una menstruación normal) o persistente (más de dos semanas); cólicos persistentes y/o de intensidad creciente, que no ceden con analgésicos comunes; dolor ante la presión en el abdomen o distensión abdominal; mareos o desmayos; náuseas o vómitos; fiebre y/o escalofríos; flujo de mal olor o purulento; otras situaciones que le generen preocupación. Explicar qué hacer y dónde buscar atención médica urgente en estos casos.
- Ofrecer a la mujer la oportunidad de hacer preguntas y obtener más apoyo si lo necesita. Realizar las derivaciones que se consideren oportunas (servicio social, salud mental, atención a mujeres víctimas de violencia).
- Establecer una cita de control entre los 7 y 10 días posteriores al procedimiento.

- Remarcar la importancia de los cuidados de seguimiento y de los controles periódicos de salud: patología mamaria, patología cervical y salud reproductiva
- En lo posible, dar la información de forma escrita y con apoyo gráfico.
- El proceso de atención a una persona no culmina con el procedimiento de ILE; en algunos casos puede requerir acompañamiento psicológico o social, información sobre su fertilidad futura, su estado de salud u otras intervenciones. Las entrevistas de seguimiento son una oportunidad para que el equipo de salud aborde estas cuestiones y/o realice las derivaciones pertinentes.

Según Mulens Ramos (2009) citado por (Martínez-Peña Ruiz, 2013) en su **Análisis de los cuidados de enfermería ante las respuestas humanas en el Aborto Espontáneo**. Refiere que los cuidados de enfermería a las pacientes en situación de aborto deben ir más allá de los procedimientos y técnicas interventivas en función de restablecer la salud. El cuidado debe constituirse en el desarrollo de actitudes y en un espacio de encuentro Inter-subjetivo para el ejercicio de una sabiduría práctica en salud, apoyada en tecnología, pero sin dejar que se resuma solo a ella; debe promoverse antes una reunión entre el cuidador y el cuidado, con el objetivo de entablar una relación más simétrica entre ambos.

En relación a si la percepción del aborto repercute en la calidad de cuidados enfermeros brindados, en una revisión narrativa **“Rol de la enfermera en la interrupción voluntaria del embarazo”** de Botija Aguilera (2018). Menciona que...en los estudios de (Dos Anjos Gesteira, Freire Diniz, Menicucci de Oliveira y López da Silva y Araújo, 2008) llevados a cabo en Brasil, se obtienen resultados similares, ya que la mayoría de enfermeras entrevistadas se referían al aborto como crimen y/o pecado hasta en los casos contemplados por la legislación, declarándose en contra de la liberación de las leyes del aborto y culpabilizando a la mujer que ingresaba en las unidades obstétricas por complicaciones del aborto inseguro, alegando objeción de conciencia para no participar en el cuidado. Ambos estudios concluyen con que esta percepción del aborto influye en el cuidado prestado a la mujer, que en muchas ocasiones se le niega o es discriminatorio.

La razón por la que la mujer decide interrumpir la gestación genera juicios en la enfermera y afecta a la decisión de participar en el cuidado de la IVE y a la calidad de este, aunque la IVE este reconocida por la Ley. Generalmente las enfermeras valoran el diagnóstico médico como principal motivo que legitima el aborto.

McLemore y Levi obtienen en su revisión diferentes apreciaciones, en general polarizadas, ante la interrupción del embarazo. Por un lado, existe la convicción del aborto como crimen o acto en contra de la vida que coexiste con la idea del aborto como pecado penado por Dios. Las creencias religiosas se sitúan como principal factor determinante en la actitud de la enfermera según diferentes estudios, siendo la religión el principal motivo de objeción de conciencia.

Acerca de si es posible brindar cuidados sin emitir juicios de valor, Ferreres (2017) en su tesis doctoral titulada: **La presencia de los valores en la práctica enfermera**, trasladando los valores profesionales a la práctica del cuidado, no se puede obviar que los propios valores y creencias morales de cada persona están inmersos en el proceso de cuidar (Arenas, 2006) y que, asimismo, deben respetarse los de la persona cuidada mediante la aplicación del principio de autonomía. Sin embargo, autores como Badcott (2011) o la misma AACN (2008) afirman que debería existir una congruencia entre los valores personales de cada profesional con los propios de la profesión. Esta afirmación ha generado un debate acerca de si, actualmente, las enfermeras están poniendo en práctica los valores de la profesión, así como sobre la necesidad de una congruencia de estos con los valores personales.

En el caso de las instituciones hospitalarias, son los valores o misión de las mismas los que definirán el modo de trabajar en la organización. En función de los valores que prevalezcan en la cultura organizacional, el modo de entender el cuidado variará desde un estilo biomédico a un estilo humanista. No obstante, no cabe duda del gran beneficio para la satisfacción y la salud de los trabajadores que aporta la existencia de una congruencia entre los valores de la organización y los personales de los trabajadores (Brown, Lindell, Dolansky y Garber, 2014).

En contraparte se encontró un estudio de Drovetta (2017) **“Profesionales de la salud y el estigma del aborto en Argentina: El caso de la “Red de profesionales de la salud por el derecho a decidir”** , estableciendo que el contacto entre grupos de activistas y trabajadores de la salud ha tenido como objetivo encontrar apoyo para que aquellas mujeres y niñas que presentaran complicaciones por abortos clandestinos pudieran ser atendidas en las instituciones sin ser sometidas a malos tratos, abandono o denuncias policiales. Los trabajadores de la salud que se muestran sensibles a la problemática frecuentemente son denominados como “profesionales amigables”, un término no libre de discusión, con el que se describe a quienes atienden a las demandas y necesidades de una persona en situación de aborto, sin emitir juicios de valor ni obstaculizar la entrega de información completa y basada en evidencias.

En este sentido, la falta de una preparación profesional para brindar asistencia a mujeres y niñas en situación de aborto desde la salud pública encontró trabajadores/as con intenciones y disposición para ofrecer soluciones, pero con escasas nociones sobre las herramientas disponibles.

“Así como hay efectores de salud que son objetores de conciencia, hay otros que hacemos abortos y prestamos servicios enmarcados en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y esto es algo que se tiene que saber” (B. médica clínica).

“No es ni malo, ni es ilegal, el aborto es un problema que es muy frecuente y que, sin embargo, es tratado como algo oculto. Es un problema que involucra a la salud y a los médicos, y que les pasa a muchísimas mujeres” (J. médica generalista).

Para finalizar, restar pensar la posibilidad de pensar que el estigma en relación con el aborto nunca se elimine totalmente, en tanto dentro de los roles de género sea asignado a las mujeres la maternidad como un destino ineludible. Así, el estigma se configura como una de las razones que obstaculizan la prestación de servicios de salud adecuados, a lo que subyace, sin embargo, el desacuerdo con el modo en que las mujeres llevan adelante el ejercicio de su sexualidad.

A partir de todo lo analizado, puede concluirse que: Argentina cuenta con un protocolo actualizado del año 2019 por el Ministerio de Salud de la Nación (MSN) de los cuidados que se le brindara a las mujeres que estén atravesando la ILE *“los profesionales de la salud y las autoridades públicas tienen la obligación de suministrar toda la información disponible de forma dinámica y a lo largo de todo el proceso de atención, incluso si no hay una solicitud explícita (...) y debe ser actualizada, completa, comprensible y brindada en lenguaje accesible”* (MSN, 2015).

Por otro lado no se puede obviar que los propios valores y creencias morales de cada persona están inmersos en el proceso de cuidar, asimismo, deben respetarse los de la persona cuidada mediante la aplicación del principio de Autonomía.

La razón por la que la mujer decide interrumpir la gestación genera juicios en la enfermera y afecta a la decisión de participar en el cuidado de la IVE y a la calidad de este, aunque la IVE este reconocida por la Ley.

Algunos estudios demuestran que muchas enfermeras no se sienten cómodas ni preparadas emocionalmente para asistir el proceso de la ILE, ya que sienten objeción de conciencia para no participar en el cuidado.

Las creencias religiosas se sitúan como principal factor determinante en la actitud de la enfermera según diferentes estudios, siendo la religión el principal motivo de objeción de conciencia.

Por otra parte los cuidados de enfermería a las pacientes en situación de aborto deben ir más allá de los procedimientos, debe constituirse en el desarrollo de actitudes y en un espacio de encuentro Inter-subjetivo para el ejercicio de una sabiduría práctica en salud.

Los trabajadores de la salud que se muestran sensibles a la problemática frecuentemente son denominados como “profesionales amigables”, un término no libre de discusión, con el que se describe a quienes atienden a las demandas y necesidades de una persona en situación de aborto, sin emitir juicios de valor ni obstaculizar la entrega de información completa y basada en evidencias.

Cotidianamente nos vemos en situaciones en las cuales debemos realizar conductas con las que no estamos completamente de acuerdo, es decir, que no coincide nuestra actitud. Ante tales circunstancias, experimentamos

discrepancias que generan incomodidad psicológica que bien podría ser resuelta cambiando la conducta para hacerla más consistente con la actitud. Sin embargo, en ocasiones "no podemos" o "no queremos" cambiarla, por lo que la única salida sería "el cambio de actitud"(Yachas y Jiménez, 2017, p.56).

El asesoramiento se debe brindar a una mujer después de una ILE incluye un protocolo actualizado del año 2019 por el ministerio de salud de Argentina de los cuidados que se le brindara a las mujeres que estén atravesando la ILE. Las mujeres durante su recuperación son monitoreadas durante su tratamiento y sus evoluciones. Cuando se le da el alta se le brinda toda la información de los que podría pasar durante eso días, y un seguimiento continuo para sacar las dudas y evitar complicaciones a futuro.

La percepción de los enfermeros acerca del aborto, repercute en la calidad de cuidados que brinda las mayorías de las enfermeras no se sienten cómodas ni preparadas emocional para asistir el proceso de la ILE ya que siente una objeción de conciencia para no participar en el cuidado. También se presentan las creencias religiosas que son el principal factor determinante en la actitud de la Enfermera.

Es posible brindar cuidados sin emitir juicios de valor por que prevalece la importancia del cuidado de la vida, el cuidado humanizado los profesionales de enfermería tenemos la ética profesional de respetar las decisiones de la persona sin realizar juicio de valor.

En relación a la actitud Actitudes profesionales frente a la Interrupción legal del embarazo (ILE) del enfermero, se encuentran trabajos similares, pero no sobre el contexto en que se quiere trabajar.

Habiendo analizado el tema en cuestión a partir de la búsqueda de antecedentes es que los autores, se procede a la siguiente definición del problema:

¿Cuáles son las actitudes profesionales

frente a la Interrupción legal del embarazo (ILE) de los enfermeros/as del servicio de puerperio y alto riesgo del Hospital Materno Infantil de San Salvador de Jujuy, en el periodo Julio – Diciembre del 2021

JUSTIFICACION

La importancia del proyecto está enmarcada en que las cifras de ILE en la provincia de Jujuy van en aumento; desde Enero a Abril del 2018, se realizaron 356 interrupciones legales del embarazo. Desde "Socorro Rosa Jujuy"(2020), en el mismo período, 100 mujeres pidieron asesoramiento y acompañamiento.

Tras la nueva presentación del proyecto para la legalización del aborto, la cifra de mujeres que mueren por la falta de asistencia médica sigue siendo un misterio. Aún existe poca información oficial sobre interrupciones de embarazo. En Jujuy, la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir (2020), realizó un registro que revela que en lo que va del (2020), se realizaron 200 interrupciones ilegales del embarazo (ILE).

Todos estos datos revelan una realidad contundente de la sociedad, que exige profesionales enfermeros que reflexionen y respondan a las demandas sociales, brindando cuidados de calidad.

La realización de ILE debe guiarse fundamentalmente por el principio de Autonomía que es un principio de la Bioética y también jurídico. Todas las actitudes y prácticas de las/os profesionales de la salud deben estar destinadas a que, en base a la información veraz, adecuada y completa que se le brinde, la mujer pueda tomar la mejor decisión posible para ella.

Por esto, es deber de las/ os profesionales de la salud proveer la información necesaria para que pueda entender el proceso que está viviendo y formular todas las preguntas que crea necesarias. Sumado al deber de ofrecer esta información con transparencia activa.

Debe respetarse el derecho de la persona de decidir sobre las cuestiones relacionadas con su cuerpo, su salud y su vida. Las/os profesionales de la salud tienen la función pública y el rol ético de cuidar la salud de las personas sin decidir por ellas ni divulgar la decisión ni las condiciones personales. Esto último es la base del secreto médico que es al mismo tiempo el derecho a la confidencialidad de las personas que solicitan atención a su salud.

Otros principios que guían la atención de ILE son los de accesibilidad, no judicialización, confidencialidad, privacidad, celeridad/ rapidez y transparencia activa. Estos deben garantizarse para todas las personas (con y sin discapacidad). Se deben contemplar las adaptaciones a realizar según las necesidades funcionales, comunicacionales y de asistencia para la toma de decisiones que requieran todas las/os usuaria/os de los servicios, especialmente si se trata de personas con discapacidad (PCD).

Todo el personal de los efectores de salud (incluyendo el administrativo y de seguridad) es responsable de garantizar y no obstruir el derecho a interrumpir un embarazo cuando este ponga en riesgo la vida o la salud de la persona o cuando sea producto de una violación

La importancia del proyecto radica en que brindara información al colectivo enfermero, acerca de sus actitudes frente a la ILE, para posibilitar la exteriorización de lo que les pasa, y de re pensar prácticas del cuidado.

También para que la temática deje de ser “de eso no se habla”, y este en el lugar visible que amerita, para que se respete tanto la posición del enfermero, pero fundamentalmente el Derecho de la Mujer. Y que sea el inicio de investigaciones posteriores.

MARCO TEORICO

La práctica del aborto inducido es tan antigua como la propia humanidad y su punibilidad ha dependido de la filosofía imperante y de las leyes en cada momento histórico.

En general, las antiguas civilizaciones no castigaban el aborto; en la Antigua Grecia se consideraba que el feto no tenía alma, y filósofos como Aristóteles reconocían el aborto como estrategia para limitar las dimensiones de la familia. Esta decisión correspondía al patriarca de la familia. Ya en una época avanzada de Roma y después con el Cristianismo, aparece cada vez mayor represión ante la práctica del aborto.

Al comienzo de la Edad Media, el derecho canónico no penalizaba el aborto mientras el alma no animara el feto, es decir, mientras la madre no sintiese el feto, pero siempre que la decisión fuese tomada por el hombre, puesto que la mujer no tenía derecho a arrebatarse al marido su descendencia. En 1588, el Papa Sixto V establece a todos los abortos como crímenes, alegando que la vida fetal era sagrada y el castigo iba desde la excomunión hasta la pena de muerte.

A finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX, con la Ilustración, se mantienen los debates entre las esferas intelectuales europeas consolidándose la disminución de penas para las mujeres y la concreción de una legislación que admitía el aborto inducido bajo supuestos como la violación o la pérdida de reputación. Fue Suiza, en 1920, el primer país en despenalizar el aborto a favor del derecho de la mujer de decidir (Cabello Tarrés, Botija Aguilera ,2018)

En la actualidad es uno de los métodos más ampliamente aplicados para regular la fecundidad, en especial, en los países más subdesarrollados. Los más de 40 millones de abortos que se realizan anualmente en el orbe, dan prueba fehaciente de esto, y mientras la polémica mundial acerca de su irrestricta aceptación continúa, también se perpetúa su práctica, informándose actualmente una tasa mundial de 40 a 70 por cada 1 000 mujeres en edad fértil y de 200 a 460 abortos por cada 1 000 nacidos vivos. Estas cifras están calculadas a partir de estimados nacionales que en muchas ocasiones son de poca fiabilidad, o sea, que las cifras mundiales están sólo parcialmente basadas en datos fidedignos (Valdés, 2010).

Cada minuto 380 mujeres quedan embarazadas en el mundo y de ellas 40 se someten a un aborto en condiciones insalubres, mientras que anualmente mueren en el todo el orbe 600. 000 mujeres como resultado directo de la interrupción de un embarazo, el 99 % en países en vía de desarrollo (Rodríguez, Camejo Ramos, Isabel Martínez Motas, Herrera Cabrera, Díaz Suárez, Guanche Hernández, 2018)

OMS (2019) refiere que cerca de la mitad de los abortos inducidos que se realizan cada año, son inseguros, y que en Latinoamérica y el Caribe existe más de un aborto inseguro por cada tres nacidos vivos. Este se asocia con una considerable morbilidad materna, de hecho, una de cada 5 mujeres que han tenido un aborto inseguro padece una infección genital y alrededor del 13 % de las muertes relacionadas con la gravidez se atribuyen a complicaciones provocadas por abortos inseguros(Isla Valdés ,Velasco Boza; Cruz Hernández , Díaz Curbelo , Salas Castillo, 2010)

En muchos países, los desafíos enfrentados al decidir la mujer realizarse un aborto son enormes, se recurre con frecuencia al recurso ilegal y se sufren complicaciones; por otro lado, el acceso a servicios de salud que garanticen la realización correcta de este proceder, es difícil y arriesgado, lo que puede favorecer que se produzcan resultados fatales.

Esta postura ambivalente asociada a la ILE se atenúa por la aceptación del aborto bajo determinadas causales: las participantes, principalmente enfermeras y trabajadoras sociales, consideran justificable solicitar servicios de aborto solo en casos extremos. Cual realizado entre personal de salud siete meses después del inicio del Programa de ILE refirió la misma ambivalencia: si bien se reconoció que la ley beneficiaría a las mujeres, se consideraba que algunas no tomaban seriamente la necesidad de adoptar anticonceptivos post-aborto y se mostró cierto malestar en relación a las mujeres que recurrían a abortos repetidos. (Díaz-Olavarrieta, Cravioto, Villalobos, Deeb-Sossa, García, García ,2012)

La gratuidad del servicio se percibe como un acierto porque reduce las barreras de acceso a servicios de aborto seguro, pero en la clínica se considera un factor que disminuye la calidad de la atención relacionado con la sobrecarga de trabajo.

Asimismo, se piensa que la gratuidad incentiva la no adopción de un método anticonceptivo post-aborto y también la reincidencia. Un estudio reportó que 38% de los proveedores se oponían a proporcionar servicios de aborto de manera gratuita, porque se deberían compensar los costos elevados del programa y crear un elemento de disuasión para evitar abusos. (Weitz, Kimport, 2012).

El mecanismo sugerido por los participantes del estudio fue implementar un sistema de cuotas en el resto de los servicios públicos de salud que proporcionan la atención. En contraste, otro estudio cualitativo que documentó las experiencias de 10 mujeres que tuvieron abortos múltiples, encontró que estas necesitaban más apoyo en el manejo de su fertilidad, y por tanto la consejería debería enfocarse en las necesidades de cada paciente, y no en la prevención de abortos repetidos que las estigmatiza entre los proveedores. (Weitz, Kimport, 2012).

El personal de salud de los servicios de ILE ostenta opiniones divididas y ambivalentes respecto al derecho de decidir sobre un embarazo no deseado. A futuro el derecho de las mujeres para acceder a servicios de interrupción del embarazo, así como fortalecer los programas de planificación familiar para reducir la tasa de embarazos no planeados. Analizar experiencias y opiniones sobre el aborto legal permitirá tener una línea basal sobre el tema, mientras que mediante estudios futuros se logrará obtener un registro amplio sobre cambios y retrocesos en la aprobación de la ley en México. (Díaz-Olavarrieta, Vanessa, Cravioto, Aramis Villalobos, Deeb-Sossa, García, García, 2012).

El programa de aborto legal del DF (Distrito Federal) tiene el potencial de convertirse en un modelo para servicios privados en el país y para futuros programas de aborto legal en otros estados de México y el resto de América Latina y el Caribe.

El Manual de práctica clínica para el cuidado del aborto seguro busca facilitar la aplicación práctica de las recomendaciones clínicas de la segunda edición de Aborto seguro: guía técnica y de políticas para los sistemas de salud (OMS, 2012). Si bien los contextos legales, normativos, de políticas y de servicios pueden variar de un país a otro, las recomendaciones y las mejores prácticas

descritas en estos documentos buscan permitir una toma de decisiones basadas en la evidencia con respecto a los cuidados que se han de administrar para un aborto seguro.

Este manual está dirigido a los proveedores que ya tienen las destrezas y el entrenamiento necesarios como para atender un aborto seguro y/o tratar las complicaciones de un aborto inseguro. No es ni un sustituto para capacitación formal, ni un manual de entrenamiento.

Así se llama la guía que reúne los lineamientos establecidos por la OMS para llevar a cabo la interrupción de un embarazo en buenas condiciones sanitarias. La última actualización del documento es del año 2019 y establece, entre otras cosas, una diferenciación entre embarazos que llevan menos de 12 semanas y los que ya superaron esa instancia.

Entre las recomendaciones que el organismo internacional hace, señala que existen abortos médicos y abortos quirúrgicos. En el primer caso, se trata de los embarazos que se interrumpen a través de la administración de medicamentos - mifepristona y misoprostol es la combinación especialmente indicada por la OMS, aunque en Argentina sólo se consigue misoprostol. Los abortos quirúrgicos que contemplan la OMS son a través de la aspiración por vacío o a través del método de dilatación y evacuación: el uso de uno o el otro depende, entre otras cosas, de la edad gestacional. (Ferrari, 2019).

Durante las primeras 12 semanas de gestación, la OMS (2019) establece que, en caso de que la mujer decida un procedimiento medicamentoso, conviene primero la administración de mifepristona -droga que ayuda a bloquear la actividad placentaria- y, entre 24 y 48 horas después, usar misoprostol por vía bucal, sublingual o vaginal. Aunque puede variar según el caso, se estima que, en promedio, la expulsión del feto se da tras la segunda dosis de misoprostol.

Cuando la edad gestacional supera las 12 semanas, la OMS (2019) indica por un lado consumir el misoprostol con menos intervalo entre una dosis y la otra, y por otro reducir la concentración de esa droga en cada pastilla. Esto es porque

las paredes uterinas son cada vez más sensibles a esa medicación a medida que avanza el embarazo.

Entre sus recomendaciones, el organismo sostiene que "si la edad gestacional es mayor a las 20 semanas, algunos prestadores de salud consideran la muerte fetal antes de realizar el procedimiento" medicamentoso, que se lleva a cabo a través de una inyección. El aborto medicamentoso puede administrarse en cualquier instancia de la gestación, aunque las dosis de cada droga se modifican.

En el caso de que la interrupción voluntaria del embarazo se lleve a cabo de manera quirúrgica, la OMS contempla que hasta las 14 semanas de gestación se lleve a cabo una aspiración al vacío por vía manual o eléctrica. En este caso, dicha aspiración se lleva a cabo a través de un dispositivo similar a una jeringa y por vía vaginal.

En cambio, si se apela a una intervención quirúrgica después de las 14 semanas de gestación, el organismo internacional recomienda que el aborto sea a través de la dilatación y evacuación. Se trata de un método muy usado en países como Estados Unidos y poco frecuente en Argentina: en principio se dilata el cuello uterino y luego se remueve el feto. Para esto, la mujer recibe una sedación. El procedimiento puede llevarse a cabo hasta un embarazo de entre 24 y 26 semanas.

El aborto se puede clasificar de la siguiente manera: aborto espontáneo, aborto inducido y amenaza de aborto. Según el Royal College de Obstetricia y Ginecología (2013), el aborto espontáneo puede definirse como la pérdida del embarazo antes de las 24 semanas completas de gestación. Una definición alternativa es la de un embarazo que falta, resultando en la muerte y la expulsión del embrión o de un feto de 500 gramos de peso o menos, correspondiente a una edad gestacional de hasta 20 semanas. Los abortos se clasifican como temprano si ocurren en el primer trimestre (hasta 12 semanas de gestación) o tardíos (entre la semanas de 12 a 24 de la gestación).

El aborto ilegal o clandestino es cuando se realiza en contra de alguna de las leyes del país donde se practica. Cuando el aborto está prohibido por la ley, las circunstancias hacen que muchas mujeres busquen a comadronas o a médicos que prestan a colaborar. Pero el aborto practicado en estas circunstancias es peligroso y mantiene unas estadísticas de mortalidad y morbilidad materna infinitamente superiores a las del aborto legal. (Bustos Cervantes, 2012).

Por ello hablar del aborto ilegal o clandestino es muy peligroso para las mujeres que se lo realiza, corren el riesgo de perder la vida durante ese procedimiento al no contar con las medidas sanitarias pertinentes. Se muestra con datos estadísticos la cantidad de abortos ilegales y que tan peligroso es para la vida de la mujer, teniendo conocimiento que en otros países el aborto de aspecto legal brinda información de partes de los profesionales de esta situación.

Conocimiento sobre aborto: aspectos legales y técnicos Los estudios aportan información sobre dos dimensiones relacionadas con el conocimiento en aborto que tienen los profesionales: los aspectos legales y normativos y las cuestiones técnicas relacionadas con Profesionales de la salud y aborto la intervención profesional. No se reportan estudios que incluyan otras dimensiones de la práctica, por ejemplo conocimiento sobre aspectos sociales y psicológicos relacionados con el aborto.

El bajo conocimiento de los marcos normativos que regulan las prácticas del aborto, es un aspecto relevante por su influencia en las posturas de aceptación o rechazo que tienen los profesionales frente al tema. Las dos revisiones sistemáticas relevadas ambas realizadas sobre la producción de Brasil, coinciden en afirmar que los profesionales manifiestan un bajo nivel de conocimiento de las normas vigentes para la realización de abortos en circunstancias específicas aunque disponen de niveles satisfactorios de información general sobre el marco legal. (Barbosa Cacique, Passini Junior, Duarte Osis, Adreazzi, 2010).

Un estudio en cual se propuso analizar las prácticas y opiniones de ginecobstetras sobre la provisión de servicios de aborto en casos de violación. La mayoría de los médicos expresaron requerir informes de la policía o

autorización judicial para garantizar la atención solicitada, lo cual no se condice con lo que establece la norma nacional. Los datos sugieren que el acceso de las mujeres al aborto legal está siendo bloqueado entre otros factores por esta barrera, a pesar de lo que establece la ley.

Las dificultades se producen principalmente, debido a la exigencia de que las mujeres aporten documentos médicos o judiciales para verificar la violación, los cuales no son requeridos legalmente. Un estudio realizado en México sobre conocimiento y aceptación de los médicos respecto del aborto legal por causal de violación, arrojó resultados similares. Los resultados del estudio mostraron que el conocimiento de la legislación y los aspectos técnicos favorecen la aceptación de la práctica del aborto, aunque se observaron actitudes de rechazo hacia las mujeres. (Silva, Billings, García, Lara, 2009) citado por (Diniz, Madeiro, Rosas, 2014)

La información que disponen los profesionales sobre los aspectos legales y su influencia en las prácticas y actitudes, ha sido explorada en estudios realizados en México. Se mostró que carecían de conocimiento adecuado sobre el marco legal, así como sobre el uso de protocolos de atención efectivos, lo cual incidía en la calidad de la atención. La falta de conocimiento de la legislación sobre el aborto que mostraron los profesionales de otro estudio, es reconocida como una barrera para que las mujeres accedan a los servicios, aun cuando la ley lo permita. Según los autores es impostergable que a la par de disponer de leyes menos restrictivas, se logre que los profesionales de la salud las conozcan y que estén dispuestos a recibir capacitación y entrenamiento para ofrecer los servicios.

Otro estudio mexicano, realizado en la Ciudad de México muestra que los profesionales, en particular enfermeras y trabajadoras sociales, consideraron justificable solicitar servicios de aborto solo en casos extremos, a pesar que el marco legal promueve el respeto y protección de la decisión de las mujeres. La objeción de conciencia prevaleció entre el personal de salud de ingreso reciente a los servicios, lo cual podría atribuirse al desconocimiento sobre los lineamientos legales y técnicos del programa de interrupción legal del embarazo. (García Núñez, Atienzo, Dayananda, Walker, 2013).

Los aspectos legales y técnicos del programa de interrupción legal del embarazo, varias opiniones desde la mirada de los profesionales del salud en la ciudad de México, en este estudio revela la experiencia o la falta de experticia en el asunto que se han presentaron durante todos estos años, el aumento de mortalidad en las mujeres que realizan esta actividad llegando al servicio en malas condiciones de salud.

Significados y opiniones sobre el aborto y su incidencia en las prácticas profesionales Varios estudios se focalizan en el estudio de las percepciones, significados y opiniones de los profesionales de la salud sobre aborto y sobre las mujeres que abortan, analizando su influencia en la atención que se brinda y en las resistencias a implementar las prestaciones de aborto legal en los países donde está disponible.

Un estudio realizado en dos hospitales públicos en Bahía (Brasil) indican que las prácticas clínicas de los médicos se ven afectadas por la criminalización del aborto y el miedo a ser denunciados, por el estigma social del aborto, debido a la falta de entrenamiento y formación adecuados y a las representaciones estereotipadas de género. Según este estudio, factores asociados a las creencias y valores religiosos, el malestar subjetivo que produce un acto asociado con la interrupción de la vida y el temor a la banalización del aborto y a su incremento en caso de ser legalizado, son barreras para la provisión de servicios. Mientras que los principales factores asociados con posturas liberales en relación con la legalización son la edad (los más jóvenes y los de mayor edad, se presentan más proclives), la experiencia profesional frente a situaciones de mortalidad materna por aborto y la experiencia previa con abortos legales. (De Zordo, 2012).

Los profesionales de la salud no estarían preparados para sostener emocionalmente a las mujeres en situación de aborto, siendo necesario que su capacitación no se limite a la formación técnico-académica.

Estudios realizados con trabajadores sociales y con enfermeras en Brasil, analizan la incidencia de la ambivalencia frente al aborto en la atención que se brinda, observando que se producen sentimientos de rechazo con las mujeres o

prácticas discriminatorias y predominantemente técnicas, ignorando los efectos de sus actitudes y exponiendo a las mujeres al riesgo de abortos inseguros.

En el caso de trabajadores sociales, se evidenciaron actitudes resistentes para garantizar el acceso a los servicios de aborto previstos en el Código Penal y más aún, para aquellos casos que no se enmarcan en la ley vigente. La calidad de la intervención profesional se ve afectada por la inseguridad y el desconocimiento de las normativas profesionales, por las características y valores de cada profesional, las creencias religiosas y las concepciones morales, y por las directrices de cada institución donde el profesional se desempeña.

En cuanto *al personal de enfermería*, las investigaciones coinciden en afirmar que predominan actitudes de rabia, discriminación, condena y prejuicios, hacia las mujeres que abortan. Se observa en las prácticas de este grupo profesional un abordaje tecnicista del cuidado, junto con significados que asocian el cuidado con una acción solidaria y no con un derecho humano. (Guerra Benute, Nonnenmacher, Yamamoto Nomura, Souza de Lucia, Zugaib, 2012).

En esta investigación se ha valorado las actitudes que presentan los profesionales de enfermería en la participación en el desempeño de sus actividades en la Interrupción Legal del Embarazo, mostrando actitud negativa a esta práctica o en ocasiones realizarlas de mala manera, durante su atención a mujeres que realizar un aborto legal por causas extremas. La opinión que más prevalece por los participantes por la Ley ILE en la investigación es realizada en caso de riesgo.

Opinión sobre la ley de ILE la mayoría de los participantes consideró que los servicios de aborto legal inciden en la disminución de la mortalidad materna por abortos sépticos o mal practicados, y facilitan el acceso a los servicios, principalmente a mujeres pobres. Cinco informaron tener una postura ambivalente respecto a la legislación; [aun cuando beneficia a las mujeres que desean interrumpir un embarazo] la mayoría de los entrevistados favoreció el aborto por causas "extremas", como violación, malformaciones congénitas y riesgos a la salud y la vida de la mujer. (Díaz-Olavarrieta, Craviotol, Villalobos, Deeb-Sossa, García, García, 2010)

"Vienen porque no les funcionó el método, otras porque ya no tienen dinero; muchas pacientes es por violación también, cada una tiene su razón por la cual viene y lo respeto." 30 años de edad, enfermera.

En Argentina, desde 1921 la legislación incluye causales de no punibilidad del aborto, cuando hay riesgo para la vida o la salud de la mujer, y cuando el embarazo es producto de violación. Sin embargo, la implementación ha sido prácticamente nula. En la última década se han dado cambios importantes, que generaron una mayor institucionalización de la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), en especial, a partir de un fallo de la Corte Suprema de Justicia del año 2012, conocido como "fallo FAL". (Ariza Navarrete & Ramón, 2018).

En 2018 se discutió en el parlamento una ley de despenalización y legalización de la ILE, que fue aprobada en la Cámara de Diputados y luego rechazada en el Senado. El trabajo incansable y sostenido, durante más de una década, de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito, y la histórica potencia del movimiento de mujeres, generaron una movilización social masiva sin precedentes en apoyo al aborto legal.

El Protocolo para la Atención de Personas con Derecho a la ILE, publicado por el Ministerio de Salud de la Nación, en 2015, establece "una visión integral de la salud como concepto que abarca las dimensiones físicas, mental-emocional y social". Si bien el protocolo es claro, las autoridades sanitarias y los servicios de salud en general lo ignoran o rechazan, y operan bajo una visión altamente restrictiva del concepto de riesgo para la salud, en términos puramente biomédicos y de riesgo grave e inminente; los elementos del orden psicosocial son rara vez tenidos en cuenta.

Por su parte, para la ILE por causal violación, el único requisito es la declaración jurada de la solicitante, en la que exprese que el embarazo ha sido producto de relaciones no consentidas; aunque los profesionales de la salud, muchas veces desconfían de la palabra de la solicitante y exigen una orden judicial. Todo esto genera un escenario altamente complejo y contradictorio, en el que la ILE es poco accesible.

Ley nacional n°24742. Congreso Argentino en Buenos Aires. 18 de Diciembre del 1996. Y, por el otro, por la existencia de una práctica arraigada en las áreas de bioética, mediante la cual se considera a la presencia de religiosos (laicos y sacerdotes) como parte de la costumbre y práctica diaria. En la Argentina la mayoría de los religiosos que participan de los comités se identifican como católicos. Su intervención toma particular relevancia en los casos en que las mujeres solicitan la interrupción de embarazos. En la Argentina no existe la interrupción voluntaria de embarazos sino que el Código Penal indica que:

El comité se reúne mensualmente y en ocasiones especiales cuando hay un dilema que requiere resolución urgente. Entre las consultas más frecuentes se destacan muchas que podrían agruparse en la categoría de "aborto no punible".

Sin embargo, en ningún momento mencionan la palabra "aborto", se refieren a "interrupción de gesta con fetos anencefálicos, embarazadas con cáncer, embarazadas con cardiopatías que requieren interrupción de embarazo, niñas violadas y embarazadas, paciente oncológica que durante el tratamiento con quimioterapia y radioterapia queda embarazada". Este comité analiza casos clínicos y también evalúa protocolos de investigación, centralizando así las dos funciones.

Los comités de hospitales públicos en este país están compuestos por profesionales de distintas disciplinas (ciencias sociales y de la salud) y agentes religiosos que son expertos en bioética. Su presencia en estos espacios no responde sólo a su interés por participar en estos ámbitos y cargar de contenido religioso a cuestiones de salud pública. Tanto los pioneros de la bioética, en sus textos, como los legisladores encargados de sancionar un marco normativo que regule la actividad de la bioética en general, han convocado a los agentes religiosos a participar de estos cuerpos colegiados de expertos que deciden sobre la vida y la muerte de los individuos en los hospitales públicos y comisiones gubernamentales (nacionales o provinciales).

Tanto jueces como legisladores dan legitimidad a sus decisiones recurriendo a la autoridad de una disciplina científica, en este caso la bioética, que en la Argentina tiene la particularidad de tener una de sus perspectivas, la bioética

personalista, ampliamente difundida en espacios públicos. En este proceso, además, la presión sobre la mujer es tan grande, que la hacen pensar que la vulneración a sus derechos (por el impedimento al aborto no punible) es producto de su decisión libre e informada.

En Argentina, el aborto está penado por ley en casi todas las circunstancias, con sólo un par de excepciones. Su regulación se establece en el Código Penal vigente desde 1921. El Código anterior (1887) estipulaba sanciones a la práctica de interrupción del embarazo en absolutamente todos los casos, castigando el acto con la pena de prisión. Entre un documento y el otro se presentaron varios proyectos de ley que, en todos los casos, condenaron el aborto, sin prever ningún tipo de excepción.

En 1919 se introdujeron algunas excepciones a la figura del aborto, tomándolas del Código Penal Suizo. Esto fue posible gracias a un proyecto presentado en 1917 que pasó por la Comisión del Senado. Es así como ciertas causales fueron admitidas dentro del actual Código Penal de la Nación.

Mientras en los artículos 85, 87 y 88 se enumeran las diferentes figuras del delito de aborto y sus correspondientes penas, en el 86 se establecen las causales por las que el aborto practicado por un profesional médico con el consentimiento de la mujer no será considerado punible:

ARTÍCULO 86. – Incurrirán en las penas establecidas en el artículo anterior y sufrirán, además, inhabilitación especial por doble tiempo que el de la condena, los médicos, cirujanos, parteras o farmacéuticos que abusaren de su ciencia o arte para causar el aborto o cooperaren a causarlo.

Si el embarazo proviene de una violación

Para acceder a la interrupción legal del embarazo es necesaria una consulta con un profesional de la salud, en un ámbito confidencial. El mismo evaluará el caso y certificará que la práctica se encuadra en alguna de estas tres causas. En el caso de una violación no es necesaria una denuncia policial.

En 2015, el Ministerio de Salud de la Nación publicó el Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (Protocolo ILE) con el fin de estandarizar prácticas y garantizar el acceso a este derecho. Allí se establecen los siguientes lineamientos:

No se necesita autorización judicial:

Una vez certificada la causa de la interrupción del embarazo por un profesional de la salud, no se necesita autorización judicial ni administrativa para acceder al aborto. Tampoco se puede retrasar innecesariamente el acceso al aborto. Deben eliminarse los requisitos que no estén médicamente indicados.

No se necesita denuncia policial o judicial:

En los casos de violación, solo se requiere una declaración jurada que deje constancia de que el embarazo es producto de una violación.

Las víctimas de violencia sexual:

Deben recibir en forma inmediata y expeditiva la asistencia adecuada para resguardar su salud e integridad física, psíquica, sexual y reproductiva en un contexto cómodo, seguro, privado, confiable y que evite la revictimización. Debe asegurarse la obtención y conservación de pruebas vinculadas con el delito, así como brindar asistencia psicológica y legal a la víctima

Tiene derecho a recibir información:

Los profesionales de la salud deben brindar a la persona gestante información oportuna, completa, comprensible y de calidad sobre las alternativas de atención y los distintos procedimientos disponibles para que pueda decidir sobre su cuerpo.

Tiene derecho a la privacidad y a la confidencialidad:

Se debe respetar la privacidad de la persona y garantizar la confidencialidad de la información que esta haya solicitado, su decisión y cualquier otro dato de su historia clínica.

Obligaciones del sistema de salud:

Las demoras innecesarias en la atención, el brindar información falsa o negarse a realizar la interrupción del embarazo constituyen actos que pueden ser sancionados administrativos, civil y/o penalmente.

Si un profesional es objetor de conciencia y, por sus creencias personales, se niega a realizar la interrupción del embarazo, está obligado a notificar su voluntad por escrito a las autoridades del establecimiento de salud en el que se desempeña y derivar adecuadamente a otro integrante del equipo de salud que garantice su realización. En caso de emergencia, el profesional objetor deberá realizar la interrupción del embarazo.

Deben articularse mecanismos que permitan resolver los desacuerdos que pudieran existir, entre el profesional interviniente y la paciente, respecto de la procedencia del aborto en caso que una mujer se presente con un aborto en transcurso o finalizado.

El acceso a la interrupción legal del embarazo en nuestro País está garantizado en el marco jurídico argentino por la Constitución Nacional y los Tratados de Derechos Humanos que se incorporaron en su reforma de 1994, así como en las recomendaciones de sus Comités de Seguimiento que se han ido emitiendo. También, por el Código Penal de la Nación de 1921 y por el Código Civil y Comercial de la Nación reformado en el año 2015.

El Fallo F.A.L / Medida Auto satisfactiva de la Corte Suprema de Justicia de la Nación del año 2012 orienta claramente el accionar de los equipos de salud y establece estándares para el acceso a la interrupción del embarazo. A su vez, la OMS, máximo organismo rector de política sanitaria a nivel global, actualiza periódicamente la guía de atención del aborto, estableciendo los mejores estándares clínicos y recomendaciones para su atención.

La Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSSyR) (2019) afirma que la interrupción del embarazo debe ser brindada bajo los mismos parámetros que

otras prestaciones del servicio de salud, es decir, respetando los estándares de calidad, accesibilidad, confidencialidad, competencia técnica, rango de opciones disponibles e información científica actualizada.

Todo el personal de los efectores de salud (incluyendo el administrativo y de seguridad) es responsable de garantizar y no obstruir el derecho a interrumpir un embarazo cuando este ponga en riesgo la vida o la salud de la persona o cuando sea producto de una violación. Los equipos de salud son los primeros responsables en garantizar el acceso a ILE (práctica también conocida como aborto no punible o ANP) y de prevenir y/o evitar peligros y daños a la integridad física y psíquica de quien acude al sistema de salud, ya sea que se trate del subsistema público, del de obras sociales o del privado

Debido a que la ILE es un acto realizado por el personal de salud, se ha presentado una controversia entre valores humanos y el principio ético de salvaguardar la vida.

La formación de valores profesionales, tienen a cumplir un compromiso con la sociedad o profesionales Humanizados, capaces de transformar la realidad, brindar soluciones adecuadas a cada situación, que consideren la realidad humana misma.

Los valores cumplen con la misión; formar profesionales de enfermería humanistas, con capacidad innovadora, regidos por el pensamiento crítico, que sean líderes en el cuidado profesional.

El profesional de enfermería en su cuidado debe estar influenciado por sus valores que deben estar constituido por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad, ayudando a la persona a hallar el significado de enfermedad, sufrimiento y existencia, contribuyendo en la adquisición de autocontrol y autocuidado. (Díaz Flores, Castro Ricalde, Cuevas Jaimes, 2012)

La ética de la enfermería estudia las razones de los comportamientos en la práctica de la profesión, los principios que regulan dichas conductas, las motivaciones y los valores del ejercicio profesional, así como los cambios y las

transformaciones a través del tiempo. Dentro de sus deberes fundamentales con los enfermos está el compromiso moral de preservar la vida humana, ya que la reflexión ética se basa en el respeto a dos principios fundamentales: la vida y la autodeterminación de la persona. Los cuatro principios fundamentales de la enfermería son (Mora Guillart, 2015)

- Promover la salud.
- Prevenir las enfermedades.
- Restaurar la salud.
- Aliviar el sufrimiento.

El ejercicio profesional del equipo multidisciplinario, que atiende de manera directa o indirecta los asuntos de salud individual, familiar o comunitaria, debe estar marcado por el respeto y cumplimiento de los valores humanos universales y los principios éticos de la práctica médica, con libertad y responsabilidad. El trato digno es una dimensión de los principios éticos de una atención con calidad y se define abarcando los siguientes rubros:

- El respeto a los derechos humanos y a las características de la persona.
- La información completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente, o por quien sea responsable de ella.
- Interés manifiesto en la persona, sus mensajes, sensaciones y sentimientos.
- Amabilidad en el trato.

La calidad de los servicios de enfermería se define como: "... la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable con el propósito de lograr la satisfacción de usuario y la del prestador del servicio".

Trato digno es el derecho de los usuarios a ser tratados como personas en toda la extensión de la palabra más que como pacientes debido a la relación asimétrica que la enfermedad o incapacidad puede establecer e involucra el derecho de libertad de movimientos, a la privacidad e intimidad por el personal médico y áreas afines del sistema de salud.

El personal de enfermería tiene la obligación, de ante cualquier paciente, ofrecer un Trato Digno, es decir, el saludo amable de la enfermera hacia la paciente, la presentación del personal de salud, hablar a la paciente por su nombre, la explicación de actividades o procedimientos que se van a realizar, salvaguardar la intimidad de la paciente, el hacer sentir segura a la paciente, el tratarlo con respeto, brindar información acerca de los cuidados posteriores al procedimiento, no solo a la paciente si no al familiar responsable, y por último, la satisfacción de la paciente con respecto al trato de enfermería, son parámetros que nos ayudan a evaluar el Trato Digno.

En el otorgamiento de calidad de los servicios de la atención médica, el factor humano juega un papel fundamental al estar estrechamente relacionados con el trato personal, lo que impacta directamente el nivel de calidad con que se atiende a los usuarios. La calidad de la atención busca la manera de que produzcan el máximo de beneficios y el mínimo de riesgos para la salud del usuario.

La relación interpersonal no se mide exclusivamente por la comunicación verbal, también hace referencia al interés que se tiene por las personas, el cual se demuestra por la comodidad, privacidad y por el ambiente que se les proporciona en los diferentes lugares donde se presta la atención en salud.

En particular, evaluar el trato digno en mujeres que deciden una interrupción legal del embarazo, también ha despertado interés de saber cuántas ILE se practicaron en Jujuy en lo que va del año el período comprende de enero a abril. En 2018, se realizaron 356 interrupciones legales del embarazo en la provincia. Desde "Socorro Rosa Jujuy", en el mismo período, 100 mujeres pidieron asesoramiento y acompañamiento. (Juárez M. 31 de mayo 2019. Recuperado Diario "El Tribuno").

Tras la nueva presentación del proyecto para la legalización del aborto, la cifra de mujeres que mueren por la falta de asistencia médica sigue siendo un misterio. Aún existe poca información oficial sobre interrupciones de embarazo. En Jujuy, la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, realizó un registro que revela que en lo que va del año se realizaron 200 interrupciones legales del embarazo (ILE).

Díaz (2020), médica y docente feminista, integrante de "Socorro Rosa Jujuy" y miembro de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir habló de la realidad que atraviesan las mujeres y personas gestantes en la provincia y dio a conocer las cifras que registran las organizaciones respecto a la temática.

"Las mujeres de Jujuy abortamos, aún frente a la desaprobación social y el estigma que implica; abortamos en los Valles, en el Ramal, en la Quebrada y en la Puna, las blancas, las indígenas, las religiosas y no religiosas", afirmó Luz Díaz.

La Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir es una organización que se extiende a nivel nacional y trabaja con mujeres y personas con capacidad de gestar, en distintos momentos de su vida y acompaña a todas las personas que decidan interrumpir sus embarazos a lo largo del proceso.

Díaz explicó que la red está integrada por 12 consejerías de salud sexual y reproductiva que funcionan en toda la provincia junto a "Socorristas en Red".

Según la organización, durante 2018, se realizaron 356 ILE en toda la provincia y los grupos etarios van desde menores de 15 años hasta mayores de 40.

En el año 2017, según varias fuentes consultadas en el sector de salud pública, (aun sabiendo del subregistro), se realizaron 154 ILE.

"En lo que va de 2019, el período que comprende enero hasta abril, ya se realizaron 200 ILE", afirmó Luz Díaz.

"Socorro Rosa Jujuy" es una organización que trabaja brindando asesoramiento y contención a mujeres que necesitan acceder a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) y lo hacen a través de un acompañamiento general antes y después del aborto.

Por eso el personal del establecimiento de salud brinda a cada persona, desde el momento en que llega hasta que es dada de alta y por ende en su recuperación y en el auto cuidado posterior. Los profesionales de la salud deben tener en cuenta que ciertas actitudes mejoran las condiciones de la atención. (Franco, 2020).

La actitud ha sido definida bajo una gran gama de conceptos. Indudablemente que este es un tema de los más estudiados en el campo de las ciencias humanas, lo que explica la heterogeneidad de definiciones que se puede encontrar.

"La actitud es la disposición permanente del sujeto para reaccionar ante determinados valores" (Marín, 1976:69) citado por (Yachas, Jiménez, 2017 p.35)

"El concepto de actitud denota la suma total de inclinaciones y sentimientos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de un individuo acerca de cualquier asunto específico" (Thurstone en Summers, 1976, p.158) citado por (Yachas, Jiménez, 2017 p.35)

"...el término actitud hace referencia a un sentimiento general, permanente positivo o negativo, hacia alguna persona, objeto o problema" (Petty y Cacioppo, 1981) citado por (León y otros, 1998, p.118)

"Las actitudes son las disposiciones según las cuales el hombre queda bien o mal dispuesto hacia sí mismo y hacia otro ser...son las formas que tenemos de reaccionar ante los valores. Predisposiciones estables a valorar de una forma y actuar en consecuencia. En fin, son el resultado de la influencia de los valores en nosotros" (Alcántara, 1988) citado por (Yachas, Jiménez, 2017 p.35)

Prat y Soler (2003) citado por (Didier Gaviria Cortes, Castejón Oliva 2015), refieren que se utiliza el término de actitud para hacer referencia a un pensamiento o un sentimiento positivo o negativo que tiene una persona hacia los objetos, hacia las situaciones o hacia otras personas; refiere que está relacionado con los sentimientos y las formas de actuar ante hecho o situaciones determinadas.

Por su parte Morales (2006), citado en Villalobos, (2011) distingue dos tipos de teorías sobre las actitudes, la teoría del aprendizaje y la teoría de la consistencia cognitiva: la primera de ellas, se basa en que cuando se aprende se reciben nuevos conocimientos de los cuales se intenta desarrollar ideas, sentimientos y conductas asociadas a estos aprendizajes. El aprendizaje de estas actitudes puede ser reforzado mediante experiencias agradables. Así mismo, la teoría de la consistencia cognitiva, consiste en el aprendizaje de nuevas actitudes relacionando la nueva información con alguna otra información que ya se conocía, así se trata de desarrollar ideas o actitudes compatibles entre sí.

Las actitudes son adquiridas y aprendidas a lo largo de la vida y adquieren una dirección hacia un determinado fin. Esto lo diferencia de caracteres biológicos, como el sueño o el hambre.

La actitud se conforma de tres componentes esenciales:

- **Elemento conductual.** En primer lugar, este elemento refiere al modo en que son expresados las emociones o pensamientos.
- **Elemento emocional.** En segundo lugar, este elemento refiere a los sentimientos que cada persona tiene.
- **Elemento cognitivo.** Por último, este elemento hace referencia a lo que el individuo piensa (Raffino, 2020).

Las actitudes pueden ser de distintos tipos:

Estas son influidas por diversas causas, como relaciones, creencias y experiencias que hayan sido vividas a lo largo de la existencia de cada persona. Estas variantes impulsan a los individuos a actuar de distintas formas ante situaciones muy similares.

Es por ello que es común oír términos como actitud positiva o actitud negativa, lo cual puede determinar el éxito o fracaso de lo que se intente realizar. Por otro lado especialistas han realizado ciertas clasificaciones determinando los tipos de actitudes en: (Raffino, 2020).

- **Actitud egoísta.** Las personas que actúan con este tipo de actitudes se caracterizan por interesarse en conseguir satisfacer sus propias necesidades sin interesarse en las necesidades ajenas. En este caso se utiliza cualquier medio, incluso las otras personas pueden resultar un medio para alcanzar lo deseado.
- **Actitud manipuladora.** Los individuos que poseen estas actitudes suelen tener características en común al caso anterior, a diferencia que realmente utilizan a los demás como el instrumento para alcanzar satisfacer sus propias necesidades, es decir que efectivamente utilizan a otras personas como herramientas.
- **Actitud altruista.** Las personas que adoptan este tipo de actitudes resultan completamente opuestas a los dos casos mencionados anteriormente ya que no se interesan por el beneficio propio, si no en el de los demás. Las otras personas no son utilizadas como un medio o herramienta si no que son entendidas como fines en sí mismos. Las personas con actitud altruista suelen ser comprensivas y atentas.
- **Actitud emocional.** Las personas que adquieren actitudes de este tipo suelen interesarse en los sentimientos y estado emocional de las otras personas. Al igual que el caso anterior no buscan satisfacer de manera exclusiva sus necesidades si no que son considerados con los demás. Muchas veces estas personas son afectivas y sensibles para con los demás.

La actitud que exponen los individuos ante su entorno y el medio social en el que se encuentran integrados, en más de una ocasión, pueden reflejar diferentes funciones según el resultado que se quiera alcanzar.

De esta manera, un sujeto que adopta una actitud cautelosa tiene como objetivo cumplir con sus tareas de manera segura y procurando disminuir el margen de error al mínimo posible. Las diferentes actitudes que un sujeto exponga determinarán el sentido de predisposición con el que éste querrá actuar.

Muchos especialistas afirman que la actitud adopta un grado de importancia considerablemente elevado dentro de un grupo o incluso una sociedad. No

obstante, el rol que cumple la actitud de un individuo puede diferenciarse en positiva o negativa. (Raffino, 2020).

Mientras que exista una actitud positiva en la mayoría de los integrantes de un grupo, el mismo podrá decirse que posee tendencias de evolución y adaptación efectivas, puesto a que la predisposición de cada individuo es positiva. Cuando un grupo se encuentra con integrantes que emanan actitudes negativas, el rumbo del grupo se consolidará como involutivo y las posibilidades de fracaso serán más altas.

La obtención de las actitudes de ninguna manera es innata, sino que contrariamente el ser humano es quien las adquiere y adopta en función de las experiencias vividas.

En este sentido, es correcto decir que una actitud es adquirida por la experiencia activa con algo en específico, tal como lo puede ser un objeto, un suceso, una persona, etcétera. También el resultado provocado como respuesta a un estímulo, generado por agentes externos, es un medio por el cual se obtienen las actitudes.

A su vez las actitudes presentan ciertas características, completamente reconocibles:

- Las actitudes están predispuestas al cambio espontáneo y a una flexibilidad innata.
- Las actitudes son el principal motor de influencia en relación a las respuestas frente a estímulos y a las conductas adoptadas
- Pueden responder a múltiples situaciones, por lo tanto se dice que son transferibles.
- Las actitudes se adquieren con la experiencia y la obtención de conocimientos en cada suceso que compone la vida de un individuo. De esta manera, las actitudes influyen en las distintas conductas que el sujeto adopte.

El psicólogo social, Rodríguez Aroldo (2013), remarca que la actitud se encuentra compuesta por diferentes elementos esenciales:

- **Elemento cognitivo.** La propia existencia de una actitud se encuentra complementada conjuntamente con la existencia de un esquema cognoscitivo que el propio sujeto recrea. Dicho esquema se encuentra conformado por la percepción que puede captarse sobre el objeto en cuestión, junto con las creencias y datos que se tienen previamente del mismo. Este elemento puede ser entendido también como modelo actitudinal de expectativa por valor. Los estudios realizados por (Fishbein y Ajzen , 2012, p.10) afirman en base a esto que cualquier objeto del cual no se posee ningún tipo de dato o información, nunca podrá entonces generar una actitud en el individuo.
- **Elemento conductual.** Según (Rodríguez Aroldo, 2012 p.10), el elemento conductual es aquel que en todo momento se encuentra activo. Además, lo define como la corriente actitudinal que se produce al reaccionar frente a un objeto de una forma específica.
- **Elemento afectivo.** A diferencia del conductual, el elemento afectivo se compone por los sentimientos expuestos, sean positivos o negativos, frente a un objeto social. También representa el punto de comparación existente entre las creencias y las opiniones, caracterizadas siempre por su lado cognoscitivo.

En relación a si las actitudes pueden cambiarse (Yachas y Jiménez, 2017,p. 48) establecen ...dado que las actitudes son adquiridas, se aprenden y pueden ser modificadas o cambiadas. Distintos autores han señalado técnicas y métodos que contribuyen a generar cambios en las actitudes. Muchas de estas pueden agruparse, según su naturaleza, en categorías definidas por aspectos claves como la motivación, las necesidades, la autoevaluación, el compromiso, el autoinstrucción, la libre elección, el diálogo, la realización de valores, la elevación del nivel de aspiraciones valórales, entre otras.

Todas estas técnicas se fundamentan en la concepción de las actitudes como la integración de componentes cognitivos, afectivos y conativos, por lo que

plantean, que el cambio que se registre en uno de estos componentes afecta a la globalidad de la estructura de la actitud.

La tentativa de influir en las actitudes con la pretensión de cambiarlas, se ha convertido en un objetivo rutinario en el campo de la Psicología Social. Dos enfoques han establecido los principios que explican y estructuran las teorías en torno a tal pretensión: la Teoría de la Persuasión y la Teoría de la Disonancia Cognitiva (Yachas y Jiménez, 2017)

En tal sentido la *Teoría de la Persuasión* como orientadora de los cambios de actitud, bien puede circunscribirse en la tendencia que otorga a las actitudes y sus componentes cierto nivel de predictibilidad sobre nuestras acciones y conducta. Los principios de esta teoría se orientan al estudio y comprensión de la "dinámica de los mensajes persuasivos" y su fundamento principal sostiene que "para que un mensaje persuasivo cambie la actitud y la conducta tiene que cambiar previamente los pensamientos o las creencias del receptor del mensaje" (Moya en Morales 1999; 216) citado por (Yachas y Jiménez, 2017, p.48)

Uno de los aspectos importantes de esta teoría es la consideración de la persuasión como una serie de etapas o pasos que progresivamente va atravesando la persona en la cual se desea generar un cambio de actitud. Desde esta perspectiva la información, el conocimiento, el mensaje, juegan un papel primordial y la eficacia de su poder de persuasión está mediada por una serie de "elementos claves" involucrados en la comunicación y en el procesamiento de la información

En cuanto a la teoría de *Disonancia Cognitiva y cambio de actitud*. Generar cambios en las actitudes de las personas no siempre es tarea sencilla, "... en muchos casos es posible cambiar primero la conducta y luego obtener el cambio de actitud" (Morris, 1997) citado por (Yachas y Jiménez, 2017).

Así, el reforzamiento de conductas distintas (nuevas) o el sometimiento de las personas a nivel conductual representan una técnica interesante para generar cambios actitudinales que puede ser explicada por la Teoría de la Disonancia

Cognitiva de León Festinger (1957). Esta tendencia se corresponde con aquella que considera la realización de conductas y acciones, como determinantes o influyentes de nuestras actitudes.

Cotidianamente nos vemos en situaciones en las cuales debemos realizar conductas con las que no estamos completamente de acuerdo, es decir, que no coincide nuestra actitud. Ante tales circunstancias, experimentamos discrepancias que generan incomodidad psicológica que bien podría ser resuelta cambiando la conducta para hacerla más consistente con la actitud. Sin embargo, en ocasiones "no podemos" o "no queremos" cambiarla, por lo que la única salida sería "el cambio de actitud"(Yachas y Jiménez, 2017, p.56).

La Teoría de la Disonancia Cognitiva plantea que el tener dos cogniciones (ideas, creencias, conocimientos) contradictorias de un mismo objeto, situación, persona, etc.; genera una tensión psicológica desagradable, que impulsa al individuo a buscar una forma para disminuir o resolver dicha disonancia. Eiser (1989) expone que según esta teoría, "...cualquier decisión entre cursos alternativos de la acción llevará a un estado de tensión psicológica o <disonancia>

DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE DE ESTUDIO

Los autores se posicionan en la teoría de Morales (2006), citado en Villalobos, (2011), Rodríguez Aroldo (2013), Ministerio de Salud de la República Argentina (2009) Ley 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, y el Protocolo para Atención Integral de las personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (2019) Secretaria de salud. Para determinar la variable ***“actitudes de los profesionales frente a la Interrupción legal del embarazo (ILE)”***

Se entiende que las actitudes profesionales frente a la ILE, como tendencias a actuar de un determinados modo de forma favorable o desfavorable ante la mujer, dentro de un contexto social y temporal.

La actitud, es definida como la manifestación de un estado de ánimo o bien como una tendencia a actuar de un modo determinado. *No pueden ser consideradas como cuestiones particulares, sino que más bien deben ser entendidos dentro de un contexto social y temporal.*

Orientan los actos si las influencias externas sobre lo que se dice o hace tienen una mínima incidencia. También los orientan si la actitud tiene una relación específica con la conducta, a pesar de lo cual la evidencia confirma que, a veces, el proceso acostumbra a ser inverso y los actos no se corresponden, se experimenta una tensión en la que se denomina disonancia cognitiva.

Las actitudes, *constituyen fenómenos de carácter psicosocial de un alto nivel de complejidad, en los que se entrelazan los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales. Art.Actitud 2020*

Las dimensiones de la variable en estudio serán:

- ✓ *Actitud de los profesionales **ante los alcances de la ley**, permitiendo conocer los derechos y obligaciones como profesional, limitándose en la actividad laboral, se medirá en:*
 - El profesional enfermero conoce y comparte los principios de la ley 26.529
 - La vida está por encima del derecho a decidir de la mujer.
 - El deber moral es prioritario ante la ley 26.529
 - La ley genera sentimientos encontrados.
 - La ley me es indiferente.

- ✓ *Actitud de los profesionales **ante el procedimiento y cuidados**, una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, reestablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente. Se medirá en;*

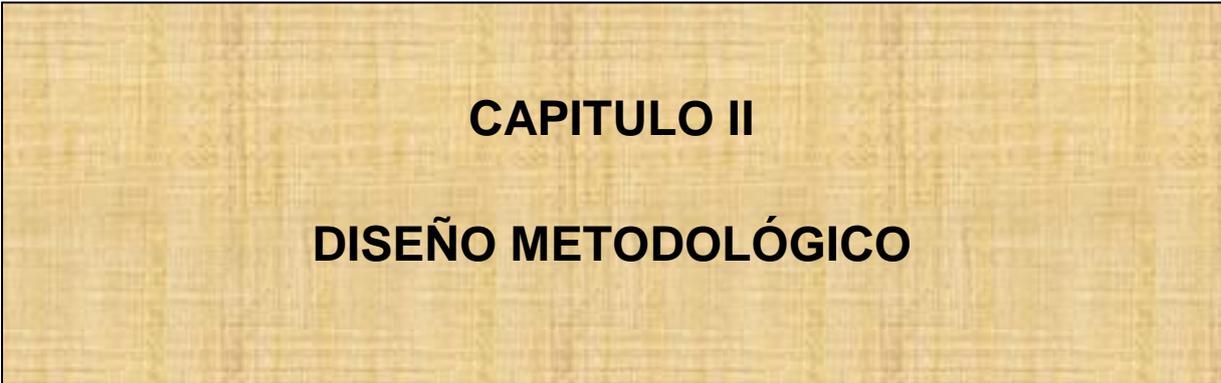
- La mujer tiene derecho a decidir por su cuerpo.
 - Se debe realizar Acompañamiento y asesoramiento enfermero.
 - La enfermera como defensora de la vida
 - Autonomía en la toma de decisiones de la mujer.
 - Enfermería como compañera y defensora de la mujer.
 - El enfermero dirige los cuidados.
 - Privacidad durante todo el proceso y la reserva de la información aportada.
 - Información basada en consideraciones personales, religiosas o axiológicas de los/as profesionales enfermeros.
 - Existen actividades más relevantes, que el cuidado de la mujer.
 - El equipo de salud debe conocer la información aportada por la mujer.
 - El procedimiento de ILE, me genera angustia.
- ✓ *Actitud de los profesionales **ante el derecho de decidir de la mujer**, un derecho que se fundamenta en un principio ético: el del respeto a la autonomía y capacidad moral de las mujeres para formular y emitir sus propios juicios, tomar sus decisiones y actuar sobre los distintos dilemas de la vida, entre los que la maternidad es uno de los más íntimos y personales. Por tanto, lejos de ser una fórmula a la que recurrir en discursos que buscan la corrección política desde posiciones progresistas, o un concepto abstracto, vacío de contenido, tiene que ver con la vida concreta, presente y futura, de cada mujer, se medirá en:*
- Disposición para cuidar desde la confianza.
 - Prioridad en los cuidados biológicos.
 - La decisión de la mujer afecta a un ser indefenso.
 - Satisfacción en cuidados procedimentales.
 - Respeto por la decisión de la mujer.
 - Satisfacción en ayudar a que la mujer exprese sus sentimientos.
 - Me es indiferente lo que opine la mujer.

OBJETIVO GENERAL

Conocer cuáles son las actitudes profesionales frente a la interrupción legal del embarazo (ILE) de los enfermeros del servicio de puerperio del Hospital Materno Infantil de San Salvador de Jujuy, Julio – Diciembre del 2021.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar cuáles son las actitudes de los enfermeros frente a la interrupción legal del embarazo (ILE)
- Identificar las actitudes de los enfermeros ante el procedimiento y cuidados frente a la interrupción legal del embarazo (ILE)
- Identificar las actitudes de los enfermeros ante el derecho de decidir de las mujeres frente a la interrupción legal del embarazo (ILE)
- Establecer qué tipo de actitud profesional frente a la ILE prevalece en los enfermeros del servicio de puerperio.



CAPITULO II
DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

En cuanto al tipo de estudio el presente proyecto de investigación será Cuantitativo de acuerdo al problema detallado, la justificación planteada y los objetivos propuestos, será presentado mediante un estudio Descriptivo según el aporte de los fenómenos sometidos análisis y alcance de los resultados que permitirá conocer las actitudes del personal enfermero frente a la ILE en los servicios de Puerperio y Alto Riesgo del Hospital Materno Infantil Dr. Héctor Quintana.

Es de tipo transversal porque tomará a la población en un momento, tiempo y lugar determinado.

A su vez es de tipo prospectivo, donde ira registrando la información a medida que iban ocurriendo los fenómenos.

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
ACTITUDES PROFESIONALES FRENTE A LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO(ILE)	<i>Actitudes ante los alcances de la Ley</i>	1. Conozco y comparto los principios de la ley 26.529.
		2. Considero que La vida está por encima del derecho a decidir de la mujer.
		3. El deber moral es prioritario ante la ley 26.529.
		4. La ley me genera sentimientos encontrados.
		5. La ley puede establecer algo, pero en la práctica cuido desde mi criterio.
	<i>Actitudes ante procedimiento y cuidados</i>	6. Creo que La mujer tiene derecho a decidir por su cuerpo.
		7. Se debe realizar Acompañamiento y asesoramiento enfermero en toda situación.
		8. Asumo que como enfermera soy defensora de la vida.
		9. Es prioritario la Autonomía en la toma de decisiones de la mujer.
		10. El rol de Enfermería es como compañera y defensora de la mujer.
		11. Como enfermero dirijo los cuidados.
		12. Brindo Privacidad durante todo el proceso y reservo la información aportada por la mujer.
		13. Actuó según mis consideraciones personales, y religiosas.

		14. En mi quehacer diario existen actividades más relevantes, que el cuidado de la mujer.
		15. El procedimiento de ILE, me genera angustia.
		16. El equipo de salud debe conocer la información aportada por la mujer.
	<i>Actitudes ante el derecho de decidir de la mujer.</i>	17. Cuido desde la confianza.
		18. Mi Prioridad son los cuidados biológicos.
		19. Considero que La decisión de la mujer afecta a un ser indefenso.
		20. Encuentro mayor Satisfacción en cuidados procedimentales.
		21. La decisión de la mujer no debe cuestionarse.
		22. Satisfacción en ayudar a que la mujer exprese sus sentimientos.
		23. Me es indiferente lo que opine la mujer.

POBLACION Y MUESTRA

La población será de 49 enfermeros profesionales de ambos sexos sin límite de edad, que realizan tarea y desarrollan sus actividades, en el servicio Puerperio y Alto Riesgo del Hospital Materno- Infantil Dr. Héctor Quintana de San Salvador de Jujuy, Julio – Diciembre del 2021. Por lo cual no se trabajara con muestra. La fuente de información será primaria ya que los datos serán recolectados directamente a los sujetos de estudio.

Criterios de Inclusión:

- ❖ Enfermeras/os que se desempeñen en el Servicio de Puerperio y Alto Riesgo (en turno mañana, tarde, noche).
- ❖ Enfermeras/os que hablen idioma castellano.
- ❖ Enfermeras/os que quieran participar del estudio.

Criterios de Exclusión:

- ❖ Enfermeras/os que no se desempeñen en el Servicio de Puerperio y Alto Riesgo.
- ❖ Enfermeras/os que hablen otro idioma.
- ❖ Enfermeras/os que no quieran participar del estudio.

TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La Técnica de recolección de datos que se utilizará será el cuestionario auto administrado, y el instrumento una escala de Likert.

El método a utilizar para medir por escalas las variables que constituyen actitudes será el escalamiento tipo Likert o escala de Likert, la misma consiste en un conjunto de ítems presentada en forma de afirmaciones favorables o desfavorables. En ella se solicitará a las/os enfermeras/os participantes que externen su reacción eligiendo una de las cinco categorías de la escala.

El instrumento se llevará a cabo a través de la escala de Likert en relación a la variable en estudio, la misma estará constituida de 23 ítems de los cuales a la categoría **Actitudes profesionales ante los alcances de la ley** le corresponde 6 ítems, a la categoría **Actitudes profesionales ante procedimiento y cuidado** le corresponden 10 ítems, mientras que a la categoría **Actitudes profesionales ante el derecho de decidir de la mujer** le conciernen 7 ítems.

Las respuestas se calificarán de la siguiente forma: (5) totalmente de acuerdo, (4) de acuerdo, (3) indiferente/indeciso, (2) en desacuerdo, (1) totalmente en desacuerdo.

PLANES

1. Plan de Recolección de Datos:

La recolección de datos, será aplicado a enfermeras/os profesionales del servicio de Puerperio y Alto Riesgo del Hospital Materno – Infantil Dr. Héctor Quintana, durante el periodo Julio- Diciembre - 2021.

Luego de elaborar el instrumento, se procederá a recolectar la información mediante el siguiente proceso:

- Se realizará una nota de autorización dirigida a la jefa del Depto. de Enfermería del Hospital Materno- Infantil Dr. Héctor Quintana, a la jefa de servicio de Puerperio y la del sector Alta Riesgo, para que habilite la utilización del instrumento dentro de la institución (Ver anexo I-II)
- Se realizará un consentimiento informado de manera escrita para cada entrevistado (Ver anexo III)
- Instrumento de recolección: la implementación del mismo será estimadamente de 7 semanas la duración de la misma será aproximadamente de 10 a 20 minutos, previamente se acordará día y horario en el que se llevará acabo la misma (Ver anexo IV).

2. Plan de Procesamiento de Datos:

Para llevar a cabo el procesamiento de datos, los mismos se agruparán, ordenarán y controlarán con el fin de descartar errores humanos. Dichos datos obtenidos en la encuesta realizada serán plasmados en una tabla matriz desde el número 1 al 60, ello facilitará su análisis, interpretación y comprensión permitiendo de este modo arribar a conclusiones válidas, determinar frecuencias absolutas y relativas de las actitudes profesionales sobre la interrupción legal del embarazo (ILE).

Se empleará el programa Microsoft Office, Excel 2016, para el análisis de los datos.

Para ello se utilizará el método escala de Likert, la cual consta de proposiciones ante los cuales se solicita a las/os enfermeras/os que externen su reacción ante la interrupción legal del embarazo (ILE) eligiendo uno de los puntos o categorías de la escala.

A cada proposición del instrumento de recolección de datos, se le asignará un valor numérico y solo puede marcarse una respuesta. *Se considerará dato inválido si se marcan dos o más opciones.*

Teniendo en cuenta lo referido por Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2010), las direcciones de las afirmaciones pueden ser favorables o positivas ello califica favorablemente al objeto de actitud, en caso de ser desfavorable o negativa califica desfavorablemente al objeto de actitud.

Categorización de los datos:

Para su evaluación los índices estarán divididos en 2 categorías:

- Actitudes **favorables** hacia la ILE: índice de subescala: 1,4,6,7,9,10,12,16,17,21.

Las afirmaciones serán valoradas de la siguiente forma:

- a) Totalmente de acuerdo: 5 puntos
- b) De acuerdo: 4 puntos
- c) Indiferente/indeciso: 3 Puntos
- d) En desacuerdo: 2 puntos
- e) Totalmente en desacuerdo: 1 punto

- Actitudes **desfavorables** hacia la ILE: índice de subescala 2,3,5,8,11,13,14,15,18,19,20,23.

Las afirmaciones serán valoradas de la siguiente forma:

- a) Totalmente de acuerdo: 1 punto
- b) De acuerdo: 2 puntos
- c) Indiferente/ indeciso: 3 puntos
- d) En desacuerdo: 4 puntos
- e) Totalmente en desacuerdo: 5 puntos

En las escalas de Likert a veces se califica el promedio resultante en la escala mediante la sencilla fórmula PT/NT (donde PT es la puntuación total en la escala y NT es el número de afirmaciones) y entonces una puntuación se analiza en el continuo 1-5 de la siguiente manera (Sampieri, 2003, p.374)



3. Plan de Presentación de datos.

Los datos recabados de las encuestas se presentarán a través de gráficos y tablas. Se empleará tabla para presentación de los datos sociodemográficos de las personas encuestadas, y una tabla por cada dimensión.

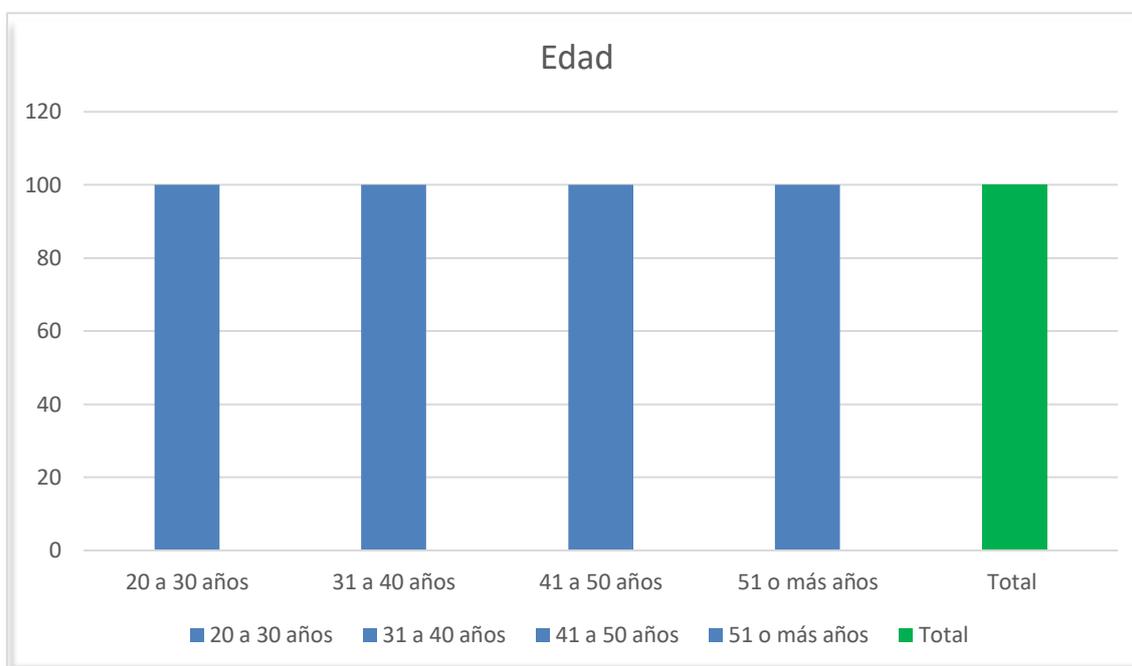
TABLA I:

Edad de las/os enfermeras/os que trabajan en el servicio de puerperio y alto riesgo del Hospital Materno Infantil Dr. Héctor Quintana de la Ciudad de San Salvador de Jujuy durante el periodo de Julio a Diciembre del año 2021.

Edad	Frecuencia	%	Total
20 a 30 años			
31 a 40 años			
41 a 50 años			
51 o más años			
Total			100%

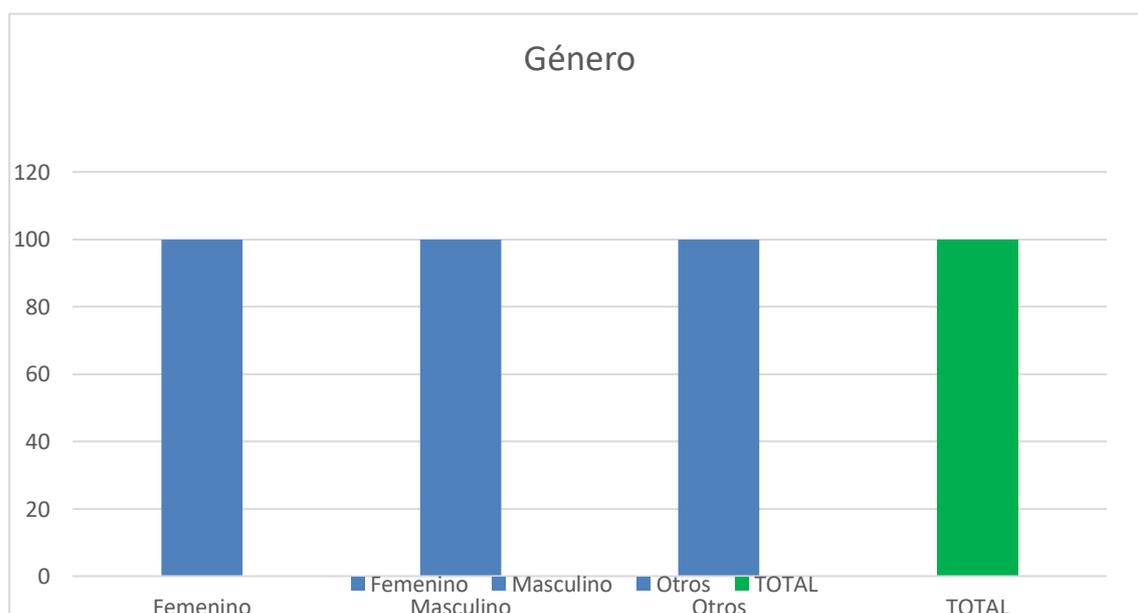
Fuente: Primaria -Escala de Likert.

Gráfico A: Edad de las/os enfermeras/os que trabajan en el servicio de puerperio y alto riesgo del Hospital Materno Infantil Dr. Héctor Quintana de la Ciudad de San Salvador de Jujuy durante el periodo de Julio a Diciembre del año 2021.



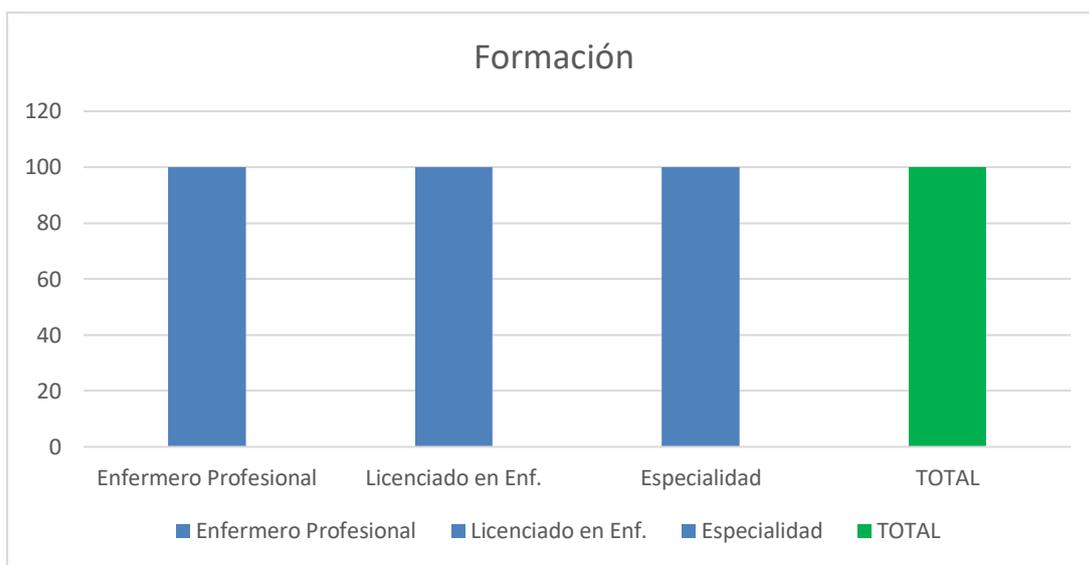
Fuente: Primaria -Escala de Likert.

Gráfico B: Género de las/os enfermeras/os que trabajan en el servicio de puerperio y alto riesgo del Hospital Materno Infantil Dr. Héctor Quintana de la Ciudad de San Salvador de Jujuy durante el periodo de Julio a Diciembre del año 2021.



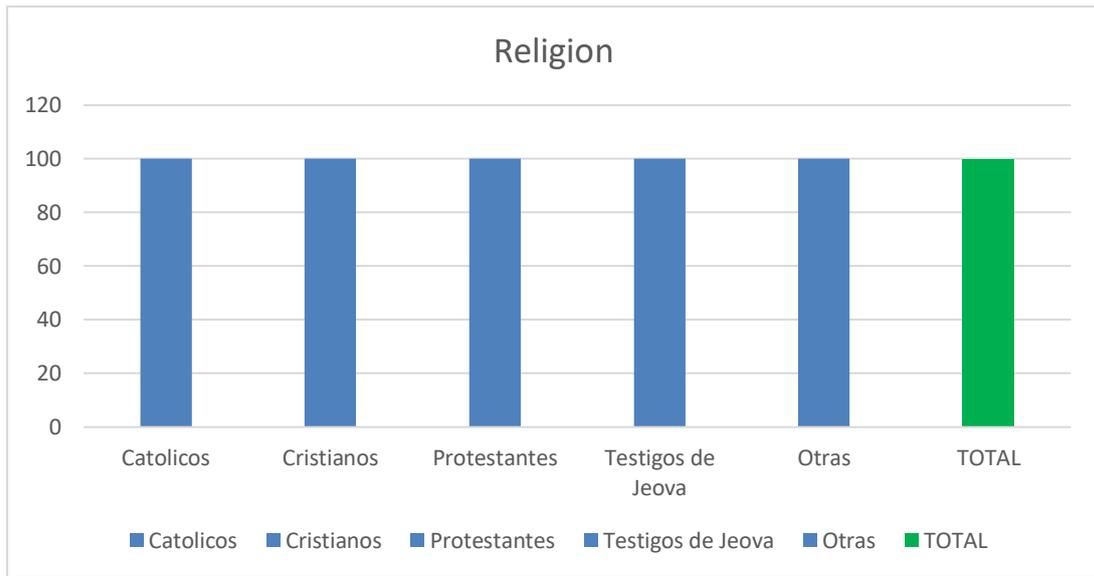
Fuente: Primaria -Escala de Likert.

Gráfico C: Nivel de formación de las/os enfermeras/os que trabajan en el servicio de puerperio y alto riesgo del Hospital Materno Infantil Dr. Héctor Quintana de la Ciudad de San Salvador de Jujuy durante el periodo de Julio a Diciembre del año 2021



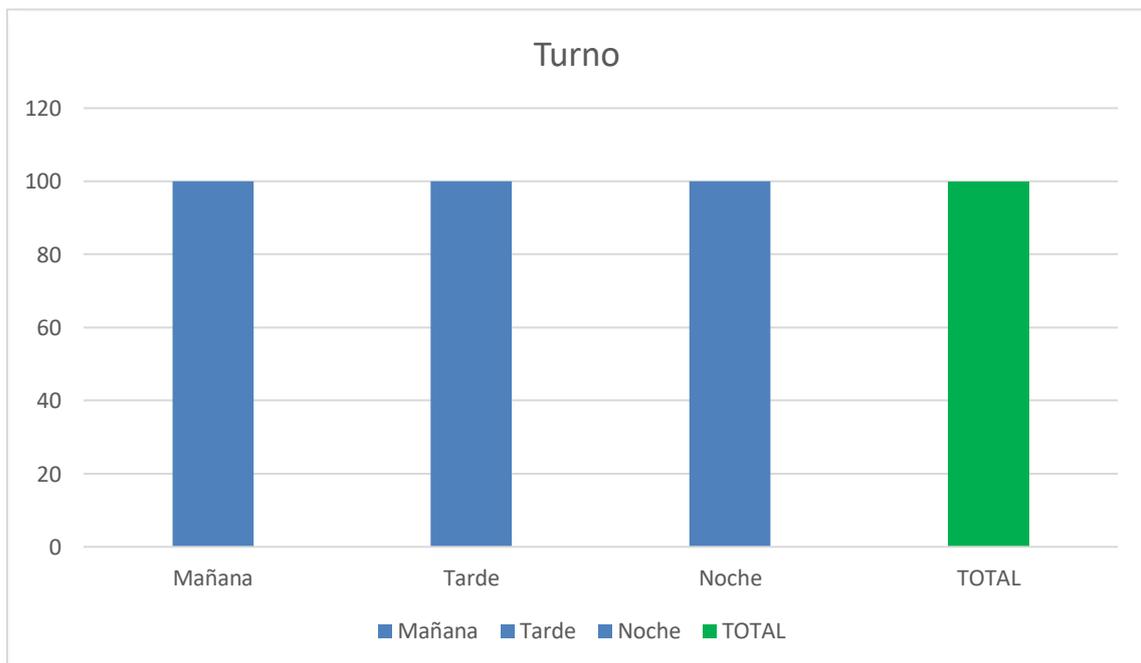
Fuente: Primaria -Escala de Likert.

Gráfico D: Religión de las/os enfermeras/os que trabajan en el servicio de puerperio y alto riesgo del Hospital Materno Infantil Dr. Héctor Quintana de la Ciudad de San Salvador de Jujuy durante el periodo de Julio a Diciembre del año 2021



Fuente: Primaria -Escala de Likert.

Gráfico E: Turno laboral de las/os enfermeras/os que trabajan en el servicio de puerperio y alto riesgo del Hospital Materno Infantil Dr. Héctor Quintana de la Ciudad de San Salvador de Jujuy durante el periodo de Julio a Diciembre del año 2021



Fuente: Primaria -Escala de Likert.

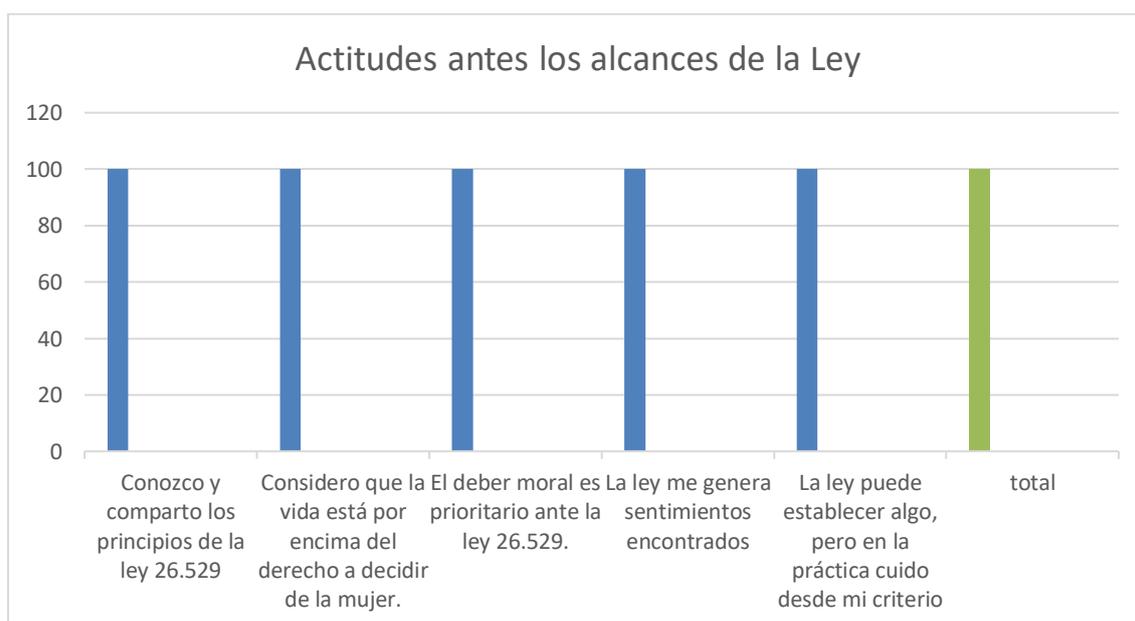
TABLA I:

Actitudes profesionales *ante los alcances de la ley* de las/os enfermeras/os del Hospital Materno Infantil Dr. Héctor Quintana de la Ciudad de San Salvador de Jujuy durante el periodo de Julio a Diciembre del año 2021.

Indicadores	Puntaje Total	Valor Mínimo	Valor Máximo	%	Total
Conozco y comparto los principios de la ley 26.529.					
Considero que la vida está por encima del derecho a decidir de la mujer.					
El deber moral es prioritario ante la ley 26.529.					
La ley me genera sentimientos encontrados					
La ley puede establecer algo, pero en la práctica cuido desde mi criterio.					

Fuente: Fuente: Primaria -Escala de Likert.

Gráfico D: Actitudes Profesionales ante los alcances de la ley de las /os enfermeras/ os



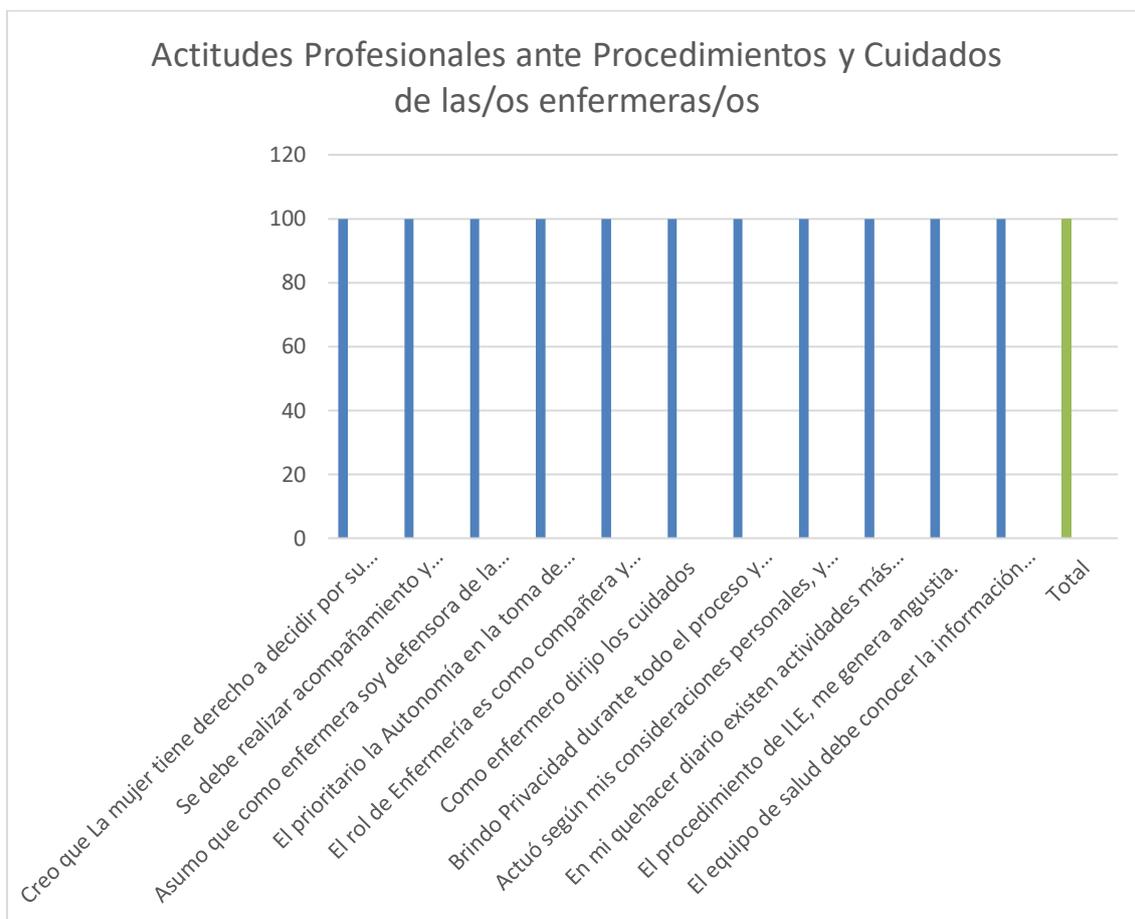
FUENTE: TABLA

TABLA II: Actitudes profesionales *ante procedimiento y cuidados* de las/os enfermeras/os del Hospital Materno Infantil Dr. Héctor Quintana de la Ciudad de San Salvador de Jujuy durante el periodo de Julio a Diciembre del año 2021.

Indicadores	Puntaje Total	Valor Mínimo	Valor Máximo	%	Total
Creo que La mujer tiene derecho a decidir por su cuerpo.					
Se debe realizar acompañamiento y asesoramiento enfermero en toda situación.					
Asumo que como enfermera soy defensora de la vida.					
El prioritario la Autonomía en la toma de decisiones de la mujer.					
El rol de Enfermería es como compañera y defensora de la mujer.					
Como enfermero dirijo los cuidados.					
Brindo Privacidad durante todo el proceso y reservo de la información aportada por la mujer					
Actuó según mis consideraciones personales, y religiosas.					
En mi quehacer diario existen actividades más relevantes, que el cuidado de la mujer.					
El procedimiento de ILE, me genera angustia.					
El equipo de salud debe conocer la información aportada por la mujer.					

Fuente: Primaria -Escala de Likert.

Gráfico E: Actitudes Profesionales ante Procedimientos y Cuidados de las/os enfermeras/os



FUENTE: TABLA 2

TABLA III: Actitudes profesionales *ante el derecho de decidir de la mujer* de las/os enfermeras/os del Hospital Materno Infantil Dr. Héctor Quintana de la Ciudad de San Salvador de Jujuy durante el periodo de Julio a Diciembre del año 2021.

Indicadores	Puntaje Total	Valor Mínimo	Valor Máximo	%	Total
Cuido desde la confianza.					
Mi prioridad son los cuidados biológicos.					
Considero que la decisión de la mujer afecta a un ser indefenso.					
Encuentro mayor Satisfacción en cuidados procedimentales.					

La decisión de la mujer no debe cuestionarse.					
Satisfacción en ayudar a que la mujer exprese sus sentimientos.					
Me es indiferente lo que opine la mujer.					

Fuente: Primaria -Escala de Likert.

GRAFICO F: Actitudes Profesionales ante el Derecho de decidir de la Mujer



Fuente: Primaria -Escala de Likert.

4. Análisis de datos

El análisis de los datos se realizará durante la última semana de Octubre y el mes de Noviembre, se aplicará la estadística descriptiva detenidamente, se organizara y comparara la información obtenida de las actitudes profesionales frente a la Interrupción Legal del Embarazo.

El programa informático para el análisis de los resultados será realizado en Microsoft Office Profesional Plus Excel-2019, y volcado en tabla matriz para su mejor comprensión.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Las actividades que se llevaran a cabo para realizar el proyecto Actitudes Profesionales frente a la interrupción legal del embarazo de los enfermeros del Hospital Materno Infantil Dr. Héctor Quintana de la Ciudad de San Salvador de Jujuy durante el periodo de Julio – Diciembre del año 2021.

GRAFICA DE GANTT

ACTIVIDADES	PERIODO 2021																							
	JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Revisión del Proyecto	X	X	X																					
Recolección de Datos				X	X	X	X	X	X	X														
Tratamiento de los Datos										X	X	X	X											
Análisis de los Datos														X	X	X	X							
Informe Final																		X	X	X	X	X		
Publicación																								X

X: equivale a una semana.

PRESUPUESTO

El presupuesto que a continuación se expone, tiene carácter estimativo, de manera que los valores consignados pueden ser modificados. El mismo refleja los recursos económicos con los que se debe contar para la realización del proyecto.

PRESUPUESTO ESTIMADO				
RUBRO		CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
RECURSO HUMANO	Diseñador	4	\$ 400,00	\$ 1.600,00
RECURSOS MATERIALES	Impresión de instrumento	200	\$ 2,00	\$ 400,00
	Libreta de anotación	1	\$ 40,00	\$ 40,00
	Lapiceras	6	\$ 12,00	\$ 72,00
	Carpeta colgante	2	\$ 60,00	\$ 120,00
	Persona que transcribe	1	\$ 600,00	\$ 600,00
	Impresión	4	\$ 130,00	\$ 520,00
VARIOS	Transporte (urbano)	30	\$ 55,00	\$ 1.650,00
	Viáticos (comida)	15	\$ 80,00	\$ 1.200,00
TOTAL			\$ 1.379,00	\$ 6.202,00

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Secord.1964, Fishbein y Ajzen, 1975 en Bolívar, 1995: 72, Cook y Selltiz, en Summers, 1976: 16, Marín, 1976:69, Thurstone en Summers, 1976:158 , Kidder y Campbell, en Summers, 1976: 13, Petty y Cacioppo, 1981 en León y otros, 1998:118, Alcántara, 1988: 9.

Andreazzi Duarte D, de Melo-Almeida MG. 2010. Conhecimento dos profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: uma revisão bibliográfica. Rev Baiana Saúde Pública [Internet]. 2010;34(2):279-287. Disponible en: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/34/34>

Acho, S., Camposano, D., y Canova, E. (2005). Aborto en adolescentes. Experiencia en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 51(2),

ADC/ Asociación por los derechos civiles (2014). Manual para el ejercicio, respeto y garantía del derecho al aborto no punible en Argentina. Junio de 2014. Disponible en <http://despenalizacion.org.ar/pdf/publicaciones/Manual-adc.pdf>

Alberdi Castell RM, Arriaga Piñeiro E, Zabala Blanco J. La ética del cuidado: una propuesta con futuro para las enfermeras y las empresas sanitarias. *Rev rol enferm* 2006; 29(3): 31-38.

ARIZA NAVARRETE, S. 2012. "Resistencias al acceso al aborto (no punible)". *Derecho Penal*. 2012. Vol. 1, no. 2, p. 23-36

ARIZA NAVARRETE, S. y RAMÓN MICHEL, A., 2018. *Objeción de conciencia institucional: problemas y una solución balanceada*. Buenos Aires: Equipo Latinoamericano de Justicia y Género, Red de Acceso al Aborto Seguro, Argentina, CEDES.

ARIZA NAVARRETE, Sonia & RAMÓN MICHEL, Agustina, 2018. *Objeción de conciencia institucional: problemas y una solución balanceada*. Buenos Aires: Equipo Latinoamericano de Justicia y Género, Red de Acceso al Aborto Seguro, Argentina, CEDES.

Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior 2006. Consolidación y avance de la Educación Superior en México: Temas cruciales de la agenda. México: ANUIES

Barbosa Cacique D, Passini Junior R, Martins Duarte Osis MJ. 2013. Opinions, knowledge, and attitudes of health professionals on induced abortion: a review of Brazilian studies (2001-2011). Saude soc. [Internet]. 2013;22(3):118-137. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n3/en_23.pdf.

Barrionuevo A. (s.f.). Debate sobre la despenalización y legalización del aborto. Campus Virtual. Universidad Nacional de Córdoba. Recuperado de: <https://www.unc.edu.ar/comunicacion/debate-sobre-la-despenalizacion-y-legalizacion-del-aborto>

Becker D, Díaz-Olavarrieta C, Juárez C, Garcia S, Sanhueza P, Harper C. Clients' perceptions of the quality of care in Mexico City's public-sector legal abortion program. Int Perspect Sex Reprod Health. 2011; 3 (4):191–201.

Bonilla Ballesteros AR. *Análisis comparativo de cinco teorías sobre el desarrollo moral*. Tesis doctoral. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2005.

BROWN, J. 2006. "Entre el silencio y el escándalo. El aborto como asunto de debate político en la Argentina". Seminario Internacional Fazendo Gênero, 2006, Florianópolis. Disponible en: http://www.fazendogenero.ufsc.br/7/artigos/J/Josefina_Brown_11.pdf .

Cabello Tarrés. B. & Botija Aguilera, E. 2017-2018. Universidad Autónoma de Madrid. Rol de la Enfermera En La Interrupción Voluntaria Del Embarazo.

Cambariere R. (2017). Que es del juramento hipocrático y que obligaciones determina. Recuperado de: <https://www.fundacionfavaloro.org/juramento-hipocratico-obligaciones-determina/>

Camejo, R. L. 2017. Modelo para el mejoramiento profesional pedagógico de los profesores de la ELAM en un enfoque sociocultural del proceso docente. [tesis

en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas]. La Habana, Cuba: Instituto Superior Pedagógico “Enrique José Varona”.

Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Seguro y Gratuito (s.f.). Reuperado de: <http://www.abortolegal.com.ar/>

Carabús, O., Freiria, J., Scaglia, A. (2004). Creatividad, actitudes y educación. Buenos Aires - Argentina: Biblos.

Carbajal, M. 2009. El aborto en debate. Buenos Aires: Paidós.

Cárdenas BL, Arana GB, Monroy RA, García HML. 2009. Cuidado Profesional de Enfermería. México: Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería, A.C.

Casas Castañe, M. (1999). Cambio de Actitudes en Contextos Interculturales. Modificación de Prejuicios. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales. Barcelona.

Casas Castañe, M. (1999). Cambio de Actitudes en Contextos Interculturales. Modificación de Prejuicios. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales. Barcelona. [Links]

Castillo R, González L. 2004. El aborto: problema fundamental de la bioética. Arch Med Fam. 2004;6(2):34-5.

Cazau, P. (2002). Operacionalización y Categorización de Variables. Galeón. Hispanista.com

Contreras X, Van Dijk M, Sánchez T, Sanhuesa P. 2015. Experiences and Opinions of Health-Care Professionals Regarding Legal Abortion in Mexico City: A Qualitative Study. Stud Fam Plann. 2011; 42(3):183–90.

corte suprema de justicia de la nación. A. L. s/ medida Autosatisfactiva., No. F. 259. XLVI. 2012. Disponible en: Disponible en: <http://www.cij.gov.ar/nota-8754-La->

[Corte-Suprema-preciso-el-alcance-del-aborto-no-punible-y-dijo-que-estos-casos-no-deben-ser-judicializados.html](http://www.corte-suprema-preciso-el-alcance-del-aborto-no-punible-y-dijo-que-estos-casos-no-deben-ser-judicializados.html) .

De Zordo S. 2012. Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistasobstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia. Cien Saude Colet [Internet]. 2012;17(7):1745-1754. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Díaz, L.y (2019). Debate por el aborto. Se practicaron 200 ILE en Jujuy en lo que va del año. Diario El Tribuno. Jujuy- Argentina.

Diaz-Olavarrieta C. 2011.El aborto inducido en México. La ciudad capital como una "isla de libertades". En: Dides C, Benavente C, Sáez I, eds. Dinámicas políticas sobre aborto en Latinoamérica: Estudio de casos. Chile: FLACSO.

Diniz D, Madeiro A, Rosas C. 2014. Conscientious objection, barriers, and abortion in the case of rape: A study among physicians in Brazil. Reprod Health Matters [Internet]. 2014;22(43):141-148. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080\(14\)43754-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080(14)43754-6).

Drovetta R. I. (2014). "Acciones feministas en las Líneas de Información Aborto Seguro (LIAS) en Latinoamérica y el Caribe". En Carosio Alba (comp.) Feminismos para un cambio civilizatorio. CLACSO, Fundación CELARG y Centro de Estudios de la Mujer: Caracas, 281-301. Disponible en:

<http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20140512054036/FeminismosParaUnCambioCivilizatorio.pdf>

Drovetta R. I. (2015). "Safe abortion information hotlines: an effective strategy for increasing women's access to safe abortions in Latin America". Reproductive Health Matters, 23, (2015):47-57. Disponible en: <http://doi.org/f8br57>.

Drovetta R. I. (2017). "Profesionales de la salud frente al estigma del aborto. Un obstáculo para otorgar información segura a las mujeres que buscan un aborto medicamentoso". Seminario Internacional sobre salud sexual y reproductiva de las mujeres. 28 de junio de 2017. Asunción, Paraguay. Inédita.

Economía feminista. (2019). Mapa de Adhesión al Protocolo de Aborto No Punible en la Argentina. Recuperado de: <http://economiafeminista.com/mapa-de-adhesion-al-protocolo-de-aborto-no-punible-en-la-argentina/>

Esquivel, J. Vaggione, J. M. 2012. Encuesta: Religión y Política. Creencias y actitudes religiosas de los diputados y senadores nacionales en Argentina Buenos Aires: CONICET.

Esquivel, Juan Cruz. "La preponderancia católica en la legislación nacional y provincial". Nueva Tierra, p. 56 - 60, octubre, 2010.

Faúdes, A. & Shah, Iqbal H. (2015). Evidencia que apoya un mayor acceso al aborto legal y seguro. International Journal of Gynecology and Obstetrics 131 S56-S59. Disponible en: <http://www.amada.org.ar/index.php/revista/numeroactual/28-revista/revista-n2-2016/113-evidencia-que-apoya-un-mayor-acceso-al-aborto-legal-y-seguro>

Faúdes, Aníbal y Shah, Iqbal H. (2015). Evidencia que apoya un mayor acceso al aborto legal y seguro. International Journal of Gynecology and Obstetrics 131 S56-S59. Disponible en: <http://www.amada.org.ar/index.php/revista/numeroactual/28-revista/revista-n2-2016/113-evidencia-que-apoya-un-mayor-acceso-al-aborto-legal-y-seguro>

Faúdes, A. (2016). "Reducción de la Mortalidad Materna Mediante la Prevención del Aborto Inseguro: La Experiencia del Uruguay". International Journal of Gynecology and Obstetrics. Volumen 134, suplemento 1.

Faúdes, A. y Barzelatto, J. 2011 El drama del aborto. En busca de un consenso. Paidós.

Ferrari, N. 2019. REDAAS- Red de Acceso al aborto Seguro de Argentina.

- Franco. F., 2020. Diario El tribuno de Jujuy, .Argentina.
- François CM. Promover la vida.1993. Madrid: McGRAW-HILL Interamericana de España, S.A.V.
- Garcia S, L. D, Goldman L. 2003. Conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos mexicanos sobre el aborto: Resultados de una encuesta nacional. Gac Med Mex. 2003;1 39(S1):S91–102.
- García-Núñez NN, Atienzo EE, Dayananda I, Walker D. Legislación, conocimientos y actitudes de profesionales médicos en relación al aborto en México. Salud Colectiva [Internet]. 2013 mayoagosto;9 (2):235-246. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v9n2/v9n2a08.pdf>.
- Gaviria Cortes, D. F., Castejón Oliva, F. J., 2015. Desarrollo De Valores Y Actitudes A Través De La Clase De Educación Física. Universidad de Antioquia. Antioquia. Colombia. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España. Movimiento Revista da Escola de Educacao Fisica da UFRGS.
- González de León-Aguirre D, Billings D, Ramírez-Sánchez R. El aborto y la educación médica en México. Salud Pública Mex. 2008;(50) 3:258–67.
- González Prado, P. 2011. "Obstáculos al aborto no punible. Análisis de casos en Argentina desde una perspectiva feminista". En: PEÑAS DEFAGÓ, María Angélica; VAGGIONE, Juan Marco (Eds.). Actores y discursos conservadores en los debates sobre sexualidad y reproducción en Argentina. Córdoba: católicas por el Derecho a Decidir, 2011, p. 257-284
- Gutiérrez-Ramos, M. (2005). El aborto. Atención humanizada de sus complicaciones como estrategia para la disminución de la mortalidad materna. Acta Médica Peruana, XXII (2), 80-85.
- Gutiérrez-Ramos, M. (2005). El aborto. Atención humanizada de sus complicaciones como estrategia para la disminución de la mortalidad materna. Acta Médica Peruana, XXII (2), 80-85.

- IRRAZABAL, G. 2010. "El derecho al aborto en discusión: la intervención de grupos católicos en la Comisión de Salud de la legislatura de la Ciudad de Buenos Aires". Sociología vol. 12, n° 24, p. 308-336, mayo/agosto, 2010.
- Isla Valdés , Velasco Boza; Cruz Hernández , Díaz Curbelo , Salas Castillo, 2010. Rev Cubana Med Gen Integr v.26 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2010
- Isla Valdés A., Velasco Boza A., Cruz Hernández J., Díaz Curbelo A., Salas Castillo L. 2010 El aborto dentro del contexto social. Revista Cubana Med Gen Integral. Ciudad de la Habana: 2010; 26(1).
- Langer, A. 2002. "El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina". Revista Panamericana de Salud Publica 113, p.192-205, marzo, 2002.
- Larrea A. (2018). Mapa del aborto en el mundo: qué dice y cómo afecta la legislación en los distintos países. Infobae. Recuperado de: <https://www.infobae.com/sociedad/2018/06/11/mapa-del-aborto-en-el-mundo-que-dice-y-como-afecta-la-legislacion-en-los-distintos-paises/?outputType=amp-type>
- Guillart, L. 2015. Rev Cubana Oftalmol vol.28 no.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2015.
- Lipcovich, P. (2013). "Críticas de especialistas por la decisión del comité de bioética", Pagina 12, 3 de agosto, 2006. Disponible en: Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/subnotas/70879-23031-2006-08-03.html> .
- López da Silva J. P., Araújo M. 2011. Olhar reflexivo sobre o Aborto na visão da Enfermagem a partir de uma leitura de gênero. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. 2011; 14 (4): 19-24.
- López J. y Caselles V. 2019. Protocolo ILE 2019, Protocolo ILE 2015, CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales) / Publicado el 20 DE NOVIEMBRE 2019.
- López ZR. 2012. Valores profesionales en la formación universitaria. La dimensión social de los valores del profesorado. Reencuentro [Revista en Internet] 2007

Agosto [citado 19 de Jun de Humanidades Médicas 2012;12(2): 289-299 298 Centro de Desarrollo de las Ciencias Sociales y Humanísticas en Salud 2010]; (049): [59-64]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=34004909>

Mallimaci F., Esquivel J. C. y Giménez-Béliveau V. (2008) Creencias religiosas y estructura social en Argentina en el siglo XXI. Recuperado de: <https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/31662/creencias.pdf?sequence=8&isAllowed=y>

María Estela Raffino. 2020. "Actitud". De: Argentina. Para: *Concepto.de*. Disponible en: <https://concepto.de/actitud/>. Consultado: 14 de noviembre de 2020. Fuente: <https://concepto.de/actitud/#ixzz6dnZCMrFH>

Mayo Abad D. Algunos aspectos histórico-sociales del aborto. Rev Cubana Obstetric y Ginecolog. Ciudad de la Habana: 2002; 28(2). 6.

Médicos por la vida Tucumán. (2019). Recuperado de: <http://medicosporlavidatuc.com.ar>

Ministerio de Salud y Desarrollo, Presidencia de la Nación. (s.f.). Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Recuperado de: <http://www.deis.msal.gov.ar/>

Miranda Lucas MJ, Comas d'Argemir D. Discursos de profesionales de la salud y de mujeres sobre el aborto voluntario. Rev. Bioética y Derecho [Internet]. 2016; (38): 37-53. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872016000300004&lng=es / <http://dx.doi.org/10.1344/rbd2016.38.17044>.

Miranda, J. & Comas d'Argemir D. 2016. Discursos de profesionales de la salud y de mujeres sobre el aborto voluntario. Rev. Bioética y Derecho [Internet]. 2016; (38): 37-53. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872016000300004&lng=es / <http://dx.doi.org/10.1344/rbd2016.38.17044>.

Montoya GJ. La ética del cuidado en el contexto de la salud sexual y reproductiva. *Acta Bioethica* 2007; 13(2): 168-175.

Morán faúndes, J.M.; Monte, M. E., Sánchez, L. Droveta, R. 2011. "La inevitable maternidad. Actores y argumentos conservadores en casos de aborto no punible en la Argentina". En: PEÑAS DEFAGÓ, María Angélica; VAGGIONE, Juan Marco (Eds.). Actores y discursos conservadores en los debates sobre sexualidad y reproducción en Argentina, Córdoba: católicas por el Derecho a Decidir 2011. p. 127-156

Mulens Ramos, I. 2009. Rev haban cienc méd v.8 n.3 Ciudad de La Habana jul.--sep.

OMS (2015). Medical eligibility criteria for contraceptive use -- 5th ed. Disponible en http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/

OMS(2015). Medical eligibility criteria for contraceptive use -- 5th ed. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/

OMS (2018). Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos Tercera edición http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/es/

OMS (2019). Tratamiento médico del aborto. Disponible en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328166/9789243550404-spa.pdf?ua=1>

Organización Mundial de la Salud. (2019). Prevención del aborto peligroso. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>

Organización Mundial de la Salud. Manual de práctica clínica para un aborto seguro. 2nd ed. Génova: Organización Mundial de la Salud; 2014. 5.

Ortega Larrea S, García Orellán R, Ortega Larrea A. 2016. El silencio social que se construye en torno al aborto inducido. Index Enferm [Internet]. 2016; 25(4): 243-247. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962016000300005&lng=es.

Ortega Larrea S, García Orellán R, Ortega Larrea A. El silencio social que se construye en torno al aborto inducido. Index Enferm [Internet]. 2016; 25(4): 243- 247. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962016000300005&lng=es

Pitilín EB, Banazeski AC, Bedin R, Gasparin VA. 2016. Cuidados de enfermería en situaciones de aborto inducido / provocado: una revisión integral de la literatura. Enferm. glob. [Internet]. 2016; 15 (43): 439-451. Disponible en: | Revisión narrativa. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300017&lng=es

Pousá R. (2018). Un recorrido por la historia del debate sobre el aborto en la Argentina. Télam. Recuperado de: <http://www.telam.com.ar/notas/201804/268776-referentes-a-favor-y-en-contra-de-despenalizacion-del-aborto-exponen-manana-en-diputados.html>

Proyecto de ley. (2018). Interrupción Voluntaria del Embarazo. Recuperado de: https://www.parlamentario.com/db/000/000597_proyecto_ive_2018.pdf

Red de profesionales de la Salud por el derecho a decidir. (s.f.). Quiénes somos. Recuperado de: <https://www.redsaluddecidir.org/quienes-somos/#.XZPVzkZKjMU>

Rodríguez , H. Berro G. 2006. Pautas para la práctica institucional del aborto por indicación médico-legal. Rev Med Urug, 2006; 22:157-161

Sánchez D. P. (2018). La mayoría del personal del hospital Castro Rendón apoya el aborto. Vaconfirma. Recuperado de: https://vaconfirma.com.ar/?articulos_seccion_714/id_6599/la-mayoria-del-personal-del-hospital-castro-rendon-apoya-el-aborto

Secretaría de Salud. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Evaluación sistematizada de la calidad de los servicios de enfermería, 2002.

Secretaría de Salud. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Evaluación sistematizada de la calidad de los servicios de enfermería, 2002.

Serrano Navarro J, López Arregui E, Mari Juan J, Rey Novoa M, Gutierrez Ales J, Lertxundi Barañano R. Guía para la interrupción voluntaria del embarazo. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y Sociedad Española de Contracepción; 2013.

Silva M, Billings DL, Garcia SG, Lara D. 2009. Physicians' agreement with and willingness to provide abortions in the case of pregnancy due to rape in Mexico. Contraception. 2009;79:56-64.

The World's Abortion Laws [Internet]. Worldabortionlaws.com. 2018 [citado 4 February 2018]. Disponible en: <http://worldabortionlaws.com>

Torres-Mora C y Rivas-Espinosa JG. 2006 Percepción del paciente hospitalizado sobre el trato digno proporcionado por una enfermera-un enfermero. Rev Mex Enferm Cardiológica 18(3): 60-64. Disponible en: <http://bit.ly/ucGS6b>

Torres-Mora C y Rivas-Espinosa JG. Percepción del paciente hospitalizado sobre el trato digno proporcionado por una enfermera-un enfermero. Rev Mex Enferm Cardiológica 18(3): 60-64. Disponible en: <http://bit.ly/ucGS6b>

Valencia J, Wilson K, Diaz-Olavarrieta C, García S, Sánchez M. 2011 Public Opinion on Abortion in Eight Mexican States amid Opposition to Legalization. Stud Fam Plann. 42(3): 191–8.

Vecillas Sevilla MT J. La dignidad en los cuidados de salud. *Ética de los Cuidados* 2008 ene-jun; 1(1) España. [Internet]. Disponible en: <http://bit.ly/rZYfl2>

Weitz T, Kimport K. 2012. A need to expand our thinking about "repeat" abortions. *Contraception*. 2012; 85(4):408–12.

Wilson K, García S, Díaz-Olavarrieta C, Villalobos-Hernández A, Valencia J, Sanhueza P, 2011. Public Opinion on Abortion in Mexico City after the Landmark Reform. *Stud Fam Plann*. 2011; 42(3):175–82.

Yachas Jiménez, L. 2017. Universidad Nacional De Educación Enrique Guzmán y Valle. Actitudes Proambientalistas y su relación con las conductas ambientales en los estudiantes del Instituto de Educación Superior Tecnológico Público Misioneros Monfortianos de Chaclacayo. Peru, Lima.

Enríquez Domínguez B, Bermúdez Sanchez R, Puentes Rizo EM, Jiménez Chacón MC. Comportamiento del aborto inducido en la adolescencia. *Rev Cubana Obstet. Ginecol* 2010 [citado 16 Dic 2012];36(2):[aprox. 17 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000200013

12. Varela Arévalo MT, Correa Sánchez D, Arrivillaga Quintero M, Zapata Ossa HJ, Hoyos Hernández PA, Tovar Cuevas LM. Prevalencia de prácticas sexuales de riesgo en población adulta de Colombia. *Rev Cubana Salud Pública*. 2011 [citado 16 Dic 2012];37(4):[aprox. 17 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000400011&lng=es&nrm=iso&tlng=es

María Estela Raffino. Argentina. Actitud Para: *Concepto.de Actitud*. Disponible en: <https://concepto.de/actitud/>. Consultado: 05 de abril de 2021.

Fuente: <https://concepto.de/actitud/#ixzz6rDqCU1mZ>

Mc Graw Hill. *Psicología Social*: Madrid. España. Pág.195 (1999)

Bolívar, Antonio. (1992). *Los Contenidos Actitudinales en el Currículo de la Reforma*. Madrid:Editorial Escuela Española. Pág. 107

Aroldo Rodriguez. Editorial: Trillas, *Sicologia Social*. Libro: *Psicologia Social*., Consultado 20 De Abril De 2012,

ANEXOS

ANEXO I. NOTA DE AUTORIZACION.

A la jefa del Dpto. de Enfermería

San salvador,.....2021

Del Htal. Materno-Infantil

Dr. Héctor Quintana

Lic. Colque María

S_____/____D:

Quienes suscriben Prieto Carla Agustina, Domínguez Edith Yanina, Espinoza Helena Ester y Lamas Andrea Vanessa, tenemos el agrado de dirigirnos a usted y por su intermedio a quien corresponda, con el motivo de solicitarle la autorización para llevar a cabo un trabajo de investigación en dicha institución, en el mismo se realizará una encuesta a los profesionales enfermeros, enmarcado dentro del estudio "Actitudes Profesionales frente a las ILE".

Para ello se realizará un estudio de tipo descriptivo; prospectivo, de corte transversal para evaluar lo anteriormente mencionado. Por la cual se informará al personal de enfermería de dicho proyecto, así mismo, se solicitará su consentimiento por escrito para participar en la investigación. Concluido con el trabajo, se le hará llegar una copia del estudio.

Sin otro particular y a la espera de una respuesta favorable, saludos a usted muy ATTE.

PRIETO Carla Agustina

DOMÍNGUEZ Edith Yanina

ESPINOZA Helena Ester

LAMAS Andrea Vanessa

ANEXO II. NOTA DE AUTORIZACION.

A la jefa de Enfermería
Del Htal. Materno-Infantil
Servicio de Puerperio
Lic. Galán Silvia
S_____/____D:

San salvador,.....2021

Quienes suscriben Prieto Carla Agustina, Domínguez Edith Yanina, Espinoza Helena Ester y Lamas Andrea Vanessa, tenemos el agrado de dirigirnos a usted y por su intermedio a quien corresponda, con el motivo de solicitarle la autorización para llevar a cabo un trabajo de investigación en dicha institución, en el mismo se realizará una encuesta a los profesionales enfermeros, enmarcado dentro del estudio "Actitudes Profesionales frente a las ILE".

Para ello se realizará un estudio de tipo descriptivo; prospectivo, de corte transversal para evaluar lo anteriormente mencionado. Por la cual se informará al personal de enfermería de dicho proyecto, así mismo, se solicitará su consentimiento por escrito para participar en la investigación. Concluido con el trabajo, se le hará llegar una copia del estudio.

Sin otro particular y a la espera de una respuesta favorable, saludos a usted muy ATTE.

PRIETO Carla Agustina

DOMÍNGUEZ Edith Yanina

ESPINOZA Helena Ester

LAMAS Andrea Vanessa

ANEXO III: NOTA DE AUTORIZACION.

A la jefa de Enfermería
Del Htal. Materno-Infantil
Servicio de Alto Riesgo
Lic. Maizares Dominga
S_____/____D:

San salvador,.....2021

Quienes suscriben Prieto Carla Agustina, Domínguez Edith Yanina, Espinoza Helena Ester y Lamas Andrea Vanessa, tenemos el agrado de dirigirnos a usted y por su intermedio a quien corresponda, con el motivo de solicitarle la autorización para llevar a cabo un trabajo de investigación en dicha institución, en el mismo se realizará una encuesta a los profesionales enfermeros, enmarcado dentro del estudio "Actitudes Profesionales frente a las ILE".

Para ello se realizará un estudio de tipo descriptivo; prospectivo, de corte transversal para evaluar lo anteriormente mencionado. Por la cual se informará al personal de enfermería de dicho proyecto, así mismo, se solicitará su consentimiento por escrito para participar en la investigación. Concluido con el trabajo, se le hará llegar una copia del estudio.

Sin otro particular y a la espera de una respuesta favorable, saludos a usted muy ATTE.

PRIETO Carla Agustina

DOMÍNGUEZ Edith Yanina

ESPINOZA Helena Ester

LAMAS Andrea Vanessa

ANEXO IV: CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es llevada a cabo por Prieto Carla Agustina, Domínguez Edith Yanina, Espinoza Helena Ester y Lamas Andrea Vanessa, las mismas son estudiantes de la Licenciatura de Enfermería Universidad Nacional de Córdoba, modalidad distancia. El fin de este estudio es describir “Actitudes Profesionales frente a la ILE”. Si usted accede a participar de este estudio, se le pedirá pedir una encuesta.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usara para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en el, igualmente puede retirarse del proyecto en cualquier momento y sin que le perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la encuesta le parece incomoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Si	No
----	----

FIRMA: _____

ACLARACIÓN: _____

FECHA: _____

**ANEXO V. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ANEXO**

Datos sociodemográficos

EDAD	GENERO	FORMACIÓN	RELIGIÓN	TURNO
<input type="radio"/> 20 a 30 años <input type="radio"/> 31 a 40 años <input type="radio"/> 41 a 50 años <input type="radio"/> 51 o más años	<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Otro	<input type="radio"/> Enfermero <input type="radio"/> Lic. En Enfermería. <input type="radio"/> Especialista <input type="radio"/> Otro	<input type="radio"/> Católicos <input type="radio"/> Cristianos <input type="radio"/> Protestantes <input type="radio"/> Testigos de Jehová <input type="radio"/> Evangélicos <input type="radio"/> Otra	<input type="radio"/> Mañana <input type="radio"/> Tarde <input type="radio"/> Noche

Escala de Likert

INFORMACIÓN: *La hoja contiene una serie de afirmaciones las mismas deberá leer atentamente y contestar de acuerdo a las instrucciones respectivas.*

INSTRUCCIONES: Lee atentamente cada afirmación y escribe en el recuadro correspondiente, con una "X" la respuesta con la que más se identifique deberá marcar solo una casilla por pregunta.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente/ indeciso	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
1	2	3	4	5

Subcategorías	1	2	3	4	5
1. Se debe realizar acompañamiento y asesoramiento enfermero, en toda situación					
2. Conozco y comparto los principios de la ley 26.529.					
3. Mi prioridad son los cuidados biológicos					
4. En mi quehacer diario existen actividades más relevantes que el cuidado de la mujer.					
5. Me es indiferente lo que opine la mujer.					
6. El procedimiento de ILE me genera angustia.					
7. La ley me genera sentimientos encontrados.					
8. Considero que la vida está por encima del derecho a decidir de la mujer.					
9. Como enfermero dirijo los cuidados.					
10. Satisfacción en ayudar a que la mujer exprese sus sentimientos.					
11. Brindo Privacidad durante todo el proceso y resguardo de la información aportada por la mujer					
12. El deber moral es prioritario ante la ley 26.529.					
13. Actuó según mis consideraciones personales, y religiosas					
14. Creo que La mujer tiene derecho a decidir por su cuerpo.					
15. El equipo de salud debe conocer la información aportada por la mujer.					
16. Cuido desde la confianza.					
17. El rol de Enfermería es como compañera y defensora de la mujer.					
18. Encuentro mayor Satisfacción en cuidados procedimentales					
19. Asumo que como enfermera soy defensora de la vida.					
20. Considero que La decisión de la mujer afecta a un ser indefenso.					
21. La ley puede establecer algo, pero en la práctica cuido desde mi criterio.					
22. Satisfacción en ayudar a que la mujer exprese sus sentimientos.					
23. Es prioritario la autonomía en la toma de decisiones de la mujer.					

ANEXO VI. TABLA MATRIZ I

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

N°	EDAD				GENERO			FORMACIÓN				RELIGIÓN				TURNO			
	20 a 30 años	31 a 40 años	41 a 50 años	51 o más.	Femenino	Masculino	Otro	Enfermera	Lic. en Enfermería	Especialista,	Otro	Católicos	Cristianos	Protestantes	Testigo de Jehová	Otras	Mañana	Tarde	Noche
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
...																			
60																			
Total																			

Fuente: Primaria -Escala de Likert.

Estimadas:

Luego de leer detenidamente su producción, complete la categorización de datos y las puntuaciones. A su vez mejore algunas dimensiones, por lo que los cambios realizados deberán plasmarlos también en el power point.

Con estas adecuaciones estarían en condición de rendir, cuando la coordinadora lo considere.

Saludos

EXITOS.

Lic. Marcela Sapei.