

Reflexiones y comentarios sobre los testimonios de mujeres que fueron atendidas por un aborto terapéutico



Sociedad Peruana de
Obstetricia y Ginecología

**Proyecto FIGO “Advocacy por el
aborto terapéutico en el Perú”**



Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Reflexiones y comentarios sobre los testimonios de mujeres que fueron atendidas por un aborto terapéutico

REFLEXIONES Y COMENTARIOS SOBRE LOS TESTIMONIOS DE MUJERES QUE FUERON ATENDIDAS POR UN ABORTO TERAPÉUTICO

EDITORIAL/EDITOR

SOCIEDAD PERUANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Dr. Antonio Ciudad Reynaud

Dr. Enrique Guevara Ríos

Dr. Miguel Gutiérrez Ramos

Dr. Félix Ayala Peralta

Dra. Marta Rondón Rondón

Abog. Manuel Vilcarromero López

Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

© Copyright 2022

Av. Rivera Navarrete N°391-395. Lince

Teléfonos: (511)5054413 / 5012743

e-mail: spogperu@gmail.co

<http://www.spog.org.pe/web/>

1ª Edición – Marzo 2022

DIRECTORIO INSTITUCIONAL

Consejo Directivo 2021 – 2022

Dr. ANTONIO CIUDAD REYNAUD

Presidente

Dr. ITHER O. SANDOVAL DIAZ

Vicepresidente

Dr. ENRIQUE GUEVARA RIOS

Secretario General

Dr. JOSÉ ANTONIO LÉVANO CASTRO

Secretario de Acción Científica

DR. OSCAR GALDÓS KAJATT

Tesorero

Dra. CARMEN MERE HERNANDEZ

Secretaria de Actas

Dr. LUIS A. MEZA SANTIBAÑEZ

Secretario de Filiales

DRA. LORENA CAMPODÓNICO OLCESE

Vocal 1

DRA. CLAUDIA NAMIZATO IKEMIYASHIRO

Vocal 2

DR. JUAN PEDRO MATZUMURA KASANO

Past Presidente

INDICE

INTRODUCCION	6
REFLEXIONES Y COMENTARIOS SOBRE LOS TESTIMONIOS DE MUJERES QUE FUERON ATENDIDAS POR UN ABORTO TERAPÉUTICO	
CASO 1	7
CASO 2	15
CASO 3	19
BIBLIOGRAFIA	23

INTRODUCCION

La Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG) conjuntamente con la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) ha implementado el Proyecto “Advocacy en Aborto Terapéutico en el Perú” desde el 1 de abril del 2019 hasta el 31 de marzo de 2022.

El objetivo del proyecto es lograr un cambio en la actitud del personal de salud, tanto médico como no médicos, y la población, especialmente la población femenina en torno al aborto terapéutico.

El aborto terapéutico esta despenalizado en el Perú desde 1924 y está normado para brindar atención en todo el sistema de salud desde el 2014 según norma técnica del Ministerio de Salud. Sin embargo, pese a estar despenalizado y estar normado, el número de casos de atención del aborto terapéutico es muy bajo a nivel del sistema de salud, excepto en el caso del Instituto Nacional Materno Perinatal, quien ha atendido a más de 400 mujeres en las que estaba en riesgo su vida o su salud, entre los años 2009 al 2021.

En el marco de este proyecto se ha considerado importante, conocer cuál es la opinión de las mujeres que han pasado por una atención del aborto terapéutico. En esta oportunidad se presentan los testimonios de tres mujeres que fueron atendidas por un aborto terapéutico en el Instituto Nacional Materno Perinatal, debido a que estaba en riesgo su salud mental por presentar un embarazo con un feto con malformaciones congénitas incompatibles con la vida, es decir que no tenían posibilidad de vida extrauterina.

Estos testimonios nos permiten reflexionar sobre la calidad de atención que se viene brindando en el principal centro de atención de la mujer, gestante y recién nacido de alto riesgo, para que se puedan tomar decisiones de cómo se puede mejorar la atención que se vienen brindando hasta la actualidad.

Reconocemos que son pocos los casos en que se ha logrado entrevistar a las mujeres, debido a las dificultades y barreras que ha ocasionado la pandemia por COVID-19 durante el 2020 y el 2021. Sin embargo, estamos convencidos de que estos testimonios se deben tomar como lecciones aprendidas para contribuir a mejorar la calidad de atención en los hospitales del país cuando una mujer solicite la atención del aborto terapéutico.

La Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología agradece a las mujeres que han brindado sus testimonios y que beneficiará a muchas mujeres peruanas.

Los Editores

Reflexiones y comentarios sobre los testimonios de mujeres que fueron atendidas por un aborto terapéutico

Caso 1

EPPA, mujer de 37 años, con antecedentes de tener dos hijos, uno nacido hace 13 años y el otro hace 9 años. Ella completo sus estudios de secundaria y en la actualidad está trabajando en forma independiente. En el 2017, ella narra:

“... viaje a Cañete como todos los años, no sabía que estaba gestando, cuando estaba en el campo me pica un mosquito y toda mi barriga se puso roja y como si tuviera sarampión, no tome nada porque no me gusta tomar pastillas. Cuando regresé a Lima, soñé que estaba gestando y por esa razón me hice la prueba de gestación el 13 de mayo de 2017 y me dio positivo...”

En el Perú cada vez es más frecuente que las mujeres quieran saber más tempranamente si están gestando frente a un retraso en la menstruación. Esta es una buena oportunidad para que las mujeres puedan iniciar una atención prenatal oportuna que permita hacer el diagnóstico de los riesgos probables que pueda tener el embarazo en una mujer.

La Fundación de Medicina Fetal de Londres, recomienda un mayor número de atenciones prenatales al inicio del embarazo y no al final. Esto se ha denominado la inversión de la pirámide de la atención prenatal. Desde el punto de vista científico, se ha demostrado que este cambio permite detectar y muchas veces prevenir riesgos maternos y perinatales, y por lo tanto disminuir los casos con morbilidad materna grave y las muertes maternas¹.

“... me tomaron una ecografía y me dieron la noticia que mi bebé tenía labio leporino, ojos saltones y malformaciones, en total siete malformaciones graves, la cadera también estaba mal, solo tenía bueno el corazón y los riñones...”

La ecografía obstétrica ha tenido grandes avances en los últimos años y en la actualidad, se pueden diagnosticar muchas patologías que se podrían presentar durante el embarazo, y muchas patologías en el feto.

Las malformaciones congénitas fetales en general son muy frecuentes, lamentablemente en estos últimos años y con el avance de la ecografía, se hacen cada vez más frecuente el diagnóstico de malformaciones congénitas fetales graves o letales que son incompatibles con la vida.

En el Perú se han realizado estudios cuantitativos para conocer la incidencia de las malformaciones congénitas fetales. Velásquez y col. Encontraron un caso de trisomía 18 entre 11441 nacimientos en hospitales de Ucayali durante el año 2011². Donayre encontró 4 casos de anencefalia entre 2982 nacimientos en un hospital de Loreto en el año 2014³, y Mansilla reportó 25 casos de trisomía 18 y 11 de trisomía 13 ente 25086 nacimientos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (Lima) entre los años 2013 y 2015⁴.

Taype y col. reportaron una incidencia de anomalías fetales incompatibles con la vida de 0.89 en hospitales del Perú (2011-2015) y 7.19 en el Instituto Nacional Materno Perinatal (2012-2016)⁵.

La ecografía permite que “veamos” como avanza el feto y esto puede proporcionar satisfacción a la gestante y fortalece el vínculo con el feto. Pero a veces, lamentablemente, toca dar malas noticias como que el feto tiene una o varias malformaciones congénitas. En estos casos se produce una reacción inicial de duelo, lo cual se considera normal⁶.

Hay casos que no comprometen la vida del feto, como son el Síndrome de Down, o la presencia de un paladar hendido. Esto lleva a la gestante a una reacción ansiosa que es mayor en las 16 a 18 semanas del embarazo y que decrece en el tercer trimestre⁷.

Un diagnóstico claro realizado por el médico, previene la incertidumbre. Hacer lo contrario contribuye a las reacciones de distrés, incrementándolas, con gran sufrimiento para la gestante, se produce una herida profunda narcisista y una pérdida de la auto confianza.

“...el doctor me dijo que me había picado la chikungunya que por esa época había epidemia y que no había probabilidad de vida de mi bebé, su estado no era compatible con la vida, llore mucho (ella llora durante la entrevista), que mi vida corría peligro con el estado de mi bebé...”

La reacción de la mujer frente al diagnóstico ecográfico de malformación congénita fetal, incrementa el estado de hiperalerta, intrusiones y evitación, lo que constituye el Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT); pero también se incrementa la ansiedad. Por lo que se requiere un manejo adecuado que limite la exposición al estrés⁷.

La reacción frente al descubrimiento de una anomalía es compleja: la primera etapa puede ser de negación y shock, mientras se absorbe la noticia y sus implicancias. Luego sobreviene una etapa de ansiedad, y la mujer y su pareja deciden la conducta a seguir: a quién comunicar y cuándo, cómo enfrentar a los

otros hijos o hijas. En esta etapa muchas mujeres rompen su vínculo con el feto, mientras otras refuerzan su relación emocional. Se ha documentado que las mujeres con fetopatía se centran más en el futuro incierto y menos en sí mismas o en su vínculo con el feto. Muchas mujeres se refugian en la desvalorización de la confiabilidad de la ecografía⁸.

“...cuando tuve tres meses no sentía la mitad de mi cuerpo, lo tenía adormecido, mi hija no quería acercarse a mí, me decía que la bebé era fea, que venía fea...”

los avances tecnológicos en la ecografía, tienen un “costo psicológico”, como son la causa de estrés al producir ansiedad con respecto al resultado de la gestación, incertidumbre sobre el futuro y, en algunos casos, reacciones de duelo anticipado, complicado por factores relativos a la edad, la personalidad o los antecedentes psiquiátricos previos. Las mujeres que se enteran que son portadoras de un feto con anomalías tienen un sentimiento de ser “defectuosas”, lo que representa una seria amenaza para su autoestima⁹.

Tanto las mujeres como sus parejas pueden mostrar ira y hostilidad hacia el personal, la familia o la propia pareja. Uno o ambos miembros de la pareja pueden caer en depresión a medida que se encaminan hacia una etapa final de aceptación y equilibrio emocional¹⁰.

“... a los cuatro meses mi barriga parecía de siete u ocho meses, me dijeron que tenía oligohidramnios. Gestaba igual que mi cuñada, teníamos el mismo tiempo de gestación, a ella todo le salió bien, cada vez que veo a mi sobrina es muy difícil para mí, recuerdo que yo no tuve la misma suerte...”

La reacción frente al descubrimiento de una anomalía es compleja: la primera etapa puede ser de negación y shock, mientras se absorbe la noticia y sus implicancias. Luego sobreviene una etapa de ansiedad, y la mujer y su pareja deciden la conducta a seguir: a quién comunicar y cuándo, cómo enfrentar a los otros hijos o hijas. En esta etapa muchas mujeres rompen su vínculo con el feto, mientras otras refuerzan su relación emocional. Se ha documentado que las mujeres con fetopatía se centran más en el futuro incierto y menos en sí mismas o en su vínculo con el feto. Muchas mujeres se refugian en la desvalorización de la confiabilidad de la ecografía⁸.

Se recomienda que en estos casos donde la gestante enfrenta un embarazo con un feto con malformaciones congénitas incompatibles con la vida se realice un diagnóstico precoz en lo posible, informando a la gestante con claridad y permitir una discusión breve del pronóstico. Es imprescindible evitar las evaluaciones e intervenciones innecesarias para no incrementar la ambigüedad. También es importante considerar la historia previa de la mujer. Finalmente se debe discutir claramente la posibilidad de acceder a un aborto por indicación terapéutica.

“... llegué a la Maternidad de Lima por recomendación de mi doctor. Conversamos con mi esposo y decidimos hacer el aborto terapéutico, hice todo el papeleo, las consultas y me interné...”

El Instituto Nacional Materno Perinatal tiene desde le 2009 una Guía de Atención del Aborto Terapéutico, que está incluida dentro de las Guías y Procedimientos Clínicos de Obstetricia y Perinatología del 2018 aprobada con una Resolución Directoral. La Guía también ha sido actualizada en el 2020 y aprobada con Resolución Directoral¹¹.

Si bien es cierto en la guía de atención de aborto terapéutico no señala la indicación de malformación congénita fetal incompatible con la vida, la misma guía señala en la indicación número once: ...” Cualquier otra patología materna que ponga en riesgo la **vida** de la gestante o genere en su **salud** un mal grave y permanente, debidamente fundamentada por la Junta Médica”. Las malformaciones congénitas fetales incompatibles con la vida, genera en la salud mental de la mujer un mal grave que podría acompañarla a través de toda su vida, e impedirle tener una vida digna. Por esta razón la Junta Médica tiene todo el sustento científico para aceptar una solicitud de aborto terapéutico frente al mal grave y permanente en la salud mental de la mujer que tiene un embarazo con una malformación congénita fetal incompatible con la vida.

Por esta razón en la última actualización de la guía del INMP se ha tenido en consideración al daño de la salud mental lo siguiente:

Otras patologías que pongan en riesgo la vida o la salud física y/o mental de la gestante debidamente fundamentada por la junta médica como:

- Mujeres en diálisis.
- Antecedente de psicosis puerperal que no respondió al tratamiento, por el riesgo de homicidio o suicidio.
- Daño en la salud mental por presentar estrés post traumático, ansiedad, depresión severa e intento de suicidio ocasionado por tener un feto con malformaciones congénitas incompatibles con la vida,^{12,13,14,15,16}
- Daño en la salud mental por presentar estrés post traumático, ansiedad, depresión severa e intento de suicidio ocasionado por haber sido víctima de violencia sexual^{12, 13, 14,15,16}

“... siempre le hablamos a mi bebé, con mi esposo le dijimos que era muy anhelada, deseada, querida, que no queríamos hacerle daño, pero Dios había decidido llevársela...”

La influencia que tiene la religión en las personas provoca reacciones contradictorias en las personas. Esto probablemente tenga que ver con la punibilidad del aborto durante la historia de la humanidad desde la plena libertad de la mujer para abortar, hasta las concepciones cristianas que prohíben el aborto.

La práctica del aborto era ya conocida muchos siglos antes de nuestra era. En los pueblos primitivos, de patriarcado absoluto, el **jefe de la familia** podía vender e incluso matar a sus hijos, aún antes de nacer.

En esas circunstancias, **el aborto no tenía carácter punible**. Se pensaba que el feto pertenecía al cuerpo femenino, a sus entrañas; y dado que la mujer tenía un estado de minoridad, el padre o el jefe de la familia ejercía absolutos derechos sobre el fruto de la concepción¹⁷.

En general, las antiguas legislaciones no castigaron al aborto. En Grecia Antigua, donde **se consideraba que el feto no tenía alma**, Platón manifestó en su obra *La República*, que el aborto debería prescribirse en caso de incesto o cuando los padres fueran personas de edad; en tanto Aristóteles y otros filósofos, lo recomendaban como fórmula para limitar las dimensiones de la familia.

Aquí se consideraba al **feto como parte de la madre**, y era ella quien podía disponer al arbitrio de su cuerpo¹⁷. Según la concepción católica, el alma es la que brinda a un ente u organismo la categoría de ser humano. Esto es lo que se denomina, la **concepción hilomórfica** de la naturaleza humana. Su principal defensor fue Santo Tomás de Aquino

Esta concepción hilomórfica fue adoptada por el Concilio de Oxena en 1312, de modo que hasta ese entonces, **la iglesia no consideraba al aborto como un asesinato**, mientras tanto el alma no animara al cuerpo¹⁷.

Recordar que según el cristianismo las relaciones sexuales solo deben servir para la reproducción humana. Llama la atención que en la Biblia no aparece una condena al aborto. Lo más cercano está en Éxodo 21:22: "Si unos hombres en el curso de una pelea dan un golpe a una mujer embarazada provocándole un aborto, sin que muera la mujer, serán multados conforme a lo que imponga el marido ante los jueces".⁵ El problema aquí está relacionado con el derecho del padre a tener descendencia y no con la muerte del feto¹⁸.

En 1588 el Papa Sixto V proclama en una de sus decisiones (*Bula Effraenautum*), que todos los abortos son crímenes que se castigarían con la excomunión. Esta *Bula* no tuvo mucha repercusión, pero en Francia se endureció de nuevo el régimen en relación con esta práctica, y *Enrique II* promulgó una ordenanza donde revivía la pena capital para la mujer que abortara voluntariamente¹⁹.

Luego en 1930, *Pío XI* dijo que la vida de la mujer y del feto eran igualmente sagradas, que nadie tenía el poder ni la autoridad para destruirlas. *Pío XII* refrendó esta argumentación dándole normas a la rigidez de la iglesia frente a este asunto del niño por nacer. *Pablo VI* en 1968, confirmó la misma concepción, y *Juan XXIII* recordó que la vida humana es sagrada desde su origen.

En la actualidad, la iglesia católica se rige por la carta encíclica de Juan Pablo II, *Evangelium Vitae*, sobre el valor y el carácter inviolable de la vida humana, en la que condena el aborto y la anticoncepción.^{3,6} En todo el mundo, además de la iglesia católica, existe una tendencia religiosa principal que comparte una doctrina negativa respecto al aborto: el ala fundamentalista del protestantismo

evangélico. Esta tendencia, aunque surge en los Estados Unidos de Norteamérica (EUA), se ha extendido a varios países que suelen adoptar doctrinas extremistas en muchas cuestiones, tanto prácticas como políticas²⁰.

“... mi esposo pensaba que Dios nos castigaría, pero le hablamos mucho a nuestra bebé y nos despedimos de ella...”

El estigma es un atributo significativamente desacreditador que a los ojos de la sociedad sirve para reducir – señalar a la persona-grupo que lo posee²¹.

El estigma tiene su origen social en tiempos remotos, y por ello su superación es lenta e **influye en todos los sectores sociales**: familiares, vecindario, trabajo, medios de comunicación y también en la administración y en los ámbitos sanitarios y de salud mental²².

La situación considerada como vergonzante o infamante tiende a ser ocultada por la persona que la padece, para tratar de evitar el rechazo social que genera, **el "encubrimiento"**²³.

Las mujeres que abortan rompen las expectativas sociales dominantes de ser mujer, a partir de 3 elementos:

- a) la sexualidad femenina ligada a lo reproductivo;
- b) **la maternidad como destino**; y
- c) el instinto natural femenino de cuidado hacia los vulnerables.

Cualquier desvío que tenga una mujer de lo establecido, ocasiona como respuesta atribuir propiedades indeseables en esa mujer (pecadora, promiscua, sucia, egoísta, irresponsable, descorazonada, asesina), que se acentúan con las políticas que restringen y criminalizan el aborto.

El estigma es “un atributo que desacredita profundamente “a una persona y que **“reduce a un individuo de ser un sujeto completo a ser un sujeto manchado”**

Se le marca con una imputación infame, para la sociedad, relacionado al aborto, acto contrario a la maternidad que es impuesto por la sociedad a las mujeres, y **de paso involucra a los profesionales de salud que lo facilitan.**

La atención del aborto es considerado un trabajo sucio. Es un actividad que a pesar de que es necesaria, involucra elementos “degradantes” y que “ensucian” a quien lo realiza. Se asocian con **“suciedad física”** porque entran en contacto con partes fetales, y en este caso por una situación provocada. Considerando una **“suciedad social”** porque se trasgreden los ideales y el “deber ser” femenino-maternidad, hijos. **“Suciedad moral”** se considera un asesinato o al feto como un sujeto de derechos²⁴.

“...cuando nació solo la mire de atrás, recuerdo que la obstetra que me atendió, me ayudó mucho y me calmo, me dijo que yo vivía de milagro que casi me voy con mi hijo por la cantidad de líquido que tenía...”

En un estudio de 360 mujeres sometidas a aborto terapéutico, comparando síntomas psiquiátricos, ajuste marital y sentimientos de culpa antes y después del aborto, se encontró: disminución de síntomas, resolución de sentimiento de culpa y buen ajuste marital²⁵.

“... hablé con la psicóloga, y ella me ayudó mucho, llegué a tener problemas con mi esposo, le echaba la culpa...”

En el Instituto Nacional Materno Perinatal se estudiaron 12 mujeres a dos años de presentar un aborto terapéutico. Todos los casos presentaron una malformación congénita fetal incompatible con la vida. Todas las mujeres tenían alteración en su salud mental de acuerdo a la evaluación psiquiátrica. Posterior al aborto terapéutico, 5 mujeres presentaron un grado de bienestar psicológico elevado y 7 un nivel alto. En los dominios evaluados de bienestar psicológico los puntajes más altos fueron en propósito en la vida, seguido de auto aceptación y crecimiento personal. Mientras que, los dominios con una puntuación media fueron relaciones positivas, autonomía y dominio del entorno. Estos hallazgos sugieren que las mujeres con una gestación con un feto con malformaciones congénitas incompatibles con la vida presentaban una alteración en su salud mental. En estas condiciones, las mujeres presentaron una interrupción terapéutica de su embarazo; y posteriormente a dos años presentaron un bienestar psicológico adecuado²⁶.

“...fue muy doloroso después del procedimiento, me pusieron en un cuarto con otras mamás que tenían a sus bebés...”

Es importante tomar en cuenta esta declaración, ya que no contribuye a disminuir la alteración de la salud mental de la mujer. Será necesario hacer los ajustes necesarios, de tal manera que los casos de mujeres atendidas de aborto terapéutico por daño en su salud mental debido a una malformación congénita incompatible con la vida, debe estar hospitalizadas en ambientes con una mayor privacidad y mayor confort, y con un personal de salud que le permita a la mujer, luego del procedimiento de aborto terapéutico, tener una buena evolución inmediatamente después del procedimiento. Este inicio temprano del manejo de la salud mental debe contribuir a disminuir los estresores que alteraron la salud mental de la mujer.

“... no salgo embarazada hasta hoy...”

Las mujeres que cursaron con un embarazo con un feto con malformaciones congénitas incompatible con la vida, pueden, tener sentimientos de culpa relacionados con su incapacidad de crear una niña o niño sano y normal. La vida sexual se puede afectar por el estado de ansiedad o por la idea de que el sexo –en sí mismo placentero– puede dar lugar a una tragedia²⁷.

“... creo debería haber más apoyo emocional, citas con el psicólogo y también citas con el psicólogo para la pareja ...”

Al igual como se comentará anteriormente, el INMP debe tomar en cuenta esta recomendación para brindar un mejor apoyo emocional antes, durante y después del procedimiento de aborto terapéutico. Un manejo integral de esta pacientes requiere mucho mayor apoyo emocional debido a la gran repercusión en su salud mental. Además como muy bien lo señala esta paciente, se requiere de un gran apoyo emocional de parte de la familia, de la pareja o de quien designe la paciente. El soporte de la psicoterapia de apoyo debe mejorar la calidad de vida futura de la mujer y su entorno familiar. Por lo tanto se tomarán la medidas necesarias para un trabajo muy interactivo entre la Dirección Ejecutiva de Obstetricia y Ginecología y la Dirección Ejecutiva de Especialidades Médicas.

Caso 2

EAPC: paciente de 25 años, casada, 2 hijos de 9 años y 1 año 10 meses.

“... me atendía en Solidaridad de Ate me derivaron a la Maternidad ya tenía 3 o 4 meses algo no estaba bien, mi BB no podía orinar, era mujer no la podían operar, su estado era incompatible con la vida...”

Pese a tener muchas mujeres el diagnóstico de una gestación con un feto con malformaciones congénitas incompatibles con la vida, no se les informa que podrían tener acceso a un aborto terapéutico por grave daño en su salud mental y que le podría dejar secuelas para toda la vida. La Guía Técnica Nacional para la Estandarización del Procedimiento de la Atención Integral de la Gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del código penal, aprobada por Resolución Ministerial N° 486-2014/MINSA, del 27 de junio del 2014, es de aplicación a nivel nacional para todos los establecimientos de salud a partir del segundo nivel de atención del sistema de salud nacional²⁸.

La interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor de veintidós (22) semanas, es una alternativa que se considera cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su **salud** un mal grave o permanente. Esta situación y dicha alternativa deben ser puestas en conocimiento de la gestante afectada para que, de manera voluntaria e informada, pueda decidir si desea optar o no por la referida alternativa.

Sobre la base de lo consensuado por sociedades médicas del Perú y la norma del Ministerio de Salud se consideran las siguientes entidades clínicas de la gestante, en las que se amerita evaluar la interrupción terapéutica del embarazo:

1. Embarazo ectópico tubárico, ovárico, cervical.
2. Mola hidatiforme parcial con hemorragia de riesgo materno.
3. Hiperemesis gravídica refractaria al tratamiento con deterioro grave hepático y/o renal.
4. Neoplasia maligna que requiera tratamiento quirúrgico, radioterapia y/o quimioterapia.
5. Insuficiencia cardíaca congestiva clase funcional III-IV por cardiopatía congénita o adquirida (valvulares y no valvulares) con hipertensión arterial y cardiopatía isquémica refractaria a tratamiento.
6. Hipertensión arterial crónica severa y evidencia de daño de órgano blanco.
7. Lesión neurológica severa que empeora con el embarazo.
8. Lupus Eritematoso Sistémico con daño renal severo refractario a tratamiento.
9. Diabetes Mellitus avanzada con daño de órgano blanco.

10. Insuficiencia respiratoria severa demostrada por la existencia de una presión parcial de oxígeno < 50 mm de Hg y saturación de oxígeno en sangre < 85% y con patología grave.
11. Cualquier otra patología materna que ponga en riesgo la vida de la gestante o genere en su salud un mal grave y permanente, debidamente fundamentada por la Junta Médica.

Es en esta última indicación, en que se señala explícitamente que cualquier otra patología materna que genere en su salud un mal grave y permanente debidamente fundamentada por la Junta Médica, entendiéndose que la salud, por definición de la OMS, no solo es la ausencia de una enfermedad sino del bienestar físico, mental y social de la persona, por lo tanto, en el caso de una gestante con una malformación congénita fetal incompatible con la vida, esta puede generar en la mujer un mal grave y permanente en la salud mental, como lo demuestran las evidencias científicas anteriormente descritas; por lo tanto, ella puede tener acceso a la interrupción voluntaria del embarazo hasta las 22 semanas.

Por esta razón, como ya se mencionó anteriormente, en el Instituto Nacional Materno Perinatal con el apoyo de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, se actualizó la Guía de de práctica clínica y de procedimientos del para la atención del aborto terapéutico del instituto, la cual fue aprobada por Resolución Directoral N°230-2020-DG-INMP/MINSA del 23 de noviembre del 2020, y en la cual se ha agregado en la última indicación lo señalado anteriormente como son el daño el daño en la salud mental por presentar estrés post traumático, ansiedad, depresión severa e intento de suicidio ocasionado por tener un feto con **malformaciones congénitas incompatibles con la vida**, y daño en la salud mental por presentar estrés post traumático, ansiedad, depresión severa e intento de suicidio ocasionado por haber sido **víctima de violencia sexual**¹¹.

De tal manera que aquellas mujeres que tuvieran estrés post traumático, ansiedad, depresión severa e intento de suicidio ocasionado por tener un feto con malformaciones congénitas incompatibles con la vida, es decir daño en su salud mental, pueden acceder al aborto terapéutico, tal como lo señala la norma nacional y el artículo 119 del Código Penal.

En el Perú hay antecedentes de casos de gestantes con malformaciones congénitas incompatibles con la vida que no fueron atendidos como aborto terapéutico pese a estar en riesgo la salud mental de la mujer.

En el 2001 a KL, una adolescente de 17 años, le negaron el acceso al aborto terapéutico a pesar de tener el diagnóstico de feto anencefálico debido a **que “no había riesgos en la salud de la gestante”**. El feto anencefálico tiene una malformación grave que que consiste en que el feto no tiene el encéfalo, que está formado por el cerebro, tallo y cerebelo y no tiene cráneo. Por lo tanto es una malformación letal o incompatible con la vida. Fallecerá al poco tiempo del nacimiento.

Su caso llegó al **Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas** (CDH), cuyo fallo el 24 de octubre de 2005 determinó que KL había sido sometida a **tratos crueles, inhumanos y degradantes** y obligaba al Estado peruano a

proporcionarle una indemnización, así como a adoptar medidas para evitar que no se cometan violaciones semejantes en el futuro, lo cual implicaba la aprobación de una **guía clínica o protocolo nacional para la aplicación del aborto terapéutico**.

“... ya tenía como 4 meses y medio cuando me interne para el aborto, me atendió una doctora parece que no le interesaba, no me ayudo, no me puso nada para el dolor, me quise salir del hospital, mi esposo se quejó entonces me ayudaron...”

Este tipo de actitud del personal de salud es considerado como una violencia obstétrica.

La definición de violencia obstétrica en el Perú ha sido desarrollada únicamente en el Decreto Supremo N° 008-2016-MIMP, que aprueba el “Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016 – 2021” de la siguiente manera: “Comprende todos los actos de violencia por parte del personal de salud con relación a los procesos reproductivos y que se expresa en un trato deshumanizador, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, que impacta negativamente en la calidad de vida de las mujeres”²⁹.

La violencia obstétrica se produce cuando existe un acto de violencia, o cuando este acto es producido por personal de salud, o cuando el acto se desarrolla en relación a los procesos reproductivos o cuando el acto impacta negativamente en la calidad de vida de las mujeres. La violencia obstétrica se expresaría en un trato deshumanizador, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales. Como se ve en el presente caso la atención del personal impactó negativamente en la mujer, a tal punto que ella quiso salir del hospital.

“... al salir del hospital estuve mal, le tenía colera a mi esposo y a mi hijo, tuve tratamiento Psiquiátrico, por dos meses me dieron medicación, escuchaba voces. Tuve otro hijo después, me pone mal recordar, no me vio la psicóloga cuando estuve internada...”

Según la Guía de práctica clínica y de procedimientos para la atención del aborto terapéutico, aprobada por RD N°230-2020-DG-INMP/MINSA del 23 de noviembre del 2020, está estipulado que la **orientación/consejería debe realizarse en tres momentos**: Por el Servicio de Psicología, por el Servicio de Hospitalización, antes, durante (Firma del Consentimiento Informado) y después de la intervención; y la Orientación/Consejería debe ser realizada por personal del Servicio de Psicología o Servicio de Psiquiatría.

De la misma manera está estipulado que en los **CUIDADOS POST- INTERVENCIÓN**, las mujeres deben recibir del médico tratante las instrucciones muy claras sobre los cuidados que son necesarios tener después del procedimiento y la fecha de la cita de control. De igual manera deben tener una Sesión de Orientación/Consejería post tratamiento antes del alta.

En el seguimiento está establecido que se debe realizar una consulta a la semana para asegurar la evolución normal de la paciente post intervención y reforzar el apoyo emocional y la consejería en salud sexual y reproductiva.

En este caso no se cumplió con estos procedimientos de atención de la salud mental de la paciente lo que ha conllevado al empeoramiento de su salud mental. Es importante que la Dirección Ejecutiva de Obstetricia y Ginecología, supervise y realice el seguimiento del cumplimiento de estas directrices, a través del Departamento de Obstetricia y Perinatología y de las Jefaturas de los Servicios de Obstetricia.

Caso 3

DKCW paciente de 49 años, con segundo compromiso, casada hace 6 años, un hijo de primer compromiso de 20 años, educación técnico completa, ocupación independiente.

“...me controle desde el mes y medio, era muy cumplida con mis controles todo estaba bien me decía el doctor. Pero a los 3 meses me solicito una ecografía genética, empecé a sospechar de una dificultad, el día del examen tenía miedo, al final me dieron los resultados el bebé tenía malformaciones. La doctora fue muy firme al decir no nace este bebé, no es compatible con la vida por sus malformaciones...”

El diagnóstico de malformación congénita fetal incompatible con la vida o malformación fetal, se ve cada vez con más frecuencia, a pesar que según el trabajo de Taype y colaboradores, la incidencia de esta patología es mucho más baja en el Perú que a nivel internacional. Sin embargo, en el Instituto Nacional Materno Perinatal, esta incidencia si es muy cercana a lo que sucede a nivel mundial⁶.

“...yo tuve dos abortos anteriores. La doctora me dijo que hay dos opciones: interrumpir el embarazo o que nazca. Yo ya tenía 3 meses. Conversamos con mi esposo y decidimos la interrupción, pero la doctora no nos recomendó a nadie nos dijo que era cristiana...”

En este caso se puede observar que la médica que brindó la atención de la paciente, hizo uso de la objeción de conciencia, lo cual tiene su sustento en la libertad de conciencia. Es una prerrogativa del profesional médico de oponerse a la realización de un procedimiento o intervención dispuesto legal o administrativamente, debido a que ello atenta contra sus convicciones filosóficas o religiosas. En este caso debido a su religión católica, privilegió sus principios religiosos sobre los derechos de la paciente. La objeción de conciencia no opera libremente. Debe respetar los principios bioéticos y los derechos de las personas. Cuando se le usa en forma inadecuada puede atentar contra los principios bioéticos, principalmente la autonomía y la no maleficencia; puede atentar contra la vida y la salud de las pacientes y puede conducir a problemas legales a los médicos y a las instituciones en donde laboran³⁰.

En esta situación la médica debió haber referido a otro colega sin objeción de conciencia para que continúe con la atención de la paciente. De lo contrario pudiera suceder como en un hospital del Ministerio de Salud, donde no se dio trámite a la solicitud para la interrupción terapéutica del embarazo y finalmente dicho hospital fue sancionado por SUSALUD.

“...me realice otros exámenes por tener esperanza, pero todos decían lo mismo, el tiempo pasaba y ya se veía la deformación de su rostro y cuerpo...”

La mujer que enfrenta un embarazo con un feto con malformación congénita incompatible con la vida, presenta una alteración de su salud mental. En un inicio con ansiedad, sentimiento de culpa, vergüenza, que va produciendo daño en su salud mental. La prolongación de esta situación altera mucho más su ya deteriorada salud mental. El saber que su hijo va a morir al momento de nacer, le causa mucho sufrimiento. Por esto es importante la asesoría médica y la alternativa para terminar prontamente esta situación que podría dejar con graves secuelas en su salud mental⁸.

“...hicimos los tramites, todo fue rápido y sin dificultad, se realizó el procedimiento...”

El Instituto Nacional Materno Perinatal tiene desde el 2009 la Guía para la atención del Aborto Terapéutico, que se ha actualizado en el 2017 y luego en el 2020, lo que ha permitido que la atención sea fluida al igual que los otros tipos de atenciones. Con la última actualización y con la experiencia ganada en la atención de estos casos, se le ha dado un enfoque de derechos sexuales y derechos reproductivos, respetando el código penal en su artículo 119 que despenaliza el aborto terapéutico, respetando la norma técnica del Ministerio de Salud del 2014, respetando los principios de la bioética, y entendiendo el concepto de salud como un concepto holístico dado por la Organización Mundial de la Salud desde 1948, como el completo bienestar físico, mental y social. A partir de este concepto, se ha incluido que existe un daño en la salud mental cuando la mujer tiene un embarazo con un feto con malformaciones congénitas incompatibles con la vida y cuando tiene un embarazo producto de una violación sexual. Estas indicaciones están contempladas en la última actualización de la Guía del Instituto Nacional Materno Perinatal de noviembre de 2020¹¹.

“... pero estando hospitalizada me pareció una crueldad, falta de consideración ponerme en un ambiente con madres gestantes y otras con sus hijos...”

Este hecho es muy importante a tener en cuenta. Describe el sufrimiento de la mujer cuando no se toma en cuenta la situación muy especial en que está viviendo. El Departamento de Obstetricia y Perinatología del INMP debe tener muy en cuenta esta descripción para implementar ambientes especiales a para las mujeres que son atendidas por aborto terapéutico. Existe la posibilidad como en otros países como Uruguay donde la existencia de Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva dentro de los hospitales, permiten una atención con mayor confidencialidad y privacidad para las mujeres que tomaron la decisión de la interrupción voluntaria y terapéutica de su embarazo³¹.

“...cuando estuve internada conversé con la Psicóloga, estuve muy a la defensiva un poco agresiva con ella, me pregunto cómo me sentía y le dije voy a matar a mi hija, al final ella tuvo mucha paciencia y me descargue con ella, pienso que hubiera sido necesaria conversar con ella antes de internarme y también creo que después del alta...”

El soporte psicológico que demandan las mujeres se ve reflejada en este testimonio. Es imprescindible tomar en cuenta lo referido por la paciente, para que todas las mujeres atendidas por un aborto terapéutico puedan tener un apoyo psicoterapeuta que les permite enfrentar el futuro, y de esta manera evitar un daño permanente en la salud de la mujer. Esta situación comprueba una vez más la importancia de la salud mental en una mujer que toma la decisión de interrumpir su embarazo voluntariamente cuando tiene un feto con malformación congénita incompatible con la vida. Una intervención o una atención oportuna aliviará a la mujer del sufrimiento lo que traerá consigo un desarrollo personal con mayores logros en su vida.

“...pienso que no supero del todo lo que pase, estamos preparados para enterrar a los padres, no a los hijos, mis padres partieron hace poco da nostalgia, pero uno lo acepta...”

A pesar de que las mujeres que pasan por la terrible experiencia de tener un feto con malformaciones congénitas incompatibles con la vida o malformaciones letales, es decir que van a fallecer al momento de nacer, al interrumpir oportunamente su embarazo, y al recibir psicoterapia de apoyo, ellas pueden mejorar su bienestar psicológico en lo que a propósito en la vida se refiere pero también mejora su auto aceptación y crecimiento personal. Todo esto les permite a las mujeres un mejor desarrollo de sus vidas, inclusive el deseo de una nueva gestación²⁶.

“...en cuanto a mi bebé es diferente, la intensidad, no tengo donde buscarlo (paciente llora), al principio lo recordaba todos los días, no tenía vida, creo esto me acompañara hasta el fin de mis días, era un niño muy esperado, tiene un lugar en mi corazón, así tuviera otro hijo no llenaría su espacio en mi corazón...”

Este testimonio demuestra una vez más como la mujer, que deseaba un embarazo, pero que al final tiene un embarazo con un feto con malformaciones congénitas incompatibles con la vida, sufre intensamente por la situación. Este sufrimiento y con todo lo que gira alrededor como buscar una opinión médica y no encontrarla, incrementa mucho más este sentimiento, que lleva a la mujer a la ansiedad, depresión, sentimiento de culpa e inclusive hasta la posibilidad de un intento de suicidio. Todas estas son alteraciones profundas de la salud mental. La salud mental es indispensable para el goce de los derechos y

libertades para la vida digna. La salud mental permite la autorrealización, la capacidad de afrontar el estrés, trabajar productiva y fructíferamente, y contribuir con su comunidad.

“... no tengo hijos con mi segundo esposo, era muy esperado, deseado, no lo planificamos, pero estábamos felices, nunca imagine que viviría esa experiencia, a veces reniego con mi esposo por esperar tantos años, él no quería BBs todavía, pero al saber de mi embarazo lo aceptó feliz. De repente no hubieran sido así las cosas y habrían salido bien las cosas de no esperar tanto para embarazarme...”

Es importante la labor del personal de salud, del equipo multidisciplinario de salud, para acompañar a las mujeres que enfrentan el embarazo con un feto con malformaciones congénitas incompatibles con la vida. El trabajo en equipo del médico/a gineco-obstetra, médico/a psiquiatra, enfermero/a, obstetra, psicólogo/a, trabajadora social, técnico/a de enfermería, y otros/as, debe estar centrado en las necesidades de las mujeres. El apoyo emocional es fundamental en todos los pasos durante la estancia en hospitalización. El personal de salud debe conocer del daño en la salud mental de la mental, así como se conoce del daño en la salud física como cuando hay una hemorragia o una infección.

Se deberían organizar equipos destinados al manejo y atención de las pacientes que pasan por una atención del aborto terapéutico. Son pacientes que requieren de mucha atención. Se espera que en el futuro se puedan implementar servicios de salud sexual y salud reproductiva que tengan a su cargo el manejo de estas pacientes.

Estamos seguros que entendiendo cada vez mejor la salud mental de las mujeres, podremos brindar la atención que ellas requieren.

BIBLIOGRAFIA

1. Kypros H. Nicolaides Orlando Falcón. La ecografía de las 11–13+6 semanas. Fetal Medicine Foundation, Londres, 2004.
2. Velásquez Hurtado JE, Kusunoki Fuero L, Paredes Quiliche TG, Hurtado La Rosa R, Rosas Aguirre ÁM, Vigo Valdez WE. Mortalidad neonatal, análisis de registros de vigilancia e historias clínicas del año 2011 neonatales en Huánuco y Ucayali, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 2014;31:228-36.
3. Rafael Donayre Rojas. Incidencia y tipo de anomalías congénitas de los recién nacidos en el servicio de neonatología del Hospital Regional de Loreto, 2014: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2015.
4. Megui Marilia Mansilla Gallegos. Prevalencia de anomalías cromosómicas en recién nacidos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins: Universidad Nacional de Altiplano; 2014.
5. Taype-Rondan A, Zafra-Tanaka JH, Guevara-Ríos E, Chávez-Alvarado S. Incidencia acumulada de anomalías fetales incompatibles con la vida en Perú. *Rev. Fac. Med.* 2020;68(1):44-50. English. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v68n1.71589>.
6. Peña A, González E, Menéndez R, Morera O. Impacto psicológico en las gestantes ante diagnóstico de un defecto congénito fetal. *Rev Ciencias Médicas [Internet]*. 2006 Abr [citado 2021 abril 15]; 10(1): 31-40. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pi-d=S1561-31942006000100004&lng=es
7. Kaasen A, Helbig A, Malt UF, Naes T, Skari H, Haugen G. Acute maternal social dysfunction, health perception and psychological distress after ultrasonographic detection of a fetal structural anomaly. *BJOG*. 2010; 117(9):1127-38. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02622.x
8. Detraux JJ, Gillot-de Vries F, Vanden Eynde S, Courtois A, Desmet 1998 Jun 210-9.
9. Marta Rondón Rondón. Salud Mental y Aborto Terapéutico. Consorcio de Investigación Económica y Social. Observatorio del Derecho a la Salud. 2006. Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2006-0000.
10. Robinson GE y Winer KL: 1993, 37-54.
11. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de de práctica clínica y de procedimientos del para la atención del aborto terapéutico. Aprobada por RD N°230-2020-DG-INMP/MINSA del 23 de noviembre de 2020.
12. Cabrera S, Gutiérrez M, Mascaró P, Silva C. Aborto terapéutico desde los servicios de salud. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos. ISBN: 978-603-45154-5-1. Perú. Octubre 2008.
13. Rondón Martha. Salud Mental y Aborto Terapéutico. *Anales de la Facultad de medicina*. 2015;76(4):407-11/ <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v76i4.11411>. Lima- Perú.

- 14.13. Colegio Médico del Perú. Consejo Nacional. I Taller Nacional sobre Derechos Sexuales y Reproductivos. Lima, 21 y 22 de Marzo de 2007. PP. 17
15. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Rol de los/las gineco-obstetras en la provisión de abortos despenalizados/legalizados seguros. Boletín de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia Y Ginecología (FLASOG). Volumen 3. Número 3, septiembre, 2015 ISSN: 2304-7585. PP. 6-14
16. Távara L, Dador J, Jacay S, Chávez S. Apuntes para la acción: El derecho de las mujeres a un Aborto Legal. Cumplimiento del aborto terapéutico y fundamentación para la ampliación de las causales de aborto por violación y por malformaciones congénitas incompatibles con la vida. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2008-16094 ISBN: 978-9972-2772-5. Setiembre 2007.
17. Mayo. Algunos aspectos histórico-sociales del aborto. Rev. Cubana Obster Ginecol v.28 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-Ago. 2002.
18. Noel Taboada Lugo. Una aproximación histórico-religiosa, jurídica y bioética al aborto provocado de causa genética. Acta Médica del Centro / Vol. 12 No. 1 2018.
19. Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. La sexualidad humana. La Habana. Editorial Científico-Técnica; 1987.P.681-5.
20. Castillo VR, Pérez HG, Martínez SMC, Pérez SF. El aborto y la concepción vistos desde una perspectiva histórica. En: Colectivo de Autores. Selección de artículos de Filosofía, sociedad y salud. La Habana: Ciencias Médicas; 2000. p. 261-773.
21. Goffman, Erving. Estigma. La identidad deteriorada. 1ª Edición, 10ª Reinimpresión. Buenos Aires: Amorrortu, 2006.
22. Fórum de Entidades Aragonesas de Salud Mental. 2021.
23. C Gil, Viejos estigmas y nuevos riesgos epidemiológicos. Incidencia y prevalencia del VIH/SIDA a escala internacional. Universidad de Cantabria. 2008.
24. Hughes, E.C. 1962. Good people and dirty work. Social Problems. 10: 3 - 11.
25. Greer, HS, Lal, S, Lewis, SC, Belsey, EM, Beard, RW: 1976 128: 74-79.
26. Enrique Guevara-Ríos, Cesar Carranza-Asmat, Luis Meza-Santivañez, Félix Dasio Ayala-Peralta, Pedro Arango-Ochante, Marcos Espinola-Sánchez, Nora Patricia Guevara Beltrán, Ana María Mejía-Muñoz, Marta Rondón Rondón. Caracterización epidemiológica, anticoncepción y bienestar psicológico en mujeres a dos años post aborto terapéutico. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2021;10(2):10-21. DOI <https://doi.org/10.33421/inmp.2021233>.

27. Marta Rondón Rondón. Salud Mental y Aborto Terapéutico. Consorcio de Investigación Económica y Social. Observatorio del Derecho a la Salud. 2006. Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2006-0000.
28. Ministerio de Salud. Guía Técnica Nacional para la Estandarización del Procedimiento de la Atención Integral de la Gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del código penal. Resolución Ministerial N° 486-2014/MINSA, del 27 de junio del 2014.
29. Defensoría del Pueblo. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Violencia obstétrica en el Perú. ADJUNTÍA PARA LOS DERECHOS DE LA MUJER Serie Igualdad y No Violencia N°013 Autonomía física Informe de Adjuntía N°023-2020-DP/ADM. Primera Edición: Lima, Perú, noviembre de 2020.
30. Távara-Orozco L. Objeción de conciencia. Rev Peru Ginecol Obstet. 2017;63(4):581-590.
31. Ministerio de Salud Pública Dirección General de Secretaría Departamento de Programación Estratégica en Salud. Guía para implementación de la atención de la salud sexual y salud reproductiva en las instituciones prestadoras de salud. Uruguay. 2010.