

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA, ANTICONCEPCIÓN Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN MUJERES A DOS AÑOS POST ABORTO TERAPÉUTICO

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERIZATION, CONTRACEPTION AND PSYCHOLOGICAL WELL-BEING IN WOMEN TWO YEARS POST THERAPEUTIC ABORTION

Enrique Guevara-Ríos^{1,2,a}, Cesar Carranza-Asmat^{1,2,b}, Luis Meza-Santivañez^{1,a}, Félix Dasio Ayala-Peralta^{1,2,c}, Pedro Arango-Ochante^{1,a}, Marcos Espinola-Sánchez^{1,d}, Nora Patricia Guevara Beltrán^{1e}, Ana María Mejía-Muñoz^{1e}, Marta Rondón Rondón^{1f}

RESUMEN

Objetivo. Describir las características epidemiológicas, anticoncepción y bienestar psicológico en una serie de mujeres a dos años de post aborto terapéutico. **Materiales y métodos.** Estudio observacional, descriptivo de una serie de casos. Participaron las mujeres cuyo procedimiento de aborto terapéutico fue realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal del Perú el año 2018 y que al momento de la entrevista hayan transcurrido dos años, previo consentimiento informado. Se recogieron datos sociodemográficos, perfil obstétrico, método de planificación familiar antes del aborto terapéutico y actual. Se aplicó la Escala BIEPS para medir el bienestar psicológico de las participantes a dos años post aborto terapéutico. Se efectuó análisis descriptivo y se salvaguardó la identidad de las participantes. **Resultados.** Se estudiaron 12 mujeres a dos años de presentar aborto terapéutico. Al momento del aborto terapéutico tenían una edad entre 21 y 38 años, la edad gestacional se encontraba entre 14 y 22 semanas, de los 12 casos cinco mujeres no usaban métodos de anticoncepción. Todos los casos presentaban patología fetal, siendo más frecuente Hidrops fetal e higroma quístico. Todas las mujeres tenían alteración en su salud mental. El procedimiento de aborto más frecuente empleado fue el uso de misoprostol y legrado uterino, en 11 casos. Posterior al aborto terapéutico 7 de 12 no usaron algún método, 5 mujeres presentaron un grado de bienestar psicológico elevado y 7 un nivel alto. En los dominios evaluados de bienestar psicológico los puntajes más altos fueron en propósito en la vida (11 casos de 12), seguido de auto aceptación (10 casos de 12) y crecimiento personal (3 casos de 12). Mientras que, los dominios con una puntuación media fueron relaciones positivas, autonomía y dominio del entorno. **Conclusiones.** Estos hallazgos sugieren que las mujeres con una gestación con un feto con malformaciones congénitas incompatibles con la vida presentaban una alteración en su salud mental. En estas condiciones, las mujeres presentaron una interrupción terapéutica de su embarazo; y posteriormente a dos años presentaron un bienestar psicológico adecuado.

Palabras clave: Aborto Terapéutico; Métodos Anticonceptivos; Bienestar Psicológico; Patología Fetal; Salud Materna. (Fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Objective: To describe the epidemiological characteristics, contraception and psychological well-being in a series of women two years after therapeutic abortion. **Materials and methods:** Observational, descriptive study of a series of cases. The women whose therapeutic abortion procedure was performed at the National Maternal Perinatal Institute of Peru in 2018 participated and who at the time of the interview had passed two years, with prior informed consent. Sociodemographic data, obstetric profile, family planning method before therapeutic abortion and current were collected. The BIEPS Scale was applied to measure the psychological well-being of the participants two years after therapeutic abortion. Descriptive analysis was carried out and the identity of the participants was safeguarded. **Results:** 12 women were studied two years after presenting therapeutic abortion. At the time of the therapeutic abortion, they were between 21 and 38 years old, the gestational age was between 14 and 22 weeks, of the 12 cases, five women did not use contraception. All cases presented fetal pathology, being more frequent hydrops fetalis and cystic hygroma. All the women had altered mental health. The most frequent abortion procedure used was the use of misoprostol and uterine curettage, in 11 cases. After the therapeutic abortion, 7 out of 12 did not use any method, 5 women had a high degree of psychological well-being and 7 a high level. In the evaluated domains of psychological well-being, the highest scores were in purpose in life (11 cases out of 12), followed by self-acceptance (10 cases out of 12) and personal growth (3 cases out of 12). While, the domains with a mean score were positive relationships, autonomy and domain of the environment. **Conclusions:** These findings suggest that women with a pregnancy with a fetus with congenital malformations incompatible with life presented an alteration in their mental health. Under these conditions, the women presented a therapeutic interruption of their pregnancy; and after two years they presented adequate psychological well-being.

Key words: Therapeutic Abortion; Contraceptive Methods; Psychological Well-Being; Fetal Pathology; Maternal Health. (Source: MeSH NLM).

¹ Instituto Nacional Materno Perinatal

² Universidad Nacional Mayor de San Marcos

^a Médico gineco obstetra

^b Médico gineco obstetra, maestro en medicina con mención en ginecología y obstetricia

^c Médico gineco obstetra, maestro en obstetricia con mención en salud reproductiva

^d Médico cirujano, maestro de ciencias en Investigación clínica.

^e Psicóloga.

^f Médica Psiquiatra

 **Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-6962-2639>, Enrique Guevara Ríos

Citar como: Guevara Ríos E, Carranza Asmat C, Meza Santivañez L, Ayala Peralta FD, Arango Ochante P, Espinola Sánchez M, Guevara Beltrán NP, Mejía-Muñoz AM, Rondón Rondón M. Caracterización epidemiológica, anticoncepción y bienestar psicológico en mujeres a dos años post aborto terapéutico. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2021; 10(2): 9-16

DOI <https://doi.org/10.33421/inmp.2021233>

INTRODUCCIÓN

En países del tercer mundo se ha iniciado un papel activo en velar por la salud reproductiva estableciendo protocolos y políticas públicas que cubran estas necesidades de la mujer. Sin embargo, socialmente aún existe en estos países un fuerte estigma con respecto a la búsqueda de una mejor salud sexual y reproductiva, lo cual frena el impacto de las nuevas políticas^{1,2}.

Una medida de salud pública puesta en práctica de forma relativamente reciente en Perú es el aborto terapéutico. Esta medida tiene el fin de salvaguardar la salud materna ante un potencial riesgo de daño físico o mental permanente o incluso letal por su embarazo. De igual forma, se han señalado cuidados post aborto como un componente esencial en el manejo de la gestante que ha decidido abortar voluntariamente o de las que han sufrido pérdidas involuntarias³.

Una revisión sistemática reportó que en países de medianos y bajos ingresos, la presencia de una amplia variedad de medidas anticonceptivas disponibles combinada con información comprensiva y educación en salud sexual y reproductiva sí aumentó la toma de métodos anticonceptivos por las mujeres postaborto⁴.

Por otro lado, las barreras físicas a los centros de salud y la carencia del método de elección en los centros de salud, son las principales causas de no optar por algún método¹. En un estudio de 838 mujeres que se habían practicado un aborto, observaron que un tercio de ellas no había recibido ningún tipo de consejería o educación en opciones anticonceptivas y alrededor de la mitad de ellas salieron del centro de salud sin un método anticonceptivo efectivo. Dentro de las barreras para la consejería se han identificado el poco tiempo destinado a la consulta, la aglomeración de pacientes, limitaciones de espacio y falta de privacidad, esto asociado al poco entrenamiento del personal de salud, la poca empatía social impacta en el acceso a la información para las mujeres que necesitan tomar decisiones informadas con respecto a su salud reproductiva⁵. Dos estudios han encontrado que las malas experiencias previas con anticonceptivos y la ausencia de una consejería personalizada de acuerdo a la situación de la paciente también inhiben la toma de anticonceptivos post aborto^{6,7}. Así mismo se ha evidenciado que las mujeres que han sufrido pérdidas no voluntarias reciben más consejería y educación que las que han tomado la decisión de terminar su gestación².

Se ha descrito que las mujeres que se someten a un aborto terapéutico sufren niveles altos de ansiedad y depresión, sin embargo, el apoyo social de la familia, amigos y pareja disminuían significativamente su nivel

de ansiedad⁸. Así mismo, entrevistas psicológicas a gestantes sometidas a abortos terapéuticos evidenciaron malestar significativo acentuado por sentimientos de culpa constante, síntomas persistentes de depresión y ansiedad, y conflictos maritales⁹. Por otro lado, las mujeres a las que se les ha negado la práctica de un aborto terapéutico mostraron resentimiento que puede durar por años, mientras que los niños nacidos de abortos negados tienen numerosas dificultades en aspectos sociales, interpersonales y funciones ocupacionales que duran hasta la adultez temprana¹⁰.

La presente investigación tiene como objetivo de determinar el perfil obstétrico, planificación familiar y el bienestar psicológico a dos años de la interrupción terapéutica del embarazo en pacientes atendidos en nuestra institución.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y muestra: Este estudio es observacional y descriptivo de todas las mujeres que participaron en procedimiento de aborto terapéutico durante el 2018 atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) en Lima, Perú; y de una serie de 12 casos de mujeres seguidas a dos años post aborto terapéutico ocurrido durante el 2018 y atendidas en el INMP. Para el seguimiento a dos años de mujeres post aborto terapéutico se aplicaron criterios de inclusión y exclusión. Criterios de inclusión: a) mujeres a dos años de haber presentado aborto terapéutico, b) mujeres que se encontraban viviendo en la ciudad de Lima, c) mujeres que hayan aceptado participar previo consentimiento informado. Criterios de exclusión: mujeres que no completen la recolección de datos y/o se retiren voluntariamente del estudio.

Contexto del estudio: El Instituto Nacional Materno Perinatal del Perú es un hospital especializado nivel III- 2 de atención en Perú. La institución presenta un flujograma de atención específico para los procedimientos de aborto terapéutico, cuya indicación se encuentra establecido en la resolución ministerial RM N° 486-2014-MINSA del Perú.

La atención del aborto terapéutico en el Instituto Nacional Materno Perinatal está normada en la Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos para la Atención del Aborto Terapéutico.

El/La médico/a tratante que durante la atención de la gestante advierta que el embarazo menor de 22 semanas pone en riesgo la vida de la gestante o causa en su salud un mal grave y permanente, informará a la embarazada sobre el diagnóstico, el pronóstico, los riesgos graves para su vida o su salud, y los procedimientos para la interrupción terapéutica que

correspondan. Es evaluada por psiquiatría y luego la gestante solicita la interrupción terapéutica del embarazo a la Dirección General del Instituto, quien da trámite a la solicitud a la Dirección Ejecutiva de Obstetricia y Ginecología, para que a través del Departamento de Obstetricia y Perinatología se conforme una Junta Médica en uno de los Servicios de Obstetricia. La Junta Médica informa a la gestante su decisión.

En caso que la Junta Médica apruebe la interrupción del embarazo menor de veintidós semanas, la gestante firmará el formulario para el consentimiento informado y la autorización del procedimiento. Luego de esto se procede a la hospitalización de la gestante y se inicia el procedimiento de interrupción del embarazo según lo que está establecido en la Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos para la Atención del Aborto Terapéutico¹¹.

Procedimientos y recolección de datos: A partir del registro electrónico del hospital se identificaron las mujeres que fueron atendidas por un aborto terapéutico en el 2018 y cumplieron criterios de selección. Las mujeres fueron contactadas vía telefónica y fueron invitadas a participar. Se aplicó un consentimiento informado previo a la entrevista. En la entrevista un profesional de obstetricia registro los datos actuales respecto a características epidemiológicas y de anticoncepción; y un profesional de psicología realizó la entrevista para recoger los datos de bienestar psicológico, aplicando la escala de Bienestar Psicológico de Ryff. Uno de los autores distinto y de forma independiente recogió los datos epidemiológicos, obstétricos y de la intervención de aborto terapéutico a partir de la historia clínica de la participante, mediante una ficha de recolección de datos. En todo momento se salvaguardó la identidad de la participante mediante la aplicación de codificación de su identidad.

Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (12): Es un modelo multidimensional y de evaluación objetiva, definida en seis dimensiones: (a) autoaceptación, capacidad de una persona para sentirse bien consigo misma, aun siendo consciente de sus propias limitaciones, con actitudes positivas hacia sí misma; (b) relaciones positivas, percepción que se tiene del establecimiento de relaciones sociales estables y de tener amigos en los que puede confiar; (c) autonomía, capacidad de una persona para resistir en mayor medida la presión social y autorregular su comportamiento; (d) dominio del entorno, habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para satisfacer los deseos y las necesidades propias; (e) crecimiento personal, empeño por desarrollar las potencialidades, por seguir creciendo como persona y llevar al máximo sus capacidades; y (f) propósito en la

vida, que hace referencia a la capacidad de la persona de definir una serie de objetivos que le permiten dotar a su vida de cierto sentido. La clasificación del bienestar es clasificado en: elevado (mayor a 176 puntos), alto (141-175 puntos), moderado: (117-140 puntos) y bajo (menor a 116 puntos).

Variables: Los datos epidemiológicos recogidos fueron: edad, estado civil, ocupación y tipo de anticoncepción usado. El bienestar psicológico fue medido usando la escala de Bienestar psicológico de Ryff, indicando el puntaje obtenido y la clasificación en: elevado (mayor a 176 puntos), alto (141-175 puntos), moderado: (117-140 puntos) y bajo (menor a 116 puntos). Los datos obstétricos recogidos fueron número de gestas, número de partos, número de abortos, número de hijos. Respecto a la intervención abortiva se recogió datos del tipo de procedimiento abortivo (legrado uterino o AMEU), presencia de histerectomía, consentimiento del embarazo, embarazo deseado, tipo de patología fetal y de salud mental materna (depresión, angustia, trastorno mixto).

Análisis de datos: Los datos fueron digitados y procesados en Microsoft Excel 2013. Se realizó un análisis estadístico descriptivo, mediante distribución de frecuencias. Se codificaron los datos para asegurar la confidencialidad y el anonimato; solo los investigadores tuvieron acceso a ellos.

Ética: La investigación contó con la aprobación del Comité de Ética Institucional de Investigación del Instituto Nacional Materno Perinatal y con el permiso institucional respectivo. Se aplicó consentimiento informado a las participantes para la recolección de datos y se respetó en todo momento su autonomía. Los datos fueron recogidos salvaguardando la identidad de los participantes, mediante codificación de la identidad. Se siguieron las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).

RESULTADOS

Se encontró 80 gestantes que presentaron atención por aborto terapéutico en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el 2018. En 79 (98.75%) gestantes, la razón para la interrupción terapéutica del embarazo fue por daño en su salud física y mental según opinión de la junta médica; y en 1 (1.25%) caso fue por estar en riesgo la vida de la mujer al presentar una leucemia linfoblástica aguda. En el 100% de los 79 casos la razón por la cual estaba afectada tanto la salud física, pero especialmente la mental, fue que tenían un embarazo con un feto con malformaciones congénitas incompatibles con la vida. En todos los casos tuvieron una evaluación por la especialidad de psiquiatría quien diagnóstico una grave alteración en la salud mental de

la mujer, como depresión severa, ansiedad, intento de suicidio, trastorno bipolar entre otros, debido a tener un feto con malformación congénita incompatible con la vida (Tabla 1).

Tabla 1. Características epidemiológicas y obstétricas de mujeres atendidas por aborto terapéutico en el 2018

Características	N%
Número	80
Edad materna en el aborto, en años: mediana; rango	26 (18-44)
Edad gestacional en el aborto, en semanas: mediana; rango	19 (13-22)
Estado civil	
- Conviviente: n (%)	48 (60,00%)
- Casada: n (%)	11 (13,75%)
- Soltera: n (%)	19 (23,75%)
- No definido: n (%)	1 (1,25%)
Método anticonceptivo previo al aborto	
- Anticonceptivo oral: n (%)	9 (11,25%)
- Ampolla mensual: n (%)	8 (10,00%)
- Preservativo: n (%)	11 (13,75%)
- Ninguno: n (%)	52 (65,00%)
Método anticonceptivo actual	
- Anticonceptivo oral: n (%)	5 (6,25%)
- Implante subdérmico: n (%)	9 (11,25%)
- Ampolla trimestral: n (%)	7 (8,75%)
- Preservativo: n (%)	39 (48,75%)
- Ninguno: n (%)	20 (25,00%)
Embarazo deseado	
- Si: n (%)	7 (58,3%)
- No: n (%)	5 (41,7%)
Patología fetal incompatible con la vida: n (%)	79 (98,75%)

De las 80 mujeres que participaron en aborto terapéutico, se pudo localizar a 12 casos, dos años después de haber pasado dicho procedimiento. Los 12 casos al momento del aborto, presentaron una edad mediana de 33 años con un rango de 21 a 38 años. Respecto a su estado civil, 4 estaban casadas, 6 convivientes y 2 eran solteras. La mediana de edad gestacional fue de 18 semanas cuyo rango oscilaba entre 14 y 22 semanas, 7 (58,33%) mujeres si desearon quedar embarazadas, 5 (41,67%) no desearon quedar embarazadas. De los cinco embarazos no deseados, dos de ellas usaban un anticonceptivo oral y no habían sido madres anteriormente; mientras que, las otras tres gestantes sí habían sido madres anteriormente y dos de ellas no usaban un método anticonceptivo. Respecto al uso de métodos anticonceptivos actuales 6 (50%) mujeres no usan métodos, 3 (25%) usan preservativo. Dos años después del aborto terapéutico la mayoría de mujeres conservaban su estado civil

anterior, una de ellas cambio de soltera a conviviente. Respecto al uso de métodos anticonceptivos posterior al aborto terapéutico 6 de 12 no usan algún método para la anticoncepción (Tabla 2).

Tabla 2. Características epidemiológicas y obstétricas de mujeres atendidas por aborto terapéutico y que se realizó la encuesta de bienestar psicológico

Características	N%
Participantes (N)	12
Edad materna en el aborto, en años: mediana; rango	33 (21-38)
Edad gestacional en el aborto, en semanas: mediana; rango	18 (14-22)
Estado civil	
- Conviviente: n (%)	6 (50%)
- Casada: n (%)	4 (33,3%)
- Soltera: n (%)	2 (16,7%)
Embarazo deseado	
- Si: n (%)	7 (58,3%)
- No: n (%)	5 (41,7%)
Método anticonceptivo previo al aborto	
- Anticonceptivo oral: n (%)	3 (25%)
- Ampolla mensual: n (%)	3 (25%)
- Preservativo: n (%)	1 (8,3%)
- Ninguno: n (%)	5 (41,7%)
Método anticonceptivo actual	
- Anticonceptivo oral: n (%)	1 (8,3%)
- Ampolla mensual: n (%)	2 (16,7%)
- Preservativo: n (%)	3 (25%)
- Ninguno: n (%)	6 (50%)

El procedimiento de aborto terapéutico empleado fue inicialmente el uso del misoprostol por vía vaginal y luego de la expulsión del producto se realizó el legrado uterino en 11 casos y en 1 caso se realizó aspiración manual endouterina. Ninguno de los casos requirió histerectomía. Las 12 mujeres tuvieron una evaluación por psiquiatría, de las cuales, 8 casos presentaron trastorno mixto y 4 casos trastorno depresivo mayor. La razón de esta afectación de la salud mental fue que presentaban embarazos con fetos con malformaciones congénitas incompatibles con la vida. La causa más frecuente fue el hidrops fetal con higroma quístico en 6 casos, holoprosencefalia en 2 casos, anencefalia en 2 casos, y cromosomopatía en 2 casos. (Tabla 3)

A dos años post aborto terapéutico, 11 (91,7%) mujeres presentaron un bienestar psicológico alto y una caso (8,3%) un nivel elevado; 10 (83,3%) presentaron un dimensión de auto-aceptación alta y 2 (16,7%) un nivel medio; 11 (91,7%) presentaron una dimensión de relaciones positivas media (91,7%) y una mujer (8,3%) un nivel bajo; 12 (100%) mujeres presentaron una dimensión de autonomía media; 2 (16,7%) mujeres presentaron un dominio del entorno alto y 10 (83,3%) un nivel medio; 3 (25%) mujeres presentaron un dimensión de crecimiento personal

Tabla 3. Descripción de características patológicas y procedimientos en los casos de aborto terapéutico

N	EG	Patología fetal	Salud mental	AMEU	LU	HT
1	14	Hidrops fetal, Higroma quístico	Trastorno depresivo mayor	NO	SI	NO
2	22	Cromosomopatía (síndrome de Patau)	Trastorno mixto (ansioso-depresivo)	NO	SI	NO
3	21	hidrops fetal, atresia uretral	Trastorno depresivo mayor	NO	SI	NO
4	19	holoprosencefalia lobar	Trastorno mixto (ansioso-depresivo)	NO	SI	NO
5	16	Productos monocorionicos biamnióticos ambos anencefálicos y acráneos.	Trastorno mixto (ansioso- depresivo)	NO	SI	NO
6	22	Hidrops fetal, higroma quístico	Trastorno depresivo mayor	NO	SI	NO
7	21	Anhidramnios por vejiga compatible con valva de uretra posterior (signo de la cerradura). Miembros no vializables.	Trastorno mixto (ansioso- depresivo)	NO	SI	NO
8	18	Feto Anencefálico	Trastorno mixto (ansioso-depresivo)	NO	SI	NO
9	20	Hidrops fetal, higroma quístico	Trastorno mixto (ansioso-depresivo)	NO	SI	NO
10	14	Hidrops fetal, higroma quístico	Trastorno mixto (ansioso-depresivo)	SI	NO	NO
11	16	Hidrops fetal, higroma quístico	Trastorno mixto (ansioso-depresivo)	NO	SI	NO
12	18	Holoprosencefalia alobar	Trastorno depresivo mayor	NO	SI	NO

EG: edad gestacional en semanas; AMEU: Aspiración manual endouterina; LU: legrado uterino; HT: histerectomía.

alto y 9 (75%) un nivel medio; y finalmente 11 (91.7%) mujeres presentaron una dimensión de propósito de vida alto y una (8.3%) un nivel medio. (Tabla 4)

Tabla 4. Características del Bienestar Psicológico de las mujeres dos años después de haber sido atendidas por aborto terapéutico

Bienestar Psicológico a dos años post aborto terapéutico	
- Elevado: n (%)	1 (8,3%)
- Alto: n (%)	11 (91,7%)
Dimensión: Auto aceptación	
- Alto: n (%)	10 (83,3)
- Medio: n (%)	2 (16,7%)
Dimensión: Relaciones positivas	
- Medio: n (%)	11 (91,7%)
- Bajo: n (%)	1 (8,3%)
Dimensión: Autonomía	
- Medio: n (%)	12 (100%)
Dimensión: Dominio del entorno	
- Alto: n (%)	2 (16,7%)
- Medio: n (%)	10 (83,3)
Dimensión: Crecimiento personal	
- Alto: n (%)	3 (25%)
- Medio: n (%)	9 (75%)
Dimensión: Propósito en la vida	
- Alto: n (%)	11 (91,7%)
- Medio: n (%)	1 (8,3%)

Al evaluar el Bienestar Psicológico, presentaron puntajes que oscilaron entre 169 y 205 puntos en la Escala de Riff. De las 12 mujeres, 5 presentaron un grado de bienestar psicológico elevado y 7 presentaron un bienestar alto. En los dominios evaluados de bienestar psicológico que presentaron un puntaje alto fue en propósito en la vida (11 de 12), seguido de auto aceptación (10 de 12) y crecimiento personal (3 de 12). Mientras que, los dominios con una puntuación media fueron relaciones positivas, autonomía y dominio del entorno (Tabla 5).

Se describieron las dimensiones de bienestar psicológico según características de la gestante al momento del aborto terapéutico en función de embarazo deseado, estado civil y trastorno psicológico. Se observó que en las mujeres la Auto aceptación y el Propósito de la vida presentaron con mayor frecuencia un nivel alto en comparación de las otras dimensiones. Las mujeres con un nivel de Auto aceptación alto fueron observada más frecuente en aquellas que si desearon quedar embarazadas (50%), tenían estado civil conviviente (50%) y presentaron trastorno psicológico mixto (58,3%). Las mujeres con un nivel de Propósito en la vida alto fueron observadas más frecuentes en aquellas que si desearon quedar embarazadas (50%), tenían estado civil conviviente (41,7%) y presentaron trastorno psicológico mixto (50%) (Tabla 6).

Tabla 5. Descripción de los niveles y puntajes de Bienestar Psicológicos y sus dimensiones en mujeres a dos años del aborto terapéutico.

N	Auto aceptación	Relaciones positivas	Autonomía	Dominio del entorno	Crecimiento personal	Propósito en la vida	Bienestar Psicológico
1	Medio (26pts)	Medio (24pts)	Medio (26pts)	Medio (25pts)	Medio (28pts)	Alto (27pts)	Alto (156pts)
2	Alto (27pts)	Medio (22pts)	Medio (32pts)	Alto (28pts)	Alto (33pts)	Alto (28pts)	Alto (170pts)
3	Alto (33pts)	Medio (20pts)	Medio (26pts)	Alto (31pts)	Alto (33pts)	Alto (33pts)	Alto (176pts)
4	Medio (26pts)	Medio (18pts)	Medio (34pts)	Medio (25pts)	Medio (25pts)	Medio (21pts)	Alto (149pts)
5	Alto (32pts)	Medio (19pts)	Medio (24pts)	Medio (21pts)	Medio (24pts)	Alto (29pts)	Alto (149pts)
6	Alto (34pts)	Medio (18pts)	Medio (24pts)	Medio (26pts)	Medio (28pts)	Alto (30pts)	Alto (160pts)
7	Alto (27pts)	Medio (26pts)	Medio (33pts)	Medio (23pts)	Medio (31pts)	Alto (32pts)	Alto (172pts)
8	Alto (35pts)	Bajo (15pts)	Medio (29pts)	Medio (25pts)	Medio (29pts)	Alto (27pts)	Alto (160pts)
9	Alto (36pts)	Medio (23pts)	Medio (28pts)	Medio (25pts)	Medio (27pts)	Alto (30pts)	Alto (169pts)
10	Alto (34pts)	Medio (23pts)	Medio (27pts)	Medio (25pts)	Alto (33pts)	Alto (27pts)	Alto (169pts)
11	Alto (33pts)	Medio (18pts)	Medio (35pts)	Medio (25pts)	Medio (24pts)	Medio (23pts)	Alto (158pts)
12	Alto (37pts)	Bajo (14pts)	Medio (26pts)	Medio (24pts)	Medio (30pts)	Alto (29pts)	Alto (160pts)

Tabla 6. Descripción de los niveles y puntajes de Bienestar Psicológicos y sus dimensiones según estado civil, embarazo deseado y trastorno psicológico al momento del aborto.

DIMENSIONES DE BIENESTAR PSICOLÓGICO		EMBARAZO DESEADO		ESTADO CIVIL			TRANSTORNO PSICOLÓGICO	
		NO (%)	SI (%)	Casada (%)	Conviviente (%)	Soltera (%)	Trastorno depresivo mayor (%)	Trastorno mixto (%)
Auto aceptación	Alto	33.3%	50.0%	16.7%	50.0%	16.7%	25.0%	58.3%
	Medio	8.3%	8.3%	16.7%	0.0%	0.0%	8.3%	8.3%
Relaciones positivas	Bajo	0.0%	16.7%	0.0%	16.7%	0.0%	8.3%	8.3%
	Medio	41.7%	41.7%	33.3%	33.3%	16.7%	25.0%	58.3%
Autonomía	Medio	41.7%	58.3%	33.3%	50.0%	16.7%	33.3%	66.7%
Dominio del entorno	Alto	8.3%	8.3%	8.3%	0.0%	8.3%	8.3%	8.3%
	Medio	33.3%	50.0%	25.0%	50.0%	8.3%	25.0%	58.3%
Crecimiento personal	Alto	8.3%	16.7%	8.3%	8.3%	8.3%	8.3%	16.7%
	Medio	33.3%	41.7%	25.0%	41.7%	8.3%	25.0%	50.0%
Propósito en la vida	Alto	33.3%	50.0%	25.0%	41.7%	16.7%	33.3%	50.0%
	Medio	8.3%	8.3%	8.3%	8.3%	0.0%	0.0%	16.7%
Bienestar Psicológico	Alto	41.7%	50.0%	33.3%	50.0%	8.3%	25.0%	66.7%
	Elevado	0.0%	8.3%	0.0%	0.0%	8.3%	8.3%	0.0%

DISCUSIÓN

La interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor de veintidós semanas, es una alternativa que se considera cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave o permanente^{11,12}.

La salud según lineamientos de la Organización Mundial de la salud hace referencia a un completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la

ausencia de afecciones o enfermedades¹³. Por otro lado, la salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad¹⁴.

En el estudio se encontró que de 80 gestantes 79 presentaron riesgo de su salud mental, debido a que

tenían una gestación con un feto con malformaciones congénitas incompatibles con la vida, lo que causó en ellas diferentes patologías mentales como trastornos depresivos, ansiosos o mixtos, inclusive hasta intento de suicidio, debidamente fundamentada por una evaluación psiquiátrica y por la junta médica. La detección de malformaciones congénitas incompatibles con la vida causa estrés en las gestantes y se produce una reacción inicial de duelo, que es mayor en los casos de embarazos deseados¹⁵.

En el estudio se identificó que las mujeres reaccionaron con ansiedad, angustia, insomnio, ideas suicidas, al enterarse de las malformaciones (complicaciones del embarazo); por lo que, para evitar un daño mayor (depresión crónica, suicidio, alcoholismo) se les ofreció un aborto terapéutico. En la salud mental de la gestante se produce un incremento del trastorno de estrés post traumático, y un aumento severo de la ansiedad y depresión¹⁶.

Se pudo contactar con 12 mujeres a dos años post aborto terapéutico y se les aplicó una encuesta de bienestar psicológico. De las 12 mujeres encuestadas, 5 presentaron un grado de bienestar psicológico elevado y 7 presentaron un bienestar alto. El mayor puntaje de bienestar psicológico se alcanzó en los dominios de propósito en la vida (11 de 12 casos), seguido de la auto aceptación (10 de 12 casos) y finalmente el crecimiento personal (3 de 12). La auto aceptación se refiere a la aceptación de todos los aspectos de uno mismo y del pasado tal como fue, sin caer en las garras de la impotencia por querer modificar o intervenir sobre aquello que ya sucedió¹².

Las mujeres encuestadas además tuvieron un puntaje medio en los dominios de relaciones positivas, autonomía y dominio del entorno. La dimensión de relaciones positivas mide la capacidad que tienen las personas para relacionarse con los demás de una manera abierta y sincera. La dimensión de autonomía evalúa la independencia de las personas en diferentes aspectos de su vida. Y la dimensión de dominio del entorno se refiere a la habilidad para manejarse en un entorno difícil, teniendo la capacidad para adaptarse a las circunstancias adversas.

Los hallazgos en el estudio sugieren que gestantes con riesgo en su salud mental, por presentar un feto con malformaciones congénitas incompatibles con la vida, deben pasar por una evaluación psiquiátrica. Así mismo, las gestantes que solicitaron voluntariamente el aborto terapéutico, debe ser evaluada por Junta Médica siguiendo una guía técnica de atención del aborto terapéutico del Ministerio de Salud, propia en su realidad. Esta secuencia de proceder y los criterios considerados para el aborto terapéutico sugieren que a dos años posterior las mujeres no se encuentran con

un daño en su salud mental, más bien todo lo contrario, ya que su bienestar psicológico se encuentra en un estado entre alto y medio según la escala de bienestar psicológico de Ryff aplicada.

En conclusión, en el estudio las gestantes con un feto con malformaciones congénitas incompatibles con la vida, presentaron un riesgo de daño permanente en su salud mental; por lo que el aborto terapéutico, permitió contribuir a evitar este daño en su salud mental seguidos a dos años posterior a la intervención.

Cuando se evalúa el bienestar psicológico posterior al aborto terapéutico, se ha demostrado que las mujeres gozan de una buena salud mental en los diferentes dominios del bienestar psicológico, como en el propósito de vida, auto aceptación, crecimiento personal, relaciones positivas, autonomía y dominio del entorno. Un buen bienestar psicológico permite significativamente a la mujer mejorar su calidad de vida.

Declaración de conflictos de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento: Financiado por el Proyecto FIGO/ SPOG sobre advocacy en aborto seguro en el Perú.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. 113 ° Consejo ejecutivo. Salud reproductiva: proyecto de estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo. 2003.
2. Kalu CA, Umeora OJ, Sunday-Adeoye I. Experiences with provision of post-abortion care in a university teaching hospital in south-east Nigeria: a five year review. *Afr J Reprod Health*. marzo de 2012;16(1):105-12.
3. Singh S, Darroch J, Ashford L. Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health 2014 [Internet]. Guttmacher Institute. 2015 [citado 6 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-costs-and-benefits-investing-sexual-and-reproductive-health-2014>
4. Rogers C, Dantas JA. Access to contraception and sexual and reproductive health information post-abortion: a systematic review of literature from low- and middle-income countries. *The journal of family planning and reproductive health care* [Internet]. 2017; 43(4):309-18. Disponible en: <http://www.epistemikos.org/documents/330e-ca9e17362e2baf8400068ded352b02df024d>
5. Nguyễn MH, Gammeltoft T, Rasch V. Situation Analysis of Quality of Abortion Care in the Main Maternity Hospital in Hải Phòng, Viet Nam. *Reproductive Health Matters* [Internet]. 1 de mayo de 2007 [citado 6 de junio de 2020];15(29):172-82. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0968808007292833>
6. Evens E, Otieno-Masaba R, Eichleay M, McCarraher D, Hainsworth G, Lane C, et al. Post-abortion care services for youth and adult clients in Kenya: a comparison of services,

- client satisfaction and provider attitudes. *J Biosoc Sci.* enero de 2014;46(1):1-15.
7. Tavrow P, Withers M, McMullen K. Age matters: differential impact of service quality on contraceptive uptake among post-abortion clients in Kenya. *Cult Health Sex.* 2012;14(8):849-62.
 8. Akdag Topal C, Terzioglu F. Assessment of depression, anxiety, and social support in the context of therapeutic abortion. *Perspect Psychiatr Care.* octubre de 2019;55(4):618-23.
 9. Gaudet C, Séjourné N, Allard M-A, Chabrol H. [Women and the painful experience of therapeutic abortion]. *Gynecol Obstet Fertil.* mayo de 2008;36(5):536-42. Doi: doi:10.1016/j.gyobfe.2008.02.021
 10. Dagg PK. The psychological sequelae of therapeutic abortion--denied and completed. *Am J Psychiatry.* 1991;148(5):578-85. doi: 10.1176/ajp.148.5.578
 11. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos para Atención de Aborto Terapéutico. Perú, Lima. 2017
 12. Keyes CL, Shmotkin D, Ryff CD. Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *J Pers Soc Psychol.* 2002;82(6):1007-22.
 13. Organización Mundial de la Salud. Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional. Nueva York; Estados Unidos. Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud. 1946; No. 2, p. 100.
 14. Organización Mundial de la Salud. Nota Descriptiva. Salud Mental: fortalecer nuestra respuesta. Ginebra: Zuiza; 30 marzo 2018. (acceso 15 de abril, 2021). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
 15. Peña A, González E, Menéndez R, Morera O. Impacto psicológico en las gestantes ante diagnóstico de un defecto congénito fetal. *Rev Ciencias Médicas [Internet].* 2006 Abr [citado 2021 abril 15]; 10(1): 31-40. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942006000100004&lng=es.
 16. Kaasen A, Helbig A, Malt UF, Naes T, Skari H, Haugen G. Acute maternal social dysfunction, health perception and psychological distress after ultrasonographic detection of a fetal structural anomaly. *BJOG.* 2010; 117(9):1127-38. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02622.x.

Correspondencia

Dr. Enrique Guevara Ríos.

Dirección: Jr. Santa Rosa Nro 941. Lima 1.

Teléfono: 992767453

E-mail: enriqueguezararios@gmail.com