

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y
Humanidades
Escuela Profesional de Psicología



Salud Mental y Calidad de la Relación de Pareja en Mujeres que Tuvieron Aborto
Espontáneo

Tesis presentada por las Bachilleres

Begazo Amanta, Milka Jesus

ORCID: 0000-0001-9447-0940

Camasacari Machaca, Dara Yonela

ORCID: 0009-0009-1824-6897

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología

Asesor (a):

Mg. Ramos Vargas, Luis Fernando

ORCID: 0000-0001-9216-7040

Arequipa- Perú

2024

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

PSICOLOGIA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 02 de Mayo del 2024

Dictamen: 009619-C-EPSIC-2024

Visto el borrador del expediente 009619, presentado por:

2018245412 - BEGAZO AMANTA MILKA JESUS

2018221102 - CAMASACARI MACHACA DARA YONELA

Titulado:

**SALUD MENTAL Y CALIDAD DE LA RELACIÓN DE PAREJA EN MUJERES QUE TUVIERON
ABORTO ESPONTÁNEO**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

LICENCIADO (A) EN PSICOLOGÍA

**29281582 - VILCHES VELASQUEZ FLOR ALEIDA
DICTAMINADOR**



**40293944 - CHAVEZ LUQUE YURI FELIX
DICTAMINADOR**



**43439922 - PERLACIOS CRUZ CARLOS EDUARDO
DICTAMINADOR**



Salud Mental y Calidad de la Relación de Pareja en Mujeres que Tuvieron Aborto Espontáneo

INFORME DE ORIGINALIDAD

7%

INDICE DE SIMILITUD

6%

FUENTES DE INTERNET

4%

PUBLICACIONES

4%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

| | | |
|---|--|----|
| 1 | ww1.docero.mx Fuente de Internet | 2% |
| 2 | Submitted to Universidad Europea de Madrid Trabajo del estudiante | 1% |
| 3 | neuro-class.com Fuente de Internet | 1% |
| 4 | dspace.unach.edu.ec Fuente de Internet | 1% |
| 5 | actabioethica.uchile.cl Fuente de Internet | 1% |
| 6 | kupdf.net Fuente de Internet | 1% |
| 7 | ciencialatina.org Fuente de Internet | 1% |

Dedicatoria

Dedico esta tesis a mi madre, mi tía y mi abuelo, por su apoyo constante desde el inicio, tanto de manera personal y profesional, que no dejaron de alentarme y me enseñaron valores que desempeñaron un papel importante en mi formación profesional, de igual manera, me alentaron a continuar a pesar de las dificultades que se pueden presentar.

A mis docentes; el Dr. Jorge Cartagena quien me hizo amar la psicología y velar por el bienestar de todos mis pacientes, por toda su orientación en prácticas y su dedicación para enseñarnos de manera tan dinámica y personalizada. Al Dr. Luis Taype, por todo su asesoramiento en prácticas y en el curso de tesis, que nos brindó su apoyo para poder seguir con este tema, y nos alentó en todo el proceso.

A mi compañera Dara, me siento muy agradecida por tener una gran dinámica tanto de manera profesional y personal, nos apoyamos de manera mutua durante todo el proceso y gracias a eso pudimos comenzar y terminar de manera satisfactoria con este tema que nos cautivó a las dos.

Milka Begazo Amanta



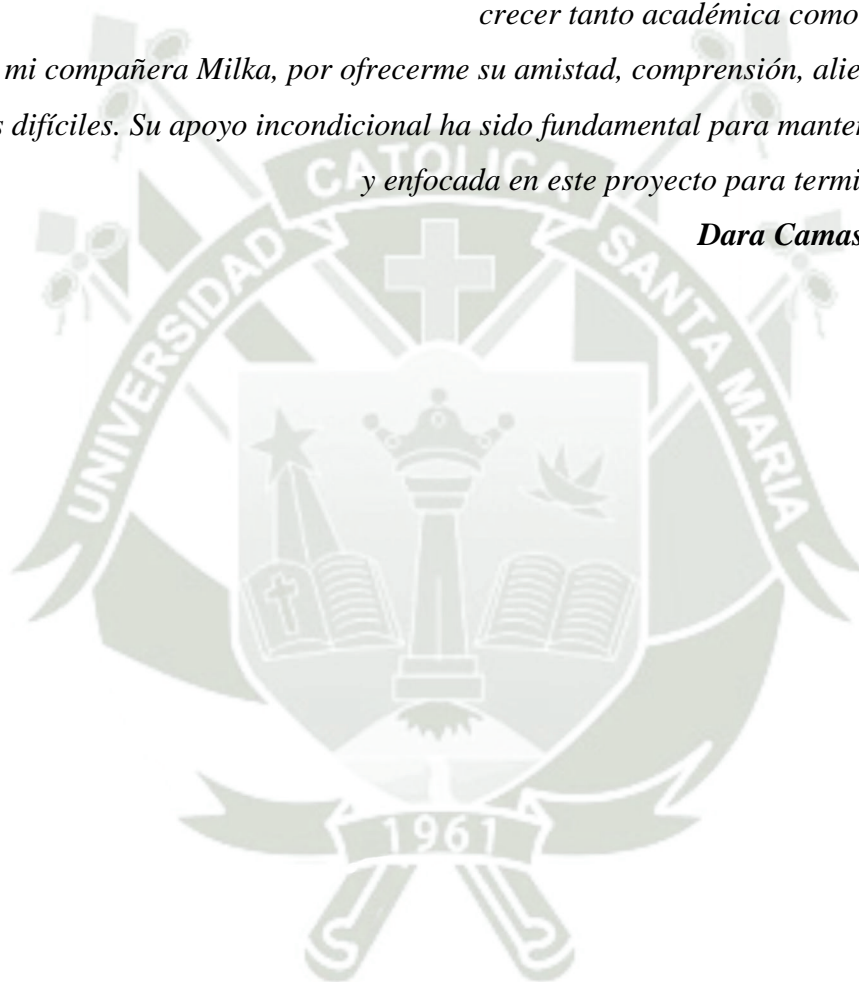
Dedicatoria

Dedico esta tesis a mis padres y a mi hermano Ivan, quienes han sido mi mayor apoyo y fuente de inspiración a lo largo de este camino. Su amor incondicional, paciencia, apoyo, motivación y sacrificio han sido fundamentales para alcanzar este logro.

A mis profesores en general, por su invaluable conocimiento, orientación y enseñanzas a lo largo de mi camino de formación. Gracias por compartir su experiencia y por ayudarme a crecer tanto académica como personalmente.

Finalmente, a mi compañera Milka, por ofrecerme su amistad, comprensión, aliento y alegría en los momentos difíciles. Su apoyo incondicional ha sido fundamental para mantenerme motivada y enfocada en este proyecto para terminarlo con éxito.

Dara Camasacari Machaca



Agradecimiento

Primero queremos agradecer a la Escuela profesional de Psicología, que nos formó para ser grandes profesionales.

Agradecemos a la Gerencia Regional de Salud y al área de obstetricia y ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado que nos brindó la oportunidad de realizar nuestra investigación en el hospital, por darnos la más cordial bienvenida y su amabilidad durante todo el proceso.

A nuestro asesor por el apoyo y dedicación de manera constante.

A nuestras familias por su apoyo incondicional.

Milka Begazo Amanta y Dara Camasacari Machaca



Resumen

El estudio tuvo como finalidad determinar cómo se relaciona la salud mental y la calidad de la relación de pareja en mujeres que tuvieron un aborto espontáneo en Arequipa. La metodología seguida fue un enfoque cuantitativo con un diseño no experimental de corte transversal y de alcance correlacional. Se utilizó dos instrumentos la Escala Breve de Salud Mental (MHI-5) y la Escala de Ajuste Diádico (DAS). La muestra fue de 70 participantes mayores de edad, que fueron atendidas y hospitalizadas en el hospital regional Honorio Delgado Espinoza en el área de ginecología por aborto espontáneo. Para determinar la asociación se aplicó el estadístico chi-cuadrado obteniendo como resultado $\chi^2= (0.128) p= (0.720)$, concluyendo no existe una asociación significativa entre las dos variables. No obstante, se encontró una relación significativa en la calidad de la relación de pareja y un aborto espontáneo previo dando como resultado $\chi^2= (5.79) p= (.016)$, concluyendo que se ve afectada la relación de pareja por un aborto previo.

Palabras claves: Salud mental, calidad de la relación de pareja, aborto espontáneo.

Abstract

The study aimed to determine the relationship between mental health and the quality of the couple's relationship in women who experienced a miscarriage in Arequipa. The methodology employed was a quantitative approach with a non-experimental, cross-sectional design, and correlational scope. Two instruments were utilized: the Mental Health Inventory-5 (MHI-5) and the Dyadic Adjustment Scale (DAS). The sample consisted of 70 adult participants who were treated and hospitalized at the regional Honorio Delgado Espinoza hospital in the gynecology department due to miscarriage. To determine the association, the chi-square statistic was applied and the result was $\chi^2 = (0.128) p = (0.720)$, concluding that there is no significant association between the two variables. However, a significant relationship was found between the quality of the couple's relationship and a previous miscarriage, resulting in $\chi^2 = (5.79) p = (.016)$, suggesting that the couple's relationship is affected by a previous miscarriage.

Key words: Mental health, quality of the couple's relationship, miscarriage.

Índice

| | |
|--|-----|
| Dedicatoria..... | iii |
| Agradecimiento..... | iv |
| Resumen..... | v |
| Abstract..... | vi |
| Capítulo I..... | 1 |
| Introducción..... | 1 |
| Pregunta de Investigación..... | 4 |
| Variables..... | 4 |
| Variable 1. Salud Mental..... | 4 |
| Variable 2: Calidad de la Relación de pareja..... | 5 |
| Objetivos..... | 5 |
| Objetivo General..... | 5 |
| Objetivos específicos..... | 5 |
| Antecedentes Teórico-Investigativos..... | 6 |
| Aborto..... | 6 |
| Aborto Espontáneo..... | 7 |
| Salud Mental..... | 10 |
| Calidad de la Relación de Pareja..... | 14 |
| Salud Mental y Calidad de la Relación de Pareja..... | 17 |
| Hipótesis..... | 18 |
| Capítulo II..... | 19 |
| Método..... | 19 |
| Instrumentos..... | 19 |
| Instrumento 1. Escala breve de Salud Mental (MHI-5)..... | 19 |
| Instrumento 2. Escala de Ajuste Diádico..... | 20 |
| Instrumento 3. Ficha Sociodemográfica..... | 22 |
| Participantes..... | 22 |
| Procedimiento..... | 25 |
| Consideraciones Éticas..... | 25 |

| | |
|-------------------------|----|
| Análisis de datos | 26 |
| Capítulo III..... | 27 |
| Resultados | 27 |
| Discusión | 42 |
| Conclusiones..... | 48 |
| Recomendaciones | 49 |
| Limitaciones..... | 50 |
| Referencias..... | 51 |
| Anexos | 56 |



Índice de Tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1 Características sociodemográficas de la muestra..... | 24 |
| Tabla 2 Niveles de salud mental en mujeres que tuvieron aborto espontáneo en Arequipa | 27 |
| Tabla 3 Calidad de la relación de pareja en mujeres que tuvieron aborto espontáneo en Arequipa | 28 |
| Tabla 4 Niveles de salud mental en mujeres que tuvieron aborto espontáneo según la edad | 29 |
| Tabla 5 Niveles de salud mental en mujeres que tuvieron aborto espontáneo según el tiempo de relación..... | 30 |
| Tabla 6 Niveles de salud mental en mujeres que tuvieron aborto espontáneo según los hijos.... | 31 |
| Tabla 7 Niveles de salud mental en mujeres que tuvieron aborto espontáneo según el grado de instrucción..... | 32 |
| Tabla 8 Niveles de salud mental en mujeres que tuvieron aborto espontáneo según el tiempo de gestación | 33 |
| Tabla 9 Niveles de salud mental en mujeres que tuvieron aborto espontáneo y la presencia de un aborto espontáneo previo | 34 |
| Tabla 10 Calidad de la relación en mujeres que tuvieron aborto espontáneo según la edad | 35 |
| Tabla 11 Calidad de la relación en mujeres que tuvieron aborto espontáneo según el tiempo de relación..... | 36 |
| Tabla 12 Calidad de la relación en mujeres que tuvieron aborto espontáneo según los hijos | 37 |
| Tabla 13 Calidad de la relación en mujeres que tuvieron aborto espontáneo según el grado de instrucción..... | 38 |
| Tabla 14 Calidad de la relación en mujeres que tuvieron aborto espontáneo según el tiempo de gestación | 39 |

Tabla 15 Calidad de la relación en mujeres que tuvieron aborto espontáneo y la presencia de un aborto previo 40

Tabla 16 Salud mental y calidad de la relación de pareja en mujeres que tuvieron un aborto espontáneo..... 41



Capítulo I

Marco Teórico

Introducción

La interrupción del embarazo se ha presentado a lo largo de los años ya sea de forma voluntaria y/o espontánea, bajo diferentes contextos sociales; motivo por el cual, muchos investigadores, y diferentes áreas en pro de la construcción del conocimiento que explique cómo este hecho puede afectar la salud mental y la calidad de la relación de pareja, se han involucrado en determinar y realizar hallazgos que permitan esclarecer las incógnitas de dicha relación (Rodríguez et al., 2020).

Ante esto, la psicología como ciencia en respuesta a la necesidad de la salud mental ha desarrollado diferentes posiciones epistemológicas para considerar y tener en cuenta los fenómenos psicológicos, evaluando, y generando nuevos hallazgos en este caso, sobre las alteraciones en la salud mental y de la calidad de relación de pareja que puedan presentar las mujeres que han vivenciado un aborto.

Almeida-Filho (2020) señala que la salud mental de las mujeres que han sufrido de un aborto espontáneo sigue siendo objeto de controversia. Las reacciones de cualquier mujer al descubrir que ha concebido pueden ser muy variables. El embarazo, inicialmente intencionado o no deseado, puede provocar estrés; y el aborto espontáneo puede aumentar sentimientos de pérdida y reacciones de duelo, por lo que no es de extrañar que las relaciones de pareja puedan verse afectadas por esta situación, con las implicaciones emocionales añadidas viviéndose como acontecimiento de la vida adverso y generador de estrés.

De hecho, algunos estudios han indicado que las relaciones de pareja tienen un mayor riesgo de disolverse después de la pérdida de un embarazo o el nacimiento de un feto muerto en

comparación con las parejas que tienen un nacimiento sin complicaciones. En los últimos 15 años se ha podido demostrar que las parejas que tuvieron una pérdida fetal mostraron un riesgo de 22% de poder experimentar una ruptura de pareja, mientras que las mujeres que tuvieron una muerte fetal presentan un 40% más alto de terminar con su relación de pareja. En situaciones de nacimientos sin vida el riesgo perdura hasta por nueve años desde de la pérdida. Esta realidad, puede verse determinada por un deterioro de la salud mental de la madre y un inadecuado manejo de la pareja ante esta realidad (Salort, 2021).

En la investigación de Rondón (2015) el aborto terapéutico pone a las mujeres en situación de estrés y ansiedad, ya que afecta el futuro de la mujer, teniendo el riesgo de pobreza, violencia y discriminación. Por ende, produce manifestaciones depresivas y ansiedad que pueden llevar a una depresión postparto, afectado la salud mental de las mujeres que tuvieron un aborto terapéutico. Para Castañeda y Molina (1999) el aborto provocado se da en poblaciones con bajo nivel de escolaridad, sin una pareja estable o con poco tiempo de relación, que no poseen condiciones apropiadas de vivienda y que no conocen sobre métodos anticonceptivos.

En cuanto a la relación de pareja, el aborto puede presentar consecuencias tanto individuales como sociales, en el caso de los hombres se pueden presentar sentimientos de culpa y frustración, lo cual puede llevar a la separación de la pareja; sin embargo, hay muchos factores que pueden influir; como, la edad, el estatus socioeconómico, el número de hijos tenidos, el estado de la pareja o un aborto previo; lo cual no siempre se relaciona con las actitudes que puede tener la pareja, en muchos casos se puede encontrar sentimientos de miedo, ansiedad y tensión en los hombres, los cuales no suelen expresar sus emociones, provocando a largo plazo problemas en la pareja; de igual manera, en la vida sexual de la pareja. (Pantelides, 2008).

DeMontigny et al. (2020) realizaron un estudio en Canadá, con el propósito evaluar los diversos factores de protección y de riesgo personales y contextuales vinculado a la salud mental de la mujer después de un aborto espontáneo, determinando que las mujeres que han tenido un aborto espontáneo en los últimos seis meses presentaron una sintomatología más alto en depresión, con respecto a los niveles de ansiedad y de duelo perinatal no se encontraron variaciones desde el aborto. Con respecto a la condición socioeconómica, la falta de hijos y el estado de inmigración se relacionaron con una baja salud mental después de un aborto espontáneo. Por otro lado, la calidad de la relación de pareja y la satisfacción con la atención del personal de salud se relacionaron de manera positiva con la salud mental de las mujeres que sufrieron un aborto.

Por otro lado, en el estudio de Caillot et al. (2021) aunque propiamente no se enfocó en mujeres que sufrieron de aborto, sino de cáncer, determinó las parejas que valoraron más positivamente la calidad del ajuste de pareja en el momento del diagnóstico mostraron un menor riesgo de ansiedad y depresión un mes después de finalizar el tratamiento. Esto confirma la importancia del abordaje diádico y la consideración de los cónyuges en el manejo del cáncer.

Las mujeres que han tenido un aborto espontáneo pueden ser vulnerables a presentar algunos efectos en la salud psicológica, como ansiedad, depresión y estrés; por lo cual, podemos decir que puede haber un deterioro en su salud mental. De igual manera, puede influir la calidad de la relación de pareja en los resultados, ya que la paciente puede presentar índices altos de afectación en su salud mental, y presentar un deterioro en su calidad de la relación de pareja, como menciona Demontigny et al. (2020) las mujeres que indicaron posible depresión y ansiedad moderada presentan una baja calidad de la relación de pareja, con una puntuación <14 .

En Perú, son escasos los datos existentes sobre la incidencia de abortos espontáneos, y es aún más son inexistentes los datos que refieren del estado de salud mental de estas mujeres y como ha podido incidir en sus relaciones de parejas, tomando en cuenta que las mismas tengan una relación estable. En tal sentido, se planteó realizar esta investigación que busca dar repuesta al vacío de conocimiento que existe sobre la salud mental de las mujeres con abortos espontáneo y como afectado la calidad de las relaciones de pareja a raíz de ello. Por lo que el presente estudio tiene como finalidad conocer la presencia de alguna afectación en la salud mental de las mujeres que han sufrido un aborto espontáneo, y como a su vez puede verse afectada la calidad de la relación de pareja.

Pregunta de Investigación

¿Existe asociación entre salud mental y la calidad de la relación de pareja en mujeres que tuvieron aborto espontáneo en Arequipa?

Variables

Variable 1. Salud Mental

Según la Organización Mundial de la Salud (2022) la salud mental establece un estado de bienestar en el cual las personas son conscientes de sus propias aptitudes, lo cual les permite enfrentar las presiones de la vida, trabajando de manera productiva y eficaz, siendo capaz de hacer una colaboración positiva a su comunidad. La variable fue medida por medio de la escala breve de salud mental (MHI-5), la cual consta de dos dimensiones, bienestar psicológico y ausencia de malestar, dando como resultado niveles de alta o baja salud mental (Merino-Soto et al., 2020).

Variable 2: Calidad de la Relación de pareja

Se refiere al ajuste diádico desarrollado por medio de la sensación que la pareja tiene un vínculo amoroso, que es el resultado de un desarrollo que se modifica a través del tiempo, y por el cual pasan las parejas que viven un vínculo romántico (Spanier, 1988). Se midió por medio de la Escala de Ajuste Diádico, que establece cuatro dimensiones: consenso, satisfacción, expresión de afecto y cohesión en la relación, dando como resultado una pareja armoniosa, conflictiva e idealizada. (Cáceres, 1996)

Objetivos

Objetivo General

Determinar si hay asociación entre salud mental y la calidad de la relación de pareja en mujeres que tuvieron un aborto espontáneo en Arequipa.

Objetivos específicos

Describir los niveles de salud mental en mujeres que tuvieron un aborto espontáneo en Arequipa.

Describir la calidad de la relación de pareja en mujeres que tuvieron un aborto espontáneo en Arequipa.

Analizar los niveles de salud mental en mujeres que tuvieron un aborto espontáneo según la edad, tiempo de relación, hijos, grado de instrucción, tiempo de gestación y aborto espontáneo previo.

Analizar la calidad de relación de pareja en mujeres que tuvieron un aborto espontáneo según la edad, tiempo de relación, hijos, grado de instrucción, tiempo de gestación y aborto espontáneo previo.

Antecedentes Teórico-Investigativos

El abordaje de las variables salud mental y calidad de la relación de pareja se ha extendido considerablemente, sin embargo, el estudio de la relación de ambas y observado en mujeres con aborto espontáneo, se presentan escasos estudios. Despertando así el interés por ahondar en ello, de allí, que a continuación se presentan un conjunto de estudios que tratan de explicar cómo se presenta la dinámica de ambas variables.

Aborto

Se hace referencia al aborto a la interrupción espontánea o provocada que se da antes de las 22 semanas de gestación, contando desde el primer día de la última menstruación normal, con un peso aproximado menor o igual que 500 gramos o 25 cm (Rodríguez et al., 2020).

Según la Organización Mundial de Salud, en el mundo, se practican alrededor de 73 millones de abortos y un 69% son de embarazos no deseados, estos pueden ser practicados hasta las doce semanas de gestación, en un domicilio (OMS, 2020).

Se ha establecido en el código penal la descripción de los tipos de aborto (Código Penal Peruano, 1991, Art 114-120):

- Aborto Inducido. Son provocados de manera premeditada por la mujer interrumpiendo el embarazo. En Perú el aborto inducido es ilegal, siendo este “reprimido con pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de cuatro años”
- Aborto sin Consentimiento. El que hace abortar a una mujer sin su consentimiento.
- Agravación de la Pena por la Calidad del Sujeto. El médico, obstetra, farmacéutico o personal sanitario que causa un aborto, será inhabilitado y con pena.
- Aborto Preterintencional. De ocasionarse un aborto sin haber tenido la intención de causarlo, siendo notorio el embarazo, la persona será reprimida con pena primitiva.

- Aborto Terapéutico. En la ley constitucional del Perú se da la excepción de practicar un aborto terapéutico si está comprobado por el médico que hay un riesgo para la mujer y/o feto.
- Aborto Sentimental y Eugenésico. En caso se presente un embarazo por violación sexual fuera del matrimonio o una inseminación artificial no consentida fuera del matrimonio, será reprimido con una pena privativa de libertad no mayor a tres meses, siempre y cuando los hechos hayan sido denunciados o investigados. Por otro lado, de ser probable que se presente a un nacimiento grave con consecuencias físicas o psíquicas, con un diagnóstico médico previo.

Aborto Espontáneo

El aborto espontáneo a comparación el aborto provocado, no se da de manera intencional, y que puede deberse a diferentes causas como; causas ovulares, maternas orgánicas, causas funcionales, inmunológicas, psicológicas, de origen toxico, traumatismos físicos, abuso de drogas, tabaco, alcohol, cafeína. La mayoría de los abortos espontáneos son tempranos, 80% ocurre en las primeras 12 semanas y el 20% restante de la semana 12 hasta la 22 (Rodríguez et al., 2020).

El cuadro clínico de un aborto espontáneo incluye: mujer en edad reproductiva, dolor en hipogastrio con sangrado vía vaginal con coágulos, dilatación en el cuello uterino, pérdida de líquido amniótico, expulsión del huevo (completo) restos oculares no fueron expulsados (incompleto). El diagnóstico se define con la correlación entre el cuadro clínico y la ecografía transvaginal o transabdominal según la edad gestacional y concentración de b-HCG. La mayoría de los abortos espontáneos son tempranos, 80% ocurre en las primeras 12 semanas y el 20% restante de la semana 12 hasta la semana 22 (Rodríguez et al., 2020).

El aborto espontáneo, es una complicación en la etapa del embarazo. Se estima que entre un 15% y un 20% de los embarazos clínicamente reconocidos evolucionan a un aborto espontáneo. En adolescentes puede alcanzar una tasa de 10 a 12%, mientras en que las mayores de 40 años el porcentaje aumenta cuatro a cinco veces (Lopez-Hernandez et al., 2020).

En un estudio realizado por Gallegos et al. (2023) afirma que el aborto espontaneo es un problema de salud pública incrementándose su desarrollo a nivel Mundial, dentro de sus manifestaciones clínicas se da dolor abdominal con sangrado vaginal amenorrea, dolor pélvico, fiebre y un malestar general, su diagnóstico se realizan mediante ecografías transvaginal o transabdominal, según su edad gestacional y la concentración de HCG. Existen diferentes tipos de aborto espontáneo los cuales están comprendidos en:

- Aborto Espontáneo Incompleto. Según el manual MSD (2022) el aborto incompleto se identifica por la expulsión parcial del material fetal, por lo cual, queda parte en el útero, siendo considerado como un aborto incompleto.
- Aborto Espontáneo Retenido. El manual MSD (2022) considera que el aborto espontáneo se presenta cuando hay muerte fetal, lo cual es confirmada con una ecografía transvaginal, pero no se expulsa de forma espontánea.
- Aborto Espontáneo Séptico. Para Schwarcz et al. (2005) un aborto espontáneo séptico se produce cuando el aborto no está completo, por lo cual se produce una infección en la cavidad uterina. Se da el mismo cuadro clínico del aborto espontáneo incompleto, es decir, no se expulsan restos ovulares, provocando una hemorragia persistente, pero la diferencia es que se presenta fiebre (palidez, taquicardia, escalofríos).

Las parejas al esperar un hijo comienzan a hacer planes y tener expectativas con respecto al bebé, y al interrumpirse debido a una pérdida perinatal, para la familia puede ser una mala

experiencia, ante ello, Salgado et al. (2021), decide ayudar a los padres en duelo y sus familias durante la pérdida perinatal en maternidades públicas en São Paulo, Brasil. En un estudio de métodos mixtos (cualitativo/cuantitativo), cuasiexperimental (antes/después). La intervención es la implementación de pautas de apoyo al duelo para mujeres que experimentaron un mortinato o una muerte neonatal. Se incluirán un total de cuarenta mujeres. Veinte participantes serán evaluados antes y veinte serán evaluados después de la implementación de las directrices. Se utilizará un cuestionario semiestructurado y tres escalas para evaluar los efectos de las directrices. Se invitará a los profesionales de la salud y los gerentes de todas las instalaciones de parto a participar en el grupo de enfoque. Los datos serán analizados utilizando pruebas estadísticas, así como el enfoque de análisis temático. Las pautas de duelo perinatal son una adaptación local de las pautas correspondientes canadienses y británicas. Estas guías han sido desarrolladas con base en las necesidades de recuerdos del bebé de las familias durante el proceso de duelo e incluyen los siguientes aspectos: (1) Organización del cuidado en períodos, considerando sus respectivas necesidades a lo largo del proceso; (2) Creación de la figura del Profesional de Duelo en las salas de maternidad; (3) Adecuación del ambiente institucional; (4) Comunicación de la guía; (5) Creación de recuerdos para bebés. Se espera que el proyecto genere evidencia para mejorar la salud mental en las mujeres y familias que pueden experimentar una pérdida perinatal de igual manera, promover una mejor relación entre el profesional y el paciente.

El ser humano es un complejo sistema con sucesos únicos e importantes que se van dando en diferentes etapas del desarrollo y vida en la cual la persona va madurando y cambiando ya sea física y mentalmente, es por ello, de cada suceso puede traer consecuencias tanto negativas como es el sufrir un aborto espontáneo en cualquier etapa esto puede traer diversas

consecuencias, ante ello, Saldaña (2020), realizó un estudio en Lambayeque, para determinar si había una relación entre el trastorno por estrés postraumático y las consecuencias físicas y psicológicas en jóvenes que tuvieron un aborto. La investigación fue de tipo cuantitativo, con diseño descriptivo-correlacional, en la investigación se usaron cuestionarios y encuestas. Las participantes fueron 76 mujeres con un diagnóstico de aborto. Los resultados mostraron, un 97% en un nivel moderado de trastorno por estrés postraumático. En cuanto, a las consecuencias psicológicas en jóvenes que abortan, también es moderado en un 100%; mientras que el 89% presentaba consecuencias físicas. Se concluyó que existe una relación entre las variables de estudio; esta relación es alta; por otro lado, se debe tomar en cuenta a las mujeres que ingresaron con aborto tenían un nivel educativo de primaria, igualmente se precisa que las jóvenes han abortado con anterioridad tenían un porcentaje alto, ya sea de manera espontánea y provocada.

Cómo se muestra anteriormente, existe un estrés postraumático en jóvenes que alguna vez han tenido sucesos de aborto, además de presentar consecuencias psíquicas y físicas muy predominantes, las correlaciones positivas dan cuenta que, a menores sucesos de estrés postraumático, menores serán las consecuencias físicas y psicológicas o viceversa.

Salud Mental

Al respecto, Vásquez et al. (2020), mencionan que, debido a la naturaleza polisémica y la imprecisión conceptual de la salud mental, los conceptos sobre la salud mental son diversos, es decir, que se dan perspectivas diferentes, por lo que afronta conflictos epistemológicos para saber de qué manera se vincula la salud con lo mental. Por ello, de acuerdo con los autores, se puede decir que, la definición de la salud mental se puede abordar en los aspectos clínico, social y cultural. Siendo que la definición de la salud mental aun es compleja y polivalente en razón a los diferentes conceptos.

Concepción Biomédica de la Salud Mental. se tiene dos características: a) se refiere a un proceso biológico relacionado con el cerebro y la ausencia de enfermedad como principio de normalidad; b) el eje central de la salud mental es la enfermedad. Por lo que, se evidenció que en diversas investigaciones que se realizaron, en la práctica de la epidemiología y tratamiento de los síntomas psicopatológicos, pero como tal no de salud (Hernández-Holguín, 2020).

Concepción Conductual de la Salud Mental. se centra en el ambientalismo, el mismo que afirma que son determinantes los estímulos ambientales con la explicación y modificación del comportamiento; por lo que, desde la perspectiva conductista, la salud mental se redefine como salud comportamental (Hernández-Holguín, 2020).

Concepción Cognitiva de la Salud Mental. la intervención se da desde una perspectiva educativa- instruccionalista, con la finalidad de lograr que las personas corrijan las formas de pensamientos disfuncionales y aprenden a pensar y consecuentemente a comportarse de manera adaptativa (Hernández-Holguín, 2020).

Concepción Socioeconómica de la Salud Mental. Manifiesta la importancia de reconocer el desarrollo económico y social, esencial para lograr el estado óptimo de salud para todos y la promoción y protección de la salud de la población son condiciones esenciales para el desarrollo económico y social, para una buena calidad de vida (Hernández-Holguín, 2020).

Por lo tanto, como dicen Vásquez et al. (2020), esta variedad de conceptos de salud mental en el ámbito de la salud pública requiere de una revisión crítica de las definiciones en salud mental, llámese teorías, modelos, etc., supuestos ontológicos, la lógica del uso de conceptos como mental, enfermedad y normalidad. La salud mental puede verse afectada luego de una pérdida perinatal pues tiene efectos adversos en la salud psicosocial de la mujer, que puede incluir ansiedad, depresión, estrés postraumático, interrupción marital e ideación suicida.

Lo cual puede tener efectos adversos en embarazos posteriores por lo cual Mainali et al. (2023) realizaron un estudio en Escandinavia, ya que el tema es poco estudiado, por lo cual explora una asociación entre la pérdida perinatal previa y los síntomas de ansiedad/depresión de futuras madres durante el embarazo posterior. De igual manera, el estudio se centró en explorar los posibles determinantes de la salud mental materna durante el embarazo posterior, independientemente de la pérdida perinatal previa. Este estudio de casos y cohortes se basa en datos primarios del Estudio escandinavo sucesivo de nacimientos pequeños para la edad gestacional (Estudio SGA) en Noruega y Suecia. La muestra total de casos y cohortes en el estudio actual incluye 1458 mujeres. Los casos incluyen 401 mujeres que habían informado una pérdida perinatal previa (aborto espontáneo, mortinato o muerte neonatal) y que respondieron a dos instrumentos de evaluación de salud mental, el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y el Centro de Estudios Epidemiológicos Depresión (CES)-D escala. Se utilizaron modelos de regresión lineal múltiple para evaluar la asociación entre la pérdida perinatal previa y la salud mental materna en el embarazo posterior. Los resultados indican que las mujeres embarazadas escandinavas con pérdida perinatal previa informaron síntomas más altos de ansiedad y depresión durante su embarazo posterior en comparación con las madres en la misma cohorte que no informaron pérdida perinatal previa. Los análisis de regresión lineal múltiple mostraron una asociación positiva entre la pérdida perinatal previa y el aumento por unidad tanto en la puntuación total de ansiedad como en la puntuación total de depresión. Identificaron varios factores asociados con la salud mental materna durante el embarazo independientemente de la pérdida perinatal, incluido el embarazo no deseado a pesar de que el 97% de nuestra población está casada/cohabitando. Se concluyó que las mujeres que han experimentado una pérdida perinatal previa enfrentan un riesgo significativamente mayor de síntomas de ansiedad y

depresión en su embarazo posterior.

Luego de un aborto espontáneo, la salud mental de la mujer se ve comprometida con diferentes factores de riesgo, por lo cual; debe tener factores de protección que reduzcan los efectos negativos del aborto, los cuales pueden darse en una buena calidad de la relación de pareja, y la satisfacción con la atención de la salud; también, puede verse implicado los factores contextuales, es decir; ingresos, nivel de educación, estado de inmigración. Por lo que DeMontigny et al. (2020) investigaron en Canadá sobre los factores de protección y de riesgo personales y contextuales asociados a la salud mental de la mujer después de un aborto espontáneo. Se realizó un estudio transversal en el que participaron 231 mujeres que habían tenido un aborto espontáneo, evaluaron su salud mental por medio de un cuestionario online de autoinforme, evaluaron (síntomas de depresión, ansiedad, duelo perinatal) y recopilaron características tanto personales como contextuales. Concluyendo que las mujeres que habían tenido un aborto espontáneo en los últimos seis meses tuvieron una puntuación alta con respecto a los síntomas de depresión en comparación con las mujeres que lo habían sufrido entre 7 y 12 meses atrás, mientras que el nivel de ansiedad y el duelo perinatal no vario según el tiempo transcurrido desde la pérdida. Por otro lado, se concluyó que la baja condición socioeconómica, el estado de inmigración y la falta de hijos se vinculó con una baja salud mental después de un aborto espontáneo. Mientras que, la calidad de la relación de pareja y la satisfacción con la atención de la salud se asociaron favorablemente con la salud mental de las mujeres, siendo un gran factor de protección.

Calidad de la Relación de Pareja

Según Arellano (2019), una de las experiencias afectivas más relevantes en la etapa adulta es la relación de pareja, donde se regulan los límites del sistema familiar con reglas flexibles que simboliza un balance entre la individualidad y la autonomía de cada uno, así como una conexión segura con la pareja, lo cual se logra cuando cada uno conoce las distancias aceptables en su relación y el mundo externo a ella.

La relación de pareja significa ser una fuente de apoyo emocional, dado que en ella son atendidas las necesidades emocionales, siendo un apoyo social importante para los cambios esenciales que debe realizar un adulto, los cuales conllevan a convertirse en padre o madre, en un ambiente afectuoso y de apoyo basado en una relación segura de apego y compromiso emocional. En este subsistema se lleva a cabo la educación de los hijos y de la familia, función que responde a la misma naturaleza biológica del ser humano, donde la pareja establece prioridades y toma decisiones sobre el uso y la manejo del tiempo, la energía y el dinero, para poder desarrollar una dinámica familiar organizada en torno a las necesidades individuales, considerando que ambos miembros trabajan fuera del hogar y comparten las tareas familiares y del hogar por igual.

La pareja apoya a enfrentar retos, asumir responsabilidades y manejar el estrés, siempre y cuando tenga estabilidad y cierta flexibilidad para reajustar sus estrategias adaptativas de afrontamiento ante una nueva información. En última instancia, satisface las necesidades sexuales como muestras de intimidad, la comunicación y la expresión de afecto, las cuales son importantes para el bienestar general de pareja.

Tanto las parejas infértiles como las parejas que sufrieron un aborto espontáneo sufren diversos procesos difíciles con los cuales conllevar, es por ello, que se relaciona con el autocontrol y el apoyo social que las parejas suelen tomar durante este proceso, por lo que

Wendołowska et al. (2022) realizaron un estudio en Polonia, donde se analizó la relación entre el autocontrol percibido de la pareja y la satisfacción conyugal en el contexto de las estrategias de afrontamiento de la pareja. El modelo de interdependencia actor-pareja se aplicó a 90 matrimonios heterosexuales en el cual se utilizaron la Escala de Éxito Matrimonial, La prueba de Giessen y el cuestionario de Crisis familiar. Los resultados muestran que tanto los hombres como mujeres que perciben a sus respectivas parejas más autocontroladas se sienten más satisfechas en sus relaciones. El efecto del autocontrol percibido de una pareja sobre la satisfacción con la relación fue más débil cuando se controló por la duración del matrimonio. También pareció moderarse mediante el apoyo social por parte de los cónyuges. Se concluyó que los efectos del autocontrol percibido y el apoyo social de la pareja son fuertes para la satisfacción marital en el contexto de la infertilidad y el aborto espontáneo.

En el campo de la psicología clínica perinatal, se centran en los estados psicológicos de las madres durante el embarazo, sin tomar en cuenta a sus parejas, las cuales pueden relacionarse a estrés y depresión prenatal, ya que se puede presentar una angustia potencial para los futuros padres, por lo que, realizaron un estudio en Italia, utilizando un modelo de mediación de interdependencia actor-pareja para conocer el papel mediador de la satisfacción diádica en la relación entre el estrés percibido y la sintomatología depresiva prenatal en ambos miembros de parejas que esperaban su primer hijo. Se pidió a 138 parejas en su tercer trimestre de embarazo que completaran cuestionarios sobre el estrés percibido (PSS), el ajuste diádico (DAS) y la escala de depresión de estudios Epidemiológicos (CES-D). El estudio reveló que había un efecto indirecto intrapersonal del estrés percibido por los padres sobre la depresión paterna prenatal por medio de su satisfacción de pareja. De igual manera, se encontró un efecto indirecto interpersonal con las madres. El estrés percibido está vinculado con la depresión paterna prenatal

a través de la satisfacción diádica de los padres. Los efectos indirectos maternos no fueron significativos, lo que significa que su satisfacción diádica y la de su pareja no medió la relación con su pareja ni su estrés percibido y su depresión prenatal. Los estudios enfatizaron la importancia de evaluar la satisfacción de las parejas durante el embarazo, en especial los futuros padres, y centrarse en el apoyo psicológico a las parejas como medio para poder de mejorar su angustia prenatal y, en consecuencia, mejorar su salud mental. Sugiriendo que la satisfacción de la mujer y la de su pareja no medió la relación entre su estrés percibido y el de su pareja y su depresión prenatal.

Es de conocimiento fundamental que dentro de una familia son muchas las problemáticas que afectan el bienestar psicológico de todos los integrantes de la familia esta se podría relacionar con la calidad de relación en pareja que están teniendo los padres en frente de los hijos, por lo que, Illich (2020) realizó un estudio en Perú, en el que se explica la relación entre la calidad de la relación de pareja y el bienestar psicológico en una muestra de madres con hijos de entre 1 y 5 años en la ciudad de Lima. Se entrevistaron a 221 madres de niños que asistían a nidos privados en un distrito de Lima, mediante la Escala de Ajuste Diádico y la Escala de Bienestar Psicológico, respectivamente. El análisis psicométrico de las escalas demuestra la validez de la estructura interna y la confiabilidad de las puntuaciones, mediante la técnica del análisis factorial exploratorio y por el método de consistencia interna, respectivamente en ambos casos. Asimismo, la correlación entre las variables fue analizada y los resultados obtenidos permitieron comprobar la hipótesis planteada encontrando que existe una relación directiva y significativa entre las dimensiones del ajuste diádico y las áreas del bienestar psicológico.

Salud Mental y Calidad de la Relación de Pareja

La relación de pareja comprende un conjunto de componentes que pueden observarse y pueden ser objeto de medición, la calidad de relación de pareja es un sistema familiar estable que permite asegurar la crianza ordenada de los futuros hijos y con ello la conservación de la especie. La calidad de relación de pareja implica brindar intimidad, compromiso, satisfacción sexual, compañía, oportunidad de un crecimiento emocional que permita el desarrollo de la autoestima y de la identidad, por tanto, debe asegurar una buena salud mental.

Una buena salud mental y una calidad de relación de pareja, comprende la ausencia de síntomas psicológicos y un buen bienestar psíquico que permita a la pareja su desarrollo y crecimiento dentro de una sociedad, fortalecida con afecto, comprensión, comunicación, empatía, ayuda mutua y la persecución a los mismo objetivos y metas planificadas. Ante lo mencionado, Illich (2020) mostró en su investigación que una buena relación de pareja da como resultado un buen bienestar psicológico, por tanto, buena salud mental.

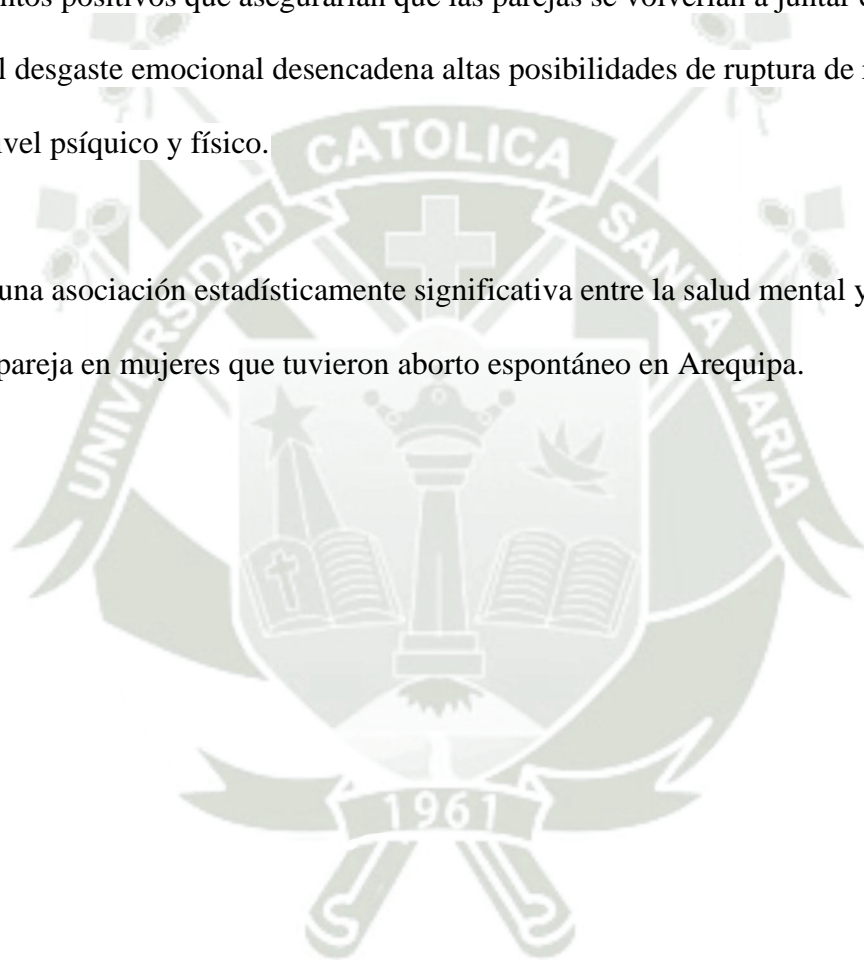
La calidad de relación de pareja depende de diversos factores externos como es tipo familia de donde procede, el lugar donde ha vivido, la formación ética, moral, humanística y académica ante ello, Amaya et al. (2023) en Bogotá, realizaron una investigación que tuvo por finalidad comprender el impacto en la salud mental de las personas al haber estado inmersas en una relación de pareja disfuncional, la investigación fue de tipo cualitativo, con un diseño hermenéutico fenomenológico, la muestra estuvo conformada por 4 varones y 4 damas en edades de 20 a 27 años, dentro de los resultados obtenidos se muestra que las parejas que provienen de familias disfuncionales impactan de forma negativa en la constitución de nuevas parejas.

La relación de pareja es un vínculo que se une con sentimientos y es de suma importancia en la vida de los seres humanos, y debe de estar inmersos en ciertos valores como es el respeto,

la intimidad, el compromiso y la valoración, ante ello, Villavicencio y Jaramillo (2020) en Ecuador, realizaron una investigación que buscaba explorar la relación de pareja, comparando las características para escoger a la misma pareja y el agotamiento emocional que plantea una ruptura emocional. Para ello usaron una escala de índices de satisfacción matrimonial, la muestra estuvo conformada por 38 personas y todos tenían pareja, dentro de sus resultados dan cuenta que hay elementos positivos que asegurarían que las parejas se volverían a juntar en caso de una separación y el desgaste emocional desencadena altas posibilidades de ruptura de relaciones afectando el nivel psíquico y físico.

Hipótesis

Existe una asociación estadísticamente significativa entre la salud mental y la calidad de la relación de pareja en mujeres que tuvieron aborto espontáneo en Arequipa.



Capítulo II

Método

Método

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo con un diseño no experimental de corte transversal y de alcance correlacional dado que se utilizó variables que no fueron manipuladas, y el estudio se realizó en un tiempo determinado, además se buscó la relación entre la salud mental y la calidad de la relación de pareja en mujeres que sufrieron aborto espontáneo (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

El diseño de investigación es no experimental, aplicando un estudio trasversal con un diseño correlacional simple que explora la relación entre la salud mental y calidad de la relación de pareja, en el cual no se utilizan variables manipuladas (o tratándose de una variable susceptible de manipulación, que no sea posible manipularla por razones éticas o administrativas) ni tampoco asignación aleatoria de los participantes (Ato, et al., 2013).

Instrumentos

La técnica que se manejó fue por medio de encuestas. Los instrumentos que se utilizaron fueron:

Instrumento 1. Escala breve de Salud Mental (MHI-5)

La escala es la versión breve del Inventario de Salud Mental – 36, el cual fue realizado por Ware et al. (1993), para ser aplicado a la población en general, más adelante fue adaptado al español por Rivera- Riquelme et al. (2019) obteniendo así, el inventario de salud mental compuesto por cinco ítems. Posteriormente, Merino- Soto et al. (2019) realizaron un estudio de validación en una población de estudiantes de secundaria peruanos, los autores mencionan que el inventario puede ser aplicado tanto para la población adulta y adolescente.

El inventario contiene cinco ítems lo cuales miden el estado anímico centrado en el bienestar psicológico (ítems 2 y 4) y la ausencia de malestar (ítems 1, 3 y 5), las respuestas son de tipo Likert con cuatro posibles de respuesta donde 0 = nunca, 1= a veces 2= Casi siempre 3= Siempre. Los puntajes de dos de sus ítems deben ser invertidos (2 y 4) antes de calcular el total. Para la calificación se suman todos los ítems, variando de 0 a 15 y los puntajes más altos indican que hay una alta salud mental, es decir si el puntaje es mayor o igual a 4 indica una alta salud mental y si es menor a 4 indica una baja salud mental (Ramos, 2021).

Validez y Confiabilidad. El instrumento fue validado en Perú por Merino- Soto et al. (2019) por la evidencia basada en una estructura unidimensional mediante el análisis confirmatorio, encontrando pesos factoriales que oscilan en cada ítem los cuales son, MHI1= .59, MHI2= .38, MHI3= .78, MHI4= .36, MHI5= .85, los cuales son considerados óptimos. De igual manera se evidenció índices de ajuste del modelo unidimensional (CFI=0,85; TLI=0,71; RMSEA=0,45). Además, en cuanto, a la dimensionalidad estimada por el EGA, los resultados confirman una estructura de dos dimensiones (bienestar psicológica y angustia de malestar). En cuanto a la fiabilidad, se halló una consistencia de alfa de Cronbach de .74

Instrumento 2. Escala de Ajuste Diádico

La escala de ajuste diádico elaborada por Spanier (1976) fue creada en Estados Unidos. Posteriormente, la escala fue validada en el Perú por Gadea (2017), la cual evalúa la calidad de la relación de pareja, la escala tiene cuatro áreas importantes: la primera satisfacción diádica, mide el nivel de satisfacción de la pareja con la relación actual y el grado de compromiso para continuar con la relación; la segunda área es el consenso diádico y hace referencia al grado de acuerdo que existe entre ambos miembros de la pareja acerca de aspectos significativos de la relación; la tercera es la de cohesión diádica, la cual evalúa el nivel de la pareja que implica las

actividades conjuntas de la pareja; la cuarta área es la expresión afectiva, que indica el grado en que la pareja está satisfecha con el afecto que se genera dentro de la relación en sí y con satisfacción de la relación sexual. La escala está compuesta por 32 ítems, 13 evalúan consenso diádico, 10 evalúan satisfacción diádica, 5 evalúan cohesión diádica y 4 miden expresión afectiva. Las alternativas son de tipo Likert, que responden con 6 alternativas, excepto dos que corresponden con 5 puntos y otros dos dicotómicos. En cuanto a la puntuación diferentes autores han sugerido un punto de corte, siendo el 107, ya que es el más utilizado para definir entre una pareja con buen o mal ajuste diádico (Spanier, 1976).

Para Gadea (2017), la puntuación será obtenida con la sumatoria por dimensión obteniendo así: consenso 65 puntos, satisfacción 50 puntos, afecto 12 puntos y cohesión 24 puntos dando un total de 151 puntos; en esta escala se consideran parejas armoniosas, conflictivas e idealizadas, por ello se consideran los siguientes rasgos: conflictivos de 0 a 99 puntos, armoniosos de 100 a 125 puntos y actitudes idealizadas de 126 a 151 puntos.

Validez y confiabilidad. En los estudios de validez, se halló que al correlacionar la escala con RAS (Escala de Valoración de la Relación) se tuvo una correlación significativa, alta y directa ($r = .786$), siendo la correlación más alta la escala de Satisfacción ($r = .748$). De igual manera, al correlacionar la escala con ESM (Escala de Satisfacción Marital) se obtuvo una correlación moderadamente alta ($r = .693$), siendo la correlación más alta de Satisfacción ($r = .631$).

La escala fue validada en Perú por Gadea (2007) la validez fue relacionada con la estructura interna la cual fue reportada por medio de los resultados de un análisis factorial, con una estructura de 4 factores, hallándose un índice de bondad de ajuste $>.90$. Se encontraron correlaciones entre $.21$ y $.80$ en la dimensión consenso, de $.53$ a $.83$ en la satisfacción, de $.46$ a $.81$

en la cohesión y de .68 a .84 en la expresión afectiva. En la fiabilidad del instrumento según Gadea (2017) se utilizó el alfa de Cronbach, la dimensión de consenso es de .935, en la dimensión de satisfacción es de .967, en la dimensión de cohesión es de .093 y en la expresión afectiva es de .847.

Instrumento 3. Ficha Sociodemográfica

Al momento de la aplicación se incluyeron las preguntas sobre la edad, el estado civil de la paciente, el grado de instrucción, la ocupación tanto de la paciente como de la pareja, si tiene hijos, con la finalidad de conocer las características sociodemográficas de la participante. De igual manera, conocer si ha tenido un aborto espontáneo, el tiempo de gestación si tuvo gestaciones anteriormente de igual manera si tiene hijos. Por último, los datos patológicos, si sufre de alguna enfermedad y de ser el caso, especificar cual, y si la paciente tiene hábitos nocivos como consumo de alcohol, tabaco y/o drogas. Las preguntas tienen como objetivo corroborar la información sobre las participantes.

Participantes

El muestreo fue no probabilístico de tipo intencional o por conveniencia, es decir, se tomó la totalidad de mujeres que sufrieron de un aborto espontáneo del área de ginecología del hospital regional Honorio Delgado Espinoza de la ciudad de Arequipa. Se siguieron los siguientes criterios de inclusión: a) mujeres entre los 18 a 45 años, mujeres en el área de ginecología en los hospitales regionales Honorio Delgado Espinoza, b) tener una relación de pareja, no es necesario convivir con la pareja, c) Aceptar ser parte del estudio a través del consentimiento informado, d) mujeres que hayan tenido hasta 22 semanas de gestación. Por otro lado, los criterios de exclusión fueron los siguientes: a) mujeres que tienen un diagnóstico neuropsiquiátrico, b) mujeres que hayan tenido más de 22 semanas de gestación. Finalmente, la

muestra que se considero fue de 70 participantes a partir de los 18 años a más, que fueron atendidas y hospitalizadas en el hospital regional Honorio Delgado Espinoza en el área de ginecología por aborto espontaneo y por último se consideró también que las participantes se encuentren en una relación de pareja.



Tabla 1

Características sociodemográficas de la muestra

| Variable | f | % |
|------------------------------|----|------|
| Edad | | |
| 18 a 24 años | 18 | 25.7 |
| 25 a 30 años | 14 | 20.0 |
| 30 a 35 años | 18 | 25.7 |
| 36 a 40 años | 18 | 25.7 |
| 41 a más años | 2 | 2.9 |
| Estado Civil | | |
| Casada | 11 | 15.7 |
| Conviviente | 37 | 52.9 |
| En una relación | 22 | 31.4 |
| Tiempo de relación | | |
| 1 año o menos | 10 | 14.3 |
| 2 a 5 años | 32 | 45.7 |
| 6 a 10 años | 12 | 17.1 |
| 11 a 15 años | 10 | 14.3 |
| 16 a más | 6 | 8.6 |
| Grado de Instrucción | | |
| Primaria completa | 4 | 5.7 |
| Secundaria | 24 | 34.3 |
| Técnica | 19 | 27.1 |
| Superior | 23 | 32.9 |
| Tiempo de gestación | | |
| 1 a 4 semanas de gestación | 12 | 17.1 |
| 5 a 8 semanas de gestación | 38 | 54.3 |
| 9 a 12 semanas de gestación | 18 | 25.7 |
| 13 a 16 semanas de gestación | 2 | 2.9 |
| ¿Tiene hijos? | | |
| No | 30 | 42.9 |
| Sí | 40 | 57.1 |

En la Tabla 1 se observa las características de la muestra del estudio, con respecto a las edades el 25.7% comprendían las edades de 18 a 24 años, 30 a 35 años y de 36 a 40 años; respecto al estado civil el 52.9% son convivientes; el tiempo de relación fue de 45.7% , es decir las mujeres tenían de 2 a 5 años de relación; en cuanto al grado de instrucción el 34.3% cuenta

con secundaria completa; con respecto al tiempo de gestación el 54.3% tenían gestando de 5 a 8 semanas (2 meses) y el 57.1% no tuvieron hijos.

Procedimiento

Como primera instancia se presentó el proyecto de tesis a la dirección de Escuela Profesional de Psicología de la UCSM para su aprobación y su aplicación. Este proyecto fue revisado por el comité de ética de la Universidad Católica de Santa María, el cual fue aprobado (106-2023), luego se requirió una carta de presentación a la Escuela Profesional de Psicología, misma que se que presentó para solicitar el permiso a las autoridades de la Gerencia Regional de salud y posteriormente al hospital regional Honorio Delgado Espinoza de la ciudad de Arequipa, a fin de su aprobación anexando el proyecto de investigación. Seguidamente, se procedió con la recolección de datos de manera presencial, las participantes no contaron con un tiempo aproximado ya que se tuvo en cuenta que algunas mujeres durante la aplicación podían presentar ataques de estrés, ansiedad o depresión. Para lo cual se contó con un protocolo de contingencia que fue utilizado al momento de la aplicación (Anexo 1). Por otro lado, se consideraron aspectos éticos al entrevistar a las participantes; por lo cual, se utilizó el consentimiento informado (Anexo 2) para que las mujeres puedan acceder a participar en el estudio y garantizar el anonimato en la presente investigación.

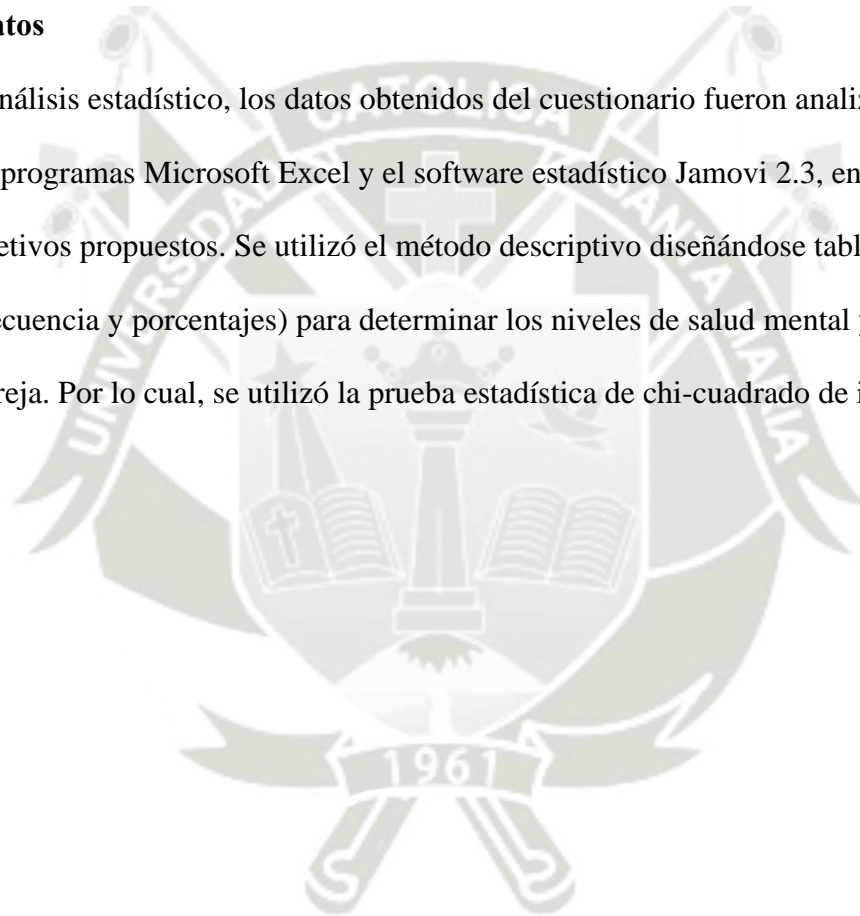
Consideraciones Éticas

Esta investigación se adecua al código de ética propuesto por la American Psychological Association (2017) para la confidencialidad y manejo de datos durante la investigación. Como indica la sección ocho de dicho documento se busca el anonimato de los participantes por tanto se tomó en cuenta el llenado de un consentimiento informado (Anexo 1). Además de contar la aprobación institucional necesaria, para poder seguir los principios de la conducta responsable de investigación e integridad científica. Por lo cual, este proyecto fue revisado y aprobado por el

comité de ética de la Universidad Católica de Santa María (106-2023), debido a que la población y muestra es vulnerable por las situaciones afrontadas y posteriores consecuencias. Se ha considerado contar con un protocolo de contingencia (Anexo 1) para la protección y seguridad de la población, dicho protocolo cuenta con técnicas de relajación y respiración para el abordaje de situaciones de estrés, depresión o ansiedad que pueden presentar las participantes, el protocolo será utilizado al momento de la aplicación de las pruebas psicológicas.

Análisis de datos

En el análisis estadístico, los datos obtenidos del cuestionario fueron analizados, con el soporte de los programas Microsoft Excel y el software estadístico Jamovi 2.3, en función a cada uno de los objetivos propuestos. Se utilizó el método descriptivo diseñándose tablas de frecuencia (frecuencia y porcentajes) para determinar los niveles de salud mental y calidad de la relación de pareja. Por lo cual, se utilizó la prueba estadística de chi-cuadrado de independencia.



Capítulo III

Resultados

Se presentan los resultados de la investigación en el siguiente orden: en primer lugar, se presentan los niveles de salud mental en mujeres que tuvieron un aborto espontáneo; en segundo lugar, como es la calidad de la relación de pareja en mujeres que tuvieron un aborto espontáneo. A partir de la siguientes se analizará los niveles de salud mental según la edad (Tabla 4), tiempo de relación (Tabla 5), hijos (Tabla 6), grado de instrucción (Tabla 7), tiempo de gestación (Tabla 8), aborto espontáneo previo (Tabla 9). Luego se analizará la calidad de la relación de pareja según: la edad (Tabla 10), tiempo de relación (Tabla 11), hijos (Tabla 12), grado de instrucción (Tabla 13), tiempo de gestación (Tabla 14), aborto espontáneo previo (Tabla 15). Por último, se presentará la relación entre salud mental y calidad de la relación de pareja (Tabla 16).

Tabla 2

Niveles de salud mental en mujeres que tuvieron aborto espontáneo en Arequipa.

| Variable | | <i>f</i> | % |
|--------------|-------|----------|-------|
| Salud mental | Bajo | 33 | 47.1 |
| | Alto | 37 | 52.9 |
| | Total | 70 | 100.0 |

En la Tabla 2 se presenta los niveles de salud mental de las participantes, predominando una alta salud mental con un 52.9% de las mujeres. En contraste, con un porcentaje el 47.1% que indica tener un bajo nivel de salud mental. Lo cual indica que un gran porcentaje de participantes presentaron una alta salud mental ante un aborto espontáneo.

Tabla 3

Calidad de la relación de pareja en mujeres que tuvieron aborto espontáneo en Arequipa.

| Variable | | <i>f</i> | % |
|------------------------|--------------|----------|-------|
| Calidad de la relación | Conflictivos | 60 | 85.7 |
| | Armoniosos | 10 | 14.3 |
| | Idealizadas | 0 | 0.0 |
| Total | | 70 | 100.0 |

En la Tabla 3 se muestra la calidad de la relación de pareja en pacientes que tuvieron un aborto espontáneo, el 85.7% de las mujeres describe la relación de pareja como conflictiva, mientras que el 14.3% de la participante evidencia una relación armoniosa y no se encontró relaciones idealizadas en la muestra. Lo cual indica que una mayoría de parejas en la muestra tiene una relación conflictiva, la cual experimenta desafíos o tensiones en su relación, lo que puede tener implicaciones en la satisfacción general y el bienestar emocional de las mujeres.

Tabla 4

Niveles de salud mental en mujeres que tuvieron aborto espontáneo según la edad

| Edad | Salud Mental | | | | Total | |
|---------------|--------------|-------|----------|-------|----------|-------|
| | Bajo | | Alto | | | |
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| 18 a 24 años | 10 | 30.3 | 8 | 21.6 | 18 | 25.7 |
| 25 a 30 años | 5 | 15.2 | 9 | 24.3 | 14 | 20.0 |
| 30 a 35 años | 9 | 27.3 | 9 | 24.3 | 18 | 25.7 |
| 36 a 40 años | 8 | 24.2 | 10 | 27.0 | 18 | 25.7 |
| 41 a más años | 1 | 3.0 | 1 | 2.7 | 2 | 2.9 |
| Total | 33 | 100.0 | 37 | 100.0 | 70 | 100.0 |

$$\chi^2 = (1.36) p = (.851).$$

En la Tabla 4 se presenta los niveles de salud mental según la edad de las participantes, se aprecia que el 30.3% de mujeres evaluadas presentan una baja salud mental las cuales tienen la edad de 18 a 24 años, el 27.3% de mujeres tienen edades de 30 a 35 años, el 24.2% de 36 a 40 años y el 15.2% de 25 a 30 años las cuales presentan baja salud mental; mientras que las mujeres evaluadas que presentan alta salud mental son mujeres de 36 a 40 años siendo el 27.0%, seguido de mujeres 25 a 35 años con el 24.3% y el 21.6% son mujeres de 18 a 24 años. Mientras que las mujeres de 41 a más años presentan el 3.0% y 2.7% en ambos niveles de salud mental.

Así mismo, se aplicó una prueba de asociación mediante el estadístico chi-cuadrado de independencia para conocer la asociación entre salud mental y la edad de las mujeres que tuvieron un aborto espontáneo, determinando que no existe una asociación entre la salud mental y la edad de las mujeres, $\chi^2 (4,70) = (1.36) p = (.851)$.

Tabla 5

Niveles de salud mental en mujeres que tuvieron aborto espontáneo según el tiempo de relación.

| Tiempo de relación | Salud Mental | | | | | |
|--------------------|--------------|-------|----------|-------|----------|-------|
| | Bajo | | Alto | | Total | |
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| 1 año o menos | 3 | 9.1 | 7 | 18.9 | 10 | 14.3 |
| 2 a 5 años | 15 | 45.5 | 17 | 45.9 | 32 | 45.7 |
| 6 a 10 años | 4 | 12.1 | 8 | 21.6 | 12 | 17.1 |
| 11 a 15 años | 6 | 18.2 | 4 | 10.8 | 10 | 14.3 |
| 16 a más | 5 | 15.2 | 1 | 2.7 | 6 | 8.6 |
| Total | 33 | 100.0 | 37 | 100.0 | 70 | 100.0 |

$$\chi^2 = (5.92) p = (.206)$$

En la Tabla 5 se presenta los niveles de salud mental según el tiempo de relación de las participantes, se aprecia que las mujeres con alta salud mental son el 45.9% las cuales tienen una relación de 2 a 5 años, seguido del 21.6% que tienen un relación de 6 a 10 años, el 18.9% tiene una relación de 1 año o menos, el 10.8% tiene una relación de 11 a 15 años y el 2.7% tiene una relación de 16 años a más; sin embargo, las mujeres que presentan una baja salud mental, el 45.5% tienen una relación de 2 a 5 años, seguido del 18.2% que tienen una relación de 11 a 15 años, seguidamente del 15.2% tiene una relación de 16 años a más, el 12.1% tiene una relación de 6 a 10 años y el 9.1% que tiene una relación de 1 años o menos.

De igual manera, se aplicó una prueba de asociación mediante el estadístico chi-cuadrado de independencia para conocer la asociación entre salud mental y el tiempo de relación de las mujeres que tuvieron un aborto espontáneo, determinando que no existe una asociación entre la salud mental y el tiempo de relación, $\chi^2 (4,70) = (5.92) p = (.206)$.

Tabla 6

Niveles de salud mental en mujeres que tuvieron aborto espontáneo según si tiene hijos o no.

| ¿Tiene hijos? | Salud Mental | | | | | |
|---------------|--------------|-------|----------|-------|----------|-------|
| | Bajo | | Alto | | Total | |
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| No | 14 | 42.4 | 16 | 43.2 | 30 | 42.9 |
| Sí | 19 | 57.6 | 21 | 56.8 | 40 | 57.1 |
| Total | 33 | 100.0 | 37 | 100.0 | 70 | 100.0 |

$$\chi^2 = (0.005) p = (.945)$$

En la Tabla 6 se presenta los niveles de salud mental según si la participante tiene hijos o no, podemos notar que las mujeres con alta salud mental que tienen hijos son del 56.8%, mientras que las que no tienen hijos es del 43.2%. Por otro lado, las mujeres con baja salud mental que tienen hijos son del 57.6%, mientras que las mujeres que no tienen hijos son del 42.4%. Lo cual indica que la salud mental no se ve afectada si la paciente tiene hijos o no.

Se aplicó una prueba de asociación mediante el estadístico chi-cuadrado de independencia para conocer la asociación entre salud mental y si la mujer tenía hijos o no, determinando que no existe una asociación entre la salud mental y los hijos $\chi^2 (1,70) = (0.005) p = (.945)$.

Tabla 7

Niveles de salud mental en mujeres que tuvieron aborto espontáneo según el grado de instrucción.

| Grado de instrucción | Salud Mental | | | | Total | |
|----------------------|--------------|-------|----------|-------|----------|-------|
| | Bajo | | Alto | | | |
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| Primaria | 1 | 3.0 | 3 | 8.1 | 4 | 5.7 |
| Secundaria | 13 | 39.4 | 11 | 29.7 | 24 | 34.3 |
| Técnica | 9 | 27.3 | 10 | 27.0 | 19 | 27.1 |
| Superior | 10 | 30.3 | 13 | 35.1 | 23 | 32.9 |
| Total | 33 | 100.0 | 37 | 100.0 | 70 | 100.0 |

$$\chi^2 = (1.39) p = (.709)$$

En la Tabla 7, se presenta los niveles de salud mental según el grado de instrucción de las participantes, el 35.1% son mujeres con educación superior con alta salud mental, el 30.3% son mujeres con baja salud mental, seguidas el 27.3% con baja salud mental y el 27.0% con educación técnica, y el 29.7% con educación secundaria presentan alta salud mental y el 39.4% con educación técnica.

Se realizó una prueba de asociación mediante el estadístico chi-cuadrado de independencia para conocer la asociación entre salud mental y el grado de instrucción de las mujeres que tuvieron un aborto espontáneo, determinando que no existe una asociación entre la salud mental y el grado de instrucción, $\chi^2(3,70) = (1.39) p = (.709)$.

Tabla 8

Niveles de salud mental en mujeres que tuvieron aborto espontáneo según el tiempo de gestación.

| Tiempo de gestación | Salud mental | | | | | |
|------------------------------|--------------|-------|----------|-------|----------|-------|
| | Bajo | | Alto | | Total | |
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| 1 a 4 semanas de gestación | 7 | 21.2 | 5 | 13.5 | 12 | 17.1 |
| 5 a 8 semanas de gestación | 20 | 60.6 | 18 | 48.6 | 38 | 54.3 |
| 9 a 12 semanas de gestación | 6 | 18.2 | 12 | 32.4 | 18 | 25.7 |
| 13 a 16 semanas de gestación | 0 | 0.0 | 2 | 5.4 | 2 | 2.9 |
| Total | 33 | 100.0 | 37 | 100.0 | 70 | 100.0 |

$$\chi^2 = (4.22) \quad p = (.238)$$

En la Tabla 8, se presenta los niveles de salud mental según el tiempo de gestación de las participantes; el 60.6% son mujeres con baja salud que tuvieron un tiempo de gestación de 5 a 8 semanas (2 meses), mientras que el 48.6% son mujeres con alta salud mental con un tiempo de gestación de 5 a 8 semanas, seguido del 32.4% de mujeres con alta salud mental con 9 a 12 semanas de gestación (3 meses), el 13.5% son mujeres con 1 a 4 semanas de gestación (1 mes) y el 5.4% de 13 a 16 semanas de gestación (4 meses). Las mujeres con baja salud mental el 21.2% tenían un tiempo de gestación de 1 a 4 semanas (1 mes) y el 18.2% presentaban un tiempo de gestación de 9 a 12 semanas (3 meses). Lo que indica que las mujeres con gestación de 5 a 8 semanas tienen baja salud mental, pero de igual manera, una alta salud mental.

De igual manera, se realizó una prueba de asociación mediante el estadístico chi-cuadrado de independencia para conocer la asociación entre salud mental y el tiempo de gestación de las mujeres que tuvieron un aborto espontáneo, determinando que no existe una asociación entre la salud mental y el tiempo de gestación, $\chi^2 (3,70) = (4.22) \quad p = (.238)$.

Tabla 9

Niveles de salud mental en mujeres que tuvieron aborto espontáneo y la presencia de un aborto espontáneo previo

| ¿Tuvo antes un aborto espontáneo? | Salud Mental | | | | Total | |
|-----------------------------------|--------------|-------|----------|-------|----------|-------|
| | Bajo | | Alto | | | |
| | <i>F</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| No | 16 | 48.5 | 26 | 70.3 | 42 | 60.0 |
| Sí | 17 | 51.5 | 11 | 29.7 | 28 | 40.0 |
| Total | 33 | 100.0 | 37 | 100.0 | 70 | 100.0 |

$$\chi^2 = (3.45) p = (.063)$$

En la Tabla 9 se presenta los niveles de salud mental y la presencia de un aborto espontáneo previo, donde podemos observar que el 70.3% de las mujeres que tienen un alto nivel de salud mental no tuvo un aborto espontáneo previo; mientras que el 51.5% tienen una baja salud mental, si tuvieron con anterioridad un aborto espontáneo.

Se realizó una prueba de asociación mediante el estadístico chi-cuadrado de independencia para conocer la asociación entre salud mental y si había tenido un aborto espontáneo previo, determinando que no existe una asociación entre la salud mental y un aborto previo, $\chi^2 (1,70) = (3.45) p = (.063)$.

Tabla 10

Calidad de relación en mujeres que tuvieron aborto espontáneo según su edad

| Edad | Calidad de la relación | | | | | |
|---------------|------------------------|-------|------------|-------|----------|-------|
| | Conflictivos | | Armoniosos | | Total | |
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| 18 a 24 años | 9 | 20.9 | 9 | 33.3 | 18 | 25.7 |
| 25 a 30 años | 9 | 20.9 | 5 | 18.5 | 14 | 20.0 |
| 30 a 35 años | 11 | 25.6 | 7 | 25.9 | 18 | 25.7 |
| 36 a 40 años | 12 | 27.9 | 6 | 22.2 | 18 | 25.7 |
| 41 a más años | 2 | 4.7 | 0 | 0.0 | 2 | 2.9 |
| Total | 43 | 100.0 | 27 | 100.0 | 70 | 100.0 |

$$\chi^2 = (2.51) p = (.644)$$

La Tabla 10 se presenta la calidad de la relación de pareja según la edad de las participantes, podemos observar que las mujeres con una relación conflictiva tienen la edad de 36 a 40 años siendo el 27.9%, el 25.6% tienen edad de 30 a 35 años, el 20.9% tienen la edad de 18 a 24 años y 25 a 30 años y el 4.7% tienen de 41 a más años. Por otro lado, las relaciones armoniosas el 33.3% tienen edades de 18 a 24 años, el 25.9% de 30 a 35 años de edad, el 22.2% de 36 a 40 de edad y el 25.9% tienen edades de 30 a 35 años.

Se aplicó una prueba de asociación mediante el estadístico chi-cuadrado de independencia para conocer la asociación entre la calidad de la relación y la edad de las mujeres que tuvieron un aborto espontáneo, determinando que no existe una asociación entre la calidad de la relación de pareja y la edad de las mujeres, $\chi^2(4,70) = (2.51) p = (.644)$.

Tabla 11

Calidad de relación en mujeres que tuvieron un aborto espontáneo según el tiempo de relación.

| Tiempo de relación | Calidad de la relación | | | | | |
|--------------------|------------------------|-------|------------|-------|----------|-------|
| | Conflictivos | | Armoniosos | | Total | |
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| 1 año o menos | 6 | 14.0 | 4 | 14.8 | 10 | 14.3 |
| 2 a 5 años | 19 | 44.2 | 13 | 48.1 | 32 | 45.7 |
| 6 a 10 años | 7 | 16.3 | 5 | 18.5 | 12 | 17.1 |
| 11 a 15 años | 8 | 18.6 | 2 | 7.4 | 10 | 14.3 |
| 16 a más | 3 | 7.0 | 3 | 11.1 | 6 | 8.6 |
| Total | 43 | 100.0 | 27 | 100.0 | 70 | 100.0 |

$$\chi^2 = (1.90) p = (.754)$$

En la Tabla 11 se presenta la calidad de relación según el tiempo de relación que tienen las pacientes, podemos observar que el 44.2% presenta una relación conflictiva en los 2 a 5 años de relación y el 48.1% presenta una relación armoniosa en los 2 a 5 años de relación; en cuanto a las relaciones conflictivas el 18.6% tiene una relación de 11 a 15 años, el 16.3% tiene una relación de 6 a 10 años, el 14.0% tiene un año o menos y el 7.0% tiene una relación de 16 años a más. Mientras que las relaciones armoniosas el 18.5% tienen una relación 6 a 10 años, y el 14.8% tiene un año o menos, el 11.1% tiene una relación de 16 a más años y el 7.4% tienen 11 a 5 años de relación.

Se realizó una prueba de asociación mediante el estadístico chi-cuadrado de independencia para conocer la asociación entre la calidad de la relación y el tiempo de relación de las mujeres que tuvieron un aborto espontáneo, determinando que no existe una asociación entre la calidad de la relación y el tiempo de relación, $\chi^2(4,70) = (1.90) p = (.754)$.

Tabla 12

Calidad de relación en mujeres que tuvieron aborto espontáneo según los hijos

| ¿Tiene hijos? | Calidad de la relación | | | | Total | |
|---------------|------------------------|-------|------------|-------|----------|-------|
| | Conflictivos | | Armoniosos | | | |
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| No | 17 | 39.5 | 13 | 48.1 | 30 | 42.9 |
| Sí | 26 | 60.5 | 14 | 51.9 | 40 | 57.1 |
| Total | 43 | 100.0 | 27 | 100.0 | 70 | 100.0 |

$$\chi^2 = (0.502) \quad p = (.478)$$

En la Tabla 12 se presenta la calidad de relación según los hijos de la participante, se observa que 60.5% de mujeres presenta una relación conflictiva en la que, si tiene hijos, mientras que el 39.5% no tiene hijos; mientras que las parejas armoniosas, el 51.9% si tienen hijos, mientras que el 48.1% no tiene hijos. Indicando que las parejas conflictivas si tienen hijos, de igual manera las parejas armoniosas.

De igual manera, se aplicó una prueba de asociación mediante el estadístico chi-cuadrado de independencia para conocer la asociación entre la calidad de la relación y si las mujeres tienen hijos o no, determinando que no existe una asociación entre la calidad de la relación y los hijos, $\chi^2 (1,70) = (0.502) \quad p = (.478)$.

Tabla 13

Calidad de relación en mujeres que tuvieron aborto espontáneo según el grado de instrucción

| Grado de Instrucción | Calidad de la relación | | | | Total | |
|----------------------|------------------------|-------|------------|-------|----------|-------|
| | Conflictivos | | Armoniosos | | | |
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| Primaria | 4 | 9.3 | 0 | 0.0 | 4 | 5.7 |
| Secundaria | 17 | 39.5 | 7 | 25.9 | 24 | 34.3 |
| Superior | 13 | 30.2 | 10 | 37.0 | 23 | 32.9 |
| Técnica | 9 | 20.9 | 10 | 37.0 | 19 | 27.1 |
| Total | 43 | 100.0 | 27 | 100.0 | 70 | 100.0 |

$$\chi^2 = (5.23) p = (.156).$$

En la Tabla 13 presentamos la calidad de la relación según el grado de instrucción de las participantes, podemos observar que el 39.5% tiene un grado de instrucción secundaria la cual presenta una relación conflictiva, el 30.2% tiene educación superior, el 20.9% tiene educación técnica y el 9.3% tiene educación primaria y relación conflictiva; el 37.0% son de educación superior y técnico la cual tienen una relación armoniosa y el 25.9% tiene educación secundaria.

Se aplicó una prueba de asociación mediante el estadístico chi-cuadrado de independencia para conocer la asociación entre la calidad de la relación y el grado de instrucción de las mujeres que tuvieron un aborto espontáneo, determinando que no existe una asociación entre la calidad de la relación y el grado de instrucción, $\chi^2 (3,70) = (5.23) p = (.156)$.

Tabla 14

Calidad de relación en mujeres que tuvieron aborto espontáneo según el tiempo de gestación

| Tiempo de gestación | Calidad de relación | | | | | |
|------------------------------|---------------------|-------|------------|-------|----------|-------|
| | Conflictivos | | Armoniosos | | Total | |
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| 1 a 4 semanas de gestación | 7 | 16.3 | 5 | 18.5 | 12 | 17.1 |
| 5 a 8 semanas de gestación | 24 | 55.8 | 14 | 51.9 | 38 | 54.3 |
| 9 a 12 semanas de gestación | 12 | 27.9 | 6 | 22.2 | 18 | 25.7 |
| 13 a 16 semanas de gestación | 0 | 0.0 | 2 | 7.4 | 2 | 2.9 |
| Total | 43 | 100.0 | 27 | 100.0 | 70 | 100.0 |

$$\chi^2 = (3.49) \quad p = (.322).$$

En la Tabla 14 presentamos la calidad de la relación según el tiempo de gestación de la participante, podemos observar que el 55.8% tienen una relación conflictiva y tenían 5 a 8 semanas de gestación (2 meses), el 51.9% tenían 5 a 8 semanas de gestación (2 meses) y una relación armoniosa, el 27.9% tiene una relación conflictiva de 9 a 12 semanas de gestación (3 meses), el 16.3% tiene una relación conflictiva y tenían 1 a 4 semanas de gestación (1 mes); el 22.2% son parejas armoniosas que tenían 9 a 12 semanas de gestación (3 meses), el 18.5% tenía 1 a 4 semanas de gestación (1 mes) y el 7.4% tenía 13 a 16 meses de gestación (4 meses). De esta forma, se puede notar que tanto las relaciones conflictivas y armoniosas se dan a los 2 meses.

Se realizó una prueba de asociación mediante el estadístico chi-cuadrado de independencia para conocer la asociación entre la calidad de la relación y el tiempo de gestación de las mujeres, determinando que no existe una asociación entre la calidad de la relación y el tiempo de gestación, $\chi^2 (3,70) = (3.49) \quad p = (.322)$.

Tabla 15

Calidad de relación en mujeres que tuvieron aborto espontáneo y la presencia de un aborto espontáneo previo

| ¿Tuvo antes un aborto espontáneo? | Calidad de la relación | | | | Total | |
|-----------------------------------|------------------------|------|------------|------|----------|-------|
| | Conflictivos | | Armoniosos | | | |
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| No | 21 | 48.8 | 21 | 77.8 | 42 | 60.0 |
| Sí | 22 | 52.1 | 6 | 22.2 | 28 | 40.0 |
| Total | 43 | 61.4 | 27 | 38.6 | 70 | 100.0 |

$$\chi^2 = (5.79) p = (.016).$$

En la Tabla 15 se presenta la calidad de la relación y la presencia de un aborto previo en las participantes, podemos notar que el 52.1% tuvo un aborto espontáneo tiene una relación conflictiva, el 77.8% de las mujeres no tuvieron un aborto espontáneo tienen una relación armoniosa y el 22.2% si tiene un aborto espontáneo y tienen una relación armoniosa.

Se realizó una prueba de asociación mediante el estadístico chi-cuadrado de independencia para conocer la asociación entre la calidad de la relación y si las mujeres tuvieron un aborto previo, determinando que, si existe una asociación entre la calidad de la relación de pareja y un aborto previo, $\chi^2 (1,70) = (5.79) p = (.016)$.

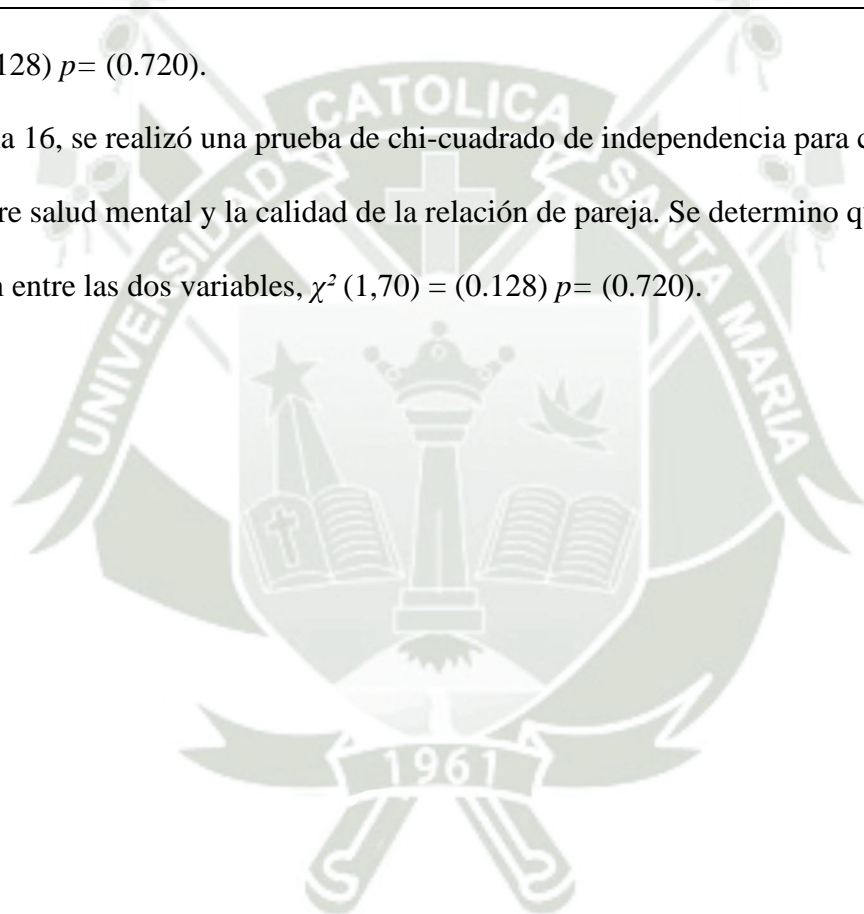
Tabla 16

Salud mental y calidad de la relación de pareja en mujeres que tuvieron un aborto espontáneo

| Calidad de relación | Salud Mental | | | | Total | |
|---------------------|--------------|-------|----------|-------|----------|-------|
| | Bajo | | Alto | | | |
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| Armonioso | 12 | 36.4 | 15 | 40.5 | 27 | 38.6 |
| Conflictivo | 21 | 63.6 | 22 | 59.5 | 43 | 61.4 |
| Total | 33 | 100.0 | 37 | 100.0 | 70 | 100.0 |

$\chi^2 = (0.128) p = (0.720)$.

En tabla 16, se realizó una prueba de chi-cuadrado de independencia para conocer la asociación entre salud mental y la calidad de la relación de pareja. Se determinó que no existe una asociación entre las dos variables, $\chi^2 (1,70) = (0.128) p = (0.720)$.



Discusión

El presente estudio tuvo como finalidad encontrar una asociación entre la salud mental y calidad de la relación de pareja en mujeres que tuvieron un aborto espontáneo, para ello, se plantearon cuatro objetivos, mismos que fueron alcanzados satisfactoriamente; de igual manera, la comprobación de la hipótesis fue contrastada haciendo uso del estadístico Chi cuadrado.

En relación con el objetivo general, determinar la asociación entre salud mental y la calidad de la relación de pareja en mujeres que tuvieron un aborto espontáneo, se concluyó que no hay una asociación entre las variables de salud mental y calidad de relación de pareja. Por lo que, el resultado se apoya en Steinberg y Russo (2008) que establece que las mujeres que habían tenido algún tipo de aborto no presentaban trastornos y no tenían incidencia de ansiedad. De igual manera, la American Psychological Association (2018) menciona que en algunas mujeres se detectó situaciones de tristeza, soledad y pena, pero no encontraron una asociación directa entre problemas de salud mental y aborto. Por lo que, podemos mencionar que no hay una afectación psicológica en una mujer que ha tenido un aborto espontáneo.

En cuanto a nuestro primer objetivo específico, describir la salud mental en mujeres que tuvieron un aborto espontáneo, DeMontigny et al. (2020) mencionaron que las mujeres que han tenido un aborto han presentado síntomas depresivos, generándose con esto problemas de salud mental; sin embargo, los resultados encontrados en la presente investigación afirman que de las 70 participantes, en su mayoría, presentan una salud mental alta (52.9%), pero el (47.1%) de ellas presenta una salud mental baja, demostrándose con ello que en efecto, las mujeres que presentan algún tipo de aborto si podrían presentar una baja salud mental. Al respecto, Saldaña (2020) concluyó en su estudio que las mujeres que han tenido un aborto presentan mayores consecuencias físicas que psicológicas, puesto que las últimas resultan moderadas.

Si bien es cierto, se ha encontrado que el 52.9% de mujeres encuestadas presentan buena salud mental, este resultado puede relacionarse a que varias mujeres referían tener un sentimiento de alivio, mismo que se ha relacionado a diversos factores, entre ellos: una malformación en el feto, que pensaban más adelante no poder sobrellevar; un número considerable de hijos, por lo que tenían la certeza de no poder mantener a más y verse frustrados los planes que podrían tener; o, haberse enterado recientemente de su embarazo y aborto al mismo tiempo, lo cual les hizo sentir que no están preparadas.

De acuerdo con el segundo objetivo específico, describir los niveles de la calidad de relación de pareja en mujeres que tuvieron un aborto espontáneo, Mangialavori et al. (2021) refieren que existe estrés, depresión y angustia prenatal especialmente en los futuros nuevos padres quienes realizan planes a futuro y presentan altas expectativas con respecto al nuevo integrante de la familia. En ese sentido, se afirma que después de que una mujer presenta una pérdida, la salud mental de la misma se ve comprometida, por lo que se hace necesario poseer factores protectores (pareja) que puedan ayudar a reducir los efectos negativos del aborto; sin embargo, muchas veces esto no ocurre así, puesto que tras una interrupción las personas carecen de madurez y comprensión para poder afrontar la situación. Al respecto, esta investigación da como resultado de que la mayoría de las mujeres refleja una calidad de relación de pareja conflictiva.

Continuando con el tercer objetivo específico, analizar los niveles de salud mental con la edad, el tiempo de relación, tenencia de hijos, grado de instrucción, tiempo de gestación y aborto espontáneo previo, se procederá a describir cada una de ellas.

En primer lugar, en cuanto a la edad, Cabeza et al. (2017) refieren en su estudio, que las mujeres que tuvieron un aborto antes de los 25 años presentaron síntomas de depresión. En ese

sentido, en la Tabla 4, de nuestra investigación se vio que las mujeres con mayor predisposición a tener una baja salud mental tienen una edad de entre 18 a 24 años. Sin embargo, en nuestro estudio, se concluyó que no existe una asociación entre la salud mental de las mujeres que han tenido una pérdida fetal y la edad.

Seguidamente, sobre el tiempo de relación en pareja, no se ha encontrado estudios al respecto. Sin embargo, en la presente investigación se concluyó que no hay un tiempo exacto en la relación de pareja que influya en la salud mental de una mujer que ha tenido un aborto, por lo que no hay asociación entre el tiempo de relación y la salud mental. De igual manera ocurre con la tenencia de hijos, puesto que no se ha encontrado investigaciones que puedan contradecir o apoyar nuestra postura. Sin embargo, en nuestra investigación, no se ha encontrado asociación entre ellas, no obstante, en la Tabla 6 de nuestra investigación, se pudo evidenciar que las mujeres que han tenido un aborto y tienen hijos presentan una mejor salud mental en comparación de las que no los tienen, teniendo en cuenta que la presencia de hijos puede ser un factor protector para las mismas.

Continuando, respecto al grado de instrucción, no se ha encontrado asociación con la salud mental; aun así, en la Tabla 7 de nuestro estudio, se puede apreciar que hay un mayor porcentaje de baja salud mental en mujeres que tienen educación secundaria mientras que aquellas que tienen educación superior presentan alta salud mental. Sobre lo anteriormente mencionado, Guerra (2018) indica que, si hay una relación entre el grado de instrucción y la salud mental, teniendo la mayoría de las mujeres un grado de secundaria una baja salud mental.

Luego, con respecto al tiempo de gestación, Cisneros et al. (2022) refieren que durante el primer trimestre; es decir, entre 1 a 12 semanas de gestación suelen ocurrir cambios hormonales lo cual provoca ansiedad debido a diversos factores los cuales están ligados a la depresión. Sin

embargo, en el estudio no se presentó una asociación entre el tiempo de gestación y la salud mental, ya que las mujeres que tuvieron de 5 a 8 semanas presentaban una alta salud mental en comparación con aquellas que tuvieron 9 a 12 semanas quienes tuvieron una baja salud mental.

Para terminar, en cuanto al aborto espontáneo previo, no se ha encontrado asociación entre este y salud mental. Al respecto la American Psychological Association (2018) menciona que no existe afectación en la salud mental de las mujeres que han tenido un aborto, esto puede deberse a diversos factores, como: un embarazo no planificado, o que el feto presente deformaciones o algún tipo de trastorno, tara, enfermedad que sea imposible o difícil de tratar y conllevaría al sufrimiento tanto de la mujer como el del feto si llegara a nacer.

Con respecto al cuarto objetivo específico, analizar la calidad de la relación de pareja con la edad, el tiempo de relación, tenencia de hijos, grado de instrucción, tiempo de gestación y aborto espontáneo previo, se procederá a describir cada una de ellas.

Comenzando, en cuanto a la edad y la calidad de la relación de pareja, no se encontró una asociación entre ellas; sin embargo, nuestra investigación arrojó que las mujeres de entre 36 a 40 años presentaban un relación conflictiva con su pareja en comparación a aquellas cuya edad oscilaba entre los 18 y 24 años; asimismo, se puede apreciar que pueden existir diversos factores que propician el que las relaciones de pareja se tornen cada vez más conflictivas, incluso con el tiempo, considerando de que en nuestro estudio las mujeres de entre 36 a 40 años llevan más tiempo con su pareja; de igual manera, de las mujeres entrevistadas se evidencia que cuando existe un aborto espontáneo de por medio se pueden tornar aún más conflictivas.

Siguiendo, con el tiempo de relación y la calidad de la relación de pareja, en nuestro estudio las parejas tanto conflictivas como armoniosas presentaban un tiempo de relación de entre 2 a 5 años; por lo que, no se encontró una asociación entre ambas. Sin embargo, Pineda

(2019) menciona que las parejas que tienen más de 33 meses presentan una mejor relación de pareja. De igual forma, Gold (2010), con respecto al tiempo de relación, menciona que las parejas se pueden unir después de una pérdida, pero para lograr esa unión tiene que brindarse, entre las dos partes, atención y cuidado en el duelo; por el contrario, si una pareja presenta dificultades antes de la pérdida puede ser un factor estresante en la relación.

A continuación, sobre la tenencia de hijos y la calidad de la relación de pareja, en el presente estudio no se encontró una asociación entre ambas. No obstante, se pudo ver que un mayor porcentaje de parejas que tenían hijos tenían una relación conflictiva; por lo cual podemos decir que puede haber una afectación en la calidad de la relación de pareja por no llegar a un acuerdo mutuo respecto a los roles del hogar, la crianza de los hijos o problemas económicos. Esta perspectiva se apoya en Blanca (2019) que menciona que la paternidad influye en la pareja, ya que se presentan cambios de manera afectiva como psicológica, disminuyendo algunas actividades recreativas en pareja que solían hacer y cambios en la vida cotidiana, por lo que se ve afectado el sistema familiar.

Siguiendo, respecto al grado de instrucción y la calidad de la relación de pareja, no se ha encontrado una asociación entre las dos. En ese sentido, Navarro (1988) en su estudio menciona que no se encontró una relación entre el grado de instrucción con la conflictividad conyugal. Por el contrario, Pineda (2019) señala que la violencia se vincula con un grado de instrucción menor, por lo que las mujeres que tienen menor acceso a educación superior tienen mayores posibilidades de ser víctimas de violencia. En ese sentido, nuestra investigación arrojó que un mayor porcentaje de parejas conflictivas, poseen un grado de instrucción de secundaria completa, lo que puede desprenderse de la Tabla 13.

Posteriormente, sobre el tiempo de gestación y la calidad de la relación de pareja, Cisneros et al. (2022) mencionan que durante el primer trimestre, entre 1 a 12 semanas de gestación, suelen ocurrir cambios hormonales en la mujer, lo que le provoca ansiedad y/o depresión; también, una mala comunicación, el rechazo al embarazo tanto de la mujer como del hombre pueden afectar en la relación de pareja; pese a lo mencionado, en la Tabla 14 se puede apreciar que las relaciones conflictivas y armoniosas se presentan en mayor porcentaje entre las 5 a 8 semanas de gestación; por lo que no existe una asociación entre ambas, ya que durante la pérdida de un feto, puede existir un apoyo o no en la pareja.

Antes de finalizar, en cuanto a la calidad de la relación de pareja y el aborto espontáneo previo, se encontró una asociación entre ambas, se evidenció mayor porcentaje en parejas que tienen una relación conflictiva después de un aborto, esto puede deberse por diferentes factores ya mencionados, tales como la comunicación, el manejo del tiempo o la resolución de conflictos entre ambas partes. Al respecto DeMontigny (2020) refiere que la relación de pareja se ve afectada por un aborto, lo cual puede conducir a una separación o divorcio.

Por último, nuestros resultados indicaron que no existe una asociación entre salud mental y calidad de la relación de pareja en mujeres que tuvieron un aborto espontáneo, lo cual indica que la salud mental no afecta en la calidad de la relación de pareja; sin embargo, se evidenció que las mujeres al tener un aborto espontáneo presentaban una alta salud mental; esto puede deberse a que algunas mujeres de nuestro estudio no presentaron síntomas de depresión o ansiedad después de un aborto, pero no quiere decir que no estén pasando por una situación difícil. También se evidenció una relación conflictiva entre la pareja luego de un aborto, pudo haberse dado por diversos factores tales como la falta de comunicación, la mala resolución de conflictos, el inadecuado manejo del tiempo. A pesar de eso, no hay relación entre las dos variables, esto

también puede deberse a la cantidad de la muestra, ya que los resultados pueden variar con una muestra más grande y quizá se puede tener mejores resultados.

Conclusiones

Primera. De acuerdo con la hipótesis y el objetivo general propuesto, se concluye que no existe una asociación entre la salud mental y la calidad de la relación de pareja en mujeres que tuvieron un aborto espontáneo.

Segunda. Según los niveles de salud mental evaluados en las mujeres que tuvieron un aborto espontáneo, se concluye que existen niveles altos de salud mental.

Tercera. La calidad de la relación de pareja en las mujeres que tuvieron un aborto espontáneo concluyó que la mayoría de las mujeres presenta una relación conflictiva.

Cuarta. Al analizar los niveles de salud mental de las mujeres que tuvieron un aborto espontáneo según la edad, el tiempo de relación, hijos, grado de instrucción, tiempo de gestación y aborto espontáneo previo, se concluye que no hay asociación entre ellas y la salud mental.

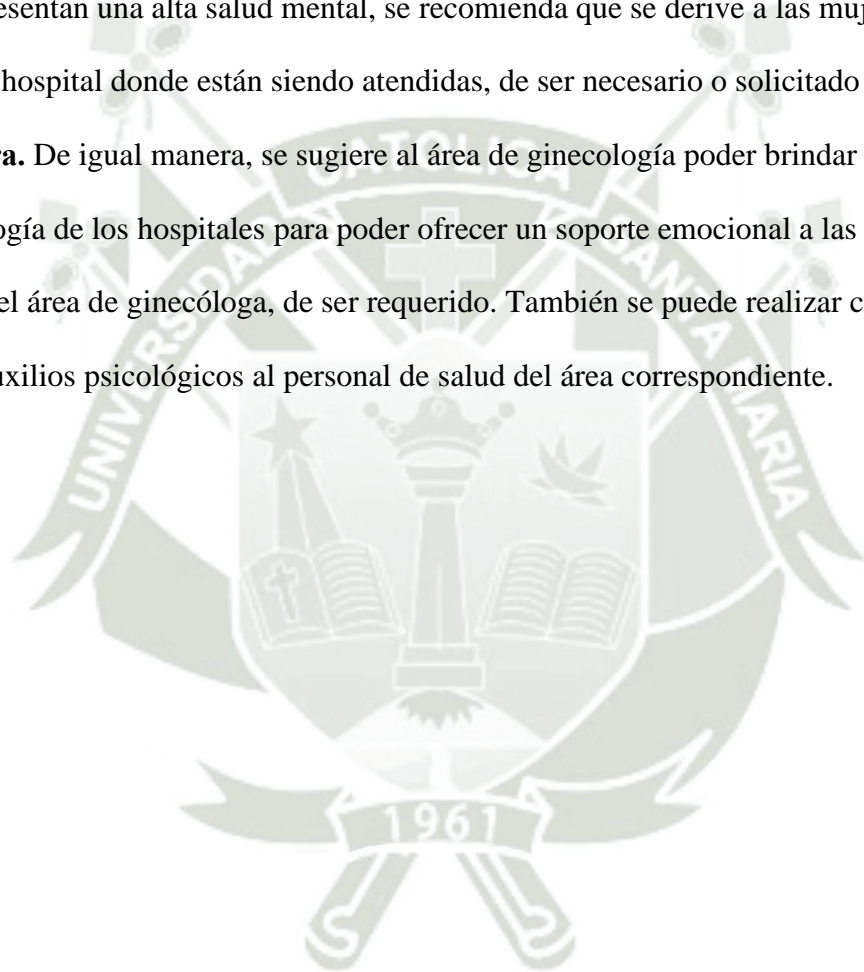
Quinta. Al analizar la calidad de relación de pareja en mujeres que tuvieron un aborto espontáneo según la edad, tiempo de relación, hijos, grado de instrucción y tiempo de gestación, se concluye que no existe una asociación entre ellas y la calidad de la relación de pareja. Por otro lado, si se encontró asociación entre la calidad de la relación de pareja con un aborto espontáneo previo, es decir, que las mujeres que tuvieron un aborto previo tienden a tener una relación conflictiva con su pareja.

Recomendaciones

Primera. Se aconseja que, para futuros estudios, se tengan en cuenta seguir esta línea de investigación, centrado en la población de la presente tesis, tomando en cuenta otros factores, ya que no se cuenta con muchas investigaciones a nivel nacional.

Segunda. A pesar de que se observó de que las mujeres que tuvieron un aborto espontáneo presentan una alta salud mental, se recomienda que se derive a las mujeres al área de psicología del hospital donde están siendo atendidas, de ser necesario o solicitado por la paciente

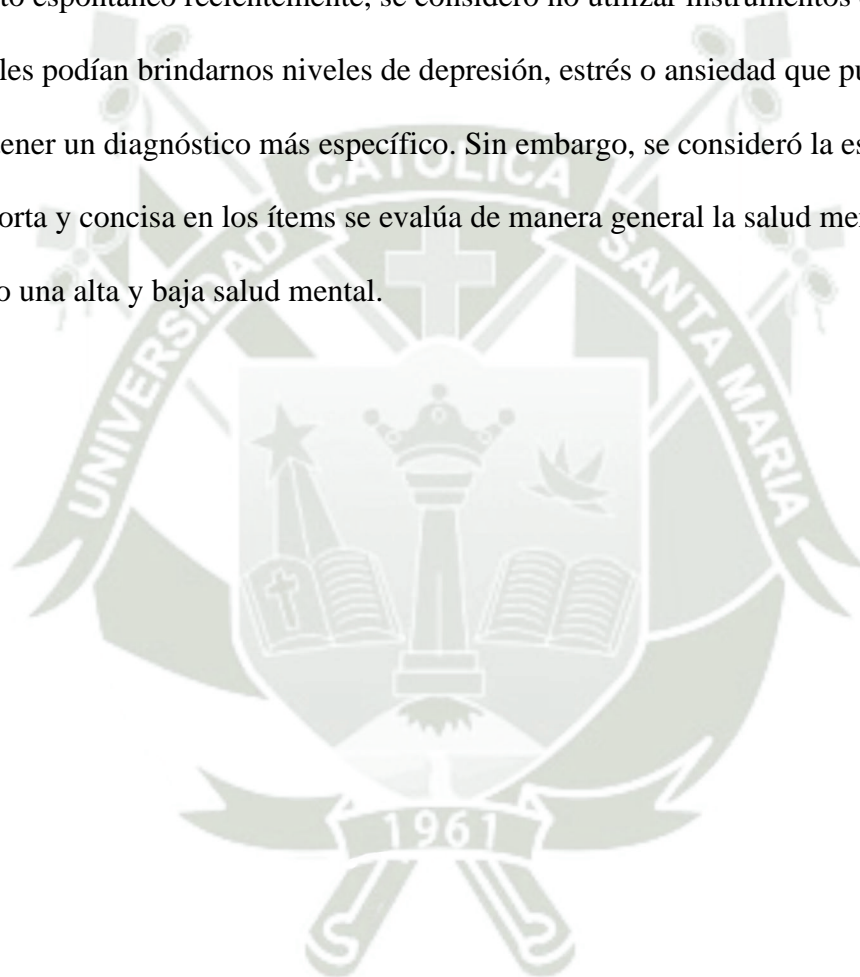
Tercera. De igual manera, se sugiere al área de ginecología poder brindar un acceso al área de psicología de los hospitales para poder ofrecer un soporte emocional a las mujeres recién ingresadas en el área de ginecología, de ser requerido. También se puede realizar cursos o talleres de primeros auxilios psicológicos al personal de salud del área correspondiente.



Limitaciones

Primera. Al inicio del proyecto se consideró evaluar en dos centros de salud, presentándose limitaciones en uno de ellos por reglamento interno, el cual no nos permitió tomar la muestra.

Segunda. En vista de que la muestra de nuestra población era vulnerable ya que habían tenido un aborto espontáneo recientemente, se consideró no utilizar instrumentos con ítems muy largos, los cuales podían brindarnos niveles de depresión, estrés o ansiedad que puede tener esta muestra y así tener un diagnóstico más específico. Sin embargo, se consideró la escala de MHI-5 ya que al ser corta y concisa en los ítems se evalúa de manera general la salud mental dando como resultado una alta y baja salud mental.



Referencias

Almeida-Filho, N. (2020). Etnoepidemiología y salud mental: perspectivas desde América Latina.

Salud Colectiva. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2786>.

Almeida, M. (2022). *Efectos del aborto sobre la salud mental de las mujeres* [Tesis de Licenciatura, Universidad Central de Ecuador].

<https://www.dspace.uce.edu.ec/entities/publication/c15bc4c5-728f-460c-b699-068539025879>

Amaya, L., Avella, K. y Ardila, N. (2023). *Impacto en la salud mental de personas que han estado inmersas en una relación de pareja disfuncional* [Tesis de Grado, Universidad Santo Tomás].

<https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/50310/2023lauraamaya.pdf?sequence=14>

Arellano L. P. (2019). Dependencia emocional y violencia en las relaciones de pareja en estudiantes de institutos de Trujillo. *Investigación de Estudiantes de Psicología*, 8(1), 1–21.

Ato, M., López, J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología Introducción Un marco conceptual para la investigación empírica en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038–1059.

<https://doi.org/10.6018/analeps>

Cabeza, M., Perez, G., Aragon, J. (2017). Como aborta el aborto en la salud mental de la mujer. *XVIII Congreso virtual internacional de psiquiatría*.

<https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/como-afecta-el-aborto-en-la-salud-mental-de-la-mujer>

Cáceres Carrasco, J (1996). *Manual de terapia e intervención en familias*. Fundación Universidad-Empresa.

- Caillot-Ranjeva, S., Segrestan-Crouzet, C., Gourlain, S., Bergua, V., & Rascle, N. (2021). Relationship between Marital Adjustment and Mental Health in Couples Facing Breast Cancer. *PSYCHO-ONCOLOGIE*, 15(1-2), 27-32. <https://doi.org/10.3166/pson-2021-0150>
- Delgado-Cáceres, F., Silva-Parra, K. & Torres-Slimming, P. (2022). Association between time of residence and self-perception of distress, interpersonal relationships, and social role in Venezuela immigrants in Lima, Perú 2018–19: mixed-methods study. *BMC Public Health*, 22(1), 1093. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13459-4>
- DeMontigny, F., Verdon, C., Meunier, S., Gervais, C., & Coté, I. (2020). Factores de protección y de riesgo para la salud mental de las mujeres después de un aborto espontáneo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3382.3350>
- Gallegos, V., Cárdenas, F. Alvarado, A. y Luzuriaga, K. (2023) Complicaciones y factores asociados al aborto espontáneo en mujeres adolescentes. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(1) 2790–280. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/56971>
- García, M. (2019). *Las relaciones de amor en parejas de media y larga duración: componentes de la teoría triangular, variables individuales y cambios generacionales* [Tesis de Doctorado, Universidad de Valencia]. <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=vZ9ODgofCAs%3D>
- Hernández-Holguín, D. M. (2020). Perspectivas conceptuales en salud mental y sus implicaciones en el contexto de construcción de paz en Colombia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 929-942. <https://orcid.org/000-000-1050-6625>

- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las tres rutas cuantitativas, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill.
- Huanca, I. K. (2022). *Locus de control, estrategias de resolución de conflictos y calidad marital en adultos de una comunidad cristiana de Lima Este* [Tesis de Licenciatura, Universidad Peruana Unión]. <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/5808>
- Illich, A. (2020). *Calidad de la relación de pareja y el bienestar psicológico en una muestra de madres de niños entre 1 y 5 años*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de Lima].
- Jaramillo, J. y Villavicencio, C. (2020) Desgaste emocional en la convivencia afectiva de pareja. *Revista de investigación en ciencias sociales y humanidades*. 7 (1) 80-89.
http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2414-89382020000100058
- Lambert, M., Burlingame, G., Umphress, V., Hansen, N., Vermeersch, D., Clouse, G., Yanchar, S. (1996). The reliability and Validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, Vol. 3(4), 249 – 258.
- López, D., Morales-Martinez, M., & Ramos-Contreras, G. (2020). Factores epidemiológicos de riesgo asociados al aborto espontáneo. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*, 5(4).
- Manual MSD (2002, noviembre). *Aborto espontáneo*.
<https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/aborto-espont%C3%A1neo>
- Mainali, A., Infanti, J. J., Thapa, S. B., Jacobsen, G. W., & Larose, T. L. (2023). Anxiety and depression in pregnant women who have experienced a previous perinatal loss: a case-cohort study from Scandinavia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 1-9.
<https://doi.org/10.1186/s128884-022-05318-2>

- Mangialavori, S., Cacioppo, M., Terrone, G., & O'Hara, M.W. (2021). A dyadic approach to stress and prenatal depression in first-time parents: The mediating role of marital satisfaction. *Stress and Health*, 37(4), 755-765. <https://doi.org/10.1002/smi.3036>
- Merino- Soto, C., Cuba- Canales, Y., Rojas-Aquiño, I. (2019). Inventario de Salud Mental – 5 (MHI-5) en adolescentes peruanos: estudio preliminar de validación. *Revista de Salud Publica*, 21(4), 439-443. <https://doi.org/10.15446/rsap.V21n4.66357>
- Organización Mundial de la Salud (2022, 8 de marzo). *Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>.
- Organización Mundial de la Salud (2020). *El aborto, datos y cifras*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
- Pantelides, E (2008). Los varones y su relación con el aborto, *Revista latinoamericana de población*, 2(3), 27-46. <https://doi.org/10.31406/relap2008.v2.i2.n3.7>
- Rodríguez, C. L., De los Ríos Palomino, M., González Rodríguez, A. M., Quintana Blanco, D. S., & Sánchez Reyes, I. (2020). Estudio sobre aspectos epidemiológicos que influyen en el aborto espontáneo. *Multimed*, 24(6), 1349-1365.
- Rondón, M. (2015) Salud mental y aborto terapéutico. *Anales de la Facultad de Medicina*, 76(4), 407-411. <https://doi.org/10.15381/anales.v76i4.11411>
- Saldaña, E. J. (2020). *Trastorno por estrés postraumático en jóvenes que ingresan por aborto y sus consecuencias físicas y psicológicas hospital público, Lambayeque-2020* [Tesis de Licenciatura, Universidad Señor de Sipán]. <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/9685>

- Salort, C. (2021). *Repercusiones psicológicas del aborto. Duelo perinatal*. [Tesis de fin de grado, Universitat Rovira i Virgili]. https://repositori.urv.cat/estatic/TFG0011/es_TFG3237.html
- Salgado, H. D. O., Andreucci, C. B., Gomes, A. C. R., & Souza, J. P. (2021). The perinatal bereavement project: development and evaluation of supportive guidelines for families experiencing stillbirth and neonatal death in Southeast Brazil—a quasi-experimental before-and-after study. *Reproductive health*, 18, 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-01040-4>
- Schwarcz, R. Fescina, R. Duverges, C. (2005). *Obstetricia* (6 ed.). Editorial El Ateneo.
- Steinberg, R, Russo, F. (2008) Abortion and anxiety. What’s the relationship? Social Science and Medicine 2008, *BMC Public Health*, 67, 238-252.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.033>
- Taft, A. y Watson, L. (2008). Depression and termination of pregnancy (induced abortion) in a national cohort of young Australian women: the confounding effect of women’s experience of violence. *BMC Public Health*. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-75>
- Vásquez, G., Urtecho-Osorto, Ó. R., Agüero-Flores, M., Martínez, M. J. D., Paguada, R. M., Varela, M. A., & Echenique, Y. (2020). Salud mental, confinamiento y preocupación por el coronavirus: Un estudio cualitativo. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 54(2), e1333-e1333.
- Wendolowska, A., Kiełek-Rataj, E., Kalus, A., & Czyżowska, D. (2022). Perceived Partner’s Self-Control and Social Support Effects on Relationship Satisfaction in Couples Experiencing Infertility or Miscarriage: Dyadic Analyses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 1970. <https://doi.org/10.3390/ijerph19041970>

Anexo 01

PROTOCOLO DE CONTIGENCIA

Técnicas de relajación.

Utilizados para abordar y hacer frente al estrés o ansiedad, igualmente cuando se experimenta una sobre activación psicofisiológica que puede impedir desarrollar sus actividades con normalidad.

Relajación muscular en Paralelo

La relajación muscular en paralelo se utiliza mucho en terapias conductuales para los trastornos de ansiedad.

La estrategia consta en tensar los grupos musculares, notando la sensación de tensión al respirar, y luego relajarlos soltando la tensión, notando las sensaciones a medida que la tensión muscular disminuye gradualmente el objetivo es aumentar la conciencia de la tensión y la relajación.

Tensa cada grupo muscular de 5 a 10 segundos y luego relájalos por 5 a 10 segundos.

1. Manos y muñecas: cierra los puños de las manos y quiebra las muñecas hacia arriba.
2. Brazos inferiores y superiores: cierra los puños y dobla ambos brazos hacia arriba para tocar tus hombros.
3. Hombros: empuja ambos hombros hasta las orejas.
4. Frente: Junta las cejas, arrugando la frente.
5. Ojos: cierra los ojos con fuerza.
6. Nariz y parte superior de las mejillas: arruga la nariz; lleva los labios superiores y las mejillas hacia los ojos.
7. Labios y cara inferior: presiona los labios juntos; lleva bordes de los labios hacia las orejas.
8. Lengua y boca: dientes juntos; lengua empujando el paladar.
9. Cuello: empuja la cabeza hacia atrás en la silla, el piso o cama o empuja la barbilla hacia el pecho.
10. Pecho: respira hondo y sostenlo.
11. Espalda: arquea la espalda, juntando los omóplatos.
12. Abdomen: mantén el abdomen apretado.
13. Glúteos: aprieta los glúteos.

14. Piernas y músculos: piernas rotadas hacia afuera; muslos tensos.
15. Pantorrillas: piernas rotadas hacia afuera; punta de los dedos hacia abajo.
16. Tobillos: piernas rotadas hacia afuera; los dedos de los pies juntos, los talones hacia afuera, los dedos de los pies apretados hacia abajo.

Replantear efectivamente y relajación en paralelo.

Consta de un método que utiliza la reestructuración cognitiva y la relajación muscular en paralelo para reducir activación fisiológica en momentos de alto estrés.

Ejercicio práctico

1. Diles a los participantes que identifiquen una situación que a menudo se relaciona con emociones intensas y en la desean trabajar para reducir tus reacciones emocionales.
2. Que se pregunten: ¿Qué debo estar diciéndome para que esa situación sea tan perturbadora? Por ejemplo, si rendir exámenes difíciles es un evento realmente estresante para ti, puede que te estes diciendo durante el examen frases como: “Si fallo, voy a fracasar en todos los cursos y no alcanzare nada en la vida” “No lo voy a lograr” “Si alguien sabe que no rendí bien, van a decir que no soy buena “.
3. Luego les pedirás que reconsideren la situación, para que contrarreste los pensamientos e interpretaciones que le causan tanto estrés, Al repensar la situación, tienen que anotar los pensamientos efectivos como pueda para reemplazar cada uno de esos pensamientos estresantes.
4. Ahora les pedirás que se preparen para la próxima vez que ocurra un evento estresante o una situación similar, para que combinen el ensayo de pensamientos efectivos con la relajación en paralelo. Mientras respiran, tienen que imaginar que el evento estresante está sucediendo. Antes de exhalar, se tiene que decir a sí misma (en un todo convincente) una afirmación efectiva seguida de “relájate” mientras exhala, mientras relaja intencionalmente todos los músculos.

Técnicas de respiración.

En caso de que se encuentre en un episodio de ansiedad o una crisis de pánico, se le brindará una bolsa de papel ya que puede reducir síntomas de la hiperventilación, la persona debe respirar dentro de la bolsa, así mismo, se debe retirar la bolsa en intervalos de tiempo breve para que respire aire fresco, y se mantiene el procedimiento hasta que el ataque de ansiedad.

Respiración Abdominal.

- Encuentra una posición en la que te sientas cómodo (te recomendamos acostarte boca arriba y con las piernas estiradas).
- Posa tus manos sobre tu abdomen.
- Inspira lentamente por la nariz y observa cómo tu abdomen se expande.
- Sostén el aire por 4 segundos.
- Suelta la respiración lentamente por la nariz y observa como tu abdomen y manos bajan.
- Repite hasta que te sientas más tranquilo

Respiración Nasal Alterna.

- Pon tu dedo índice sobre la fosa nasal izquierda e inspira durante 4 segundos por la derecha. Cierra las dos fosas nasales con tus manos y mantén la respiración por 4 segundos
- Ahora cierra solo la fosa nasal derecha y expira por la izquierda durante 4 segundos
- Repite alternando las fosas nasales cerradas de izquierda a derecha y viceversa

Respiración Cuadrada

- Inhala durante 4 segundos
- Sostén la respiración durante 4 segundos
- Exhala durante 4 segundos
- Sostén durante 4 segundos

Respiración Pausada rítmica

Esto se refiere a disminuir el ritmo de inhalación y exhalación (a un promedio de cinco a seis ciclos de respiración por minuto) y respirar profundamente desde el abdomen, la exhalación debe ser más lenta que la inhalación (de 4 segundos y 8 segundos).

1. Colocar un reloj frente al participante.
2. Indícales a los participantes que miren el reloj y cuenten los segundos que inhalan y los segundos que expiran. Mientras cuentan, hay que animarlos para que lleguen a un ritmo de respiración lento y cómodo, en la que la cuenta de exhalación es más prolongada que la de inhalación.
3. Obtener los números que eligieron los participantes.

Anexo 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante el presente declaro que he recibido la información suficiente sobre la investigación denominada “**Salud mental y calidad de relación de pareja en mujeres que tuvieron un aborto espontáneo**”, cuyo objetivo es determinar cómo la salud mental se asocia con la calidad de la relación de pareja en mujeres que tuvieron aborto espontáneo en Arequipa.

- **Autorizo** que mi participación en la presente investigación
- Comprendo que el proceso **no me causará dificultades**, pues se tendrá las condiciones contextuales necesarias para la evaluación.
- Tengo claro que las **indagaciones** obtenidas serán utilizadas **solo con finalidad científica**, siendo garantizado el **anonimato de las informaciones**, pues en ningún momento será necesaria la divulgación de informaciones personales de los participantes.
- **He podido hacer preguntas** sobre el estudio.
- Entiendo que tengo el **derecho a desistir en mi participación** de este estudio.
- Comprendo que mi **participación es voluntaria y doy libremente mi conformidad** para participar en esta investigación.

Yo _____ con DNI
_____ autorizo mi participación voluntaria en esta investigación

Firma
DNI:
Celular:

Arequipa, _____ del 2022

Contacto para cualquier duda sobre este estudio: Milka Begazo Amanta / Dara Camasacara Machaca
Celular: 95372125 / 997423378 **E-mail:** 71427165@ucsm.edu.pe / 77473193@ucsm.edu.pe

Anexo 03

Ficha Sociodemográfica

Nombres y Apellidos: _____

Edad: () 18 a 24 años () 25 a 30 años () 35 a 40 años () 41 a más

Estado civil: () Soltera () en una relación () Conviviente () Casada

Tiempo de relación: _____

Grado de Instrucción: () Primaria () Secundaria () Técnica () Superior

Grado de Instrucción de la pareja: () Primaria () Secundaria () Técnica () Superior

Ocupación: _____

Ocupación de la pareja: _____

DATOS

¿Tuvo algún aborto espontáneo? () Si () No

Tiempo de gestación: () 1 a 4 semanas () 5 a 8 semanas () 9 a 12 semanas () 13 a 16
semanas () 17 a 20 semanas () 21 a 41 semanas () 25 a más semanas

Gestaciones anteriores: () Primigesta () Multigesta

¿Tiene hijos? () Si () No

Número de hijos: _____

PATOLOGICOS

Enfermedades: () Si () No

En caso de marcar si especifique cuales: _____

Hábitos nocivos: () Ninguno () Alcohol () Drogas () Tabaco

Anexo 04

Instrumentos

ESCALA DE AJUSTE DIÁDICO (DAS)

La mayoría de las personas muestran algún tipo de desacuerdos en sus relaciones. Por favor indique con una X el grado aproximado de acuerdo o desacuerdo entre usted y su pareja en cada uno de los siguientes aspectos:

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----------------------|----------------------------|------------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------|
| Siempre en desacuerdo | Casi siempre en desacuerdo | Con frecuencia en desacuerdo | En ocasiones de acuerdo | Casi siempre de acuerdo | Siempre de acuerdo |

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 1. Manejo de las finanzas familiares. | | | | | | |
| 2. Tiempo de ocio. | | | | | | |
| 3. Religión | | | | | | |
| 4. Demostraciones de afecto | | | | | | |
| 5. Amistades | | | | | | |
| 6. Relaciones sexuales | | | | | | |
| 7. Muestras de educación (conducta correcta o apropiada) | | | | | | |
| 8. Filosofía de la vida. | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| 9. Relaciones con los familiares próximos. | | | | | | |
| 10. Objetivos y metas consideradas importantes. | | | | | | |
| 11. Cantidad de tiempo que pasan juntos | | | | | | |
| 12. Toma de decisiones importantes. | | | | | | |
| 13. Tareas de la casa. | | | | | | |
| 14. Actividades e intereses del tiempo de ocio. | | | | | | |
| 15. Decisiones en relación con el futuro de uno. | | | | | | |

Marque con una X según el grado aproximado en la que suceden los siguientes enunciados

| | | | | |
|--------------|----------|---------|------------|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Casi siempre | A menudo | A veces | Casi nunca | Nunca |

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| 16. ¿Con qué frecuencia discute o ha considerado el divorcio, o separación? | | | | | |
| 17. ¿Con qué frecuencia usted o su esposo abandonan la casa después de una pelea? | | | | | |
| 18. En general, ¿Con qué frecuencia piensa que las cosas entre ustedes andan bien? | | | | | |
| 19. ¿Confía en su esposo? | | | | | |
| 20. ¿Alguna vez se lamenta de haberse casado? | | | | | |
| 21. ¿Con qué frecuencia pelean? | | | | | |
| 22. ¿Con qué frecuencia pone el uno al otro nervioso? | | | | | |

De igual manera marque con una X, con qué frecuencia ocurren las siguientes preguntas.

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-------|------------|---------|---------------------|----------------|
| Nunca | Casi nunca | A veces | Casi todos los días | Todos los días |

Marque con una X ¿Con qué frecuencia diría que los siguientes sucesos ocurren entre usted y su pareja?

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|-------------------------|------------------------|-----------------------------|----------------|------------------------|
| 23. ¿Besa a su esposo? | | | | | |
| 24. ¿Comparten intereses o inquietudes fuera de los temas domésticos? | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nunca | Menos de una vez al mes | Una o dos veces al mes | Una o dos veces a la semana | Una vez al día | Dos o más veces al día |

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 25. Tienen un intercambio estimulante de ideas. | | | | | | |
| 26. Ríen juntos | | | | | | |
| 27. Dialogan tranquilamente sobre cualquier cosa. | | | | | | |
| 28. Trabajan juntos en un proyecto | | | | | | |

Hay cosas acerca de las cuales las parejas a veces están de acuerdo y otras veces en desacuerdo. Indique con una X si la situación de abajo causó o no diferencias de opinión o algún problema en su relación durante las pasadas semanas.

29. Estar demasiado cansado para tener relaciones sexuales Sí____ No____

30. No mostrar cariño Sí____ No____

31. Los enunciados marcados de abajo representan diferentes grados de satisfacción en su relación. El punto medio “satisfecho” representa el grado de satisfacción de la mayoría de las parejas. Por favor ponga un círculo en el punto que mejor describe el grado de felicidad de su relación, tomando en cuenta todos sus aspectos.

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|------------------|-----------------------|----------------------|------------|----------------|---------------------------|----------|
| Muy insatisfecho | Bastante insatisfecho | Un poco insatisfecho | Satisfecho | Muy satisfecho | Extremadamente satisfecho | Perfecto |

32. De las siguientes formas, seleccione ¿Cuál refleja tu forma de ver el futuro de tu relación?

| | |
|--|---|
| | Deseo de todo corazón que nuestra relación tenga éxito y haría lo posible porque fuese así. |
| | Deseo muchísimo que nuestra relación tenga éxito y haré lo que pueda para que así sea. |
| | Deseo muchísimo que nuestra relación tenga éxito y haré mi parte para que así sea. |
| | Sería bueno que nuestra relación tuviera éxito, pero no puedo hacer mucho más de lo que ya hago para que así sea. |
| | Sería bueno que nuestra relación tuviera éxito, pero me niego a hacer más de los que hago para preservarla. |
| | Nuestra relación nunca podría ser un éxito. No hay nada más que yo pueda hacer para preservarla. |

Anexo 05

Inventario breve de Salud Mental (MHI-5)

Indicaciones. A continuación, te haremos algunas preguntas sobre cómo te has sentido en el último mes. Procura ser sincera en tus respuestas.

| | Nunca | A veces | Casi Siempre | Siempre |
|--|-------|---------|--------------|---------|
| 1. Durante el último mes, ¿Con qué frecuencia te has sentido nervioso? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 2. Durante el último mes, ¿Con qué frecuencia te has sentido tranquilo y en paz? | | | | |
| 3. Durante el último mes, ¿Con qué frecuencia te has sentido desanimado o triste? | | | | |
| 4. Durante el último mes, ¿Con qué frecuencia te has sentido feliz? | | | | |
| 5. Durante el último mes, ¿Con qué frecuencia te has sentido tan triste que nada lograba animarte? | | | | |

Anexo 06

COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



**DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION
UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA**

Arequipa, 1 de agosto de 2023

Investigadoras Begazo Amanta, Milka
Camasacari Machaca, Dara

Presente. -

De mi especial consideración.

Me dirijo a ustedes para hacerles llegar el resultado de la evaluación de su proyecto de investigación y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación.



TÍTULO: “SALUD MENTAL Y CALIDAD DE LA RELACIÓN DE PAREJA EN MUJERES QUE TUVIERON ABORTO ESPONTÁNEO”.

Investigadoras a cargo de la investigación: Begazo Amanta, Milka y Camasacari Machaca, Dara.

TIPO Y DISEÑO: Cuantitativo, no experimental, de corte transversal y correlacional.

OBJETIVO: La investigación tiene como objetivo: Determinar cuál es relación entre la salud mental con la calidad de la relación de pareja en mujeres que tuvieron un aborto espontáneo en Arequipa en el 2023.

PROCEDIMIENTOS: Encuesta.

COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

SUJETOS DE ESTUDIO:

Pacientes que sufrieron de un aborto espontáneo del área de ginecología y psicología del hospital regional Honorio Delgado Espinoza y Goyeneche de la ciudad de Arequipa.

RIESGO DEL ESTUDIO:

Mínimo

OBSERVACIONES, SUGERENCIAS:

Debe proteger confidencialidad de la data sensible

DICTAMEN:

DICTAMEN FAVORABLE
106 - 2023



Águeda Muñoz del Carpio Toia
Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM

Cualquier duda comunicarse a: comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com