

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**



PREVALENCIA DE SÍNDROME POST ABORTO

JORGE LUIS CRUZ TURCIOS

Tesis

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia**

Marzo 2020

PME.OI.104.2020

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Jorge Luis Cruz Turcios

Registro Académico No.: 200717742

No. de CUI : 2177410020101

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el trabajo de TESIS **PREVALENCIA DE SÍNDROME POST ABORTO**

Que fue asesorado por: Dra. Claudia María de León, MSc.

Y revisado por: Dra. Vilma Gabriela Lémus Saénz, MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **marzo 2020**.

Guatemala, 04 de marzo de 2020



Dr. Rigoberto Velásquez Paz, MSc.
★ Director
Escuela de Estudios de Postgrado

Dr. José Arnaldo Saenz Morales, MA.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/emxc

Ciudad de Guatemala, 26 de Septiembre de 2019

Doctora,

Vilma Gabriela Lemus

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Hospital Roosevelt

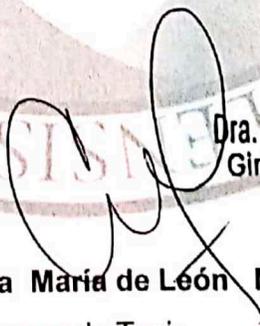
Presente.

Respetable Dra.

Por este medio informo que he **asesorado** el informe final de graduación que presenta el Doctor **JORGE LUIS CRUZ TURCIOS**, Carné 200717742, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Gineco-Obstetricia, el cual se titula **“PREVALENCIA DE SINDROME POST ABORTO”**.

Luego de asesorar, hago constar que el **Dr. Cruz Turcios**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,


Dra. Claudia M. De León L.
Ginecóloga - Obstetra
Col. 10,005

Dra. Claudia María de León MSC.

Asesor de Tesis

Guatemala, 26 de Septiembre de 2019

Doctor

Oliver Adrián Valiente Hernández

Coordinación General de Maestrías

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

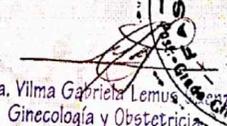
Presente

Estimado Doctor Valiente:

Por este medio informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta el Doctor Jorge Luis Cruz Turcios, Carné 200717742, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula **"PREVALENCIA DE SINDROME POST ABORTO"**.

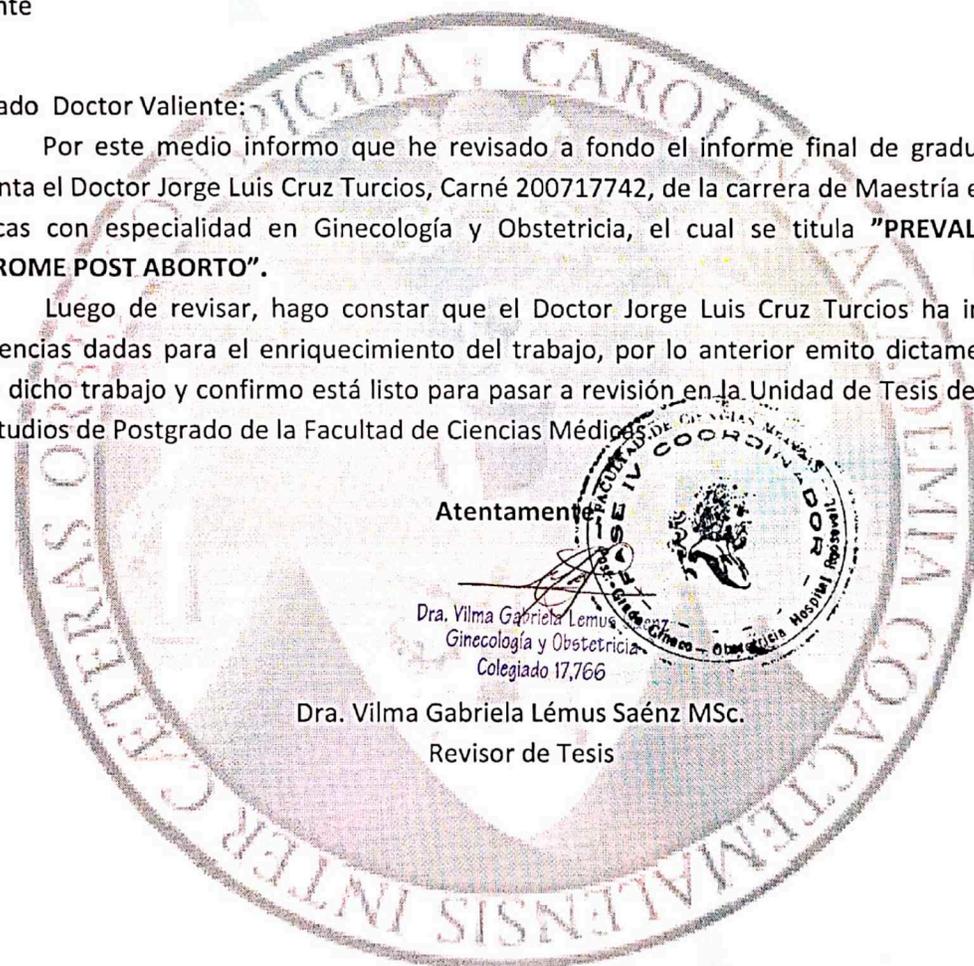
Luego de revisar, hago constar que el Doctor Jorge Luis Cruz Turcios ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo, por lo anterior emito dictamen positivo sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión en la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,


Dra. Vilma Gabriela Lémus Saénz
Ginecología y Obstetricia
Colegiado 17,766

Dra. Vilma Gabriela Lémus Saénz MSc.

Revisor de Tesis



A: **Dra. Vilma Gabriela Lémus Sáenz, MSc.**
Docente Responsable
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y
Obstetricia
Hospital Roosevelt

Fecha Recepción: 08 de octubre 2019

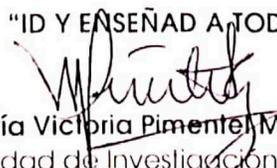
Fecha de dictamen: 19 de noviembre 2019

Asunto: Revisión de Informe Examen Privado

Jorge Luis Cruz Turcios

"Prevalencia del síndrome post aborto"

Sugerencias de la Revisión: **Autorizar examen privado.**

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. María Victoria Pimentel Moreno, MSc.
Unidad de Investigación de Tesis
Escuela de Estudios de Postgrado



Cc. Archivo

MVIPM/karin

INDICE DE CONTENIDOS

| | |
|--|----|
| RESUMEN..... | iv |
| I. INTRODUCCION..... | 1 |
| II. ANTECEDENTES..... | 3 |
| 2.1 Historia..... | 3 |
| 2.1.1 Evolución Histórica..... | 4 |
| 2.2 Desarrollo del Embrión..... | 6 |
| 2.3 Tipos de Abortos..... | 8 |
| 2.3.1 Aborto Espontaneo..... | 8 |
| 2.3.2 Aborto Inducido..... | 9 |
| 2.3.3 Aborto Legal..... | 9 |
| 2.3.4 Aborto Ilegal..... | 9 |
| 2.4 Métodos Abortivos..... | 10 |
| 2.4.1 Aborto Quirúrgico..... | 10 |
| 2.4.2 Aborto Químico o Farmacológico..... | 11 |
| 2.5 Motivos de Aborto..... | 12 |
| 2.6 Consecuencias del Aborto..... | 12 |
| 2.7 Marco Legislativo del Aborto en Guatemala..... | 15 |
| 2.8 Postura Religiosa..... | 16 |
| 2.8.1 Moralidad y Principios Ante el Aborto..... | 18 |
| 2.8.2 Conflictos Bioéticos..... | 19 |
| 2.9 Sexualidad y Salud Sexual..... | 20 |
| 2.10 Síndrome Post Aborto..... | 22 |
| III. OBJETIVOS..... | 25 |
| 3.1 GENERAL..... | 25 |
| 3.2 ESPECÍFICOS..... | 25 |
| IV. MATERIAL Y MÉTODOS..... | 26 |
| 4.1 Tipo de Estudio..... | 26 |
| 4.2 Población de Estudio..... | 26 |
| 4.3 Selección y Tamaño de la Muestra..... | 26 |
| 4.4 Unidad de Análisis..... | 27 |
| 4.5 Criterios de Inclusión y Exclusión..... | 27 |
| 4.5.1 Criterios de Inclusión..... | 27 |

| | |
|---|----|
| 4.5.2 Criterios de Exclusión..... | 27 |
| 4.6 Variables Estudiadas..... | 27 |
| 4.7 Operacionalización de las Variables..... | 28 |
| 4.8 Instrumentos Utilizados para la Recolección de Datos..... | 30 |
| 4.9 Procedimiento para la Recolección de Datos..... | 30 |
| 4.9.1 Recolección de Datos..... | 30 |
| 4.9.2 Registro de Datos..... | 30 |
| 4.10 Procedimiento para Garantizar Aspectos Éticos de la Investigación..... | 30 |
| 4.11 Procedimiento de Análisis de la Información..... | 31 |
| 4.12 Alcances y Limitaciones..... | 31 |
| 4.12.1 Alcances..... | 31 |
| 4.12.2 Limitaciones..... | 31 |
| V. RESULTADOS..... | 32 |
| VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS..... | 36 |
| VII. CONCLUSIONES..... | 39 |
| VIII. RECOMENDACIONES..... | 40 |
| IX. REFERENCIAS BLIBLIOGRÁFICAS..... | 41 |
| X. ANEXOS..... | 44 |

INDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| TABLA NO. 1 PERFIL EPIDEMIOLOGICO..... | 32 |
| TABLA NO. 2 COMORBILIDADES..... | 33 |
| TABLA NO. 3 ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS..... | 34 |
| TABLA NO. 4 PREVALENCIA SINDROME POST ABORTO..... | 34 |
| TABLA NO. 5 PREVALENCIA DE SINDROME POST ABORTO EN PACIENTES CON COMORBILIDADES..... | 35 |
| TABLA NO. 6 COMORBILIDADES ASOCIADAS EN PACIENTES CON SINDROME POSTABORTO CONFIRMADO..... | 35 |

RESUMEN

OBJETIVO: Establecer la prevalencia de síndrome post aborto en mujeres a quien se realizó diagnóstico confirmado de aborto en el Hospital Roosevelt, durante el período de enero a octubre de 2016. **METODOLOGÍA:** Estudio observacional, de tipo trasversal y descriptivo, **POBLACIÓN:** Mujeres a quienes se realiza diagnóstico de aborto en Hospital Roosevelt, durante el periodo de enero a octubre de 2016. Con un marco muestral aleatorio simple de 422 pacientes. **RESULTADOS:** Se determinó que la prevalencia de síndrome postaborto en las pacientes sometidas al estudio es de 32.9%, dato que resalta en el estudio ya que en pacientes expuestas y/o con comorbilidades asociadas el dato aumenta a 61.5%. Se realizó diagnóstico de síndrome post aborto en 139 pacientes, equivalente al 32.9% de todas las pacientes estudiadas. 169 pacientes si contenían comorbilidades asociadas, de los cuales el 61.5% cumple criterios para síndrome postaborto. Únicamente el 13.1% de las pacientes que no contenían comorbilidades, cumplieron criterios de síndrome post aborto. **CONCLUSIONES:** La mayor cantidad de mujeres oscilaban entre la edad de 20 a 29 años, unidas, indígenas del área rural y desempleadas. La mayoría de mujeres no presento comorbilidades y de las que si presentaron, las más frecuentes en orden descendente son: hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedad renal crónica. En cuanto a antecedentes gineco obstétricos es importante resaltar que un alto porcentaje refirió no contar con asesoría preconcepcional aún teniendo conocimiento del embarazo. La prevalencia de síndrome post aborto en mujeres a quienes se les realizo diagnostico confirmado de aborto es de 32.9%.

PALABRAS CLAVE: Aborto, Síndrome Post Aborto, Legrado uterino instrumentado, Aspirado manual endouterino.

I. INTRODUCCIÓN

Uno de los temas que mayor controversia y desacuerdo ha generado siempre en el ámbito bioético así como en el jurídico-legal, es el aborto. A pesar de que no es una práctica de nueva creación, su aprobación se encuentra en continuo debate puesto que por un lado se ve implicada una vida humana en desarrollo, y por otro, el derecho a elegir de la mujer embarazada, teniendo en cuenta sus criterios y su salud.

El síndrome post aborto, además de ser un problema de salud pública debido al número de víctimas que produce año tras año, es un problema grave que afecta la salud de la mujer en sus esferas afectivas, sociales y productivas, deteriorando así su calidad de vida. Sumado a esto en el embarazo y el puerperio suceden una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos en la esfera psíquica de la mujer.

El síndrome postaborto es una entidad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. Entidad que puede convertirse en un problema de salud serio, evolucionando a depresión mayor, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares (1). En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan más de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. Los datos de prevalencia de depresión postnatal mostraron datos variables, O'Hara y Swain refirieron 13%, Lee reportó 5.5%, Cooper en cambio refirió 34.7%, mientras que en mujeres brasileñas se ha reportado 20.7%. Entre los pocos estudios realizados en México, Ortega y Cols (1). Informaron una prevalencia de 22% con base en una escala de autor reporte. En un estudio multicéntrico de depresión perinatal, en donde se incluyó población de la Clínica de Especialidades de la Mujer, se encontró una media de 11.25% de depresión perinatal según la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos, incidencia que quedó por debajo de las otras dos instituciones estudiadas (2).

El síndrome post aborto es un importante trastorno de la salud mental en la mujer, con una prevalencia tres veces más alta en los países en desarrollo como Guatemala, siendo más frecuente en las mujeres de nivel socioeconómico bajo. Los factores de riesgo que han sido descritos para el desarrollo de esta entidad son variados: edades extremas de las puérperas, el embarazo no deseado, las dificultades conyugales, los problemas con los padres, el nivel socioeconómico, la paridad, la patología Gineco-obstétrica de la mujer; en la cual se puede

incluir el aborto. Este puede ser espontáneo o también llamado natural es la pérdida de un embrión o feto por causas no provocadas intencionalmente. Se distingue pues del aborto inducido. El término sólo se aplica estrictamente cuando dicha pérdida se produce antes de la semana 20 del embarazo, denominándose a partir de ese momento parto prematuro. A su vez el aborto se puede subdividir en temprano (antes de semana 12) y tardío (después de la semana 12 y hasta las 20 semanas de gestación) (3). El aborto espontáneo puede ser retenido, cuando no se elimina nada, incompleto, cuando no se eliminan todos los productos de la gestación, o completo cuando todo es eliminado por completo. Cuando el producto de la gestación no es eliminado por completo y la misma es menor de 12 semanas, es necesaria la realización de una Aspiración Manual Endouterina (AMEU) para la evacuación completa del útero. El AMEU es la técnica más segura para practicar un aborto. Se trata de una operación relativamente sencilla que dura aproximadamente 15 minutos (3). Generalmente se utiliza anestesia local; sólo en casos excepcionales se utiliza anestesia general. Puede realizarse desde las primeras tres semanas del embarazo y hasta la semana número doce. El procedimiento consiste en dilatar el cuello del útero para introducir en él una cánula flexible, parecida a un tubo y aspirar el contenido con una jeringa. (4).

Para la realización del presente estudio se utilizaron criterios de síndrome post aborto específicamente en mujeres puérperas buscando discriminar aquellos síntomas físicos propios de la gestación de los síntomas físicos asociados a la depresión. Esta es una escala de autorreporte y comprende varios ítems con lo cual, indica si la paciente cursa con dicha entidad o tiene alto riesgo de desarrollarla.

Por lo que se consideró de vital importancia la obtención de evidencia acerca de la existencia de depresión post aborto y con ello contribuir a la prevención y manejo de esta patología. El estudio se realizó en mujeres con diagnóstico de aborto durante el período de enero a octubre del año 2016, en el Hospital Roosevelt, Ciudad de Guatemala.

Se realizó diagnóstico de síndrome post aborto en 137 pacientes, equivalente al 32.9% de todas las pacientes estudiadas. Del total de la población 169 pacientes si contenían comorbilidades asociadas, evidenciando un 61.5% que cumple criterios para síndrome postaborto. Únicamente el 13.1% de las pacientes que no contenían comorbilidades, cumplieron criterios de síndrome post aborto. Por lo que se determinó que la prevalencia de síndrome postaborto en las pacientes sometidas al estudio es de 32.9%, dato que resalta en el estudio ya que en pacientes expuestas y/o con comorbilidades asociadas el dato aumenta a 61.5%.

II. ANTECEDENTES

2.1 Historia

A lo largo de la historia se han ido consolidando diferentes motivos que justificaran dicha práctica, como son razones socioeconómicas, que dificultan o imposibilitan sustentar la crianza del niño, criterios eugenésicos en los que se detecta una deformidad o enfermedad grave, cuestiones terapéuticas en las que se pone en peligro la vida de la embarazada, situaciones en las que el feto ha sido engendrado como consecuencia de una violación u otro tipo de razones más personales (1).

Semánticamente hablando, el diccionario de la Real Academia Española define este concepto con diferentes acepciones tales como, "Acción de abortar. Interrupción del embarazo por causas naturales o deliberadamente provocadas, puede constituir eventualmente un delito. Ser o cosa abortada. Engendro, monstruo" (5). La OMS (Organización Mundial de la Salud), por otro lado define el aborto como la "Interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno" (6). Sin embargo, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), junto con la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia añaden a la definición otro criterio, la viabilidad extrauterina del feto, que ha sido variante entorno a las 22 semanas de gestación, obteniendo así por definición, "El aborto es la expulsión o extracción de su madre de un embrión o feto de menos de 500 gramos de peso, que se alcanza a las 22 semanas". (2,3).

Apesar de que actualmente, en España y algunos países Europeos, contienen en vigencia la legislatura que establece la aprobación de la interrupción voluntaria del embarazo acotada por una serie de plazos y restricciones. Esta ley otorga la libertad de abortar a cualquier mujer mayor de 16 años antes de las 14 semanas de gestación, ampliando este plazo hasta las 22 semanas de gestación si se detectara previamente alguna anomalía en el feto, o si se pusiera en peligro la salud física y psíquica de la madre, y en cualquier caso, cuando se detectara una anomalía incompatible con la vida o una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento de diagnóstico. Las menores de 16 años también tendrán el derecho de abortar pero debe ser informado al menos el padre, la madre o el tutor legal de la decisión que se ha tomado (4).

Sin embargo la legislación de Guatemala, a diferencia de España, prohíbe la realización de este tipo de procedimientos y/o consentimientos como lo indica el código penal en su capítulo III, artículos del 133 al 140 (7).

2.1.1 Evolución Histórica

Desde la prehistoria, la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo se ha llevado a cabo a nivel mundial, existiendo registros de literatura Griega, Romana y China de miles de años de antigüedad (8).

Los pueblos primitivos ya eran partícipes de dicha práctica donde existía un patriarca absoluto en la familia que se encargaba de la decisión del nacimiento o no de sus hijos o incluso de venderlos antes de que hubieran nacido. Entendían que el feto formaba parte del cuerpo de la mujer, y que ésta era propiedad del hombre que gobernaba en la familia, por lo que no existía la libertad de decisión, y por lo tanto, el aborto no era considerado como un acto punible (8,9).

En la Antigua Grecia, el feto no era considerado un ser con alma, por lo que el aborto tampoco era considerado un acto que debiera ser castigado, puesto que incluso Platón, en su obra La República, ya mencionaba que debían de ser llevados a cabo todos aquellos abortos cuyo embarazo hubiera sido fruto de un incesto o en aquellas situaciones en las que los progenitores estuvieran adentrados en edad (9).

Por otro lado, Aristóteles junto con otros filósofos de la época, apoyaban también el consentimiento del aborto como método de regulación de la natalidad dentro de una familia. Así, las familias podían recurrir a la práctica abortiva cada vez que se excedieran en el número fijado de sus miembros, el denominado infanticidio. En América también, en la etapa de precolombina, utilizaban hierbas y otras plantas medicinales con fines abortivos, aunque no resultaban tener una elevada eficacia (10).

Pero más adelante, en la época de los romanos, comienza a decaer su uso con la aparición del cristianismo y el surgimiento de sustancias dañinas para la mujer que fuera sometida al aborto. Junto al cristianismo, se implantaron rigurosas medidas contra aquellas que lo llevaran a cabo, como castigos corporales, exilio, incluso la pena de muerte. El hecho de ser tan opositora a la idea de la interrupción del embarazo se justificaba con el razonamiento de que la mujer no tenía derecho a negarle descendencia a su marido (10).

Además, se consideraba que el alma es aquello que diferencia a un ser humano de cualquier otro ser, denominado concepción hilomórfica de la naturaleza humana, siendo su principal defensor Santo Tomás de Aquino (9). Por consiguiente, el Papa Sixto V en el año 1588 dictamina que la vida fetal es sagrada durante todo su periodo gestacional y, desde entonces, se adopta una postura firme e inflexible sobre la ejecución del aborto, castigando a toda mujer que lo realizara voluntariamente con la excomunión (8).

Esta postura de la concepción católica, que consideraba el aborto como un asesinato, perdura en el tiempo hasta que a lo largo del siglo XVIII y a principios del siglo XIX, el concepto del aborto es abarcado por las corrientes médico-filosóficas del momento, que se apoyaban en bases intelectuales y legales. Su objetivo era fomentar la acción del aborto como una práctica no punible, defendiendo la libertad de elección de la mujer. Poco a poco fueron consiguiendo que los castigos fueran menos duros y más humanitarios y que las leyes fueran más racionales (8,9).

En el siglo XX, en Suiza, se contemplaba la posibilidad de consentir la práctica abortiva bajo una serie de límites, normas, y requisitos. Como consecuencia de ello, en el año 1916, se elaboró el conocido Antiproyecto Federal Suizo, en el que señala en su artículo 112, "El aborto practicado por un médico titulado con el consentimiento de la embarazada, no es punible" (8,9).

Por otro lado, en el año 1920, la Unión Soviética se unió a este movimiento también, legalizando el aborto institucional, siempre que éste fuera llevado a cabo por un médico y en un hospital, gracias a la legislación "Decretos sobre la protección de la salud femenina" (8,9).

En la época de los años 80, en Estados Unidos se produjo una gran disputa en cuanto a la aceptación o no de la ejecución del aborto, que dio lugar a múltiples controversias y posturas que se pueden agrupar en tres diferentes posiciones. Por un lado, los que están en absoluta negación sea cual sea la circunstancia (movimiento Defensa de la Vida); por otro, los de la opinión de que puede realizarse a petición de cualquier mujer embarazada, y por último, los que lo permiten pero en puntuales circunstancias, como cuando existe riesgo para la salud de la vida de la mujer, o cuando el feto hubiera sido engendrado como consecuencia de una violación o incesto. En el año 1992, se obtuvo como resultado tras una encuesta de opinión a la población, que el 47% aprobaba la interrupción voluntaria del embarazo, mientras que un 46% se negaba. Sin embargo, en cuanto a la legalidad del acto, la mayoría apoyaba la postura de su aprobación bajo unas limitaciones y en una serie de circunstancias (9).

En España, a pesar de que era uno de los países más desarrollados en el ámbito de la legislación, que protegía los derechos de las mujeres con el derecho al voto y al divorcio y al reconocimiento de la igualdad de géneros, no es hasta el año 1985 cuando se consigue la aprobación de la despenalización de la interrupción del embarazo, anunciando por primera vez la Ley de Interrupción del Embarazo. Hasta entonces, todas aquellas mujeres que se quedaban embarazadas sin desearlo, optaban por el aborto de forma clandestina, haciéndose responsables absolutas de todas las consecuencias que ello acarrearía, mientras que aquellas más pudientes, podían costearse el viajar a otros países europeos en los que el aborto tendría lugar en condiciones más seguras para la mujer embarazada (11).

En la actualidad, las leyes del aborto a nivel mundial, se pueden agrupar entre las que lo prohíben por completo hasta las que lo admiten sin restricciones, pasando por las que admiten sólo algunas posibilidades legales (12).

2.2 Desarrollo del Embrión

Para una correcta interpretación de todos los conceptos y términos, valiéndose también como método de contextualización, se ha estimado conveniente la presentación del desarrollo embriológico del ser humano en sus diferentes etapas. De esta manera, se interpreta que será más fácil la comprensión de todos los puntos que se abordan a lo largo del trabajo, ya que en algunos apartados se habla de “plazos” en el aborto, y por ello, se ha considerado interesante mostrar cuáles son los fenómenos que ocurren en el vientre materno durante todo el ciclo de gestación, que son los siguientes (13):

- Fecundación: El óvulo es fertilizado por el espermatozoide y contiene todos los genes necesarios para desarrollar un nuevo ser humano (13).
- Primeras divisiones celulares: En las primeras 24 horas tras la fecundación, tiene lugar la primera división celular, que dará lugar a que se conforme el blastocisto, formado por más de 100 células diferentes que darán lugar a los diferentes órganos del cuerpo (13).
- Semana 1-2: La mujer embarazada aumenta el volumen de sangre en el torrente sanguíneo puesto que la demanda de oxígeno se ve aumentada. El óvulo fecundado se desliza por las trompas de Falopio hasta llegar al útero en un periodo de alrededor de siete días, donde se implanta alrededor del sexto día. La cavidad uterina será el lugar donde habitará los próximos nueve meses hasta que llegue el momento del parto. Comienza el desarrollo de los distintos órganos de nuestro cuerpo estómago, intestino, riñones, y del sistema nervioso, así como de la placenta. En esta etapa, con dos semanas, es cuando el test de embarazo ya es positivo (13).
- Semana 3-4: El tamaño se asemeja al de una judía y crece un milímetro al día. Están en fase de desarrollo temprano el sistema nervioso central, el corazón que comienza a latir muy rápido, el esqueleto y los músculos (13).
- Semana 5-6: En esta etapa su medida alcanza los 5 o 6 milímetros, donde su cabeza es mucho mayor respecto al resto del cuerpo. El latido de su corazón se comenzará a oír a través de una ecografía (13).
- Semana 7-8: El cordón umbilical cada vez es más grande y largo. El tamaño para estas semanas será de 1 centímetro aproximadamente. Para entonces los tejidos y órganos que se formaron en el último mes y medio se encontrarán en proceso de maduración (13).

- Semana 9-10: En esta etapa comienza la formación de las costillas y se pueden apreciar las rodillas y codos, además de poseer ya huella dactilar. En el corazón, con sus cuatro cavidades, empiezan a formarse sus válvulas, mientras que su cerebro evoluciona también muy rápido, 250.000 neuronas por minuto (13).
- Semana 11-12: En estas semanas el feto empieza a producir sangre y orina y los huesos se van endureciendo. Puesto que ya ha pasado el primer trimestre, todos los sistemas principales y órganos vitales están formados aunque continúan en desarrollo (13).
- Semana 12-16: En estas semanas ya comienzan a producirse los primeros movimientos con la cabeza y brazos, mientras que el cerebro poco a poco trata de tomar el control de ellos. Adopta un tamaño similar al de un limón, y comienza a percibir la luz (13).
- Semana 16-20: Su cara cada vez va asemejándose más a la de un ser humano. Sus cuerdas vocales ya funcionan por lo que puede bostezar, tener hipo e incluso llorar. Los movimientos son más fuertes y vigorosos que antes y puede oír sus propios latidos. En muchas ocasiones gracias a una segunda ecografía, ya se puede revelar su sexo (13).
- Semana 20-22: En estas semanas se mueve unas 50 veces cada hora aunque esté durmiendo. Estos movimientos son muy importantes para su desarrollo muscular y neuronal. Pesa alrededor de 300g y mide unos 20 cm; la forma de su cuerpo ya está formada como la de un ser humano adulto y ya se pueden apreciar las uñas, párpados y cejas (13).
- Semana 22-26: Los órganos de los sentidos ya han madurado, por lo que empieza a oír, saborear, oler y tocar todo, y a desarrollar todos los sentidos excepto el de la vista, siendo sin embargo el oído el sentido más desarrollado. Pesa alrededor de medio kilo, y ya se le aprecian las pestañas. Realiza movimientos de extensión y flexión de brazos y piernas demostrando que ya tiene también instinto de supervivencia (13).
- Semana 26-30: A pesar de que aún no tiene pulmones, comienza a realizar movimientos respiratorios para así ir practicando para cuando tenga que inhalar aire en la vida extrauterina. Mide alrededor de 24 cm de largo y empieza también a familiarizarse con la voz de su madre así como con ciertas melodías. A estas alturas el bebé comenzará a colocarse en la posición idónea para el parto, con la cabeza hacia abajo (13).
- Semana 30-34: En cuanto a la antropometría, el bebé mide y pesa parecido a cuando nazca. Las uñas están presentes ya en los dedos del bebé y los pulmones ya los ha

desarrollado casi por completo. La madre empieza a producir leche para alimentar el bebé después del parto, además de poder empezar a percibir ya alguna contracción previa al proceso de parto. En cuanto al sueño, los estudios dicen que el feto puede soñar cuando duerme, aunque no se sepa exactamente en qué (13).

- Semana 34-36: Aunque en esta etapa dedica mucho tiempo a dormir, el bebé está en continua alerta y tiene una elevada actividad sensorial y neuronal, provocando un aumento considerable del tamaño de la cabeza. Su peso está alrededor de los dos kilos y su medida alrededor de los 50 cm. Su piel es de color rosado, y recibe de su madre una serie de anticuerpos que le protegerán de distintas enfermedades (13).
- Semana 36-40: En este último periodo, el cambio más importante que se produce en el bebé es el aumento de peso, puesto que ya tiene desarrollado todos los órganos de su cuerpo y ya se encuentra listo y en la postura idónea para que se produzca el alumbramiento. El aún no nacido presentará un poco de vello en la piel, llamado lanugo fetal, así como uñas en los dedos. La mujer embarazada notará presión en la vejiga así como también puede experimentar hinchazón en los tobillos y pies. Deberá estar atenta de las contracciones, puesto que puede dar a luz en cualquier momento. El cordón umbilical mide alrededor de 50 cm de largo, y el bebé puede llegar a nacer con un peso aproximado a los tres kilos (13).

2.3 Tipos de Aborto

La palabra “aborto”, proveniente del latín “abortus”, es el participio del verbo “aborior”, que tiene por significado “ab = de (indica separación)”, y “orior = levantarse, salir, nacer” (12). En este apartado, se pretende mostrar los tipos de aborto existentes, así como en qué consisten, y para ello se ha considerado que se abordará el tema desde una perspectiva médica, por lo que el concepto de aborto puede clasificarse en: espontáneo, inducido, y de tipo legal o ilegal (12).

2.3.1 Aborto espontáneo:

Se define como la “pérdida natural de la gestación antes de las 26 semanas, cuando el feto no está aún en condiciones de sobrevivir con garantías fuera del útero materno” (14). También es conocido con el nombre de casual, o natural involuntario, y ocurre cuando el embarazo termina de forma abrupta (12). La gran parte de este tipo de abortos tiene lugar durante las primeras 12

semanas de gestación, y en muchos casos, dada la prematuridad del mismo, no se requiere ningún tipo de intervención médica ni quirúrgica. Entre las causas más comunes se encuentran, defectos cromosómicos, enfermedades maternas de carácter endocrino, infecciosas, inmunológicas, y malformaciones del aparato genital o alteraciones en la placenta. Además, existen factores de riesgo como el tabaco, el alcohol, el consumo de drogas o los traumatismos que inciden en el aumento de la posibilidad de padecer un aborto espontáneo (15). Uno de los síntomas más comunes es el sangrado vaginal, que puede estar acompañado o no de dolor discontinuo. En este tipo de abortos, el contenido puede ser expulsado de forma completa o parcial, y a pesar de que la mayor parte de las veces no es necesario ningún tipo de intervención, cuando el embrión muerto permanece en el interior del útero durante un determinado tiempo, denominándose así, aborto diferido, se recomienda la escisión quirúrgica para retirar restos embrionarios o placentarios y poder así evitar infecciones u otro tipo de alteraciones en la mucosa uterina (15,16).

2.3.2 Aborto inducido:

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), es el “resultante de maniobras practicadas deliberadamente con ánimo de interrumpir el embarazo” (14). Estas maniobras pueden ser llevadas a cabo por la propia embarazada o por otra persona por encargo de ésta de forma doméstica, química o quirúrgicamente. También es conocido como intencionado, artificial o voluntario (12).

2.3.3 Aborto legal:

También conocido como aborto terapéutico, es “aquel que es provocado por un médico conforme a las prescripciones de la ética profesional, en cuanto se refiere a las indicaciones médicas adecuadas y de general aceptación (con fines terapéuticos como salvar la vida o preservar la salud de la mujer embarazada), y no prohibido por el derecho”(12). En España se considera aborto legal cuando se realiza bajo consentimiento de la mujer, en un Centro Acreditado para ello y bajo uno de los tres supuestos despenalizadores de la ley, es decir, cuando existe peligro para la salud o la vida de la mujer embarazada, por causa de violación o por enfermedad grave o malformaciones fetales (17).

2.3.4 Aborto ilegal:

También denominado clandestino, es “aquel que está prohibido por el derecho y se le sanciona como delito”. La mayor parte de las veces se realiza en condiciones de déficit higiénico y con

dificultades para poder acudir con urgencia a un hospital en caso de que se produjeran complicaciones (12).

2.4 Métodos Abortivos:

La intencionalidad de este apartado es dar a conocer las vías de aborto que existen en la actualidad, que son dos, y en qué consisten. Por un lado se encuentra el método quirúrgico, y por otro el aborto químico o farmacológico.

2.4.1 Aborto quirúrgico:

“Consiste en la interrupción de la gestación en el quirófano mediante una técnica quirúrgica”. Dependiendo del periodo de gestación ante el que nos encontremos, se pueden realizar cuatro tipos diferentes de procedimientos quirúrgicos, que son, la succión y la aspiración, DE (dilatación y evacuación), las infusiones salinas y la histerotomía (14).

La succión o la aspiración pueden desempeñarse durante el primer trimestre del embarazo, hasta la duodécima semana de gestación. En este primer tipo de método se utilizan dilatadores para poder acceder a la cavidad uterina y así introducir un tubo maleable conectado a una bomba de vacío para poder extraer el contenido del interior del útero. Después, se introduce un aparato en forma de cuchara de metal, llamado legra, para retirar mediante raspado los posibles restos de las paredes de la cavidad uterina de la mujer embarazada. El método de aspiración, ha sido el sustituto del método succión, puesto que éste se encuentra prácticamente en desuso (18).

Si nos encontramos ante la primera mitad del segundo trimestre, el método a utilizar es una técnica especial de legrado con aspiración, que a veces puede incluir la utilización de fórceps, y que recibe el nombre de dilatación y evacuación (DE). En muchas ocasiones se ha considerado que es el método más seguro y por tanto, el más usado en el segundo trimestre. Tras la intervención, la paciente debe guardar reposo y permanecer ingresada en el hospital, puesto que pueden existir como consecuencia de la intervención, hemorragias o dolor (19,20).

A partir de la semana 15 del embarazo, las infusiones salinas son el método más utilizado. En esta técnica se utiliza una aguja hipodérmica o un tubo fino para que a través de la pared abdominal se pueda extraer parte del líquido amniótico de la placenta. Este líquido se reemplaza por una solución salina concentrada al 20% que hace que entre las siguientes 24 y 48 horas empiecen a producirse contracciones uterinas provocando la expulsión del feto. Tras la intervención, la embarazada debe permanecer ingresada en el hospital durante uno o dos días en reposo para valorar la aparición de posibles complicaciones potenciales (18,19).

Los abortos tardíos, se llevan a cabo mediante histerotomía. La histerotomía es un tipo de intervención quirúrgica mayor, en la que se realiza una incisión en la zona baja del abdomen, similar a una cesárea pero de menor tamaño. Los problemas que pueden surgir después de este tipo de intervención son mayores que los anteriores métodos y precisan de mayor vigilancia y reposo para conservar la salud y evitar infecciones y enfermedades en la mujer intervenida (18).

2.4.2 Aborto químico o farmacológico:

“Consiste en la ingesta de diversos medicamentos para lograr la interrupción del embarazo” (14). La droga más utilizada es la RU-486, que fue desarrollada en Francia, y en el año 1988 se legalizó su uso. Esta píldora únicamente es eficaz los primeros 50 días, es decir, sólo se emplea hasta la séptima semana de gestación y debe estar estrictamente supervisada de forma médica. Está compuesta por mifepristona, una hormona sintética que se encarga del bloqueo de la progesterona, necesaria para la gestación y desarrollo del feto (18). Su acción produce dos efectos en el cuerpo de la mujer embarazada; por un lado, mata al embrión provocando el desprendimiento de éste del útero, y por otro, produce contracciones uterinas y dilatación del cérvix para facilitar la expulsión del mismo o de los restos del embrión o placentarios (13).

Ante este tipo de abortos, debemos tener en cuenta que pueden aparecer una serie de efectos secundarios, tales como dolor, calambres, sangrado vaginal, mareos, náuseas, vómitos, diarrea, escalofríos o fiebre, aunque principalmente los más remarcados son (21):

- Dolor: Los dolores que pueden aparecer son algo más dolorosos que los de la menstruación, y pueden llegar a durar alrededor de una semana, algo más de tiempo que con técnicas quirúrgicas (21).
- Sangrado: Está completamente ligado a la expulsión del embrión, pudiendo ser de abundante cantidad y de duración alrededor de una semana o más (21).
- Náuseas: La prostaglandina que acompaña a la medicación puede producir episodios de náuseas, vómitos incluso diarrea en algunos casos (21).

De entre las complicaciones del aborto químico o farmacológico, las más relevantes y que requieren mayor urgencia son, la ineffectividad del método utilizado, por lo que habría que plantearse recurrir al método quirúrgico, y la expulsión incompleta del embrión que también requerirá de técnicas quirúrgicas para poder terminar dicho fenómeno (19).

A pesar de que los abortos tempranos son aparentemente sencillos de ejecutar y seguros, cabe mencionar que los riesgos y las complicaciones potenciales aumentan proporcionalmente a la edad de la gestante pudiendo ocasionar infecciones, lesiones en el cérvix uterino, perforaciones y hemorragias importantes (18).

2.5 Motivos del Aborto

- Por razones terapéuticas, en las que la salud de la mujer se encuentra en peligro y el embarazo supone un riesgo para su vida o pueda agravar cualquier enfermedad física o psíquica que padezca, de por vida (18).
- Por cuestiones éticas o humanitarias, en las que la mujer decide no continuar con el embarazo porque el feto ha sido engendrado como consecuencia de una violación, incesto, trato sexual con menores o con personas con deficiencia mental (18).
- Por motivos sociales, como pueda ser la situación socioeconómica de la familia, motivos familiares, ilegitimidad, etc (18).
- Por razones personales, en los que la embarazada por voluntad propia sin obligación de dar pruebas de ello, decide realizar la práctica abortiva (18).

Las estadísticas que estudian el motivo por el cual las mujeres toman la decisión de interrumpir el embarazo, muestran los siguientes porcentajes, pudiendo comprobar cómo el contexto social abarca la mayor parte de los motivos por los que se procede a la práctica del aborto (18).

- Razones Sociales: 52%
- Razones Económicas 23%
- Razones Familiares 14%
- Razones de Salud 5%
- Razones Personales 3%
- Por violación 2%

2.6 Consecuencias del aborto

La pretensión de este apartado es exponer los diferentes cambios o consecuencias que puede padecer una mujer tras haber practicado una interrupción voluntaria del embarazo. Aparentemente no es más allá que una intervención quirúrgica como otra cualquiera o un

tratamiento médico como para cualquier otro proceso, pero no es así; esta práctica acarrea muchos sentimientos en la mujer así como cambios en su cuerpo, pensamiento y actitud que se deben tener en cuenta antes de llevar a cabo dicho proceso, como se mencionó en 2008 en La Organización Profesional de Psiquiatras del Reino Unido, que “el aborto voluntario, supone un riesgo importante para la salud mental de las madres, y por tanto recomienda que se asesore convenientemente sobre estos riesgos a quienes desean abortar y más si hay una cierta predisposición personal o familiar al desequilibrio psíquico” (13).

Actualmente, la sociedad científica admite que el aborto siempre supone un atentado contra la salud física y psíquica especialmente de la mujer, representando siempre además, un gran riesgo, un trauma físico y psicológico para la mujer, que puede perdurar durante incluso años. Además, cabe destacar que a pesar de que supone un drama para la mujer embarazada, supone también un desequilibrio para el resto de la familia, que también lo sufre y lo padece (13).

El conjunto de cambios, trastornos y consecuencias que se generan tras la práctica abortiva, constituye el llamado Síndrome Post-Aborto (S.P.A), que a pesar de que se considera un trastorno post-traumático como otro cualquiera, contiene algunos síntomas específicos e importantes a tener en cuenta para poder llegar a entender y comprender las necesidades de la mujer y de la familia afectada, y poder poner así en marcha los recursos necesarios que estén al alcance, para preservar el cuidado y la atención de la mujer como de la familia, previniendo complicaciones o el agravamiento de los trastornos generados (13).

El trauma post-aborto deja múltiples secuelas psicológicas, que engloban una serie de síntomas entre los que se encuentran, trastornos emocionales y afectivos, cuadros de depresión y ansiedad que van acompañados de sentimientos de culpabilidad, y en ocasiones de deseo de retroceder en el tiempo para evitar el acto cometido. Suelen aparecer trastornos en el patrón del sueño, manifestado por pesadillas recurrentes relacionadas con el aborto, y también trastornos en la conducta, como por ejemplo, en la conducta alimentaria, en las relaciones interpersonales o en el consumo de alcohol u otras drogas (13).

En cuanto a la clasificación de los efectos que produce el aborto en el cuerpo de una mujer, se pueden separar en dos grandes grupos, que son los trastornos físicos por y los trastornos psíquicos por otro (13).

Trastornos físicos (13):

- Persistencia de placenta o de restos del embrión en la cavidad uterina, pudiendo ocasionar sangrados graves o infecciones importantes.

- Perforación del útero con riesgo de hemorragia o de infección
- Efectos secundarios de la anestesia, como dolores en cabeza o estómago, náuseas y vómitos.
- Complicaciones típicas tras una intervención quirúrgica ginecológica, como la endometritis (infección del útero), infección de orina, enfermedad inflamatoria pélvica, fiebre, hemorragia, dolor abdominal y genital, lesiones en el cérvix uterino y vaginales, etc.
- Descompensaciones endocrinas secundarias a la interrupción repentina del embarazo, como amenorrea (ausencia de la menstruación), hipermenorrea (menstruación abundante) y alteraciones hormonales.
- Aumento de riesgo del aborto prematuro y espontáneo en próximos embarazos.
- Esterilidad como consecuencia de lesiones en el cuello uterino, o vaginales, por realización de histerotomía, por enfermedad inflamatoria pélvica, etc.
- Aumento de la tasa de mortalidad, directamente proporcional a las semanas de gestación del feto, sobre todo si se realiza el aborto después de 13 semanas de embarazo.

Trastornos psíquicos (13):

- Sentimiento de culpa, de arrepentimiento.
- Soledad, sensación de vacío, angustia.
- Tristeza, crisis de llanto y de ansiedad, sensación de impotencia y amargura.
- Pesadillas relacionadas entorno al aborto.
- Depresiones profundas.
- Empeoramiento de los síntomas en los aniversarios.
- Baja autoestima, rechazo hacia sí misma, inestabilidad emocional.
- Desesperación, sentimiento de rabia y rebeldía.
- Sensación de malestar ante la presencia de niños o de mujeres embarazadas.
- Problemas de relación interpersonal y con la pareja.
- Tendencia a reincidir en nuevos abortos.
- Abuso de alcohol y otras drogas.
- Trastornos de la conducta alimentaria.

Dado el elevado número de consecuencias que lleva consigo la práctica del aborto, es de vital importancia mencionar que debe ser una decisión meditada e informada previamente de todos sus posibles efectos secundarios tanto en la mujer como en su entorno familiar, para tenerlo en cuenta a la hora de decidir dar el paso. A pesar de que es un acto voluntario y personal que depende del contexto y situación de cada individuo, cabe destacar que la mejor medida para evitar embarazos no deseados, es el uso de métodos anticonceptivos, que evitan la formación y desarrollo del embrión, y por tanto la práctica del aborto, es decir, la interrupción de dicha concepción (13).

2.7 Marco Legislativo del aborto en Guatemala

En Guatemala, el 56% de todos los embarazos no son planificados. Aunque la ley guatemalteca sólo permita el aborto inducido para salvar la vida de una mujer, muchas mujeres obtienen abortos ilegales. Casi 65.000 abortos inducidos se realizan anualmente en Guatemala. Cada año, alrededor de 21.600 mujeres son hospitalizadas y 660 mujeres mueren por complicaciones de aborto inseguro. Estas muertes son totalmente evitables a través de la legalización del aborto. El aborto es ilegal bajo cualquier circunstancia, excepto para salvar la vida de una mujer, según los artículos 133 a 139 del Código Penal de Guatemala (22).

GUATEMALA. Código Penal (7).

Capítulo III. Del Aborto

- **Art. 133. (Concepto)** Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez (7).
- **Art. 134. (Aborto procurado)** La mujer que causare su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, será sancionada con prisión de uno a tres años. Si lo hiciere impulsada por motivos que, ligados íntimamente a su estado, le produzcan indudable alteración síquica, la sanción será de seis meses a dos años de prisión (7).
- **Art. 135. (Aborto con o sin consentimiento)** Quien, de propósito causare un aborto, será sancionado:
 - 1o. Con prisión de uno a tres años, si la mujer lo consintiere,
 - 2o. Con prisión de tres a seis años, si obrare sin consentimiento de la mujer.

Si se hubiere empleado violencia, amenaza o engaño, la pena será de cuatro a ocho años de prisión (7).

- **Art. 136. (Aborto calificado)** Si a consecuencia del aborto consentido o de las maniobras abortivas consentidas, resultare la muerte de la mujer, el responsable será sancionado con prisión de tres a ocho años. Si se tratare de aborto o maniobras abortivas efectuadas sin consentimiento de la mujer y sobreviniere la muerte de ésta, el responsable será sancionado con prisión de cuatro a doce años (7).
- **Art. 137. (Aborto terapéutico)** No es punible el aborto practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer, previo diagnóstico favorable de por lo menos otro médico, si se realizó sin la intención de procurar directamente la muerte del producto de la concepción y con el solo fin de evitar un peligro, debidamente establecido para la vida de la madre, después de agotados todos los medios científicos y técnicos (7).
- **Art. 138. (Aborto; preterintencional)** Quien, por actos de violencia ocasionare el aborto, sin propósito de causarlo, pero constándole el estado de embarazo de la ofendida, será sancionado con prisión de uno a tres años. Si los actos de violencia consistieren en lesiones a las que corresponda mayor sanción, se aplicará ésta aumentada en una tercera parte (7).
- **Art. 139. (Tentativa y aborto culposo)** La tentativa de la mujer para causar su propio aborto y el aborto culposo propio, son impunes (7).
El aborto culposo verificado por otra persona, será sancionado con prisión de uno a tres años, siempre que tal persona tenga conocimiento previo del embarazo (7).
- **Art. 140. (Agravación específica)** El médico que, abusando de su profesión causare el aborto o cooperare en él, será sancionado con las penas señaladas en el artículo 135, con multa de quinientos a tres mil quetzales, con inhabilitación para el ejercicio de su profesión de dos a cinco años (7).
Iguales sanciones se aplicarán, en su caso, a los practicantes o personas con título sanitario, sin perjuicio de lo relativo al concurso de delitos (7).

2.8 Postura Religiosa

La mayor oposición existente en contra del aborto es la organización Pro-Vida. El principio fundamental que asume esta postura es el concepto de que la vida comienza desde el momento de la concepción, y que por tanto cualquier interrupción de embarazo se entiende como una

violación al derecho de la misma, puesto que el feto es considerado un ser humano con vida desde que se engendra (23).

La práctica del aborto provocado, es seguramente, el método más antiguo y polémico de regulación de la fecundidad. Cabe destacar, que en los países extremadamente religiosos siempre han predominado los criterios establecidos por la Ley Canónica de 1869, que fue proclamada por el Papa Pío IX, donde el aborto no estaba justificado bajo ninguna circunstancia (3).

En Estados Unidos, como se ha mencionado previamente en el capítulo anterior, en la década de los 80 se produjeron una serie de disputas y controversias públicas entorno al aborto que dieron lugar a que se generaran diferentes posiciones entre las que se encuentra el caso del Movimiento de Defensa de la Vida; aquellos que deseaban prohibir la interrupción del embarazo independientemente de cualquier situación o circunstancia. El Movimiento de Defensa de la Vida, contaba con el respaldo de la iglesia católica y de otros grupos religiosos, así como de otros grupos laicos, resumiendo sus razonamientos en cuatro puntos, que son:

- Todos los seres humanos, incluso el feto que se halla en el vientre de la madre, reciben directamente de Dios el don de vida.
- Los seres humanos no tienen derecho a quitarle la vida a otros seres inocentes.
- La vida humana comienza en el momento de la concepción.
- El aborto, en cualquier fase de gestación, equivale a quitarle la vida a un ser inocente (24).

Actualmente, la mayoría de las Iglesias, consideran que la práctica abortiva es una opción a la que se recurre en circunstancias especiales y que no se debe usar como método ordinario de planificación familiar (7).

Los musulmanes, entienden desde siempre el aborto como un acto legal siempre que se dé bajo una serie de razones para llevarlo a cabo, y siempre supeditado al plazo de los 120 de gestación, ya que razonan que el feto no cobra vida hasta pasados 120 días desde su concepción. Durante ese periodo de tiempo el embrión es considerado como persona en potencia y de propiedad de los progenitores para tomar decisiones sobre el mismo (25).

La perspectiva judaica, afirma el consentimiento del aborto sólo y únicamente en aquellos casos en los que la salud de la madre corra peligro y pueda ser afectada gravemente, teniendo que contar para ello con la opinión de una autoridad rabínica reconocida para evitar cometer errores (25).

Por otro lado, los cristianos evangélicos consideran ético también el aborto sólo cuando sea necesario para salvar la vida de la embarazada. En las demás situaciones, se entiende que el aborto supone terminar con una vida humana que pertenece a Dios, prevaleciendo el derecho a la vida del aún no nacido, sobre el derecho de la madre sobre su propio cuerpo (25).

Sin embargo, la iglesia católica comprende el concepto de aborto como la muerte provocada del feto, realizada por cualquier método y en cualquier momento del embarazo desde el instante mismo de la concepción, es decir, desde que se origina el cigoto como resultado de la fusión de un espermatozoide con un óvulo. Defiende la vida del aún no nacido por encima de cualquier situación o las circunstancias como señaló el Papa Juan Pablo II en la Encíclica *Evangelium Vitae*, donde afirmaba que “aun siendo graves y dramáticas las razones, jamás pueden justificar la eliminación de un ser humano inocente” (25).

La iglesia defiende su postura posicionándose desde una perspectiva a favor de la vida, de la persona misma, de la naturaleza de las cosas, de la sexualidad responsable, teniendo en cuenta que el juicio moral del Magisterio eclesiástico sobre este tema ha sido el mismo y que no ha variado con el paso del tiempo. Por todo ello, se ha considerado importante destacar algunos de los puntos que se recogen en el Catecismo de la Iglesia Católica:

- “La vida humana es sagrada, porque desde su inicio comporta la acción creadora de Dios y permanece siempre en una especial relación con el Creador, su único fin. Solo Dios es Señor de la vida desde su comienzo hasta su término; nadie, en ninguna circunstancia, puede atribuirse el derecho de matar de modo directo a un ser humano inocente” (26).
- “La vida humana debe ser respetada y protegida de manera absoluta desde el momento de la concepción. Desde el primer momento de su existencia, el ser humano debe ver reconocidos los derechos de la persona, entre los cuales está el derecho inviolable de todo ser inocente a la vida” (23, 25).

2.8.1 Moralidad y Principios ante el aborto

La ética basada en principios es aquella que se fundamenta en cuatro principios diferentes considerados como básicos, que son: el de Autonomía, el de Beneficencia, el de no Maleficencia, y el de Justicia (27).

- Principio de Autonomía: Es aquel que se basa en la libertad de elegir una opción después de sustentarse en la interacción entre la comprensión y la voluntad. En lo que al aborto concierne, justifica el derecho de la madre a participar en las decisiones terapéuticas que le competen a ella y también a su hijo, en forma subrogada, aunque no

se debe olvidar que el feto, aunque no pueda ejercerla, tiene también autonomía (27).

- Principio de Beneficencia: Consiste en hacer el bien a los demás. Refiriéndonos en este caso al aborto, se puede relacionar con la obligación del médico es buscar el bien en lo que a salud de sus pacientes se refiere, considerando que existen dos pacientes. Por ello, podemos decir que también se persigue buscar el bien del aún no nacido, preservando su vida (27).
- Principio de no maleficencia: Se fundamenta en no hacer el mal. En relación al aborto, se podría resumir en el hecho de no realizar ninguna actuación perjudicial tanto para la madre como para el feto o embrión (27).
- Principio de Justicia: Es aquel que entiende cómo dar a cada uno lo que se merece. En relación con la interrupción del embarazo se relaciona con el derecho a la vida y a una serie de acciones que le permitan un desarrollo saludable (27).

El avance de la ciencia y de la medicina, han hecho que se produzca un aumento tanto del número como de la complejidad de los problemas éticos en el campo de la medicina, y por ello ha sido por lo que se ha señalado como relevantes y apropiados para su aplicación en la ética médica los cuatro principios mencionados previamente. Pero esta teoría principalista, a pesar de que sea frecuente su uso como marco de referencia en los Comités Éticos para analizar conflictos morales, también presenta limitaciones, sobre todo en el plano moral y en el de su fundamentación filosófica; hecho que ha desencadenado la posibilidad de adaptarse a otras nuevas teorías (28).

2.8.2 Conflictos Bioéticos

El problema del aborto está inmerso en una gran controversia ideológica y religiosa. Las dos posturas que se presentan actualmente ante el aborto inducen al enfrentamiento entre el derecho de elección libre de cada mujer y el principio ético de respeto a la vida (29).

La mayor disputa, y que a su vez es el punto de inflexión entre las diferentes posturas e ideologías ante la práctica del aborto, se basa en el concepto del ser humano, en cuál es el momento en el que el producto de la concepción se considera un ser humano; cuestión que no tiene solo un carácter biológico, sino también filosófico y teológico (29).

De este dilema surgen automáticamente muchas dudas y preguntas, tales como: "¿Es aborto interrumpir el embarazo en el estado de embrión? ¿Es aborto interrumpir el embarazo cuando el feto es viable?, ¿Es aborto interrumpir el embarazo cuando el feto no es viable ni "in útero" ni "ex

útero"? ¿Es aborto interrumpir el embarazo de un ser que no tiene sistema nervioso funcional humano o no es un ser humano? Ahora tenemos un problema mayor ¿qué es un ser humano? Y no solo eso, ¿desde cuándo un ser humano es individuo humano?" (29).

Desde la perspectiva biológica, sustentándose en las tres grandes teorías de la Biología, que son la celular, la herencia y la evolución, considera ampliamente este concepto como un proceso que surge de la interacción del genoma de Homo sapiens con sus circunstancias o medio ambiente (29, 30). En cuanto a cuándo se estima que comienza el individuo a ser un ser humano como tal, hay que distinguir que algunos consideran que desde el mismo momento de la concepción, para otros la vida comienza en el momento de la implantación, mientras que hay quienes entienden que a las 12 semanas, que es cuando el sistema nervioso central está formado y pueden reconocerse los hemisferios cerebrales, el cerebelo y el bulbo. Sin embargo, existen otros que son del pensamiento de que los derechos de persona humana deben respetarse desde que esta es viable, es decir, entre las 24 y 28 semanas de gestación (11).

Teniendo en cuenta que en términos biológicos por gestación se entiende que el embrión está ya implantado en la pared uterina; aunque pueda matizarse si se considera desde el comienzo o cuando termina el proceso, la edad biológica auténtica y real del embrión se estipula que se empieza a contar desde que se produce la fecundación, coincidiendo con el comienzo del embarazo. Contando con que la ovulación tiene lugar alrededor de los 14 días desde el inicio de la última menstruación, y la fecundación puede ocurrir más o menos inmediatamente a la ovulación, puede darse por tanto, una diferencia de dos, tres o cuatro semanas entre lo que se entiende por "semanas de gestación" y la edad embrionaria o biológica real del embrión y el tiempo desde que se inició la gestación biológica (31).

Resumiendo, es un error biológico hablar de "semanas de gestación" cuando se toma como referencia el primer día de la última menstruación porque en ese momento ni siquiera había embrión ya que la fecundación, y por tanto la gestación, ocurre alrededor de dos semanas después (31).

2.9 Sexualidad y salud sexual

Puesto que el aborto está íntimamente relacionado con la formación y educación recibida sobre la educación sexual y reproductiva, se ha considerado necesario realizar un apartado dedicado a la sexualidad y a la salud sexual y reproductiva de cada individuo (32).

Es importante mencionar que cuando se habla de sexualidad, se haga desde una perspectiva global y completa, teniendo en cuenta que la sexualidad es una parte integral de la personalidad de cada persona, que se desarrolla en función de si se satisfacen necesidades humanas básicas, como el deseo de intimidad, de contacto, de amor, de acercamiento y sentimiento emocional, siendo así su pleno desarrollo fundamental para alcanzar el bienestar individual, interpersonal y social (32).

La OMS, en el año 2002, definió el concepto de salud sexual como: “estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia” (32).

Seguramente sea cierto que el dilema o problema que más controversias ha generado siempre en el ámbito de la salud sea el aborto. El aborto, es un procedimiento complejo, compuesto por diferentes acciones que suponen un riesgo para la salud e integridad de la mujer. Mientras tanto, cada día son muchas las que acuden a las consultas de planificación familiar para solicitar la práctica de un aborto provocado, y a veces hasta de forma sistemática, aunque se haya informado previamente en una consulta de los riesgos y peligros ante los que se expone cuando toman dicha decisión. A pesar de todo, la mujer será libre para decidir y ejercer su autonomía respetando la vigente ley, pero se cree conveniente y necesario que se haga hincapié sobre todos aquellos recursos e información existente en torno a este tema, para que se pueda lograr una plena satisfacción en el ámbito sexual y reproductivo, salvaguardando su salud (8).

En los últimos años se ha constatado una “revolución sexual” en la que se evidencia un incremento en el inicio de las relaciones sexuales en menores de 14 años. Este hecho, reconocido de forma universal, ha confirmado que existe una conducta muy precoz para las relaciones tanto en uno como en otro sexo. De estudios realizados, se ha comprobado que alrededor del 50% de las adolescentes entre 15 y 19 años mantienen una vida sexual activa, por lo que la formación y la educación en este ámbito cada vez deben cobrar gran importancia y adaptarse a las necesidades y a la edad de cada cliente (11).

De entre los factores que conducen a la decisión de la realización de un aborto, como se ha mencionado previamente en el trabajo, cabe destacar la escasa educación sexual que posee la población en general y la orientación que ésta tiene a únicamente ceñirse en evitar el embarazo como tal (11).

Hasta ahora, las vías por las cuales se adquiriría dicha educación eran mediante los profesores y las madres, que muchas veces no poseían tampoco una información suficientemente completa como para asumir únicamente por ellos la labor educativa de los más jóvenes. Como consecuencia, se ha ido evolucionando hacia una labor de salud pública, utilizando como recursos los medios de comunicación masiva, así como la Atención Primaria de Salud (11). Actualmente, y de acuerdo con la Ley Orgánica, se aboga por la formación y la información a la población, así como por el desarrollo de programas y servicios para la promoción de la salud sexual y reproductiva (33).

Es por tanto importante hacer mención de los aspectos que la legislación solicita al personal sanitario de Atención Primaria que informe de forma clara, objetiva e imparcial: (33)

- Prestaciones, ayudas y derechos a los que la mujer puede acceder si desea continuar con el embarazo, incluidas las ayudas para discapacitados.
- Consecuencias médicas, psicológicas y sociales derivadas de la prosecución del embarazo o de la interrupción del mismo.
- Posibilidad de recibir asesoramiento antes y después de la intervención (33).

Esta información debe ser entregada en un sobre cerrado siendo informada verbalmente también si la mujer lo solicitara. En caso de que la mujer optara por la opción de interrumpir su embarazo, ésta deberá presentar firmado un consentimiento informado previamente; mientras que el personal sanitario de Atención Primaria le garantiza, el acceso a la prestación sanitaria de la interrupción, como la protección de su confidencialidad e intimidad de acuerdo con el Código Deontológico (33).

2.10 Síndrome Post Aborto

Actualmente se acepta, en general, que toda mujer que sufre un aborto, puede tener afectación psicológica y comprometer el estado de salud de la paciente, datos que aumentan en abortos clandestinos y/o abortos de embarazos no deseados, como respuesta natural de defensa ante el acontecimiento estresante, una reacción de ansiedad y depresión que suele acompañarse de un sentimiento de culpa y del correspondiente proceso de duelo (34).

Por supuesto que todo ello (los sentimientos de culpa y el proceso del duelo) va a estar modulado por influencias culturales, por las características de personalidad y por la problemática previa de la persona. Es en este contexto en donde se ha descrito, en mujeres

que han sufrido un aborto, un cuadro psicopatológico caracterizado por una serie de síntomas depresivos y ansiosos, sentimientos de culpa, pesar y autodevaluación, reacciones de hiperactividad autonómica, alteraciones conductuales, etc., y tendencia a la cronificación, conocido como síndrome postaborto (SPA) y considerado por diversos autores como un trastorno postraumático (36).

Sin embargo, todavía se observa cierta resistencia a aceptar la existencia del síndrome postaborto (SPA) como una entidad diferenciada de los habituales síntomas depresivos y problemas psicológicos que suelen presentarse después de un aborto o incluso de un parto. En este sentido tanto la falta de estudios epidemiológicos sobre el SPA como las dificultades para su definitiva aceptación por parte de la comunidad científica parecen ser debidas, además de a determinados intereses ideológicos, a la falta de estudios que aporten una confirmación diagnóstica del síndrome y que permitan su incorporación, por derecho propio, a las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales, por las que se rigen actualmente la práctica clínica y la investigación científica. (36)

Desde un punto de vista teórico, el SPA se encuadra entre los trastornos originados por un acontecimiento vital importante. Dicho acontecimiento estresante podría ser experimentado por la paciente como un «estrés psicosocial identificable, pero no de tipo catastrófico ni inusitado» (en cuyo caso el SPA se correspondería con un trastorno adaptativo o de adaptación), o bien como un estresante traumático, excepcional (físico o psicológico) o catastrófico, en cuyo caso el síndrome se incluiría entre las reacciones a estrés grave (35).

Los criterios de síndrome post aborto se detallan a continuación (36):

Para el diagnóstico del síndrome postaborto el paciente debe cumplir los criterios A y B.

A) Paciente presenta uno o varios síntomas de los apartados 1 y 2, y al menos uno de los otros apartados: 3, 4 ó 5.

1. Síntomas depresivos (depresión, tristeza, pena, pesar, llanto frecuente) y ansiosos (ansiedad, angustia, rabia) relacionados con el aborto realizado.
2. Sentimientos de culpa (de vergüenza, de pérdida de autoestima y de auto rechazo) e incapacidad para perdonarse por el aborto realizado (a veces con pensamientos de suicidio); deseos de “expiación” (de borrar la culpa, de purificarse ella) y

necesidad de reparar (de desagraviar, de satisfacer al ofendido), de remediar el daño o perjuicio cometido (a veces mediante un embarazo expiatorio de “de reparación”).

3. Pesadillas recurrentes sobre niños perdidos, despedazados, mutilados o muertos; pensamientos recurrentes e intrusivos o flashbacks sobre el aborto o la criatura abortada; ilusiones o y pseudoalucinaciones auditivas (oír el llanto de un niño), fantasía reiteradas de cómo hubieran sido las cosas si no se hubiera abortado
 4. Evitación y/o rechazo de estímulos o situaciones 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. Alteraciones conductuales 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.
- B) Los síntomas han tenido su inicio después de la realización del aborto y aunque pueden existir otros acontecimientos viales concomitantes (sensibilizantes, desencadenes, agravantes, etc, se presume que ninguno de ellos forma parte del origen del trastorno.

III. OBJETIVOS

3.1. GENERAL:

- 3.1.1.** Establecer la prevalencia de síndrome post aborto en mujeres a quien se realizó diagnóstico confirmado de aborto en el Hospital Roosevelt, durante el período de enero a octubre de 2016.

3.2. ESPECÍFICOS:

- 3.2.1.** Establecer el perfil epidemiológico de las pacientes estudiadas.
- 3.2.2.** Determinar las comorbilidades de las pacientes estudiadas.
- 3.2.3.** Establecer la prevalencia de síndrome postaborto en las pacientes con comorbilidades.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. TIPO DE ESTUDIO:

Estudio descriptivo y trasversal.

4.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Mujeres embarazadas a quienes se realizó diagnóstico de aborto y fueron ingresadas al Hospital Roosevelt, Ciudad de Guatemala, durante el periodo comprendido entre enero a octubre de 2016.

4.3. SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

El muestreo se realizó de tipo probabilístico aleatorio simple ya que el subgrupo de la población dependió de la probabilidad de ser elegido, y no de las características de la investigación.

El tamaño de la muestra se calculó con la fórmula para poblaciones infinitas ya que no existe un número establecido de pacientes embarazadas con diagnóstico de aborto, que ingresen al Hospital Roosevelt (se desconoce).

Fórmula:

$$n = \frac{Z^2 * p * q}{e^2}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra a estudio.

Z = nivel de confianza establecido para el estudio es del 95% (Z = 1.96).

p = 0.5 (50%) ya que no existen estudios anteriores sobre depresión y aborto realizado en dicha institución.

q = 1 – 0.5 = 0.5.

e = el margen de error aceptado para la investigación será del 5% (0.05) para lograr un intervalo de confianza estrecho con alta confiabilidad.

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5}{(0.05)^2} \quad \rightarrow \quad n = \frac{3.8416 * 0.5 * 0.5}{0.0025} \quad \rightarrow \quad n = \frac{0.9604}{0.0025}$$

$$n = 384.16 \approx 384 \text{ pacientes}$$

Se tomó un 10% de la muestra (38 pacientes) como margen de pérdidas. La muestra total fué: **384 + 38 = 422 pacientes.**

4.4. UNIDAD DE ANÁLISIS:

Datos obtenidos a partir de la encuesta dirigida a mujeres con diagnóstico confirmado de aborto y que fueron ingresadas al Hospital Roosevelt Ciudad de Guatemala, quienes no tengan antecedentes previos de depresión y/o consumo de antidepresivos, durante el periodo comprendido entre enero y octubre de 2016.

4.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

4.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Mujeres embarazadas a quienes se realizó diagnóstico confirmado de aborto y fueron ingresadas al Hospital Roosevelt, Guatemala, que firmen el consentimiento informado.

4.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Mujeres con diagnóstico previo de depresión y/o consumo de antidepresivos.

Mujeres que rechacen participar en el estudio.

4.6. VARIABLES ESTUDIADAS:

MACROVARIABLES

Perfil epidemiológico

Comorbilidades

Antecedentes gineco obstétricos

Síndrome postaborto

4.7. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

| Macrovariables | Microvariables | Definición conceptual | Definición operacional | Tipo de variable | Escala de medición | Unidad de medición |
|-----------------------|--|---|---|--------------------|----------------------|--|
| Perfil epidemiológico | Edad | Cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana (5). | Edad en años cumplidos al día de la entrevista. | Cuantitativa | Discreta | Años |
| | Estado civil | Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas (5). | Estado civil referido por la paciente. | Cualitativa | Nominal policotómica | Soltera Casada Unida Divorciada |
| | Etnia | Conjunto de personas que pertenece a una misma raza y, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural (5). | Etnia con la que se autodenomina la paciente. | Cualitativa | Nominal dicotómica | Indígena No indígena |
| | Procedencia geográfica | Lugar de donde procede una persona, donde ha nacido o donde tuvo principio su familia (5). | Lugar donde refiere vivir actualmente. | Cualitativa | Nominal dicotómica | Rural Urbana |
| | Situación laboral | Conjunto de circunstancias, condiciones o características que rodean a una persona, animal o cosa o determinan su estado en un momento determinado (5). | Situación que refiera la paciente. | Cualitativa | Nominal dicotómica | Empleada Desempleada |
| Comorbidades | Presencia de una o más enfermedades, además de la afectación primaria (5). | Enfermedades preexistentes, diagnosticadas por un médico: Hipertensión, Diabetes mellitus, Hipotiroidismo, Hipertiroidismo, Anticuerpos antifosfolípidos, LES, ERC y Cáncer de mama | Cualitativa | Nominal dicotómica | Si No | |

| Macrovariables | Microvariables | Definición conceptual | Definición operacional | Tipo de variable | Escala de medición | Unidad de medición | |
|--------------------------------|--------------------------|--|---|---|----------------------|---|----------|
| Antecedentes ginecoobstétricos | Edad Gestacional | Durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. | Edad en semanas referida en el expediente clínico de la paciente. | Cuantitativa | Continua | Semanas | |
| | Conocimiento embarazo | Estado de la mujer gestante. | Conocimiento de embarazo referido por la paciente | Cualitativa | Nominal dicotómica | Si No | |
| | Asesoría preconcepcional | Indicación que se realiza a todas las mujeres que planean un embarazo, y tiene como objetivo identificar y modificar los factores de riesgo tanto médicos como sociales con el fin de mejorar las condiciones de un embarazo, tanto para la madre como para el feto (5). | Asesoría médica durante el embarazo proporcionado por la paciente | Cualitativa | Nominal dicotómica | Si No | |
| | Control prenatal | Acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la Morbilidad y Mortalidad materna y perinatal (5). | Control durante el embarazo con médico referido por la paciente | Cualitativa | Nominal dicotómica | Si No | |
| | Tipo de aborto | Interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo antes de que el embrión o el feto estén en condiciones de vivir fuera del vientre materno (5). | Tipo de aborto referido en el expediente clínico | Cualitativa | Nominal policotómica | Completo Incompleto Retenido En curso Séptico | |
| | Procedimiento | Operaciones realizadas por un cirujano para solucionar cualquier trastorno o enfermedad (5). | Realización de procedimiento para completar el aborto | Cualitativa | Nominal dicotómica | Si No | |
| | Tipo de procedimiento | Operación instrumental, total o parcial, de lesiones causadas por enfermedades o accidentes, con fines diagnósticos, de tratamiento o de rehabilitación de secuelas (5). | Tipo de procedimiento referido en el expediente médico | Cualitativa | Nominal policotómica | LIU AMEU Ninguno | |
| | Síndrome post aborto | | Cuadro psicopatológico caracterizado por una serie de síntomas depresivos y ansiosos, sentimientos de culpa y autodevaluación, posterior a sufrir un aborto (41). | Cumplimiento de Criterios A y B, de síndrome postaborto descritos por el servicio de salud mental de Navarra, España. Universidad de Navarra. | Cualitativa | Nominal dicotómica | Si No |

4.8. INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se utilizó un cuestionario creado por el investigador, que contiene cuatro series correspondientes a perfil epidemiológico, comorbilidades, antecedentes gineco obstétricos y síndrome postaborto el cual fue evaluado en base a los criterios de síndrome post aborto establecido por el servicio de salud mental de Navarra, España. Universidad de Navarra. (Ver Anexo 1)

4.9. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

4.9.1. RECOLECCIÓN DE DATOS:

Ya que se trata de una investigación de tipo cuantitativa la técnica a utilizar para la obtención de la unidad de análisis fue la boleta de recolección de datos.

Para la recolección de datos se realizó lo siguiente:

Se verifico en el listado de ingreso del hospital diariamente.

Se buscó en cada servicio a cada una de las mujeres embarazadas a quienes se realizó diagnóstico confirmado de aborto por USG.

Se presentó a cada uno de ellas los objetivos de la investigación, a quienes decidieron participar se solicitó que firmaran el consentimiento informado.

4.9.2. REGISTRO DE DATOS:

Se realizó una base de datos en el programa Microsoft Excel 2010, donde se tabularon los datos obtenidos en la encuesta durante el trabajo de campo.

4.10. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN:

Ya que se trata de un estudio que no involucró la manipulación o experimentación en personas, con lo que se garantizó la seguridad de la paciente, únicamente se obtuvo información por medio de lo recabado en el expediente clínico con el instrumento de recolección de datos.

La información que se obtuvo fue tabulada únicamente por el investigador, en ningún momento se hicieron públicos los datos individuales.

Se garantizó la privacidad de las pacientes, por lo que no se incluyó en la base de datos la identificación de las pacientes, únicamente se tuvo el control de boletas de recolección de datos por medio de un número correlativo que no tuvo ninguna relación con el nombre de

la paciente, las pacientes que participaron en el estudio, firman consentimiento informado donde se detalla su participación en la presente investigación.

4.11. PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:

Para el análisis de la información se siguieron los siguientes pasos:

Se realizó un análisis descriptivo de frecuencia y porcentaje para las variables perfil epidemiológico, comorbilidades, antecedentes gineco obtetricos y síndrome postaborto, para posteriormente presentar resultados en tablas resumen que enmarquen datos de importancia y relevación de la presente investigación.

Posteriormente se procedió a determinar la prevalencia de síndrome postaborto en la población estudiada mediante la siguiente formula:

$$\text{Prevalencia} = \frac{\text{Número de casos de síndrome postaborto} \times 100}{\text{Población a estudio (muestra)}}$$

4.12. ALCANCES Y LIMITACIONES

4.12.1. ALCANCES:

El presente trabajo de investigación estudia la prevalencia de síndrome post aborto en pacientes ingresadas a ginecología y obstetricia del Hospital Roosevelt. Es importante recalcar que en Guatemala no se cuenta con estudios que determinen el comportamiento de las pacientes embarazadas que presentan comorbilidades previo al inicio de un embarazo, por lo que considero que la realización del estudio permite abrir la puerta a un nuevo campo de investigación que permitirá enfocar las medidas preventivas de salud para este grupo de población vulnerable a presentar un aumento de complicaciones si no se considera su intervención.

4.12.2. LIMITACIONES:

Dentro de las limitantes del estudio se encuentran la falta de obtención de datos verídicos por parte de las pacientes por temor a tener represalias sobre ellas mismas por no contar con control preconcepcional. Sin embargo se aclara que es un estudio que garantiza totalmente el anonimato de las pacientes para que no presenten este tipo de problemas.

V. RESULTADOS

TABLA 1

Perfil epidemiológico de mujeres a quien se realizó diagnóstico confirmado de aborto en el Hospital Roosevelt, durante el período de Enero a Octubre de 2016.

| | f | % |
|-------------------------------|-----|-------|
| Edad (años) | | |
| 15- 19 | 70 | 16.5 |
| 20- 24 | 80 | 18.9 |
| 25- 29 | 145 | 34.3 |
| 30- 34 | 61 | 14.4 |
| 35- 39 | 47 | 11.1 |
| >40 | 19 | 4.5 |
| Estado civil | | |
| Soltera | 171 | 40.5 |
| Casada | 51 | 12.1 |
| Unida | 151 | 35.7 |
| Divorciada | 49 | 11.7 |
| Etnia | | |
| Indígena | 259 | 61.4 |
| No indígena | 163 | 38.6 |
| Procedencia geográfica | | |
| Rural | 220 | 52.14 |
| Urbana | 202 | 47.86 |
| Situación laboral | | |
| Empleada | 111 | 26.4 |
| Desempleada | 311 | 73.6 |

TABLA 2

Comorbilidades de mujeres a quien se realizó diagnóstico confirmado de aborto en el Hospital Roosevelt, durante el período de Enero a Octubre de 2016.

| | F | % |
|------------------------------|-----|------|
| Hipertensión | 59 | 13.9 |
| Diabetes mellitus | 47 | 11.1 |
| Hipotiroidismo | 14 | 3.3 |
| Hipertiroidismo | 5 | 1.1 |
| Anticuerpos antifosfolípidos | 7 | 1.6 |
| Lupus Eritematoso Sistémico | 2 | 0 |
| Enfermedad Renal Crónica | 34 | 8 |
| Cáncer de mama | 1 | 0 |
| Ninguna | 253 | 60 |

TABLA 3

Antecedentes gineco obstétricos de mujeres a quien se realizó diagnóstico confirmado de aborto en el Hospital Roosevelt, durante el período de Enero a Octubre de 2016.

| | F | % |
|----------------------------|-----|-------|
| Edad gestacional (semanas) | | |
| 5- 10 | 256 | 60.6 |
| 11-15 | 112 | 26.5 |
| 15-20 | 54 | 12.7 |
| Conocimiento de embarazo | | |
| Si | 344 | 81.5 |
| No | 78 | 18.4 |
| Asesoría preconcepcional | | |
| Si | 46 | 10.9 |
| No | 376 | 89 |
| Control prenatal | | |
| Si | 121 | 28.6 |
| No | 301 | 71.3 |
| Tipo de aborto | | |
| Completo | 12 | 3 |
| Incompleto | 201 | 47.6 |
| Retenido | 88 | 21 |
| En curso | 115 | 27.2 |
| Séptico | 6 | 1.4 |
| Procedimiento | | |
| LIU | 115 | 27.25 |
| AMEU | 295 | 69.9 |
| Ninguno | 12 | 2.84 |

LIU: Legrado Uterino Instrumentado; AMEU: Aspiración Manual Endouterina.

TABLA 4

Prevalencia de Síndrome post aborto en mujeres a quien se realizó diagnóstico confirmado de aborto en el Hospital Roosevelt, durante el período de Enero a Octubre de 2016.

| Síndrome post aborto | | F | % |
|----------------------|----|-----|------|
| | Si | 139 | 32.9 |
| | No | 283 | 67 |

TABLA 5

Prevalencia de Síndrome Post aborto en pacientes que si contienen comorbilidades en el Hospital Roosevelt, durante el período de Enero a Octubre de 2016.

| CRITERIOS DE SINDROME POSTABORTO | TOTAL |
|---|--------------|
| SI cumple criterios | 104 |
| NO cumple criterios | 65 |
| Total general | 169 |

TABLA 6

Comorbilidades asociadas en pacientes con diagnóstico de Síndrome postaborto en el Hospital Roosevelt, durante el período de Enero a Octubre de 2016.

| COMORBILIDADES ASOCIADAS | SI CUMPLEN | NO CUMPLEN | TOTAL |
|---------------------------------|-------------------|-------------------|--------------|
| HIPERTENSIÓN | 27 | 32 | 59 |
| DIABETES MELLITUS | 34 | 13 | 47 |
| HIPOTIROIDISMO | 12 | 2 | 14 |
| HIPERTIROIDISMO | 0 | 5 | 5 |
| ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPIDOS | 3 | 4 | 7 |
| LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO | 2 | 0 | 2 |
| ENFERMEDAD RENAL CRONICA | 27 | 7 | 34 |
| CANCER DE MAMA | 0 | 1 | 1 |
| Total general | 104 | 65 | 169 |

VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se evidencia que la prevalencia de síndrome postaborto en la población estudiada es un problema frecuente que puede tener repercusiones en el estado de ánimo de la paciente como en su entorno familiar y/o laboral. Dentro del estudio se contó con la participación de 422 pacientes de las cuales se obtuvieron datos por medio del instrumento de recolección de datos, obteniendo los siguientes resultados: Se observó que el grupo con mayor participación según rango de edad se encuentra entre los 26 y 30 años con un 34.3% del total de pacientes estudiadas, con menor participación fueron las mayores de 41 años con un 4.5% posiblemente a la disminución de los años fértiles en este grupo de edad y menor número de embarazos.

Del total de pacientes estudiadas, el 47.7% (202) mantenían una relación de pareja estable, en un estado civil de unión de hecho y casadas. Llama la atención que el 11.7% se encuentran en un estado de divorcio y un 40.5% solteras, estado civil que podría ser factor de riesgo para el desarrollo de síndrome post aborto, ya que una relación no estable podría predisponer a las pacientes al desarrollo de dicha entidad (36).

Dentro de la población a estudio se encuentra el grupo indígena con una representación del 61.4%, y una procedencia geográfica del área rural con un 52.1%, factores de riesgo para el desarrollo de síndrome post aborto, por las condiciones en las que podrían desenvolverse las pacientes y el poco acceso a los servicios de salud que se podrían contener, a diferencia de las pacientes procedentes del casco urbano (pacientes que procedan del centro de la ciudad y zonas aledañas al centro de la misma) (36).

La situación laboral de la paciente tiende a determinar el rol que la misma juega dentro del hogar, encontrando en el estudio que el 73.7% se encuentra dentro de la población económicamente inactiva, siendo solamente el 26.4% mantiene directamente el hogar sin un apoyo económico adicional, desencadenando de esa manera un factor de riesgo para el desarrollo de síndrome post aborto, si este fuere el caso.

Conocer el perfil epidemiológico de la paciente nos brinda información acerca de la población que se encuentra dentro de un estado de riesgo y/o contiene o contendrá la

predisposición a tener un aborto y posterior a ello como consecuencia desarrollar síndrome postaborto, sin dejar de lado los factores que contribuyen a que esta patología aparezca. Se realizó un análisis de comorbilidades de las pacientes a estudio, determinando que el 59.9% de las mismas no posee comorbilidades previo al suceso acontecido, el 41.1% si las poseen.

De las pacientes a quienes se determinó cursar con comorbilidades la mayor corresponde a enfermedades hipertensivas o un 13.9%, seguidas por Diabetes mellitus con 11.1% y Enfermedad Renal Crónica con 8% de las pacientes, el resto con porcentajes bajos, hipotiroidismo con 3.3%, hipertiroidismo, anticuerpos antifosfolípidos, lupus eritematoso sistémico y cáncer de mama con 1% o menos de incidencia en el estudio, factores de riesgo directos desencadenantes de síndrome post aborto, al documentarse aborto en la pacientes incluidas en el estudio, que se corresponde con lo estimado en el estudio revisado en la Universidad de Navarra, España (36).

Dentro de las pacientes entrevistadas el 33% se encontraban en las primeras 10 semanas de gestación, el 31.3% entre las 11 y 15 semanas de gestación y el 35.7% entre las 15-20 semanas de embarazo.

En cuanto a diagnóstico de aborto, que se encuentra en el tercer apartado del documento de recolección de datos, se determinó que el 81.5% del total de pacientes sabía del estado actual de embarazo, por el contrario el 18.5% desconocían el estado de gestación, circunstancia que incide directamente en la evolución del mismo, ya que se documentó a la vez que el 89% del total de pacientes no conto asesoría preconcepcional, y el 71.3% posterior a determinación de embarazo no acude a citas de control prenatal, situación que implica repercusión en el desarrollo del embarazo, ya que pacientes con factores de riesgo que se describen en resultados, implicarían un embarazo de alto riesgo, con citas cada 2-3 semanas en control prenatal.

El 100% de las pacientes que ingresaron al servicio de legrados del Hospital Roosevelt, se realizó ultrasonido confirmatorio, de los cuales el 47.6% obtuvieron diagnóstico definitivo de aborto incompleto a quienes se realizó legrado uterino instrumentado y/o aspiración manual endouterina; el 27.2% diagnóstico de aborto en curso, el 20.8% aborto retenido y en su menor porcentaje aborto séptico con 6 casos equivalente a 1.4%. Del total de pacientes se

identifica que al 97% se realizó procedimiento en sala de operaciones, equivalente a legrado uterino instrumentado y/o aspirado manual endouterino.

Se realizó diagnóstico de síndrome post aborto en 139 pacientes, equivalente al 32.9% de todas las pacientes estudiadas.

169 pacientes si contenían comorbilidades asociadas, de los cuales el 61.5% cumple criterios para síndrome postaborto. Únicamente el 25.1% de las pacientes que no contenían comorbilidades, cumplieron criterios de síndrome post aborto.

Se determinó que la prevalencia de síndrome postaborto en las pacientes sometidas al estudio es de 32.9%, dato que resalta en el estudio ya que en pacientes expuestas y/o con comorbilidades asociadas el dato aumenta a 61.5%.

Actualmente se acepta, en general, que toda mujer que aborta, puede cursar con síndrome post aborto, siendo esta entidad prevalente, como respuesta natural de defensa ante el acontecimiento estresante y/o comorbilidad asociada, como lo establecido en el presente estudio (35).

VII. CONCLUSIONES

- 7.1 La prevalencia de síndrome post aborto en mujeres a quienes se les realizo diagnostico confirmado de aborto es de 32.9%.
- 7.2 Dentro de la epidemiología de la población, se puede concluir que la mayor cantidad de mujeres incluidas en el estudio, oscilaban entre la edad de 20 a 29 años, con un estado civil de unión de hecho, de etnia indígena con procedencia geográfica del área rural, que al momento de realizar el diagnóstico se encontraban desempleadas.
- 7.3 De las pacientes a quienes se determinó cursar con comorbilidades la mayor corresponde a enfermedades hipertensivas o un 13.9%, seguidas por Diabetes mellitus con 11.1% y Enfermedad Renal Crónica con 8% de las pacientes, el resto con porcentajes bajos, hipotiroidismo con 3.3%, hipertiroidismo, anticuerpos antifosfolípidos, lupus eritematoso sistémico y cáncer de mama con 1% o menos de incidencia en el estudio, factores de riesgo directos desencadenantes de síndrome post aborto
- 7.4 Se determinó que la prevalencia de síndrome postaborto en las pacientes sometidas al estudio es de 32.9%, dato que resalta en el estudio ya que en pacientes expuestas y/o con comorbilidades asociadas el dato aumenta a 61.5%.

VIII. RECOMENDACIONES

- 8.1 Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
 - 8.1.1 Es responsabilidad del Ministerio de salud pública y asistencia social, facilitar información, acerca de la prevención de embarazos no deseados y/o planificación familiar, para evitar incrementos en tasas de aborto en la población.
 - 8.1.2 Instruir y facilitar información acerca de los embarazos de alto riesgo a la población en general, ya que al conocer los riesgos que se tienen, la población podría contener asesoría preconcepcional y/o control prenatal a una temprana edad del embarazo.

- 8.2 Al Hospital Roosevelt
 - 8.2.1 Ya que de los principales factores asociados a síndrome post aborto son las enfermedades degenerativas, es en este aspecto donde se pueden implementar programas para el control de salud preconcepcional y/o salud reproductiva, además de identificar los embarazos de riesgo, para una correcta atención de la paciente y evitar casos de síndrome post aborto.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zabalza G, Schiro MV, Calá F. Aborto: cuestiones éticas y jurídicas que se plantean en la actualidad. Rev Cart Der. 2010 Abr; (18): 5.
2. Ricciarelli E, Balasch J. Fertilidad. Rev Abor Repet. 2008 Nov; 25 (6): 403 – 408.
3. Cabero L. Declaración de la Comisión de Bioética de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia sobre la interrupción legal del embarazo. Prog Obstet Gine. 2008 Oct; 52 (1): 67-68.
4. España. Boletín Oficial del Estado. 4 de Mar 2010, Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. España: El congreso, 2010.
5. Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española (23.aed.). Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>
6. Fescina R, Mucio B, Martínez G, Díaz R, Gómez R, Mainero L, et al. Sistema informático perinatal (SIP): historia clínica perinatal: formulario complementario para mujeres en situación de aborto: instrucciones de llenado y definición de términos. 2009 May CLAP/SMR 1564
7. Guatemala. Organismo Judicial de Guatemala. Código Penal Decreto 17-73; Centro Nacional de Análisis y documentación Judicial. Guatemala.
8. Isla A, Velasco A, Cruz J, Díaz A, Salas L. El aborto dentro del contexto social. Rev Cubana Med Gen Integr. 2010 Ene; 26 (1).
9. Mayo D. Algunos aspectos histórico-sociales del aborto. Rev Cubana Obstet Ginecol.2002 May; 28 (2).
10. Da Costa M. El problema del aborto y el infanticidio en los filósofos griegos. Rev latinoam bioet. 2011 Jul; 11 (1): 90-101.
11. Pérez G. La salud reproductiva y sexual en España. Rev Gac Sanit. 2009 May; 23 (3): 171-173
12. Rosales N. La percepción de las mujeres, estudiantes de la universidad autónoma metropolitana-unidad iztapalapa, acerca del aborto inducido: [tesis de Licenciatura] México: Universidad Autónoma Metropolitana, Facultad de Sociología; 2005.
13. Chiva L, Rodríguez E, Alonso S, Jaureguizar E, Lavín CG, Roldan CP, et al. ¡Enhorabuena, mamá!- Guía de ayuda a la mujer embarazada. Rev Calam [en línea] 2013 Jul. [citado 15 Feb 2016]; Disponible en: [http://d6.hazteoir.org/files/Enhorabuena%20mam%C3%A1%20v3.1%20\(1\).pdf](http://d6.hazteoir.org/files/Enhorabuena%20mam%C3%A1%20v3.1%20(1).pdf).
14. Berenice M. Abortos vs. métodos de prevención de natalidad. [tesis de Licenciatura] España: Universidad de Cantabria, Facultad de Enfermería; 2010.
15. Izzedin R. Aborto espontáneo. Rev Liber. 2012 Ene;18 (1) :53- 57.

16. Menéndez F. El manejo del aborto espontáneo y de sus complicaciones. *Gac Méd de Méx.* 2003;139 (1) : 547-553.
17. González-Varas A. Aspectos ético-jurídicos de la regulación del aborto en España: estudio realizado a partir de la ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. *Rev Gen Der Can Der Ecles.* 2010; 23: 3.
18. Zapata P. Bases biológicas del desarrollo del embrión humano. *Cas Grand Per.* 2010 May.
19. Padilla O, Achi P. Incidencia del aborto y sus complicaciones en pacientes atendidas en el hospital provincial general docente de la ciudad de Riobamba en el periodo de enero a diciembre del 2008. [tesis de Maestría]. Ecuador: Universidad Autonoma de Ecuador, Facultad de Ginecología; 2013.
20. García M. Prevalencia de los factores de riesgo del aborto reiterado en la adolescencia. *Rev Cub Obst Ginecol.* 2015 Ene; 41 (1).
21. Ruipérez E. Tratamiento médico del aborto espontáneo del primer trimestre. *Journ Ginecol.* 2015 Jul; 42 (3): 112 – 117.
22. Worrell, M. (2019). Aborto, ley y derechos humanos en Guatemala.. [online] Women on Waves. Available at: <https://www.womenonwaves.org/es/page/6580/background-and-legal-information--guatemala> [Accessed 19 Aug. 2019]. Germán-Lete I, Martínez M. La salud reproductiva: datos y reflexiones. *Gac Sanit.* 2004; 18(4) :170-174.
23. Vaggione J. El aborto: las nuevas fronteras. *Rev Conci Latino.* 2009 Agos: 19 (3): 1-9.
24. González M. El comienzo y el final de la vida: fundamentos religiosos para la objeción de conciencia. *Rev Conci Latino* 2009 Ene: 15 (1):1-28.
25. García R. La moralidad del aborto: ampliando la discusión. *Act Bioet.* 2013 Jun; 19(1): 105-112.
26. Zurriarain R. Comentarios al proyecto de ley orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. *Pers Bioet.* 2009 Jul; 13 (2).
27. Torres J. La transformación de la ética médica. *San Mili.* 2011 Nov; 67 (2): 131-134.
28. Valenzuela C. Aborto terapéutico y ética científica. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2011; 76(5): 285 – 289.
29. Fernández D. Protección jurídica del embrión humano. *Revista Etbio* 2011 Mar; 1 (1).
30. Cebriá M. La objeción de conciencia al aborto: Su encaje constitucional. *An Fac Der.* 2003 Feb; (21) :99-121.

31. España. Congreso Internacional "Bioética en Europa y Derechos de la Persona. Universidad Pontificia de Salamanca. La ley del aborto en España: reflexiones científicas, éticas y jurídicas. (Madrid, 6 marzo 2010).
32. Jurado A, Tijeras M. Planificación-anticoncepción. *Infec Trans Sex*. 2009 Oct; 8 (1).
33. Rankin A. Post abortion syndrome. *Heal Matr* 1989; 7 (2): 45-47.
34. Turton P, Hughes P, Evans CD, Fainman D. Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *Journ Psych* 2001;178: 556-560.
35. APA. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 2002.
36. Bagarozzi DA. Identification, assessment and treatment of women suffering from post traumatic stress after abortion. *J Fam Psychoter* 1994;5:25-54.

X. ANEXOS

ANEXO No. 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Pacientes con diagnóstico de aborto que fueron ingresadas al Hospital Roosevelt, Guatemala, Enero a octubre de 2016.

Sección 1 (perfil epidemiológico):

Instrucciones: Responda lo que a continuación se le solicita:

| | |
|------------------------|-------------|
| Edad | _____ años |
| Estado civil | Soltera |
| | Casada |
| | Unida |
| | Divorciada |
| Etnia | Indígena |
| | No indígena |
| Procedencia geográfica | Rural |
| | Urbana |
| Situación laboral | Empleada |
| | Desempleada |

Sección 2 (Comorbilidades):

| | | |
|-------------------------------|----|----|
| Hipertensión | Si | No |
| Diabetes mellitus | Si | No |
| Hipotiroidismo | Si | No |
| Hipertiroidismo | Si | No |
| Anticuerpos anti fosfolípidos | Si | No |
| LES | Si | No |
| ERC | Si | No |
| Cáncer de mama | Si | No |

Sección 3 (Antecedentes Gineco-Obstetricos):

| | | |
|---------------------------|---------------|----|
| Edad Gestacional | _____ Semanas | |
| Conocimiento del embarazo | Si | No |
| Asesoría preconcepcional | Si | No |
| Control prenatal | Si | No |
| Tipo de aborto | Completo | |
| | Incompleto | |
| | Retenido | |
| | En curso | |
| | Séptico | |
| Procedimiento | Si | No |
| Tipo de procedimiento | LIU | |
| | AMEU | |
| | Ninguno | |

Sección 4 (Síndrome Post Aborto)

| | |
|----|--|
| 1. | ¿A sentido depresión, tristeza, pena, pesar, llanto frecuente, ansiedad, angustia, rabia? |
| 2. | ¿A tenido sentimientos de culpa (de vergüenza, de pérdida de autoestima y de autorechazo) e incapacidad para perdonarse por el aborto (a veces con pensamientos de suicidio); deseos de «expiación» (de borrar la culpa, de purificarse de ella) y necesidad de reparar (de desagraviar, de satisfacer al ofendido), de remediar el daño o perjuicio cometido (a veces mediante un embarazo expiatorio de «de reparación») |
| 3. | ¿ A tenido pesadillas recurrentes sobre niños perdidos, despedazados, mutilados o muertos; pensamientos recurrentes e intrusivos o flashbacks 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. | ¿A tenido rechazo de estímulos o situaciones 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. | ¿A tenido alteraciones conductuales 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. |
| 6. | ¿Los síntomas han tenido su inicio después del aborto? a. Si b. No |

Autor: Dr. Jorge Luis Cruz Turcios
 Muchas gracias por su participación

ANEXO No. 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Pacientes con diagnóstico de aborto que fueron ingresadas al Hospital Roosevelt,
Guatemala
Enero a diciembre de 2016.

Respetable señora:

Por medio del presente documento le solicito su participación voluntaria en la realización por escrito de una encuesta titulada: Síndrome post aborto y su relación con el estado de salud prenatal, que se ha redactado como parte de un ejercicio académico e investigativo, que tiene como objetivo determinar cómo los factores de riesgo y/o comorbilidades, pueden tener afectación en el estado emocional de las pacientes al tener un aborto en pacientes femeninas que son ingresadas al hospital Roosevelt. La fecha de aplicación de la prueba _____ de manera individual.

La información obtenida a partir de sus respuestas en la encuesta tendrá un carácter eminentemente confidencial, de tal manera que su nombre no se hará público por ningún medio. Igualmente, usted podrá tener conocimiento de la interpretación de sus resultados obtenidos en la prueba.

En consideración de lo anterior, agradezco su participación voluntaria en la realización de esta prueba (Si desea participar, por favor marque sus datos personales en la parte inferior de la hoja y firme en el espacio designado).

Yo: _____ identificada con el documento de identificación número _____, expreso voluntaria y conscientemente mi deseo de participar en la realización de la encuesta.

(Firma)

PERMISOS DEL AUTOR

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada **PREVALENCIA DEL SÍNDROME POST ABORTO**, para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.