

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO**



**FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE ALTERACIONES
PSICOLÓGICAS POST ABORTO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE
GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA PNP LUIS N.
SÁENZ DE ENERO A JULIO DEL 2018**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO
DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR
KIARA ELENA ALARCÓN MORENO**

**ASESOR
LUIS ROLDÁN ARBIETO**

LIMA PERÚ-2019

AGRADECIMIENTO

Quisiera dejar por escrito mi más sincero agradecimiento a todas las personas que han posibilitado que este trabajo haya tenido lugar.

En primer lugar, doy las más sinceras gracias a mis padres Walter Alarcón y Nancy Moreno por el apoyo constante en estos 7 años de carrera, el cariño, la motivación y sobre todo la paciencia fueron infaltables, así que nuevamente mis infinitos agradecimientos a ellos.

Al Hospital Central de la PNO Luis N. Sáenz, que me acogió como interna de medicina en el 2018, gracias a ello logré consolidar conocimientos teóricos y prácticos los cuales fueron de gran beneficio y fundamentales para el planteamiento y ejecución del presente estudio. Además, agradezco los momentos vividos en la sede hospitalaria durante mi año de internado, realmente una experiencia única que recordaré siempre con mucha alegría y nostalgia a la vez.

Además, debo agradecer de manera especial y sincera al Dr. Luis Roldán por su apoyo y confianza, su gran capacidad para guiar mis ideas, lo cual ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de este trabajo, sino también en mi formación como investigadora.

DEDICATORIA

Este presente trabajo, que significa el fin de una importante etapa y a la vez el inicio de nuevas experiencias, que refleja el esfuerzo y constancia durante siete largos años y los sella con broche de oro quiero dedicarlo con muchísimo cariño a una de las personas más especiales en mi vida; a Delia Fernández de la Gala o como yo le digo; Mamita Delia. Ella fue la primera persona en motivarme a ser médico y sé que ha esperado este momento con las mismas ansias que yo, incluso desde antes de iniciar la carrera. Gracias porque no sabes la satisfacción que se siente decir que lo logré.

Te dedico este trabajo para expresarte la dicha que es tenerte aún conmigo, lo mucho que me has enseñado y lo mucho que te amo.

RESUMEN

Introducción: El aborto, uno de los problemas socio-sanitarios más frecuentes en la actualidad, y con cifras en aumento, es considerado por muchos expertos como una causa importante no sólo de consecuencias físicas sino también psicológicas, a lo que algunos catalogan como síndrome post aborto.

Objetivo: Determinar los factores asociados al desarrollo de alteración mental en pacientes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital nacional Luis N. Sáenz de enero a julio del 2018.

Material y métodos: Estudio observacional, analítico transversal, retrospectivo. Se contó con una muestra de 180 pacientes seleccionados mediante criterios de elegibilidad. Como instrumentos de recolección se utilizó una adaptación del SCL-90 test.

Resultados: El porcentaje de abortos espontáneos en controles fue de 16.3% (n=13) y voluntarios 83.7% (n=67). La OR para el aborto inducido, comparado con quienes tuvieron un aborto espontáneo fue 0.056 (IC 95%, 0.025-0.124).

Conclusiones: El aborto de tipo voluntario es un factor protector para desarrollar alteración psicológica post aborto, la actitud de la pareja no tiene relevancia y el tener al menos un hijo resulta ser un factor de riesgo.

Palabras clave: Síndrome post aborto, aborto voluntario, salud mental.

ABSTRACT

Introduction: Abortion, one of the most common social and health problems nowadays, and with increasing numbers, is considered by many experts as an important cause not only of physical but also psychological consequences, which some call post-abortion syndrome.

Objective: To determine the factors associated with the development of mental disorders in patients of the obstetrics-gynecology service of the National Hospital Luis N. Sáenz from January to July 2018.

Material and methods: Observational, analytical, cross-sectional, retrospective study. There was a sample of 180 patients selected by eligibility criteria. An adaptation of the SCL-90 test was used as collection instruments.

Results: The percentage of spontaneous abortions in controls was 16.3% (n = 13) and volunteers 83.7% (n = 67). The OR for induced abortion, compared to those who had a miscarriage, was 0.056 (95% CI, 0.025-0.124).

Conclusions: Voluntary abortion is a protective factor to develop post-abortion psychological alteration, the couple's attitude has no relevance and having at least one child turns out to be a risk factor.

Key words: Post abortion syndrome, voluntary abortion, mental health.

INTRODUCCIÓN

El aborto es uno de los problemas socio-sanitarios más frecuentes en la actualidad, y las cifras van en aumento día con día. Muy aparte de las repercusiones físicas del aborto, se describen también significantes alteraciones psicológicas en las pacientes que han sufrido este suceso. Sin embargo, los múltiples estudios desarrollados sobre el tema discrepan entre ellos sobre que el aborto por su propia naturaleza sea capaz de generar repercusiones negativas sobre la salud mental de estas mujeres.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO.....	2
RESUMEN.....	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
1.1. Descripción de la realidad problemática	8
1.2. Formulación del problema	10
1.3. Línea de investigación	10
1.4. Objetivos	11
1.5. Justificación del estudio	11
1.6. Delimitación.....	13
1.7. Viabilidad.....	13
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	14
2.1. Antecedentes de investigación	14
2.2 Bases teóricas.....	18
2.3. Definiciones conceptuales	24
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....	26
3.1. Tipo de estudio.....	26
3.2. Diseño de investigación	26
3.3. Población y muestra.....	26
3.4. Operacionalización de variables	27
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	27
3.6. Procesamiento y plan de análisis de datos	28
3.7. Aspectos éticos.....	29
CAPÍTULO IV. RESULTADOS.....	30
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	43
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
ANEXOS.....	51

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

Uno de los problemas socio-sanitarios que genera mayor polémica y discrepancia en la actualidad es el cada día más frecuente aborto voluntario o intencionado. Además de su condición estrictamente médica, se añaden otros de carácter moral, jurídico, demográfico, sociológico y religioso.

Por definición médica, se denomina aborto a la interrupción del embarazo previa a la semana 22 de gestación de gestación o a que el feto alcance los 500 gramos de peso. Como bien sabemos este puede ser espontáneo o inducido.¹ Según reporta la OMS cada minuto se tiene lugar a 632 coitos fecundantes.315 embarazos no planificados y 158 no deseados. Del mismo modo reporta a nivel mundial ocurren 50 millones de abortos voluntarios al año, de los cuáles más de la mitad corresponden a países en vías de desarrollo. De las 585.000 muertes maternas producidas anualmente se calcula que 75.000 son consecuencia de abortos inseguros, no es nada sorprendente que algunos países de América Latina estos sean causa de hasta el 30% de la mortalidad materna. Particularmente, en nuestro país, se practican al año más de 371.000 abortos clandestinos, por lo que debemos considerar este como un tema de salud pública.²

Fuera de las complicaciones físicas de este procedimiento como lo son las hemorragias, infecciones vaginales, perforación y hasta muerte materna, que sucede, por supuesto, mayoritariamente en abortos clandestinos, se habla también de una complicación psicológica reconocida por diversos autores con el nombre de síndrome postaborto. El SPA, descrito como una entidad nosológica en mujeres que han sufrido un aborto provocado, está caracterizado por una serie de síntomas que pueden abarcar tanto depresión como ansiedad, sentimientos de culpa, pesar autodevaluación, alteraciones conductuales y tendencia a la cronificación.³

El *Journal of Child Psychiatry and Psychology* determinó en uno de sus estudios que el 42% de las mujeres que sufrieron un aborto antes de los 25 años presentaron depresión; la cifra casi duplica a las que nunca tuvieron un embarazo, y es 35% mayor de quienes continuaron la gestación. Otra de las conclusiones del estudio es que aquellas que abortaron eran doblemente propensas a incurrir en bebidas alcohólicas en niveles peligrosos y tres veces más a desarrollar dependencia de drogas ilícitas.

En 2011, *The British Journal of Psychiatry* publicó un estudio de P. K. Coleman y col. el cual tiene como principal conclusión que el aborto provocado aumenta el riesgo de padecer problemas psicológicos en las mujeres que lo accionaron. Refiere además que someterse a un aborto incrementa hasta en un 155% el riesgo de suicidio de estas pacientes.⁴ Estos y más estudios aseguran la existencia de secuelas psicológicas tras la interrupción voluntaria del embarazo. Sin embargo, existen otras investigaciones ponen en tela de juicio los métodos utilizados en los mencionados estudios y afirman que en América Latina existe escasa investigación sobre el tema y que los artículos divulgados que se encuentran disponibles no se basan, habitualmente, en evidencias científicas fiables. Además, el informe de la APA advierte la coexistencia de factores de riesgo que podrían ser potencialmente elementos confusores, de manera que concluye que las pruebas no son suficientes para afirmar que el aborto provocado tenga por su propia naturaleza una asociación con la alteración de salud mental.

Es por ello que se pretendió la realización del presente trabajo de investigación, cuyo objetivo radica en determinar la influencia de algunos factores de riesgo sociodemográficos y propios del embarazo en las consecuencias psicológicas post aborto.

Pese a que la bibliografía refiere que el Síndrome post aborto es exclusivo del aborto provocado, en este estudio se analizó también la repercusión en la salud mental de las mujeres con antecedentes de uno o más abortos espontáneos. Puesto que el aborto espontáneo es un suceso potencialmente perturbador, el contraste de las repercusiones sobre la salud mental de las mujeres que han

sufrido este tipo de aborto con la de quienes se han sometido a uno por voluntad propia aporta información muy valiosa sobre la existencia o no de un efecto diferencial entre uno y otro tipo de evento.

La importancia de la realización de este estudio recae en que al determinar los factores asociados al desarrollo de alguna patología psicológica se podrá contar con datos que orienten a la identificación de poblaciones más susceptibles, lo cual facilitará el desarrollo de propuestas para atenuar el daño en la mujer, de tal forma que luego de ser dada de alta se reincorpore a la sociedad como una persona productiva y capaz de continuar con una vida saludable tanto física como emocionalmente, de hecho, este beneficio no solamente será para la mujer sino para toda su familia y por ende para la sociedad.

El interés se contrasta con el amplio número de abortos practicados tanto legales como clandestinos, lo cual hace que sea prudente establecer bajo metodología fiable si este pudiese ser por su propia naturaleza un evento adverso o generador de estrés para la mujer.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al desarrollo de alteraciones psicológicas post aborto en pacientes pertenecientes al servicio de gineco-obstetricia en el Hospital Central de la PNP Luis N. Sáenz de enero a julio del 2018?

1.3. Línea de investigación

Se basa en las Prioridades Nacionales de Investigación en Salud 2015 – 2021 enfocándonos en área de Salud mental, dentro de la línea de investigación aborto y salud mental.

1.4. Objetivos

Objetivo general

Determinar los factores de riesgo asociados al desarrollo de alteraciones psicológicas post aborto en pacientes pertenecientes al servicio de gineco-obstetricia del Hospital Central de la PNP Luis N. Sáenz de enero a julio del 2018.

Objetivos específicos

1. Determinar el riesgo de las variables sociodemográficos propuestas para el desarrollo de síntomas adversos post aborto.
2. Determinar la prevalencia de abortos voluntarios en pacientes que desarrollaron alteraciones psicológicas post aborto.
3. Determinar el número de pacientes que desarrollaron alteraciones psicológicas post aborto que cumplen con criterios diagnósticos de Síndrome post aborto.
4. Determinar la frecuencia de pacientes sometidas a legrado uterino que tienen conocimiento del Síndrome Post Aborto.
5. Identifica el perfil de las pacientes que se someten voluntariamente a un legrado uterino.

1.5. Justificación del estudio

Son bastos los estudios realizados para determinar las consecuencias en la salud física y mental de la mujer tras un aborto. Muchos de ellos describen una serie de efectos que varían de intensidad leve a severa tanto para el área emocional como física. Dentro de la primera categoría, surge la controversial existencia de un cuadro clínico que comprende sintomatología muy similar al Trastorno de Estrés Post Traumático, al que se ha denominado Síndrome de Estrés Post Aborto.

En el Perú 370.000 abortos provocados fueron declarados durante el 2016 con tendencia a incrementar esta cifra cada año, esto representa una elevada cifra

de pacientes expuestas a experimentar síntomas adversos asociados al PAS. Sin embargo, existen múltiples maneras de enmarcar en concepto las implicaciones del aborto sobre la salud mental, además de que existe al respecto amplia literatura, aunque muchas de ellas no conclusivas, de escasa calidad y con significativas limitaciones metodológicas.⁵

Al abordar este tema se debe reconocer que tanto las perspectivas religiosas y morales de los investigadores, así como los puntos de vista de las pacientes evaluadas, afectan de manera muy directa la percepción estas sobre los efectos de aborto. Sin embargo, una investigación científica con metodología fiable debe siempre contribuir a formar una visión inclusiva respecto de sus consecuencias emocionales. Debido a la alta incidencia de abortos practicados en nuestro país es necesario contar con datos estadísticos confiables de este trastorno.

Con un correcto diagnóstico y correcta estimación de la proporción de población se podrán mejorar los servicios y atenciones en salud mental a las mujeres que sean sometidas a este procedimiento. De igual manera, identificar los factores de riesgo asociados al desarrollo de alguna alteración a nivel psicológico es punto clave para identificar a la población con mayor riesgo de desarrollar SPA, de manera que se puedan brindar orientación temprana. En lugar de tener una visión general de las pacientes, hay que estudiarlas en su individualidad. Esto servirá de ayuda a los profesionales de la salud para brindar tratamiento oportuno e incluso prevenir el desarrollo de esta sintomatología.

Por otro lado, no se quiso pasar por alto el hacer una acotación respecto al carácter legal del aborto en el Perú. Como sabemos, el país cuenta con leyes restrictivas frente a este, y es precisamente aquello lo que ha generado más inconvenientes sobre la seguridad sanitaria de las pacientes, llevándolas en ocasiones a ponerse en manos de personas inexpertas y clínicamente ilegales con los riesgos ello supone. La revista peruana de medicina experimental y salud pública estima que el número de hospitalizaciones por abortos inducidos en el Perú es de 28 652 cada año y el número de muertes de 53.8, lo que equivale al 13% del total de muertes maternas, para el 2015.⁶

Se hace mención a todo ello puesto que quienes buscan y han logrado restringir el aborto legal, han utilizado el Síndrome Post Aborto (cuadro que definen como un trastorno que aglomera en sí todas las consecuencias psicológicas negativas extremas experimentadas por la mujer que ha interrumpido su embarazo voluntariamente) como argumento para debatir la incorporación de leyes que limiten su acceso.

Por la gran repercusión sanitaria que esto representa se espera que el presente estudio sirva de antecedente no solo médico sino también jurídico donde las alteraciones en la salud mental y el Síndrome postaborto se evidencien con cifras realistas y contribuya a una objetiva toma de decisiones, basada en una postura sensata y realmente orientada al bienestar de la mujer.

1.6. Delimitación

El proyecto se realizó mediante la revisión de historias clínicas de pacientes hospitalizadas y entrevista directa a las pacientes que acudieron por consulta externa y refirieron como mínimo un aborto espontáneo y/o voluntarios pertenecientes al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Central Luis N. Sáenz de enero a julio de 2018.

1.7. Viabilidad

El servicio de obstetricia brindó la base de datos de pacientes para la rápida búsqueda de historias clínicas de interés para el estudio, por lo que fue factible su realización.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de investigación

En el estudio *Effects of abortion on college women's mental health* (2013) realizado por Bologna E, el objetivo principal fue medir el nivel de influencia del aborto inducido en el estado actual de salud mental de mujeres universitarias. Se aplicó un método explicativo y se tomó una muestra representada por 258 estudiantes de pregrado en la Universidad de Florida Central con el antecedente de al menos un aborto. El cuestionario evaluó 20 características demográficas, antecedentes de aborto y preguntas específicas sobre el impacto del aborto en su salud mental. El nivel percibido de angustia fue medido utilizando el cuestionario SCL-90R. Los resultados indicaron que no hubo diferencia significativa en los puntajes del SCL-90R entre las mujeres que abortaron y las que llevaron a cabo su embarazo. Dentro de las conclusiones más importantes tenemos: Se demostró que la salud mental no se ve afectada por la obtención de un aborto. El estudio no respalda las políticas y prácticas públicas basadas en la afirmación de que el aborto es psicológicamente perjudicial para las mujeres. Debe considerarse la gran combinación de factores de riesgo que pueden afectar la salud mental de una mujer para no malinterpretar el impacto del aborto sólo. Finalmente, dentro de los sentimientos negativos asociados psicológico se pudo observar que el 30% corresponde a un estado de depresión leve, 27% moderado, 23% grave; sin embargo, cabe recalcar que un 20% no presentó ningún tipo de depresión. Se concluye que las mujeres que sufrieron un aborto espontáneo generaron sintomatología depresiva en diferentes niveles de severidad; a su vez posterior al legrado manifestaron síntomas como tristeza, fatigabilidad, dificultad para conciliar el sueño y trastornos alimentarios.⁷

Mendoza, N (Lima, 2011) desarrolló un trabajo de investigación cuyo principal objetivo fue demostrar la existencia del Síndrome post aborto como consecuencia del aborto inducido, esto con la finalidad de brindar atención profesional y certera a quienes hayan vivido el suceso. El estudio también describió características sociodemográficas de la población en estudio donde se encontró que el 18,40% de las mujeres tenían grado de instrucción superior

incompleta, seguido de un importante 17,40% que tuvieron estudios superiores técnicos concluidos. El estado civil al momento del aborto fue: 36% solteras y 33% convivientes y se tenía como antecedente que el 30,28% había abortado entre los 16 – 20 años. La manifestación física más frecuente en un 75,92% fue la cefalea. En cuanto a las repercusiones psicológicas el 73,31% presentó desajustes en la relación con su pareja y el 48,01% con las demás personas y el 47,70 lo tuvo con sus hijos. El 50,15% presentó sentimientos de remordimiento, culpa y rabia, mientras que el 48,31% presentó sentimientos de remordimientos, culpa y dolor.⁸

Por su parte Taft y Watson llevan a cabo un estudio en Australia con 9683 mujeres entre 22 y 27 años, establecen una correlación positiva entre el aborto inducido y la depresión. Otro importante estudio es el realizado por Coleman el 2009, quién revisa todos los artículos en lengua inglesa publicados entre 1995 y 2009, recoge 22 que responden a la rigurosidad científica, 15 de Estados Unidos y 7 de otros países. Se dividió en tres grupos a un total de 877.181 mujeres: sanas no embarazadas; embarazadas que dieron a luz un niño vivo y un tercer grupo que incluye a 163.831 mujeres que tuvieron un aborto. La recopilación concluye que las mujeres que han abortado han presentado hasta en un 71% alguna alteración psicológica, en un 29% no se encontró alteración significativa. La posibilidad de padecer ansiedad es 34% mayor y 37% de tener depresión, es más probable el alcoholismo y el consumo de drogas.⁹

Comettant P.M. (Lima 2016). Realizó un estudio enfocado a determinar los factores personales, familiares y relacionados a la pareja que influyen en la decisión de abortar en adolescente, los resultados fueron: niveles bajos de grado de instrucción tienen un riesgo significativo de 2.688 (IC 95% 1.385-5.217), el número de parejas sexuales tiene una protección significativa de 0.343 (IC 95% 0.154-0.764) y el embarazo planificado tiene una protección significativa de 0.059 (IC 95% 0.008- 0.461). Los factores familiares influyentes en la toma de decisión son: el estado civil materno con un OR de 2.538 (IC 95% 1.281-5.028), el grado de instrucción de la madre tiene un riesgo estimado de 3.558 (IC 95% 1.821-6.958), el estado civil del paterno tiene un riesgo significativo de 2.818 (IC 95% 1.359-5.841).¹⁰

En el reciente estudio de Coleman et al. se ofrecen los resultados considerando una muestra de 3000, representativa de la población estadounidense, de estas

un 13% tuvieron al menos un aborto provocado. Analizaron la relación el antecedente de aborto inducido con diferentes diagnósticos psiquiátricos, y se controló el potencial efecto confusor de 22 variables (demográficas, problemas relacionales, experiencias traumáticas previas, etc.). La intensidad de la asociación independiente del aborto inducido con diferentes trastornos psiquiátricos resultó ser: 2.1 para trastorno de pánico; 1.6 para trastorno de estrés post traumático, 1.7 para episodios maníacos y por último y más importante 2,4 para síntomas asociados a la depresión.⁹

Steinberg y Russo, en otro análisis de la base de datos de la National Comorbidity Survey, sub agrupó a las mujeres según el número de abortos inducidos que hayan vivido. Al igual que en el estudio de Coleman, se controlaron múltiples potenciales variables confundentes; y a diferencia del estudio previo, estos últimos no hallaron relación estadísticamente significativa con ninguno de estos trastornos.¹¹

En Finlandia, según información de casos registrados, la tasa de muerte por suicidio en mujeres en edad fértil al año fue de 11,3 por 100.000; 5,9 en las que dieron a luz; 18.1 en mujeres que sufrieron un aborto espontáneo y un muy por encima 34.7 en las que tuvieron un aborto inducido. La OR para el aborto inducido, comparado con quienes no tuvieron embarazo fue 3,08 (IC 95%, 1,57-6.03), de lo que concluyeron que a descartar la existencia de factores comunes, el aborto inducido tiene efecto nocivo sobre la salud mental.¹²

El estudio de seguimiento que Fergusson et al. desarrollado en Nueva Zelanda, se evaluó mediante una cohorte a 4 grupos de mujeres con diferentes características obstétricas, todas ellas con un límite de edad de 30 años. Los cuatro grupos comprendieron pacientes con los siguientes eventos obstétricos: aborto inducido, pérdida del embarazo, embarazo no deseado llevado a término y embarazo a término sin rechazo y fueron comparadas con mujeres sin embarazo. Este nuevo estudio fue realizado con mayor refinamiento y 5 años más de seguimiento que el previo estudio del 2006. Sus conclusiones confirman las estipuladas en el primer estudio refiriendo que la experiencia de un aborto

provocado está asociada a un recatado pero significativo aumento de las tasas de trastornos mentales.

El impacto del aborto espontáneo e inducido sobre la salud mental fue evaluado hasta 5 años después de ocurrido el suceso, en dos muestras paralelas; se analizó principalmente la presencia de evitación e intrusión en la paciente, además de otros posibles síntomas. Las intrusiones, el sentimiento de duelo y pérdida, fueron muchos más intensos en el grupo de abortos espontáneos con 10 días de seguimientos, pero esta diferencia dejó de ser significativa al evaluarlas a los 6 meses, 2 y 5 años. ¹³

La American Psychological Association, conocida por sus siglas en inglés como APA, también ha mostrado interés en investigar el tema y sus publicaciones gozan de gran credibilidad científica. En el año 1989 un grupo de expertos realizó un meta-análisis de estudios que evaluaban el riesgo que supone el aborto sobre la salud mental, obteniendo como conclusión principal que durante el primer trimestre de embarazo, el aborto legal, raramente provoca alteraciones psicológicas severas. Posteriormente en el 2006, la APA nuevamente conformó un equipo de científicos quienes analizaron estudios sobre las consecuencias del aborto en la salud mental publicados desde 1990, de la revisión se pudo obtener las siguientes conclusiones:

- El aborto es un suceso que cada mujer vive y afronta de diversa forma.
- Los aspectos personales, familiares, sociales, legales y culturales del entorno influirán de positiva o negativamente en la manera en que la mujer afronte la decisión tomada.
- Para lograr comprender como es que la salud mental de la mujer se ve afectada por un aborto hay que entender también las circunstancias únicas de cada una de ellas.
- La salud mental previa es el mejor predictor de la misma después de un aborto.
- La reacción de una mujer ante el aborto debe ser comparada con posibles reacciones ante sus otras alternativas viables (continuar con un embarazo no deseado).
- La gran mayoría de mujeres que decidieron interrumpir su embarazo y lo hicieron en condiciones legales y seguras, dentro del primer trimestre de

gestación no reportaron alteraciones negativas, sino que además manifestaron alivio y refirieron no arrepentirse de su decisión.

- Algunas mujeres son más propensas a experimentar sentimientos de culpa o pesar tras un aborto. Aceptar y respetar lo vivido es importante para ayudarlas a superar la ingrata experiencia.

Como conclusión más importante del estudio tenemos que el hecho de que algunas mujeres puedan experimentar reacciones psicológicas adversas ante un aborto no es razón suficiente para hacer menos accesible su legalidad, dado que lo último podría influir con más fuerza en el deterioro de la salud mental de la mujer. ¹¹ Nada Stotland, presidenta de la APA, precisó que experimentar sentimientos negativos o ambivalentes no debe ser considerado una patología. Por lo que es importante la labor médica en la identificación y análisis de sentimientos no esclarecidos en estas pacientes, fundamental para recuperar su salud integral.¹⁴

Por su parte, Planned Parenthood Federation of America señaló basándose en una revisión de estudios desde la legalización del aborto en 1973 hasta el 2016 que la salud mental de las pacientes que fueron obligadas a dar a luz al ocurrir un embarazo no deseado ha presentado mayor deterioro que las que se les permitieron abortar. Señalan también que los hijos de las primeras están más expuestos a problemas en su desarrollo social y baja autoestima.¹⁵

2.2 Bases teóricas

Aborto

La palabra aborto se deriva del latín *aboriri*, abortar. En inglés existen dos términos para referirse al aborto, *miscarriage* y *abortion*, la diferencia radica en que generalmente el término *abortion* es utilizado para referirse a la interrupción inducida del embarazo, por lo que se prefiere utilizar *miscarriage* para referirse a la expulsión espontánea del feto.¹⁶

La Organización Mundial de la Salud ha definido el aborto como la expulsión espontánea o extracción de un embrión o feto con peso menor a 500 gramos”.

Este peso es alcanzado aproximadamente entre las semanas 20 y 22. Se divide en aborto temprano, antes de las 12 semanas y tardío cuando se ha superado la doceava semana de gestación.¹

Como se mencionó anteriormente aborto puede ser de tipo espontáneo o inducido y se calcula un aproximado de 20-30% de gestaciones terminan en aborto espontáneo; sin embargo, hay estudios que indican hasta 80% de incidencia de aborto de todas las gestaciones cuando al incluir embarazos muy tempranos.¹⁷

Etiología

La causa principal de abortos espontáneos está representada por las anomalías cromosómicas y morfológicas de los gametos, embriones o fetos. Estos representan de un 50% a 60% de abortos tempranos, y de estos casi la mitad son trisomías, particularmente la trisomía 16, aproximadamente un cuarto son monosomías X, y entre otras encontramos a las poliploidías y traslocaciones en un menor porcentaje. En abortos espontáneos tardíos, la incidencia de las anomalías cromosómicas disminuye por debajo del 5%.

Otras causas importantes de aborto espontáneo son las de causa materna; dentro de las más importantes encontramos a las anomalías del aparato genital femenino, enfermedades endocrinas, enfermedades sistémicas e infecciones.

Clasificación

▪ Según su etiología:

ABORTO ESPONTANEO

Es un tipo de aborto muy común y es considerado como la complicación más frecuente del embarazo. Aproximadamente 1 de cada 4 mujeres experimentan la pérdida no deseada del producto de la gestación y más del 80 % de estos son abortos tempranos, la mayoría causados por defectos cromosómicos del feto.

Por otro lado, los abortos tardíos por lo general son de causa materna, las pérdidas son menos frecuentes y están más relacionados con incompetencia cervical. En muchos casos la mujer no se llega a enterar que estuvo embarazada, pues confunde el aborto espontáneo con un "atraso menstrual".¹⁸

ABORTO INDUCIDO

El aborto inducido es la cesación voluntaria del embarazo mediante el empleo de diferentes técnicas tales como el uso de medicamentos o mediante intervención quirúrgica.

A su vez pueden ser, por su condición legal:

ABORTO LEGAL O TERAPÉUTICO

Se define como aborto legal cuando este es realizado y respaldado bajo las leyes del país en donde se practica. En el Perú, se aplica el aborto terapéutico; cuando la gestación pone en riesgo la vida de la madre o implica un grave peligro en su salud poniendo en riesgo su vida.¹⁶

ABORTO ILEGAL O CLANDESTINO

Se define aborto clandestino o ilegal cuando se realiza en contra de las leyes del país donde se realiza. El aborto clandestino se practica en su mayoría de veces en condiciones higiénicas que pueden provocar graves consecuencias físicas en la mujer.

- Según la edad gestacional:
 - Aborto preclínico, también llamado ovular o "bioquímico", ocurre después de la nidación, se confunde con un atraso menstrual
 - Aborto clínico, se divide en dos tipos:
 - Aborto embrionario: hasta las primeras 6-8 semanas.
 - Aborto fetal: se genera entre 9 – 20 semanas, este a su vez puede ser:
Fetal precoz: 9- 12 semanas Fetal Tardía: 13 – 20 semanas

- Según su terminación:

- Aborto Completo: es la eliminación completa del feto, la placenta y sus membranas.
- Aborto incompleto: Es la expulsión parcial de las membranas ovulares a través del cérvix, es decir quedan restos abortivos dentro de la cavidad uterina.

También están las complicaciones inmediatas de un aborto, éstas se dan en más frecuencia en los abortos inducidos. Entre las más frecuentes tenemos:

- Aborto Incompleto.
- Hemorragias, que normalmente se deben a los abortos incompletos.
- Infecciones, es la endometritis que representa un gran riesgo luego del aborto para todas las mujeres en especial a las adolescentes.
- Perforación de útero, un 2 a 3 % de pacientes sometidas luego de un aborto pueden sufrir perforación uterina.
- Embarazos ectópicos, está relacionado con abortos de manera importante, esto puede llevar a un descenso en la fertilidad en un futuro.

Síndrome Post Aborto

El Síndrome Post Aborto es una entidad nosológica reconocida por la Organización mundial de la salud, la cual describe repercusiones psico-emocionales entre graves y muy graves en la mujer que se ha sometido a un aborto.¹⁵ Dicho síndrome ha sido objeto de estudio en diferentes países e incluso organismos internacionales como la Federación de Planificación familiar, conocido por promover el aborto en los EE. UU. reconocen su existencia. El SPA aparece como un conjunto de signos y síntomas precedidos de la experiencia de uno o varios abortos y se describe que cuando este no recibe tratamiento tiene una evolución natural, de acuerdo a su propia dinámica.¹⁸

Desde el punto de vista teórico, se postula que el aborto se vive como un acontecimiento traumático y estresante para la mujer, por el peligro real que el evento representa para su vida o de otros, y/o amenaza para su integridad. es vivido como un acontecimiento traumático y estresante por la persona, ya que esta se vio envuelta en un evento que representa un potencial peligro para su vida o integridad.

Se conoce a lo anterior como Trastorno de estrés postraumático, este cuadro se caracteriza por trastornos ansiosos y depresivos, algunas personas experimentan somatizaciones e incluso ideación suicida. Se puede presentar acompañado también de trastornos alimenticios, obsesivos-compulsivos, entre otros.¹⁹

Debido a la variabilidad de percepción de síntomas, en el presente estudio se utilizó para un diagnóstico objetivo criterios estandarizados descritos en el DSM-V para SPA (ver anexo 1)

Para una mejor comprensión del tema a nivel etiológico y fisiopatológico, en este capítulo nos dedicaremos a ahondar en los mecanismos psicológicos que conllevan al SPA y los factores causales que influyen en dicha patología.³

1. Modelo del estrés y de los mecanismos de afronte

Los investigadores dedicados a indagar los aspectos psicológicos asociados al aborto toman hasta la actualidad como base teórica explícita al modelo de estrés y afronte enunciado por Lazarus en 1984. No obstante son válidas las investigaciones planteadas desde el punto de vista de otros modelos tales como La teoría de los vínculos o la pérdida.

Según este modelo para que la situación se viva realmente como una experiencia estresante, el paciente tiene que percibirla de esta manera, de forma que sus procesos cognitivos la reconozcan como una situación de amenaza, duelo o una o por el contrario, benigna. El proceso de superación está mediado por mecanismos de afronte, que son básicamente acciones conscientes en las que el paciente intenta disminuir todo el estrés al cual ha sido sometido, el uso excesivo o único de los mecanismos de afronte podría traer iguales o peores repercusiones negativas tras el evento. Siguiendo el modelo, consideraremos al aborto como el evento potencialmente estresante. Sin embargo, dentro de otro contexto, la gestación no deseada también podría ser percibida como un factor

causante de estrés, y la teoría defiende que ambas experiencias no pueden ser separadas en la evaluación.

En otras palabras el aborto podría representar estrés como consecuencia del mismo o alivio al terminar con un embarazo no deseado.

Un pilar importante para Lazarus es el individualismo, lo que significa que ninguna de las dos experiencias planteadas anteriormente generaría de manera ineludible reacciones negativas sobre la salud mental. Se plantea que el estrés es producto de la interacción de la mujer y su entorno, donde cada situación específica podría ser la causante de exceder los recursos de la paciente para adaptarse al nuevo escenario. Lo anterior es explicado por la capacidad que la mujer siente tener para enfrentar cualquiera de estos eventos, donde influyen de manera muy directa factores ambientales, tales como el apoyo social, la relación que lleva con la pareja, su estabilidad económica, personalidad e incluso la situación legal del aborto en el país donde vive, entre otros.²⁰

2. Causas del malestar emocional o distrés relacionado al aborto

Es de suma importancia discernir el estrés producido propiamente dicho por el aborto de aquel que es causado por razones agregadas como suelen ser, el abandono, dejar metas frustradas, la violación, etc. Hasta la actualidad sólo dos estudios han resultado ser fiables al evaluar dos grupos de relevancia: mujeres con embarazos deseados y no deseados llevados a término de forma voluntaria. Uno de ellos es el realizado en 1995 por Gilchrist y cols., donde se encontró en un grupo de 13 mil 261 mujeres con embarazos no deseados que no había diferencia relevante en el análisis psíquico posterior al aborto y al parto. El modelo de estrés y afronte permitió identificar las principales causas de malestar emocional:

- ✓ Ponerle fin a un embarazo deseado
- ✓ Presión social para practicarse el aborto
- ✓ Falta de apoyo y oposición de la pareja o familiares.
- ✓ Percibir rechazo social

Investigaciones como la realizada en el 2000 por Major y Cozzarelli en el 2000, lograron identificar otros factores que aumentan el riesgo de presentar reacciones psicológicas desfavorables, dentro de ellas encontramos los rasgos de personalidad, a la cabeza el neuroticismo, la baja autoestima y la presencia de antecedentes psiquiátricos.

Finalmente, luego de una vasta revisión bibliográfica podemos observar que la teoría del daño emocional asociado directamente al aborto voluntario es encontrada sobre todo en trabajos de mayor data y la mayoría de ellos se explican con las teorías de pérdida y duelo. Por otro lado, hoy en día es más aceptada la teoría de adaptación al estrés, esta involucra un proceso denominado alostasis, que se define como la transición del medio interno con objeto de dar solución a las demandas percibidas.

Tanto las respuestas psicológicas como fisiológicas son de adaptación en un corto periodo de tiempo, pero si este proceso de recuperación aguda no es acompañado de una buena respuesta homeostática, que frene la respuesta aguda, la “carga alostática” puede resultar excesiva. La carga alostática es un concepto postulado por Charney en el 2004 y se comprende por ella a la demanda extra que ejerce el cerebro y el cuerpo para poder adaptarse a retos y cambios. Estos postulados permiten relacionar los efectos adaptativos al estrés con los nocivos ante la persistencia del factor estresante y han resultado ser de mucha utilidad en trabajos de neurobiología relacionados al trastorno de estrés post traumático.²⁰

2.3. Definiciones conceptuales

Aborto: Se define aborto como la Interrupción espontanea o voluntaria del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno. La viabilidad extrauterina es un concepto cambiante que depende del progreso médico y tecnológico, estando actualmente entorno a las 22 semanas de gestación.

Salud mental: Estado de bienestar emocional, psicológico y social de un individuo.

SPA: Conjunto de manifestaciones clínicas que aparecen en algunas mujeres después de haberse practicado un aborto.

Estrés postraumático: Trastorno mental clasificado dentro del grupo de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés (DSM V). Se caracteriza por la aparición de síntomas específicos tras la exposición a un acontecimiento estresante, extremadamente traumático, que involucra un daño físico o es de naturaleza extraordinariamente amenazadora o catastrófica para el individuo.

Alostasis: Proceso a través del cual el cuerpo sometido a situaciones de exigencia o estrés logra recuperar su estabilidad realizando cambios de comportamiento fisiológico o psicológico que le permitan mantener un equilibrio estable, considerando también las exigencias futuras.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio

Cuantitativo, retrospectivo, observacional, analítico de casos y controles.

3.2. Diseño de investigación

Es retrospectivo ya que la medición de las variables es posterior a los hechos estudiados y los datos se obtienen de archivos o de lo que los sujetos involucrados refieren. Es observacional ya que el estudio se limita a observar, medir y analizar determinadas variables sin ejercer un control directo de la intervención. Es analítico de casos controles ya que se realiza un análisis comparativo de un grupo de sujetos que han desarrollado alteración psicológica (CASOS) contra un grupo de individuos que no lo presentan (CONTROLES). Y finalmente, es cuantitativo porque daremos a conocer frecuencias del problema y su distribución en la población de manera numérica.

El presente trabajo de investigación se ha desarrollado en el contexto del IV CURSO-TALLER DE TITULACIÓN POR TESIS según enfoque y metodología comunicada.²²

3.3. Población y muestra

Población

Mujeres de 18 a 45 años que tengan como antecedente un aborto y acudan por consulta o sean hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Central Luis N. Sáenz de enero a julio del 2018. Los casos son definidos como aquellas pacientes que presentaron alguna alteración psicológica significativa, mientras que los controles representan al grupo de pacientes que no presentaron alteración alguna o que presentaron alteración psicológica no significativa.

Criterios de exclusión

- Mujeres fuera del rango de edad del estudio
- Mujeres que por alguna razón se niegan a la participación del estudio.
- Mujeres con algún tipo de discapacidad o trastorno mental
- Mujeres sometidas a abortos terapéuticos

Muestra

- **Tamaño y selección de la muestra**

En el presente estudio se utilizará el muestreo probabilístico, para el cual se usó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

- p1: Proporción de casos expuestos al factor de riesgo
- p2: Proporción de casos expuestos al factor de riesgo
- α: Nivel de significancia. Riesgo de cometer el error tipo I. Es habitual trabajar con un nivel de confianza (1-α) de 95%
- 1-β: Poder estadístico. Riesgo de cometer el error tipo II. Es habitual trabajar con 80%.

Obteniendo el resultado de muestra total requerida de 160, donde 80 serán casos y 80 controles.

3.4. Operacionalización de variables

Ver anexo 4.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se realizó la revisión de historias clínicas de las pacientes del servicio de obstetricia y se contactó a aquellas que cumplieron con criterios de inclusión.

Asimismo, se contactó de manera directa a las pacientes que acudan por consultorio.

Posteriormente se procedió a brindar la información necesaria a las participantes para la firma del Consentimiento informado (ver anexo 4) e inmediata recolección de datos mediante la encuesta preseleccionada para el estudio (ver anexo 3).

El cuestionario seleccionado para llevar a cabo el proceso de identificación de síntomas asociados al SPA fue desarrollado por un comité de profesionales de la salud mental en el 1994. Ha sido utilizada por varias entidades que ofrecen ayuda a mujeres después de realizado un aborto. Dentro del comité creador figuran el Dr. David C. Reardon, el Dr. Vincent Rue, Vicki Thorn, y la Dra. Anne Speckhard. El primero es Ingeniero eléctrico graduado de la Universidad de Illinois. Prosiguió su grado doctoral en bioética en la universidad "Pacific Western University". Actualmente es director del "Elliot Institute", organización sin fines de lucro fundada en el año 1988 que se ha dedicado a investigar y educar sobre el impacto del aborto. Es autor de varios trabajos publicados en el "British Medical Journal" y el "American Journal of Obstetrics and Gynecology"

3.6. Procesamiento y plan de análisis de datos

Una vez identificados síntomas psicológicos adversos en la muestra de nuestro estudio, se procedió a la segunda pregunta de investigación. Determinar si los síntomas encontrados cumplieron con los criterios diagnósticos de Síndrome Post Aborto para lo que se utilizó la tabla de criterios diagnósticos del SPA, descritos en el DSM-V (anexo 1).

Finalmente se utilizó el Odds Ratio para determinar si el aborto inducido es factor de riesgo asociado al desarrollo del Síndrome postaborto o alguna alteración psicológica menor en comparación al riesgo presentado en abortos espontáneos. Además, se analizó mediante la misma técnica otros factores de riesgo asociados al desarrollo de la alteración psicológica en pacientes que hayan presentado síntomas o el síndrome.

3.7. Aspectos éticos

El protocolo de investigación se presentó al Comité de Ética de Investigación del Hospital de la PNP Luis N. Sáenz con el fin de su evaluación y aprobación.

La presente investigación al ser un estudio observacional y no tener intervención sobre los pacientes no implicó riesgos a la salud de los mismos y nos permitió obtener información importante sobre el valor de prevalencia y factores asociados al SPA.

Además, se hizo lectura y firma del Consentimiento Informado (anexo 3) para el estudio, documento donde se describe el propósito del estudio, los criterios de inclusión de las participantes, el procedimiento a llevarse a cabo, y los riesgos y beneficios del estudio.

Se respetaron los derechos de los pacientes que participaron en esta investigación; así como la privacidad de la información recolectada y la confidencialidad de los datos, los cuales fueron custodiados por la investigadora de acuerdo a la Declaración de Helsinki. El único documento que tuvo el nombre de las participantes fue la hoja de consentimiento. El cuestionario no contuvo información personal ni de las participantes, ni de sus familiares. El contenido de las preguntas se enfocó en datos de carácter socio económico, y pertinentes al estudio.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de la población según edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Edad	menor a 20	17	10.6	10.6
	de 21 a 30	87	54.4	65.0
	de 31 a 40	34	21.3	86.3
	de 41 a 50	22	13.8	100.0
	Total	160	100.0	
Media	Mediana	Moda	Desviación Estándar	
29.6	28	25	10220.4	

En la tabla anterior se observa que el grupo etario más con mayor prevalencia de abortos varía de 21 a 30 años, equivaliendo este a un 54.4%(n=87) de la población total. Un 10.6%(n=17) se produjo antes de los 20, 21.3%(n=34) entre los 31 y 40 años y un 13.8% (n=22) de 41 a 50 años.

Tabla 2. Distribución de la población según estado civil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Estado civil	Casada	65	40.6	40.6
	Soltera	95	59.4	100.0
	Total	160	100.0	

El estado civil es dicotómico en esta población, siendo las solteras un 59.4%(n=95) y casadas un 40.6%(n=65).

Tabla 3. Distribución de la población según lugar de procedencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Lugar de procedencia	Lima	60	37.5	37.5
	Sur	16	10.0	47.5
	Norte	17	10.6	58.1
	Sierra	45	28.1	86.3
	Selva	22	13.8	100.0
	Total	160	100.0	

Un 37.5% (n=60) de las evaluadas provenían de la capital, le sigue en frecuencia la región sierra con un 28.1%(n=45). La distribución en la región selva, norte y sur es similar, con un 13.8%, 10.6% y 10% respectivamente.

Tabla 4. Distribución de la población según ocupación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ocupación	Estudiante	42	26.3	26.3
	Ama de casa	50	31.3	57.5
	PNP	43	26.9	84.4
	Otros	25	15.6	100.0
	Total	160	100.0	

El 31.3%(n=50) de las pacientes evaluadas resultaron ser amas de casa, 26.9%(n=43) oficiales o suboficiales PNP, y 26.3%(n=42) estudiantes en el momento del aborto. El 15.6%(n=25) restante se distribuyó en otras ocupaciones.

Tabla 5. Distribución de la población según religión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Religión	Agnóstico	7	4.4	4.4
	Católico	128	80.0	84.4
	Evangélico	17	10.6	95.0
	Mormón	5	3.1	98.1
	Asamblea de Dios	3	1.9	100.0
	Total	160	100.0	

En la última tabla se puede observar que 128 personas pertenecían a la religión católica, haciendo este un 80% de la población total. Los pertenecientes a la religión asamblea de dios son minoría con tan sólo 1.9%(n=3).

Tabla 6. Distribución de la población según número de hijos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Número de hijos	0	98	61.3	61.3
	1	35	21.9	83.1
	2	18	11.3	94.4
	3	5	3.1	97.5
	4	3	1.9	99.4
	6	1	.6	100.0
	Total	160	100.0	
Media	Mediana	Moda	Desviación Estándar	
0.625	0	0	141.5	

Esta tabla nos muestra el número de hijos de la paciente al momento del aborto, el 61.3%(n=98) no tenía hijos cuando ocurrió el suceso, mientras que el 38.7%(n=62) restante tuvo 1, 2, 3, 4 o 6 hijos.

Tabla 7. Distribución de la población según trimestre

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Trimestre	1	157	98.1	98.1
	2	3	1.9	100.0
	Total	160	100.0	

La gran mayoría de abortos se produjeron en el 1er trimestre representando el 98.1%(n=157), sólo 3 pacientes tuvieron un aborto pasados los tres primeros meses.

Tabla 8. Distribución de la población según tipo de aborto

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Tipo de aborto	Espontáneo	75	46.9	46.9
	Voluntario	85	53.1	100.0
	Total	160	100.0	

La distribución según el tipo de aborto fue semejante, un 46.9% (n=75) resultó ser de tipo espontáneo y 53.1%(n=85) de tipo voluntario.

Tabla 9. Distribución de la población según actitud de la pareja

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Actitud de la pareja	Negativa	29	18.1	18.1
	Positiva	131	81.9	100.0
	Total	160	100.0	

El 81.9% de la población contaba con buena relación con la pareja, el 18.1% restante manifestada actitud despreocupada o negativa ante el suceso.

Tabla 10. Distribución según edad del total de abortos voluntarios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Edad	menor a 20	16	18.8	18.8
	de 21 a 30	48	56.5	75.3
	de 31 a 40	14	16.5	91.8
	de 41 a 50	7	8.2	100.0
	Total	85	100.0	

Tabla 11. Distribución según estado civil del total de abortos voluntarios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Estado civil	Casada	29	34.1	34.1
	Soltera	56	65.9	100.0
	Total	85	100.0	

Tabla 12. Distribución según lugar de procedencia del total de abortos voluntarios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Lugar de procedencia	Lima	39	45.9	45.9
	Sur	6	7.1	52.9
	Norte	7	8.2	61.2
	Sierra	23	27.1	88.2
	Selva	10	11.8	100.0
	Total	85	100.0	

Tabla 13. Distribución según ocupación del total de abortos voluntarios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ocupación	Estudiante	34	40.0	40.0
	Ama de casa	26	30.6	70.6
	PNP	15	17.6	88.2
	Otros	10	11.8	100.0
	Total	85	100.0	

Tabla 14. Distribución según religión del total de abortos voluntarios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Religión	Agnóstico	5	5.9	5.9
	Católico	65	76.5	82.4
	Evangélico	13	15.3	97.6
	Mormon	2	2.4	100.0
	Total	85	100.0	

Tabla 15. Distribución según número de hijos del total de abortos voluntarios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Número de hijos	sin hijos	56	65.9	65.9
	con hijos	29	34.1	100.0
	Total	85	100.0	

Tabla 16. Distribución según trimestre de aborto del total de abortos voluntarios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Trimestre	Primer Trimestre	85	100.0	100.0
	Segundo trimestre	0	0,0	0.0

Con ayuda de las tablas anteriores se realizó una descripción de las principales características de las pacientes que se sometieron de forma voluntaria a un legrado uterino. Respecto a la distribución según la edad podemos observar que más de la mitad de las pacientes se encuentran entre los 21 y 30 años, esto es exactamente el 56.5%(n=48) con un total de 48 pacientes. Le sigue el primer grupo etario (menor e igual a 20), siendo este el 18.8%(n=16), inmediatamente después con un 16.5%(n=14) pacientes de 31 a 40 años y una minoría de 8.2%(n=7) que representa al grupo de 41 a 50 años. Las solteras prevalecieron en la distribución según estado civil con un 65.9%(n=56), el otro 34.1%(n=29) fueron casadas. Cerca de la mitad de pacientes del estudio (45.9%) tienen como lugar de procedencia la capital, seguidas por mujeres procedentes de la sierra en un 27.1%(n=23), el 27%(n=22) restante resto distribuye en región selva, norte y sur. En esta población, las estudiantes ocupan con 34 pacientes el primer lugar en frecuencia distribuidas según ocupación, siendo este el 40% del total. Las amas de casa representan el 30.6%(n=26), el personal PNP 17.6%(15) y otros 11.8%(n=10). En la tabla 17 se puede observar que predomina la religión católica con 76.5%, seguida de la religión evangélica, la cual representa el 15,3%(n=13). Un 5.9%(n=5) refirió no pertenecer a ninguna religión y tan sólo dos personas a la religión mormona. En la siguiente tabla observamos que el número de pacientes sin hijos que abortaron de forma voluntaria fue de 56, esto representa el 65.9%, el resto refiere haber tenido al menos un hijo en el momento del aborto. Finalmente, en la última tabla

se puede observar que del total de abortos producidos el 100%(n=85) fue efectuado en el primer trimestre de embarazo.

Tabla 17. Total de casos que presentaron síntomas depresivos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Síntomas depresivos	no presenta	18	22.5	22.5
	Presenta	62	77.5	100.0
	Total	80	100.0	

Tabla 18. Total de casos que presentaron síntomas ansiosos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Síntomas ansiosos	no presenta	36	45.0	45.0
	si presenta	44	55.0	100.0
	Total	80	100.0	

Tabla 19. Total de casos que presentaron sentimientos de culpa

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sentimientos de culpa	no presenta	53	66.3	66.3
	Presenta	27	33.8	100.0
	Total	80	100.0	

Tabla 20. Total de casos que presentaron vergüenza

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Vergüenza	no presenta	71	88.8	88.8
	Presenta	9	11.3	100.0
	Total	80	100.0	

Tabla 21. Total de casos que presentaron rabia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	no presenta	27	33.8	33.8	33.8
	Presenta	53	66.3	66.3	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

Las pacientes que resultaron verse afectadas psicológicamente presentaron uno o más síntomas a la vez, de ellas un 77.5%(n=62) refirió presentar síntomas depresivos, 55%(n=44) manifestó síntomas ansiosos, el sentimiento de culpa estuvo presente en el 33.8%(n=27), la vergüenza en 11.3%(n=9) y los sentimientos de rabia e impotencia en un 66.3%(n=53).

Tabla 22. Análisis bivariado de Presencia de alteración psicológica y tipo de aborto

		Presencia alteración psicológica		Total	
		CASOS	CONTROLES		
Tipo de aborto	Voluntario	Recuento	18	67	85
		% dentro de Tipo de aborto	21.2%	78.8%	100.0%
	Esponáneo	Recuento	62	13	75
		% dentro de Tipo de aborto	82.7%	17.3%	100.0%
Total		Recuento	80	80	160
		% dentro de Tipo de aborto	50.0%	50.0%	100.0%
Estimación de riesgo					
		Valor	Intervalo de confianza de 95 %		
			Inferior	Superior	
Razón de ventajas para Tipo de aborto (voluntario/ espontáneo)		.056	.025	.124	
N° de casos válidos		160			

Se realizó un estudio analítico de casos y controles contando con una muestra de 160 pacientes, distribuidos en 80 casos y 80 controles. En la presente tabla se observa que del total de casos el 77.5%(n= 62) fueron de tipo espontáneo y el 22.5%(n=18) de tipo voluntario. El porcentaje de abortos espontáneos en

controles fue de 16.3% (n=13) fue y voluntarios 83.7% (n=67). La OR para el aborto inducido, comparado con quienes tuvieron un aborto espontáneo fue 0.056 (IC 95%, 0.025-0.124), de lo que se concluye que el aborto inducido tiene un efecto protector para el desarrollo de alteraciones psicológicas postaborto.

Tabla 23. Análisis bivariado de la Presencia de alteración psicológica y actitud de la pareja

			Presencia alteración psicológica		Total
			CASOS	CONTROLES	
Actitud de la pareja	Negativo	Recuento	14	15	29
		% dentro de Actitud de la pareja	49.6%	50.4%	100.0%
	Positivo	Recuento	66	65	131
		% dentro de Actitud de la pareja	51.7%	48.3%	100.0%
Total	Recuento	80	80	160	
	% dentro de Actitud de la pareja	50.0%	50.0%	100.0%	
Estimación de riesgo					
		Valor	Intervalo de confianza de 95 %		
			Inferior	Superior	
Razón de ventajas para Actitud de la pareja (negativo / positivo)		0.919	0.411	2.056.	
N de casos válidos		160			

En la siguiente tabla se comparó la posibilidad de ocurrencia de la variable dependiente alteración psicológica post aborto proponiendo a la actitud

negativa de la pareja como factor de riesgo para el desarrollo de alteración psicológica. Los resultados nos muestran un OR de 0.919, lo que nos indica que la razón entre actitud negativa de la pareja versus actitud positiva es 0.9 veces mayor en las mujeres que han presentado alteración psicológica.

Tabla 24. Análisis bivariado de Presencia de alteración psicológica y número de hijos

		Presencia alteración psicológica			Total
		CASOS	CONTROLES		
Número de hijos	con hijos	Recuento	35	27	62
		% dentro de número de hijos	56.5%	43.5%	100.0%
	sin hijos	Recuento	45	53	98
		% dentro de número de hijos	45.9%	54.1%	100.0%
Total		Recuento	80	80	160
		% dentro de número de hijos	50.0%	50.0%	100.0%
Estimación de riesgo					
		Valor	Intervalo de confianza de 95 %		
			Inferior	Superior	
Razón de ventajas para Tipo de aborto (voluntario/espontaneo)		1.527	.085	2.896	
N de casos válidos		160			

La razón entre las pacientes que presentaron alteración psicológica versus las que no presentaron síntomas significativos es 1.527 veces mayor en pacientes

con al menos un hijo en comparación a las pacientes que no tuvieron hijos. Esta asociación es estadísticamente significativa por ser mayor a 1.



Gráfico 1. Prevalencia de abortos voluntarios en pacientes que desarrollaron alteraciones psicológicas

El gráfico muestra que del total de pacientes que presentaron alteración psicológica significativa, las que consideramos casos del estudio, el 77.5%(n=64) tuvieron abortos de tipo espontáneo y 22.5%(n=16) voluntarios.

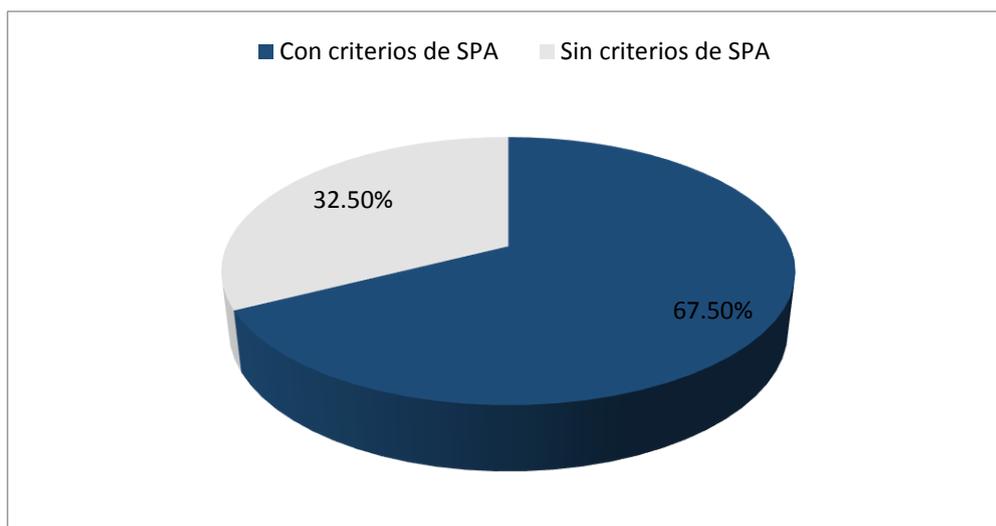


Gráfico 2. Porcentaje de pacientes que presentaron alteración psicológica significativa que cumplen con criterios de Síndrome post aborto.

En el gráfico anterior se observa que un 67.5%(n=54) de pacientes que resultaron afectadas psicológicamente cumplieron con criterios de Síndrome post aborto, los cuales están especificados en el anexo.

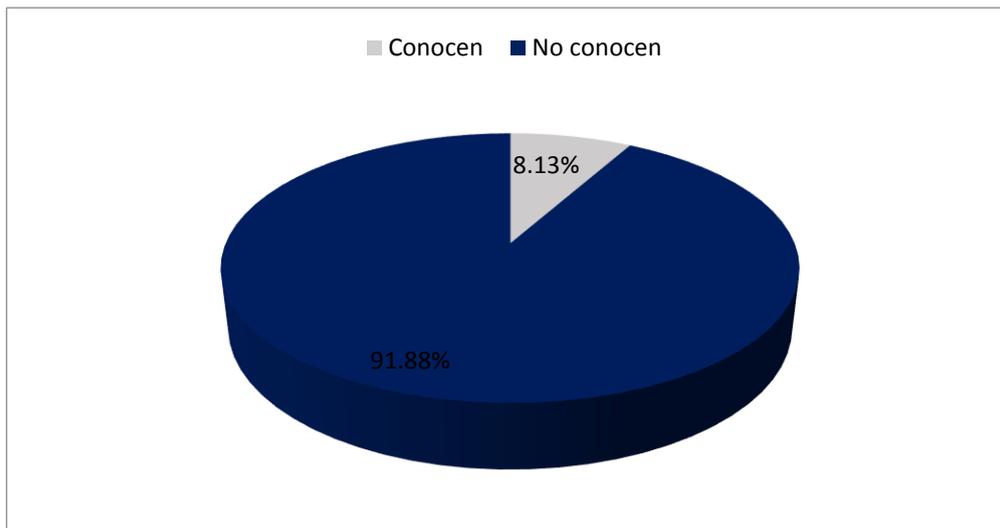


Gráfico 3. Total de pacientes que tienen conocimiento del Síndrome post aborto

Del último gráfico se concluye que del total de pacientes evaluadas sólo 13 personas tenían conocimiento sobre el Síndrome post aborto, esto representa a un 8.13% de la población. El 91.88% refirió nunca haber escuchado dicho termino.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

- El estudio Síndrome post aborto como efecto de la vivencia de un aborto provocado realizado por Neldy Mendonza, tenía como objetivo principal demostrar la existencia del Síndrome post aborto como consecuencia del aborto provocado, pero además la autora describió las principales características de la población en estudio donde se encontró que el 18,40% de las mujeres tenían grado de instrucción superior incompleta, seguido de un importante 17,40% que tuvieron estudios superiores técnicos concluidos, existe un ligero contraste con nuestro estudio donde más de un tercio de la población(40%) eran aún estudiantes sin ningún estudio anterior concluido en el momento del aborto, estas son seguidas de amas de casa con un 30,6%, el 29.4% restante se distribuyó entre personal de la PNP y otras ocupaciones técnicas o superiores. El estado civil al momento del aborto fue: 36% solteras y 33 % convivientes en el estudio de Mendoza, los números difieren de nuestro estudio donde se encontró una marcada mayoría de solteras con un 65.9%, el 34.1% restante fueron casadas. Como antecedente el 30,28% había abortado entre los 16–20 años, por el contrario, en el presente estudio sólo un 18.8% abortaron antes de los 20 años mientras que la concentración de abortos se produjo entre los 21 y 30 años, siendo este un 56.5%. Datos como el lugar de procedencia, religión y trimestre en que se produjo el aborto no fueron descritos en el trabajo de Mendoza, pero otros estudios consideran que podría haber relación entre las prácticas culturales y sociales y la decisión de practicarse un aborto y estas características podrían ayudar a dilucidar el escenario. Cerca de la mitad con un total de 45.9% de pacientes tienen como lugar de procedencia nuestra capital, sin embargo, la influencia de la cultura y prácticas urbanas parece perder relevancia ya que son inmediatamente seguidas en porcentaje por mujeres procedentes de la sierra en un 27.1%, cifra nada despreciable. De nuestro estudio podemos concluir también que un 76.5% de pacientes sometidas a un aborto voluntario refirieron practicar la religión católica, sin embargo, no hay una relación directa ya que en la población general el 80% de pacientes, siendo un total de 128 refirieron la misma religión. Al menos en nuestro país este no es un dato muy confiable debido a que es por bastante la religión más

representativa en la mayoría de poblaciones. Por último, se obtuvo también la cifra de abortos voluntarios según trimestre, y esta demostró que, en su totalidad los abortos en esta población fueron realizados durante los tres primeros meses de embarazo, por lo que entendemos que las pacientes que refirieron abortos en el segundo trimestre fueron todos de tipo espontáneo. Es importante mencionar que 100% de estas últimas presentaron alteración psicológica con síntomas depresivos a la cabeza, además de ello se debe resaltar que fue precisamente este grupo las que presentaron índices más altos de afectación. De lo anterior podemos concluir que el riesgo de sufrir alteración psicológica más severa aumenta concluyendo el primer trimestre. Esto coincide con la American Psychological Association (APA) quienes en 1989 conformaron un grupo de expertos que evaluaron los estudios existentes sobre el riesgo que la práctica del aborto supondría para la salud mental de las mujeres. Su conclusión fue que un aborto legal durante el primer trimestre raramente provoca reacciones negativas severas.

- Para evaluar la asociación entre alteraciones psicológicas y aborto el primer paso fue una exhausta revisión de trabajos existentes sobre este tema, sin embargo, es muy llamativo observar que las conclusiones varían entre muchos de ellos de manera significativa. Mientras que algunos estudios afirman la existencia del síndrome post aborto en la mayoría de pacientes que sufrieron uno, sobre todo si este ha sido provocado, otros estudios concluyen un importante porcentaje de pacientes que no presentan alteraciones psicológicas significativas e incluso algunas de ellas manifiestan un elevado grado de bienestar y alivio. Probablemente esta disparidad de resultados se deba a hechos como la existencia múltiples factores de confusión que no fueron tomados en cuenta como por ejemplo la edad, las creencias y costumbres de las pacientes evaluadas, la actitud del entorno familiar, el hecho de que el embarazo sea deseado o no, etc. Consecuentemente, la gran variedad de estos factores de confusión puede influir decisivamente en la heterogeneidad de los resultados obtenidos. Vemos así que en un estudio realizado por Coleman et al. se ofrecen resultados a partir de una muestra de unas 3000 mujeres, representativa de la población de Estados Unidos (National Comorbidity Survey), de estas un

13% habían tenido al menos un aborto provocado. De las alteraciones psicológicas halladas se destaca la depresión con un OR de 2.5, bastante significativo estadísticamente. En nuestro estudio la alteración psicológica más frecuente también fueron los síntomas asociados a la depresión con un 77.5% de los casos, pero la diferencia contrasta notoriamente dado que del total de casos sólo un 22.5% son abortos de tipo voluntario, el 77.5% de personas que presentaron alteración psicológica significativa refirieron un aborto espontáneo. Por el contrario el 83.7% de personas que no demostraron alteración psicológica tuvieron un aborto voluntario. La OR para el aborto inducido, comparado con quienes tuvieron un aborto espontáneo fue 0.056, podemos concluir que es un factor protector para el desarrollo del suceso. Aunque los resultados varían considerablemente con los de Coleman y su equipo, las conclusiones se asemejan a la de otros estudios como el realizado por E. Bologna en el 2013, quien tuvo también como principal objetivo medir la influencia del aborto inducido en el estado de salud mental de mujeres universitarias. Los resultados indicaron que no hubo diferencia significativa en los puntajes del SCL-90R, herramienta de medición utilizada en el estudio, entre las mujeres que abortaron y las que llevaron a cabo su embarazo. Dentro de las conclusiones más importantes tenemos: Se demostró que la salud mental no se ve afectada por la obtención de un aborto.

Como se ya se mencionó deben considerarse la gran combinación de factores de riesgo que pueden afectar la salud mental de una mujer para no malinterpretar el impacto del aborto sólo, por lo que se evaluó también el riesgo de las variables dicotómicas actitud de la pareja y trimestre de aborto sobre la salud mental. Los resultados nos muestran un OR de 0.919, lo que nos indica que la razón entre actitud negativa de la pareja versus actitud positiva es 0.91 veces mayor en las mujeres que han presentado alteración psicológica. Sin embargo, el resultado se aproxima al 1 y el límite superior es >1 , por lo que esta asociación no es significativa. Finalmente, la razón entre las pacientes que presentaron alteración psicológica versus las que no presentaron síntomas significativos es 1.527 veces mayor en pacientes con al menos un hijo en comparación a las pacientes que no tuvieron hijos al momento del aborto. Esta asociación es estadísticamente significativa de

donde se concluye que el tener hijos es un factor de riesgo para desarrollar alteración psicológica.

- Actualmente se considera que toda mujer que aborta, incluso por causas naturales, puede quedar ligera o profundamente afectada, por lo que se decidió comprobar hasta qué punto las pacientes que presentaron alteraciones psicológicas significativas cumplían con criterios diagnósticos de SPA que indica DSM-IV. Los resultados nos indican que un 67.5% de pacientes que resultaron afectadas psicológicamente cumplieron con criterios de Síndrome post aborto, estos se especifican en el anexo. Este es menor en porcentaje a los resultados de Gómez Lavín, donde los síntomas presentados en las pacientes evaluadas cumplen criterios diagnósticos del DSM-IV en un 100% de las evaluadas. Además, al preguntarle al total de pacientes si tenían conocimiento sobre el tema sólo 13 personas manifestaron haber escuchado sobre el síndrome post aborto. Entre los síntomas frecuentes resaltan por su repercusión diagnóstica los sueños reiterativos y pesadillas sobre el evento, vehementes sentimientos de culpa y la «necesidad de reparar», este último se encuentra presente en casi todas las pacientes estudiadas y junto a los síntomas depresivos y ansiosos son considerados puntos claves del trastorno, resultados parecidos se encontraron también en el estudio de Mendoza donde el 50,15% presentó sentimientos de remordimiento, culpa y rabia, mientras que el 48,31% presentó sentimientos de remordimientos, culpa y dolor, en conclusión el remordimiento y la culpa están presentes en más del 50% de casos. Por el contrario, en nuestro estudio estos sentimientos representaron sólo un 33,8%, siendo los más frecuentes los síntomas depresivos con un considerable 77.5%. Cabe resaltar que el segundo criterio de alteración psicológica más encontrado fueron los sentimientos de rabia e impotencia en un bastante representativo 66.3%.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- El aborto de tipo voluntario es un factor protector para desarrollar alteración psicológica post aborto, la actitud de la pareja no tiene relevancia y el tener al menos un hijo resulta ser un factor de riesgo.
- El 77.5% de pacientes afectadas psicológicamente tuvieron abortos de tipo espontáneo y el 22.5% voluntario.
- El 67.5% de pacientes afectadas psicológicamente cumplieron criterios de Síndrome post aborto según lo indicado en el DSM-IV.
- Tan sólo el 8.13% de la población evaluada refirió tener algún conocimiento sobre el Síndrome post aborto.
- De las alteraciones psicológicas presentadas los síntomas depresivos fueron los más frecuentemente hallados con un 77.5%, seguidos por los sentimientos de rabia e impotencia con un 66.3%.
- Dentro de características sociodemográficas más resaltantes de las pacientes que voluntariamente se sometieron a un aborto tenemos que, el 65.9% son solteras, el 45.9% radica en Lima, con una edad media de 29.6 años y en su mayoría estudiantes. Predomina la religión católica con un 76.5% y el 65.9% tenía al menos un hijo al momento del aborto. El 100% de las pacientes que se practicaron un aborto lo hicieron en el primer trimestre.

RECOMENDACIONES

Se recomienda aportar con estudios libres de sesgos ideológicos que muestren la verdadera incidencia y prevalencia de alteraciones psicológicas y síndrome post aborto en nuestra población, además de así poder identificar el perfil de la población más vulnerable con el fin que se puedan proveer los recursos necesarios para el soporte psicológico que se requiera. Por último, parece algo repetitivo que la mayor parte de abortos voluntarios estén representados por estudiantes, por lo que no se debe dejar de lado el énfasis en la información y comunicación de programas preventivos dirigida a las mujeres en edad fértil para prevenir los embarazos no deseados información.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bela Ganatra ÖT, HBJ, BRJJ, AMG&MT. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2014 [cited 2018 noviembre. Available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/3/14-136333/es/>.
2. Las cifras del aborto en el Perú. [Online]. Available from: <http://www.flora.org.pe/web2/images/stories/bonnie/PDF/HojaInformativa28Sep.pdf>
3. C.Gómez Lavín RZG. Categorización diagnóstica del síndrome postaborto. [Online].; 2005 [cited 2018 noviembre. Available from: <http://www.hazteoir.org/sites/default/files/upload/Categorizaci%C3%B3n%20diagn%C3%B3stica.pdf>.
4. Quimica.es. [Online]. Available from: http://www.quimica.es/enciclopedia/Aborto_inducido.html.
5. Las cifras del aborto en el Perú. [Online]. Available from: <http://www.flora.org.pe/web2/images/stories/bonnie/PDF/HojaInformativa28Sep.pdf>.
6. Revista peruana de medicina experimental y salud pública. [Online].; 2016 [cited 2018 noviembre. Available from: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2573/2600>.
7. Bologna E, Effects of abortion on college women's mental health. Florida. En: <http://stars.library.ucf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2385&context=honorstheses1990-2015>
8. Mendoza C.N. Síndrome post aborto y repercusiones en la mujer, familia y sociedad. Instituto para el Matrimonio y la Familia. Disponible en: http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo49/files/Acompaamiento_pastoral_post_aborto.pdf
9. Coleman, P. K., Coyle, C. T., Shuping, M., & Rue, V. M. (2009). Induced abortion and anxiety, mood, and substance abuse disorders: Isolating the effects of abortion in the national comorbidity survey. *Journal of psychiatric research*, 43(8), 770-776.
10. Comettant P.M. Factores que intervienen en la decisión de abortar en adolescentes, Instituto Nacional Materno Perinatal, enero 2015 - marzo 2016. Tesis (Para optar el título de Licenciada en Obstetricia). Lima 2016. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/4846/Comettant_pm.pdf?sequence=1

- 11 Steinberg J.R., Russo N.F. Abortion and anxiety: What's the relationship? Soc Sci Med 2008; 67: 238-52.
- 12 Gissler M, Hemminki E, Lönnqvist J. Suicides after pregnancy in Finland, 1987-94: . register linkage study. BMJ 1996;313:1431-4.
- 13 Fergusson DM HLE. Child Psychol Psychiatry. In DM F. Child Psychol Psychiatry.; . 2006. p. 47:16-24.
- 14 Arthur, Joyce, "Psychological Aftereffects of Abortion: The rest of th story" en The . Humanist V. 57, nm. 2, marzo-abril 1997,pp.7-9.Stotland, Nada,"The Myth of the abortation Trauma Syndrome" en "The Journal of the American Medical Association,V. 268,núm. 15,21 de octubre de 1992,pp.2078-2079. Major, Brenda et al., "Abortion and Mental Health. Evaluating the Evidence" en American Psychologist. V.64,núm. 9, diciembre 2009, pp.863-890
- 15 The Emotional Effects of Induced Abortion. Planned Parenthood Federation of . America. 2001 enero; 1(1).
- 16 Gary F. Obstetricia de Williams. 24A° Edicion. México.Mc Graw Hill 2014 .
- 17 Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Spong C, et al. "ABORTO" Edición 24 .Williams . obstetricia volumen 1. Capítulo 18
- 18 Barreda EO. Secuelas psicológicas tras la interrupción voluntaria del embarazo en . adolescentes. [Online]. Canarias; 2010 [cited 2018 noviembre. Available from: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/viewFile/78/66>.
- 19 Stevenson ARA. SÍNDROME POS ABORTO Y EL PROCESO DE DUELO Continua . AMdE, editor. ciudad de méxico: Asociación Mexicana de Educación Continua; 2011.
- 21 Rondón DMB. promsex. [Online].; 2009 [cited 2018 noviembre. Available from: <http://promsex.org/wp-content/uploads/2010/06/Consecuencias-emocionales-psicologicas-aborto-inducido-Marta-Rondon.pdf>.
- 22 De la Cruz Vargas JA, Correa Lopez LE, Alatriza Gutierrez de Bambaren M del S, Sanchez Carlessi HH, Luna Muñoz C, Loo Valverde M, et al. Promoviendo la investigación en estudiantes de Medicina y elevando la producción científica en las universidades: experiencia del Curso Taller de Titulación por Tesis. Educ Médica [Internet]. 2 de agosto del 2018 [citado 16 de enero del 2019]. Disponible en: <http://www.Sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318302122>.

ANEXOS

1. TABLA DE CATEGORIZACIÓN DIAGNÓSTICA DE SÍNDROME POST ABORTO
2. MATRIZ DE CONSISTENCIA
3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
4. CONSENTIMIENTO INFORMADO
5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Anexo A1. Tabla de Categorización diagnóstica de Síndrome post aborto

Tabla 1	Criterios diagnósticos del síndrome postaborto (SPA)
<p>Para el diagnóstico de síndrome postaborto el paciente debe cumplir los criterios A y B</p> <p>A) El paciente presenta uno o varios síntomas de los apartados 1 y 2 y uno o varios síntomas de, al menos, uno de los otros apartados: 3, 4 ó 5</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Síntomas depresivos</i> (depresión, tristeza, pena, pesar, llanto frecuente) y ansiosos (ansiedad, angustia, rabia) relacionados con el aborto realizado 2. <i>Sentimientos de culpa</i> (de vergüenza, de pérdida de autoestima y de autorechazo) e incapacidad para perdonarse por el aborto realizado (a veces con pensamientos de suicidio); deseos de «expiación» (de borrar la culpa, de purificarse de ella) y <i>necesidad de reparar</i> (de desagraviar, de satisfacer al ofendido), de remediar el daño o perjuicio cometido (a veces mediante un embarazo expiatorio de «de reparación») 3. <i>Pesadillas recurrentes</i> sobre niños perdidos, despedazados, mutilados o muertos; pensamientos recurrentes e intrusivos o <i>flashbacks</i> sobre el aborto o la criatura abortada; ilusiones y pseudoalucinaciones auditivas (oír el llanto de un niño), fantasía reiteradas de cómo hubieran sido las cosas si no se hubiera abortado 4. <i>Evitación y/o rechazo de estímulos o situaciones</i> que recuerden el aborto, sus circunstancias o consecuencias (noticias de embarazos o abortos; reconocimientos médicos o ambientes clínicos, la visión de recién nacidos o de niños pequeños, de ropas o silletas de niño, de chupetes, etc.); empeoramiento típico de los síntomas en las fechas en que tuvo lugar el aborto o en que el niño debería haber nacido (reacciones de aniversario) 5. <i>Alteraciones conductuales</i> relacionadas con emociones provocadas por el aborto: trastornos sexuales (inhibición o rechazo sexual, frigidez, promiscuidad); anorexia u otros trastornos alimentarios; abuso de drogas o alcohol; aislamiento social y falta de interés y atención para las tareas y obligaciones habituales; enfados repentinos y arrebatos de cólera; aceptación de relaciones interpersonales abusivas; gestos o intentos autolíticos <p>B) Los síntomas han tenido su inicio después de la realización del aborto y aunque pueden existir otros acontecimientos vitales concomitantes (sensibilizantes, desencadenantes, agravantes, etc., se presume que ninguno de ellos forma parte del origen del trastorno</p>	

Anexo A2. Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Variables	Metodología
<p>¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al desarrollo de alteraciones psicológicas post aborto en pacientes pertenecientes al servicio de gineco-obstetricia en el Hospital Central de la PNP Luis N. Sáenz de enero a julio del 2018?</p>	<p>Objetivo general Determinar los factores de riesgo asociados al desarrollo de alteraciones psicológicas post aborto en pacientes pertenecientes al servicio de gineco-obstetricia del Hospital Central de la PNP Luis N. Sáenz de enero a julio del 2018.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar la prevalencia de abortos voluntarios en pacientes que desarrollaron alteraciones psicológicas post aborto. 2. Determinar el número de pacientes que desarrollaron alteraciones psicológicas post aborto que cumplen con criterios diagnósticos de Síndrome post aborto. 3. Determinar la frecuencia de pacientes sometidas a legrado uterino que tienen conocimiento del Síndrome Post Aborto. 4. Identifica el perfil de las pacientes que se someten voluntariamente a un legrado uterino. 	<p>Variable dependiente Alteración psicológica postaborto</p> <p>Variables independiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Edad -Estado civil -Lugar de procedencia -Ocupación -Religión -Número de hijos -Trimestre -Tipo de aborto -Actitud de la pareja 	<p>Tipo de estudio Cuantitativo, retrospectivo, observacional, analítico de casos y controles.</p> <p>Población Mujeres de 18 a 45 años que tengan como antecedente un aborto y acudan por consulta o sean hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Central Luis N. Sáenz de enero a julio del 2018. Los casos son definidos como aquellas pacientes que presentaron alguna alteración psicológica significativa, mientras que los controles representan al grupo de pacientes que no presentaron alteración alguna o que presentaron alteración psicológica no significativa.</p> <p>Criterios de exclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mujeres fuera del rango de edad del estudio • Mujeres que por alguna razón se niegan a la participación del estudio. • Mujeres con algún tipo de discapacidad o trastorno mental • Mujeres sometidas a abortos terapéuticos <p>Muestra El resultado de muestra total requerida de 160, donde 80 serán casos y 80 controles.</p>

Anexo A3: Instrumentos de recolección de datos

CUESTIONARIO

I. DATOS PERSONALES

- 1.
2. Edad: Menor de 20 ___ 21-30 ___ 31-40 ___ 41-50 ___
3. Pueblo de residencia: Norte ___ Sur ___ Este ___ Oeste ___ Centro
4. Estudios realizados: ___ Esc. Superior ___ Grado Asociado ___ BA ___ MA ___ PHD ___ Otros
5. Actividad _____ laboral _____ actual:

6. Estado civil actual: Soltera ___ Casada ___ Divorciada ___ Convivencia ___
7. N° de hijos nacidos: 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___
8. Religión: Católica ___ Protestante ___ Otro

9. ¿Ha tenido usted algún aborto? ___ Sí ___ No
10. Especifique el tipo de aborto ___ Voluntario ___ Espontáneo

Si su respuesta es afirmativa, favor de continuar con el cuestionario. De lo contrario puede descontinuar su participación. Gracias.

II. DATOS RELACIONADOS AL ABORTO INCUCIDO

1. Pueblo de residencia al momento del aborto: Norte ___ Sur ___ Este ___ Oeste ___ Centro ___
2. Edad en el momento del aborto: Menor de 20 ___ 21-30 ___ 31-40 ___ 41-50 ___
3. Número e hijos en el momento del aborto: 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___
4. Estado civil en el momento del aborto/s: Soltera ___ Casada ___ Divorciada ___ Convivencia ___
5. Actitud de su pareja ante el embarazo inesperado: Positiva ___ Negativa ___
6. Actitud de su familia ante el embarazo inesperado: Positiva ___ Negativa ___
7. Nivel de estudios en el momento del aborto: Esc. Superior ___ Grado Asociado ___ Bachillerato ___ Maestría ___ Otros

- _____
8. ¿Continuó estudiando lo que tenía previsto después del aborto? Sí
___ No ___
9. ¿Estuvo en tratamiento psicológico/psiquiátrico antes del aborto?
Sí ___ No ___
10. Trimestre al momento del aborto/s: Primero ___ Segundo ___ Tercero
11. Motivo/s del aborto/s: presión por parte de
compañero/esposo/familiares ___ situación económica ___
problemas de salud ___ violación ___ defectos
en embrión/feto ___ otros _____
- _____
12. Método/s utilizado/s (si más de un aborto): solución salina ___
succión ___ D&C ___ D&E ___ inyección intrauterina/intravenosa ___
abortivo oral (RU-486 u otros) ___ histerotomía ___ parto parcial ___
13. Tipo de anestesia durante la intervención: local ___ general ___
ninguna ___
14. Años transcurrido desde el aborto: 1-5 ___ 6-10 ___ 11-15 ___
15. ¿Ha escuchado usted sobre el Síndrome post aborto?

III. DATOS PSICOLÓGICOS

Indique en una escala del 1 al 5 el grado en que ha experimentado los siguientes estados después de su aborto donde 5 es mucho; 4 es bastante; 3 es regular; 2 es a veces y 1 es nunca:

Culpabilidad	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Depresión	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Rabia	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Tristeza	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho

Alegría	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Alivio	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Pena	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Amargura	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Arrepentimiento	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Angustia	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Remordimientos	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Poder	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Desesperación	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Vergüenza	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Horror	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Auto desprecio	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Soledad	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Impotencia	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Rechazo de los demás	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Confusión	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho

Ansiedad	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Estrés constante	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Retraimiento	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Aislamiento	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Liberación sexual	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Paz interior	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Alienación de los demás	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Resentimiento hacia los que me aconsejan	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Víctima de explotación	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Odio hacia los que me indujeron al aborto	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Odio al hombre que me dejó embarazada	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Odio a los hombres	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Miedo al castigo divino	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Miedo a que les pueda pasar algo a mis otros hijos	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Miedo a otro embarazo	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Miedo a necesitar otro aborto	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho

Miedo a tocar a bebés	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Miedo a que se enteren de que aborté	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Miedo a tomar decisiones	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Pesadillas	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Insomnio	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Recuerdos repentinos del aborto	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Ataques de histeria	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Ataques de ira	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Llanto incontrolado	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Deseo de suicidarse	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Mayor unión con mi pareja	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Pérdida de autoconfianza	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Pérdida de autoestima	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Mayor conocimiento de mí misma	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Alucinaciones respecto al aborto	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Trastornos alimentarios	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho

Sensación de vacío	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Desinterés por los demás	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Obsesión por ser una madre perfecta	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Incapacidad de conservar un empleo	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Incapacidad para concentrarme	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Dificultad en hacer y conservar amistades	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Preocupación con la idea de la muerte	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Preocupación por cómo sería el niño	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Interés excesivo en mujeres embarazadas	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Interés excesivo en los bebés	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho

Después de mi aborto: (escala del 1-5)

Me hice más comprensiva	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Me hice más insensible	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Me esforzaba por estar contenta	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
No podía llorar	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Sentí más control sobre mi vida	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho

Mis enfados se hicieron más intensos	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Empecé a beber alcohol	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
¿Se considera alcohólica?	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Empecé a consumir drogas	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
¿Se considera adicta?	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Cambió mi personalidad	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Cambié a mejor (1) o a peor (5)	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho

**Los sentimientos negativos debidos a mi aborto empeoraron cuando:
(escala 1-5)**

Se acercaba el aniversario del embarazo	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Se acercaba el aniversario del aborto	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Volví a quedar embarazada	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Cuando nació mi siguiente hijo	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Cuando tuve un aborto espontáneo posterior	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Cuando intenté volver a quedar embarazada	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Cuando veía a niños jugando	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Cuando veía bebés en televisión	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho

Cuando me daban información pro-vida	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Cuando veía fotos del desarrollo fetal	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Cuando veía a una embarazada	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho

Responda Si, NO o NO SE a las siguientes preguntas:

¿Ha intentado suicidarse?	SÍ	No	No se
¿Se ha arrepentido de su aborto?	SÍ	No	No se
¿Fue ingresada alguna vez en un centro psiquiátrico después del aborto?	SÍ	No	No se
¿Hubo un tiempo en que negó tener remordimientos por el aborto?	SÍ	No	No se
¿Hubo un tiempo en que llegó a sentirse tan mal que no podía funcionar en su trabajo ni su vida familiar?	SÍ	No	No se
A pesar de los trastornos sufridos, ¿cree aún que el aborto era lo mejor que podía hacer?	SÍ	No	No se
¿Cree que el aborto mejoró su vida?	SÍ	No	No se
¿Buscó ayuda después del aborto? ¿A quién recurrió Vd. en busca de ayuda?	SÍ	No	No se

Anexo A4: Consentimiento informado

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

A usted se le ha solicitado participar en el estudio que lleva por título Factores asociados al desarrollo del Síndrome Post Aborto en pacientes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital Central de la PNP Luis N. Sáenz de enero a julio del 2018.

Deberá llenar un cuestionario para participar del estudio. El cuestionario recopilará sus datos socio demográfico, y medirá la presencia de sintomatología de PAS. Entre ambas hay un promedio de ítems. El tiempo estimado para completar el proceso en su totalidad será de 30 minutos a una hora. Cada cuestionario administrado tendrá un código numérico asignado, esto garantizará el anonimato de cada participante. La participación en dicho estudio es completamente voluntaria. Usted puede negarse a participar o abandonar el estudio en cualquier momento si así lo desea sin ser penalizada, aun cuando haya firmado la hoja de consentimiento. La información recopilada será utilizada estrictamente para propósitos del estudio y estará bajo la supervisión del Comité para la Ética en la Investigación de la Universidad Ricardo Palma. Al completar los instrumentos estará ayudando a obtener una imagen más clara de cómo perciben y experimentan el aborto las mujeres peruanas, de manera que se le pueda ofrecer apoyo y ayuda cuando fuera necesaria. Por otro lado, completar los instrumentos podría evocar recuerdos que despierten fuertes emociones. Certifico con mi firma que acepto participar voluntariamente en este estudio, y que se me ha orientado sobre mis derechos como participante.

Nombre de participante

Fecha

Firma de participante

Anexo A5: Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE RELACIÓN Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
Variables independientes					
Edad	Número de años del paciente al ocurrir el acontecimiento	Número de años indicado en la historia clínica o referidos por el paciente	Razón Discreta	Independiente Cuantitativa	1: menor 20 años 2: De 21 a 30 años 3: De 31 a 40 años 4: De 41 a 50 años
Estado civil	Condición de una persona según registro civil al ocurrir el acontecimiento	Estado civil indicado en la historia clínica	Nominal Politómica	Independiente Cualitativa	0: Casada 1: Soltera
Lugar de procedencia	Departamento y distrito de donde procede la paciente	Historia clínica	Nominal Politómica	Independiente Cualitativa	1: Lima 2: Sur 3: Norte 4: Sierra 5: Selva
Ocupación	Profesión, oficio o rol ejercido por la paciente al ocurrir el	Referencia del paciente	Nominal Politómica	Independiente Cualitativa	1: Estudiante 2: Ama de casa

	acontecimiento				3: PNP 4: Otros
Religión	Congregación religiosa a la que pertenecen	Referencia del paciente	Nominal Politómica	Independiente Cualitativa	0: Agnóstica 1: Católica 2: Evangélica 3: Mormona 4: Asamblea de dios
Número de hijos	Cantidad de descendientes vivos de la paciente al ocurrir el acontecimiento. Para facilitar el estudio lo agruparemos en sin hijos y con hijos.	Referencia del paciente	Razón Discreta	Independiente Cuantitativa	0: Sin hijos 1: Con hijos
Trimestre	Trimestre de embarazo en el que ocurrió el acontecimiento	Referencia del paciente	Razón Discreta	Independiente Cuantitativa	1: 1er trimestre 2: 2do trimestre 3: 3er trimestre

Tipo de aborto	Intervención de la paciente sobre el suceso	Referencia del paciente	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	0: Espontáneo 1: Voluntario
Actitud con la pareja	Posición que adopta la pareja frente al evento. El apoyo y la preocupación contarán como actitudes positivas, mientras que el desentendimiento o mal trato como negativas.	Referencia del paciente	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	1 POSTIVO 0 NEGATIVO
Variable dependiente					
Alteración psicológica post aborto	Síntomas presentados posterior al aborto	Referencia del paciente	Nominal Politómica	Dependiente Cualitativa	1: Depresión 2: Ansiedad 3: Culpa 4: Vergüenza 5: Rabia