



1859

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE

PSICOLOGÍA CLÍNICA

“ABORTO ESPONTÁNEO Y SU INFLUENCIA EN LOS EPISODIOS DEPRESIVOS EN MUJERES QUE INGRESAN AL ÁREA DE GÍNECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA, PERIODO MARZO - JULIO 2015”

Tesis para la obtención del
título de Psicóloga Clínica

Autora:

Jessenia Liliana Solano de la Sala Hurtado

Directora:

Dra. María Susana González García, Mg. Sc.

2014-2015

Loja-Ecuador

1859

CERTIFICACIÓN

Dra.

María Susana Gonzalez García Mg. S.M.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Haber dirigido, asesorado y monitoreado con pertinencia la ejecución del proyecto de tesis titulado **“ABORTO ESPONTÁNEO Y SU INFLUENCIA EN LOS EPISODIOS DEPRESIVOS EN MUJERES QUE INGRESAN AL ÁREA DE GÍNECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA, PERIODO MARZO - JULIO 2015”**, de la egresada de la carrera de Psicología Clínica Señorita Jessenia Liliana Solano de la Sala Hurtado, ya que una vez revisados oportunamente los avances de la investigación y devolviéndolos a la aspirante con las observaciones y sugerencias necesarias cumplieron con lo establecido en el Art. 139 del Reglamento de Régimen Académico. Por lo tanto se autoriza su presentación para la designación del Tribunal de Calificación y su disertación pública.

Atentamente



Dra. María Susana Gonzalez García Mg. S.M.

DIRECTORA DE TESIS

::

Autoría

Yo, Jessenia Liliana Solano de la Sala Hurtado declaro ser la autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes Jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autora: JESSENIA LILIANA SOLANO DE LA SALA HURTADO

Firma:.....

Número de cédula de identidad: 1105028144


Fecha: 05 de Noviembre del 2015

Carta de Autorización

Yo, **Jessenia Liliana Solano de la Sala Hurtado**, declaro ser la autora de la tesis titulada: **“ABORTO ESPONTÁNEO Y SU INFLUENCIA EN LOS EPISODIOS DEPRESIVOS EN MUJERES QUE INGRESAN AL ÁREA DE GÍNECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA, PERIODO MARZO - JULIO 2015”**, como requisito para optar el grado de **PSICÓLOGA CLÍNICA**; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad del contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional (RDI).

- Los usuarios pueden consultar el contenido del presente trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con la cual tenga convenio la Universidad.
- La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de la autorización, en la ciudad de Loja, a los cinco días del mes de Noviembre del dos mil quince, firma la autora.

- **FIRMA:** 
- **AUTORA:** Jessenia Liliana Solano de la Sala Hurtado
- **CÉDULA:** 1105028144
- **DIRECCIÓN:** Esteban Godoy 3º etapa, Carlos Yuqui 35-43 y Héctor Pilco
- **TELÉFONO:** 2545914 – 0985649714
- **CORREO ELECTRÓNICO:** jelihur@gmail.com

DATOS COMPLEMENTARIOS

DIRECTORA DE TESIS: Dra. Mg. María Susana González García

TRIBUNAL DE GRADO:

- **Presidente:** Dra. Ana Catalina Puertas Azanza
- **Vocal:** Dra. Mayra Rivas Paladines
- **Vocal:** Lic. Diego Andrade Mejía

Dedicatoria

Dedico el presente trabajo, principalmente a Dios y a mi Madre quien con su apoyo y guía incondicional supieron forjar un camino para culminar con éxito esta etapa de mi vida.

A todas las personas, familiares, compañeros y amigos quienes formaron parte y aportaron de una u otra forma con conocimientos, apoyo y alegrías en este proceso de formación profesional y personal.

Jessy...

Agradecimiento

Un agradecimiento sincero al Área de la Salud Humana y muy especialmente a la Carrera de Psicología Clínica, a todo su personal administrativo y planta docente que formaron parte en mi formación académica y humanística.

A mi directora de tesis, Dra. María Susana González García, Mg. Sc, quien con su esfuerzo y dedicación hacia mi persona supo guiar con sabiduría y conocimiento el desarrollo y culminación del presente trabajo de investigación.

Finalmente un afectuoso agradecimiento al Hospital General Isidro Ayora, principalmente al Área de Gineco-Obstetricia quien abrió sus puertas muy comedidamente para la elaboración del presente trabajo investigativo.

La Autora

a. Tema

“ABORTO ESPONTÁNEO Y SU INFLUENCIA EN LOS EPISODIOS DEPRESIVOS EN MUJERES QUE INGRESAN AL ÁREA DE GÍNECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA, PERIODO MARZO - JULIO 2015.”

b. Resumen

El propósito de la presente investigación es determinar cómo influye el aborto espontáneo en los episodios depresivos de las mujeres que ingresan al área de Gineco-Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora.

La presente investigación es de tipo descriptivo con enfoque cuanti-cualitativo, de corte transversal que manejará métodos científicos como: analítico, sintético, inductivo, deductivo y métodos empíricos que se apoyaran en el uso de técnicas e instrumentos como la observación directa, la encuesta estructurada y el inventario de Depresión de Beck; los cuales permitieron identificar las causas del aborto espontáneo, donde el 47% manifestaron desconocer la causa aparente del aborto debido a que no se les proporcionó una explicación o razón alguna por parte del personal médico; sin embargo, el 20% tomó en cuenta el factor estresante que sufrieron durante los primeros días de concepción como causa aparente del aborto. Los resultados fueron contundentes en la presencia de sintomatología depresiva, ya que 24 de un total de 30 pacientes presentaron episodios depresivos en su diferente intensidad (leve 30%, moderada 27% y grave 23%).

Dichos resultados permiten concluir que las mujeres que sufrieron un aborto espontáneo, presentaron sintomatología depresiva en sus diferentes niveles leve, moderado y grave durante el diagnóstico suscrito por el médico y posteriormente a la realización del legrado; manifestaron síntomas como tristeza, anhedonia, decaimiento, fatigabilidad, llanto fácil, dificultad para conciliar el sueño, aumento y disminución del apetito.

Palabras clave: aborto espontaneo, episodios depresivos, síndrome post-aborto.

Summary

The purpose of this research is determining how miscarriages influence the depressive episodes of the women who enter the OB-GYN area of Isidro Ayora Hospital.

The present investigation is of the descriptive type with a quantitative and qualitative focus, of cross-sectioning which will manage scientific methods such as: analytic, synthetic, inductive, deductive and empirical methods that are supported in the use of techniques and instruments such as direct observation, a structured survey and inventory of Beck's Depression; which permit the identification the causes of miscarriage, where 47% manifested that they did not know the apparent cause of the miscarriage due to not being provided an explication or reason by the medical personnel. However, 20% had taken into account the stress factor that they suffered during the first days of conception as the apparent cause of the miscarriage. The results were overwhelming in the presence of depressive symptoms, with 24 of the total of 20 patients presenting depressive episodes of different intensities (130% light, 27% moderate and 23% serious).

The stated results allow for the conclusion that women who suffered a miscarriage presented depressive symptoms in different levels (light, moderate and serious) during the subscribed diagnosis by the medic and later with the realization of curettage; they expressed symptoms such as sadness, anhedonia, feeling blue, tiredness, easy weeping, difficulty falling asleep and an increase and decrease in appetite.

Key Words: miscarriage, depressive episodes, post-abortion syndrome.

c. Introducción

Los estados afectivos en los que se encuentran las mujeres tras la pérdida de un hijo no son del todo desconocido ya que según Montse Arboix (2012), manifiesta que la Organización Mundial de la Salud lo presenta como “El síndrome posaborto”, que se desencadena después de la pérdida del feto, sea por interrupción espontánea o procurada. Afecta sobre todo a las mujeres que han abortado, pero también se han descrito, en distintos grados, en todas las demás personas que intervienen en el proceso. Hay estudios que revelan un 10,9% de depresión en mujeres que abortaron de manera espontánea, mientras que un 4,3% se vieron afectadas de algún modo por esta experiencia. Algunos de los síntomas más característicos de estos trastornos son problemas de concentración, ansiedad, irritación, cambios en el patrón del sueño, alteraciones de los hábitos alimentarios, cansancio extremo, pérdida de interés en actividades que antes se disfrutaban, tristeza, ganas de llorar.

El tema que se ha considerado investigar es “Aborto espontáneo y su influencia en los episodios depresivos en mujeres que ingresan al área de Gineco-Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora, periodo Marzo - Julio 2015”. En perspectiva de desarrollar adecuadamente la investigación, se planteó objetivos encaminados a: diferenciar las causas del aborto espontáneo en las mujeres que ingresan al área de Gineco-Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora; así mismo indagar los tipos de episodios depresivos que presentan las mujeres afectadas por un aborto espontáneo; también establecer la relación del aborto espontáneo como factor desencadenante de episodios depresivos y finalmente elaborar un plan terapéutico que permita evidenciar los estados emocionales de pacientes con una depresión a causa de un aborto espontáneo.

La metodología investigativa es de tipo descriptivo con enfoque cuanti-cualitativo, de corte transversal que manejará métodos científicos como: analítico, sintético, inductivo, deductivo y métodos empíricos que se apoyaran en el uso de técnicas e instrumentos para la investigación del problema planteado.

Dentro de las técnicas utilizadas se encuentra la observación directa, la cual permite que el observador entre en contacto inmediato con el objeto de observación; se realiza con cierta espontaneidad, por una persona de calificación adecuada para la misma y se ejecutará de forma consciente y desprejuiciada. También se encuentra la encuesta estructurada, la cual consiste en una interrogación verbal o escrita que se la realiza a las personas con el fin de obtener determinada información necesaria para una investigación. Así mismo entre los instrumentos utilizados se encuentra el Test de Depresión de Beck, que nos permite evaluar la existencia de estados depresivos y la ficha de observación directa.

La revisión bibliográfica que se desarrolló se encuentra dividida en capítulos, los mismos que abarcan los siguientes temas: aborto y episodios depresivos (criterios diagnósticos CIE-10 y DSM-IV); y el plan de intervención terapéutico que nos permita brindar un adecuado diagnóstico y tratamiento para los episodios depresivos que se encuentran presentes en mujeres con síndrome post-aborto.

d. Revisión de Literatura

1. Aborto

1.1. Definición

Branco Castelo C. (2005), manifiesta que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el aborto es “la evacuación total intencionada del contenido de un útero gestante, antes de la viabilidad fetal, cumpliendo la legislación vigente”. (P. 96).

Desde el punto de vista médico, Botero J. & Júbiz A. (2004), consideran que “la palabra aborto conlleva la terminación de la gestación después que el blastocito se ha implantado en el endometrio, pero antes de que el feto alcance la viabilidad. En la actualidad sobreviven fetos que pesan 500 g. y que corresponden con embarazos de unas 24 semanas. El concepto de viabilidad se considera entonces de acuerdo con la duración del embarazo, el peso fetal y la disponibilidad de los recursos tecnológicos en el área neonatal” (P. 186). Así mismo Malagón Londoño G. (2004), define al aborto como “La interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal o de la semana 20 de gestación. Cuando se desconoce la edad gestacional se puede utilizar el peso de producto, cuando éste pesa menos de 500 gramos. (P. 551).

1.2. Antecedentes

El aborto, o sea, la expulsión del producto de la concepción cuando todavía no es capaz de sobrevivir fuera del seno materno, es tan antiguo como la propia humanidad, y ha sido permanente objeto de estudio desde diferentes puntos de vista.

Según Branco Castelo C. (2005) “La terminología que denomina este acto médico es motivo de discusión, puesto que se ve influida por ópticas jurídicas, políticas, sociales, éticas, morales, religiosas, etc., y todas desean que su idea impregne dicha denominación. (P. 95). La práctica del aborto se la ha venido realizando desde muchas épocas atrás. En la antigua Grecia, donde se consideraba que el feto no tenía alma, Platón manifestó en su obra “La República”, que el aborto debería prescribirse en caso de incesto o cuando los padres fueran personas de edad; en tanto Aristóteles y otros filósofos, lo recomendaban como fórmula para limitar las dimensiones de la familia. Aquí se consideraba al feto como parte de la madre, y era ella quien podía disponer al arbitrio de su cuerpo.

La Dra. Digna Mayo (2002), nos habla sobre la represión del aborto, la cual comienza en Roma, cuando aparecen sustancias nocivas a la salud de la mujer sometida a estos métodos. La punibilidad o no del aborto ha tenido en la historia de la humanidad diversos criterios, que van desde la plena libertad, al ser el vientre de la madre prolongación del cuerpo de la mujer, hasta las concepciones cristianas que irrumpen con una nueva valoración de la vida y dan calificación de homicidio al aborto provocado.

A partir del siglo XX en diferentes países del mundo se empieza a crear leyes contra la práctica del aborto, donde principalmente se encuentran como responsables los médicos que realicen dicho procedimiento. Entendemos por aborto cualquier fracaso gestacional que ocurre antes 20 semanas de gestación, con peso fetal igual o inferior a 500 g. algunos autores dividen al aborto en pérdida embrionaria, cuando ocurre antes de las 9 semanas de gestación y pérdidas fetales cuando tienen lugar entre la 9 y la 20 semana de gestación. El aborto ocurre en el 15 y 20 % de todas las gestaciones clínicas y, cuando se presenta de forma aislada, no posee un valor predictivo negativo para futuras concepciones. (PP. 1-3)

1.3. Tipos de Aborto

El aborto durante el periodo inicial del embarazo se define como un embarazo que finaliza en forma espontánea antes de que el embrión se detecte en la ecografía, a una edad gestacional en la que se debería visualizar un embrión viable. El síntoma patológico más frecuente es el sangrado por vía vaginal.

Dentro de los tipos de aborto se considera los siguientes:

Amenaza de aborto

Se utiliza la palabra amenaza de aborto como término clínico que se usa para describir síntomas como el sangrado vaginal durante las primeras 20 semanas del embarazo en mujeres

que, de acuerdo con el examen clínico, podrían tener un embrión o un feto vivo. Es posible confirmar la vitalidad del embrión en forma fiable a través de la documentación de la actividad cardiaca en una ecografía.

Se debe tener ciertas precauciones porque a veces esta hemorragia es difícil de distinguir de un embarazo gemelar vacío; casi todas las hemorragias pequeñas desaparecen espontáneamente sin secuelas clínicas, pero en algunos casos puede producirse un aborto espontáneo.

Aborto incompleto y completo

Por definición, aborto incompleto es la expulsión de parte pero no de todo el tejido fetal o placentario, a través del canal cervical; los detritos uterinos pueden estar compuestos por una combinación de productos de la concepción, sangre y decidua. Mientras que el aborto completo todos los productos de la concepción se expulsan a través del cuello uterino.

Según Botero J. & Júbiz A. (2004), “En el aborto incompleto la paciente consulta la mayoría de las veces cuando ha expulsado el embrión o feto y la placenta queda retenida en el útero. El sangrado puede ser profuso coágulos en la vagina, el cuello uterino permite el paso de un dedo y en la cavidad se palpa el tejido placentario y el útero se ha reducido de tamaño. Esto ocurre antes de la décima semana. Así mismo en el aborto completo el útero queda vacío después de la expulsión del feto, la placenta y sus membranas. Generalmente ocurre cuando la gestación es

menor a 8 semanas y el tejido placentario no tiene una fijación muy compacta a través de las vellosidades” (PP. 188-189).

Aborto espontáneo

Los autores Cabero L. Saldívar D. Cabrillo E. (2007). Refieren que el aborto espontáneo es la pérdida involuntaria del embarazo antes de la 20 semana de gestación sin intervención médica o quirúrgica de manera efectiva para terminar el embarazo; en la literatura médica también son utilizados los términos “pérdida del embarazo espontáneo” o “falla temprana del embarazo”. (P. 517). El aborto espontáneo recurrente se define como 3 o más abortos espontáneos consecutivos. Este tipo de aborto es más frecuente aproximadamente el 20% de los embarazos conocidos. El 30% de los embarazos se produce una hemorragia vaginal en el primer trimestre y alrededor de la mitad de éstos acaban muy pronto en un aborto espontáneo.

Botero J. (2004), manifiesta que “La hemorragia es el síntoma más importante, se inicia de forma irregular, es escasa y de color café. Posteriormente aumenta en cantidad y se acompaña de dolor hipogástrico, el cual es más intenso a medida que avanza el cuadro clínico. (P. 188). Son varias las causas del aborto espontáneo pero la mayoría, en especial en el primer trimestre, son secundarias a una anomalía genética mayor. En la práctica clínica, no se suelen identificar las razones de las pérdidas precoces, sin embargo otras causas pueden ser factores internos y medioambientales externos.

Son varias las causas del aborto espontánea, manifiesta Robert B. Taylor. (2006), en especial en el primer trimestre ya que son secundarios a una anomalía genética mayor, por ejemplo, una trisomía. Otras causas pueden ser factores internos y medioambientales externos. Internos como anomalías uterinas y medioambientales como la exposición o consumo de ciertas sustancias. (P. 124).

Según la Dra. Romina Izzedin Bouquet de la Universidad Los Libertadores, Colombia; quien realizo un escrito para la revista Scielo (Scientific Electronic Library Online) de Perú (2011), menciona la importancia de abordar la problemática que se genera ante un aborto espontáneo, ya que las personas somos seres integrales (biopsicosocial), que ante cualquier acontecimiento vital o circunstancial que se genere a lo largo de la vida afectara a una o varias de estas esferas, la cuales se describen a continuación:

Dimensión biológica del aborto espontáneo

Las respuestas biológicas características de un aborto espontáneo son la hemorragia y el dolor.

La hemorragia es una de las causas más frecuentes y potencialmente más graves en la consulta de urgencias durante la gestación. La paciente que presenta sangrado profuso debe ser clasificada como prioritaria, se debe evaluar correctamente la cantidad y el ritmo de la pérdida sanguínea. Los sangrados en las gestantes pueden ser catastróficos.

En todo aborto, la mujer debe pasar por un trabajo de parto (aunque en menor medida) en el cual el sangrado y el dolor físico serán protagonistas con todo lo que ello implica a nivel corporal y emocional. Podemos afirmar que se trata de la impresión desagradable, siempre subjetiva, que se convierte en experiencia emocional. Cuando se realiza la valoración del dolor es necesario tener en cuenta la subjetividad del mismo como expresión unidimensional que difiere de acuerdo al umbral de resistencia de cada persona.

El aborto es un evento devastador ya que la madre debe parir un hijo no desarrollado desde lo biológico y muerto desde lo simbólico lo cual es un hecho extremadamente doloroso tanto física como afectivamente.

Dimensión psicológica del aborto espontáneo

Por otra parte, los hijos suelen ser objeto de deseo desde que la mujer es una niña y ocupan un lugar en su inconsciente. Esto es lo que determina y hace posible el embarazo, por un lado la gestación completa a la mujer y por el otro eleva su autoestima llenando el agujero de la castración. Cuando se hace referencia a la castración en psicoanálisis se trata de una castración simbólica que implica la necesidad constante de algo que falta en oposición al falo que lo da todo, representando el poder y la autoridad.

Por ello, frente al AE la mujer revive la castración primordial la cual acentúa su dolor ante la pérdida perinatal y baja su autoestima al mínimo. A raíz de esto, en la clínica es común ver que la mujer trate de llenar ese vacío de alguna manera y sobre todo de manera compulsiva (comiendo de más, comprando de más, trabajando de más, etc.).

Luego de la experiencia del AE se pueden apreciar en la mujer estados de culpa, desconcierto y miedo con respecto a una futura gestación, creencias de que ésta tampoco llegará a término, sensación de vacío, incapacidad para darle significado a la pérdida del hijo y necesidad de ser escuchada y apoyada por su entorno médico y familiar. Asimismo, existe una necesidad urgente de darle sentido a lo sucedido, de conocer cuáles fueron las causas (físicas o psicológicas) que desencadenaron la pérdida del hijo. Así mismo la paciente, y su pareja pueden sentirse culpables pensando erróneamente que de alguna manera ellos provocaron la pérdida; esto se debe al advenimiento de un acontecimiento tan estresante que además genera un profundo sentimiento de pérdida, mucha tristeza, abatimiento, irritabilidad y en ocasiones falta de ilusión e interés por cosas que antes brindaban entusiasmo. A ello puede sumarse un estado de depresión postaborto y una muy baja autoestima por no haber podido continuar con la gestación.

Por lo tanto, lo físico y lo psicológico se entrelazan. En esta ocasión, como en muchas otras de vivencias traumáticas, el dolor físico se mezcla con el dolor moral o sufrimiento; el dolor y sufrimiento se utilizan como sinónimos sin embargo el dolor concierne al cuerpo y el sufrimiento al espíritu. La tristeza se refiere más propiamente a un dolor interno y Este dolor interior que es la tristeza afecta a cualquier sujeto globalmente considerado y produce en él unos efectos mucho

más graves y problemáticos que el dolor externo. El sufrimiento es, en el fondo, una cuestión de percepción. Una imperfección de la naturaleza, un determinado desorden o privación de bien que se puede percibir de forma muy distinta según el sujeto que lo esté observando o sufriendo.

Es necesario destacar lo dicho anteriormente ya que tanto las sociedades como los estados no siempre le han otorgado a las consecuencias psicológicas del AE, ocurrido al inicio del embarazo, la importancia que se merecían sobre todo por respeto a la mujer víctima de esta situación traumática y a su sufrimiento. Sin embargo, no sólo la mujer comienza una relación con su hijo desde el día en que sabe de su estado de gravidez sino que también existe el sufrimiento y la tristeza posterior al aborto, esta última, en ocasiones, puede volverse patológica. Estudios de muestran que entre el 7 y el 33% de las mujeres presentan tristeza patológica después de la pérdida.

El hecho de negar la importancia de los sentimientos de la mujer a raíz del aborto implica la posibilidad de que la misma quede presa de un duelo no resuelto, de esa tristeza patológica con consecuencias psicológicas que pueden llegar a permanecer por muchos. La tristeza siempre implica sufrimiento y puede ser adaptativa o no; suele desencadenarse por razones de índole personal como la vivencia de un acontecimiento que genera aflicción, la pérdida de afectos o la baja de la autoestima entre otros.

Dependiendo de la frecuencia e intensidad con que se sienta puede dejar de ser adaptativa produciendo depresión. Estudios sobre aborto inducido muestran que el mismo puede desencadenar trastornos psicopatológicos severos en mujeres que se someten a este procedimiento. Se hace referencia principalmente al Síndrome postaborto (SPA), el trastorno por estrés agudo (TEA), el trastorno por estrés postraumático (TEPT) y el trastorno adaptativo (TA); muchas veces, debido a la alta comorbilidad psicológica que relacionada al aborto suelen darse al tiempo. Es necesario aclarar que la morbilidad psicológica causada por el aborto generalmente es transitoria. En lo que respecta al AE, son escasos los estudios que destacan la huella emocional que éste deja en la psiquis de la mujer y tampoco se han encontrado muchos estudios que muestren la presencia de algunos de estos trastornos anteriormente mencionados en los AE aunque ésta sea una realidad que se observa en la clínica.

Dimensión social del aborto espontáneo

En lo que a la pareja respecta, la muerte del hijo nonato es percibida como el intento frustrado de creación de una nueva familia sobretodo en el caso del primer embarazo. El medio social o la red social de la persona (amigos, familia, compañeros de trabajo o estudio y comunidad en la cual está inserta) se tornan un mecanismo inductor y/o reductor de estrés ante la pérdida del hijo; el sistema social es entendido como poseedor de elementos estresantes y/o amortiguadores del estrés. El apoyo social disminuye o aumenta el estrés y el riesgo de padecer trastornos psicológicos ya que hace referencia a los recursos que el ambiente le brinda a la persona enferma. Por ello, lo social desempeña un papel clave en la recuperación física y psicológica de la mujer

que experimenta un aborto. Cuando el apoyo social es deficiente se dificulta la superación del trauma. P.P. (53-55).

1.4. Causas

Reece A. Hobbins J. (2007), en su escrito Obstetricia Clínica manifiesta que la pérdida esporádicas del embarazo es muy frecuente en la reproducción humana; en donde intervienen diferentes factores o causas que lo determinan, como por ejemplo las siguientes:

Anomalías morfológicas

Las anomalías del crecimiento y del desarrollo son la causa inmediata de la mayoría de los abortos en el periodo preembrionario. En la mitad de los embriones todavía no implantados y en una tercera parte de los que se implantan hay anomalías morfológicas. En muchos casos se identifican anomalías citogenéticas y la pérdida se produce alrededor del momento de la menstruación siguiente.

Las anomalías del crecimiento y del desarrollo también son la causa inmediata de la mayoría de los abortos. Casi una quinta parte de las piezas evaluadas en caso de aborto durante la primera mitad del embarazo y una tercera parte de las procedentes de abortos a las 8 semanas de edad gestacional o antes son embrionarias.

Del 50 al 60% de las muestras de abortos del primer trimestre o el principio del segundo se identifican embriones o fetos, pero sólo la mitad de ellos presentan morfología normal. El resto muestra desorganización del crecimiento (25%), trastornos del crecimiento (15%) o una maceración suficiente para impedir el examen; los datos obtenidos en la ecografía avalan estas observaciones morfológicas.

Anomalías citogenéticas

En forma global, alrededor del 50% de los abortos espontáneos esporádicos presentan anomalías citogenéticas. Hay anomalías cromosómicas en más del 90% de los tejidos abortados amenbrionados, en dos terceras partes de los embriones malformados o con desorganización del crecimiento y en una tercera parte de los fetos malformados. Alrededor del 60% de las anomalías del cariotipo identificadas en abortos tempranos corresponden a trisomías autosómicas, el 20% son poliploidías y el 20% son monosomías X. Las trisomías autosómicas surgen como consecuencia de la falta de disyunción meiótica durante la gametogénesis en padres con cariotipos normales. La trisomía más frecuente en los abortos espontáneos es la 16, que ocurre en el 20 al 30% de todas las trisomías abortadas. La tasa de abortos con anomalías cromosómicas aumenta con el avance de la edad materna; no obstante, la tasa de abortos con poliploidías o monosomías X disminuye con el avance de la edad materna.

Trastornos médicos y hormonales

La diabetes y las anomalías tiroideas se asocian con los abortos espontáneos esporádicos. Sin embargo, sólo la diabetes mal controlada, que se identifica por el aumento del nivel de hemoglobina glucosilada, se asocia con abortos durante el primer trimestre o el principio del segundo. Varias investigaciones han demostrado que las mujeres con anticuerpos antitiroideos detectados en un periodo temprano del embarazo presentan una tasa más alta de aborto durante el primer trimestre o principios del segundo. Se debe tener en cuenta que la presencia de anticuerpos antitiroideos puede o no producir un aborto o solo representa un marcador de un trastorno autoinmunitario subyacente relacionado con el aborto. Independientemente de esto, no se recomienda la evaluación de la función tiroidea o la búsqueda de anticuerpos en caso de aborto esporádico.

Infecciones

Las infecciones son una causa infrecuente de algunos abortos durante el primer trimestre o principios del segundo. Los microorganismos infecciosos. Algunos datos sugieren que el *Mycoplasma* y el *Ureaplasma* podrían estar asociados a los abortos espontáneos, estos microorganismos se detectan en hasta el 70% de las mujeres sanas. En consecuencia, no se aconseja la búsqueda sistemática de estos microorganismos en mujeres con abortos esporádicos. Otros microorganismos como estreptococo del grupo B, los que producen vaginosis, bacteriana,

los parvovirus, los virus del herpes simple, se relacionan con pérdidas del embarazo durante el segundo y el tercer trimestre; no obstante estas infecciones no suelen asociarse con abortos tempranos y no se recomienda su evaluación sistemática.

Otras causas de abortos

Algunos fármacos y compuestos químicos, el etanol, el café y el cigarrillo se propusieron como causa de abortos esporádicos tempranos. Los fármacos y compuestos químicos que pueden generar abortos son los gases anestésicos, la cloroquina, los hipoglucemiantes orales, el arsénico, los metales pesados y algunos compuestos químicos orgánicos industriales. Sin embargo, se puede cuestionar si alguno de estos productos es abortivo en la concentración de exposición típica. Los antineoplásicos, como la aminopterina y el metotrexato, pueden causar abortos cuando se administran en dosis terapéuticas. (PP. 144-146).

La Junta de Asesores Médicos de BabyCenter en Español (2012), mencionan otras causas psicosociales que pueden provocar un aborto como:

Fumar, beber y usar drogas

Fumar, beber alcohol, y usar drogas como cocaína y éxtasis durante el embarazo puede aumentar el riesgo de sufrir un aborto. Algunos estudios muestran una relación entre el alto consumo de cafeína y un aumento en el riesgo de aborto.

2. Episodios depresivos

2.2. Definición

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la depresión como “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida del interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin medicamentos y psicoterapia profesional. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria.”

Para Belloch A. Sandín B. & Ramos F. (2009), desde el punto de vista médico definen a los estados depresivos como “el resultado de la interacción de múltiples factores, genéticos, evolutivos, bioquímicos e interpersonales, cuyos efectos convergen en el sistema límbico y originan una alteración funcional reversible de los mecanismos cerebrales de gratificación y refuerzo.” (P. 300).

2.2. Antecedentes

En la evolución histórica de los trastornos afectivos ha habido metamorfosis y mutaciones, independientemente de las diferentes culturas o costumbres, de los síntomas clave o de su expresión, lo que es de suma importancia para el clínico, que necesita descifrar la presentación clínica y delimitar aquello que no es psicopatológico y que pertenece a la esfera de las emociones normales del ser humano.

Por otro lado Sadock B. & Sadock V. (2009), manifiestan que “desde el antiguo testamento se ha descrito el síndrome depresivo; en el año 30 D.C. el médico romano Celso describía a la melancolía (palabra procedente del griego *melan* <negro> y *chole* <bilis> en su obra De re medicina, como depresión causada por bilis negras”. (P. 527).

Gracias a observaciones empíricas y a la sutileza y finura psicopatológica de grandes maestros en las últimas cinco décadas se integraron en el área de las enfermedades afectivas cuadros considerados nosológicamente de otra naturaleza, como, por ejemplo, ciertas neurosis y trastornos conductuales, así como ciertas afecciones psicósomáticas.

La palabra depresión, en este sentido, venía como anillo al dedo para justificar los fracasos del hedonismo, la miseria humana o confundir la patología de los sentimientos vitales con la esfera de los sentimientos sensoriales o psíquicos. Por otra parte, a veces es difícil adoptar una postura

absolutamente neutral en la relación médico-paciente, huir de los paternalismos o atreverse a decir al médico que no tiene nada.

2.3. Criterios Diagnósticos

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en los estudios de investigación, son la Clasificación Internacional de Enfermedades (Trastornos mentales y del comportamiento, CIE-10) y la de la American Psychiatric Association (DSM-IV-TR). Esta guía de práctica clínica asume la clasificación y definiciones de depresión recogidas en la décima revisión de la CIE con los códigos F32 (episodios depresivos) y en el DSM-IV-TR, con los códigos 296.2X (trastorno depresivo). Tanto en la CIE-10 como en el DSM-IV-TR la gravedad de los episodios se basa en el número, tipo e intensidad de los síntomas y en el grado de deterioro funcional.

2.3.1. CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LOS EPISODIOS DEPRESIVOS SEGÚN EL CIE-10

La CIE-10 es el acrónimo de la clasificación internacional de enfermedades, décima versión correspondiente a la versión en español de la (en inglés) ICD, siglas de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) y determina la clasificación y

codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad

F32. Episodios Depresivos

Este manual de clasificación de enfermedades utiliza una lista de síntomas depresivos y divide el cuadro depresivo en leve, moderado o grave (con o sin síntomas psicóticos). En cualquiera de estos casos siempre deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión como: humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. La duración del episodio tiene que ser de al menos dos semanas, aunque existen periodos más cortos que pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresión.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

Las manifestaciones clínicas de los episodios depresivos varían de un individuo a otro; así mismo suelen presentarse síntomas como: ansiedad, malestar, agitación psicomotriz,

irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas; estos síntomas pueden predominar sobre la depresión.

F32.0 Episodio depresivo leve

Están presentes los siguientes síntomas: ánimo depresivo, pérdida del interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad; los cuales suelen considerarse como las señales más típicas de la depresión. Así mismo deben estar presentes dos o tres de los síntomas antes mencionados (F32). La persona, por lo general, está afectada por ellos, pero probablemente podrá seguir cumpliendo con sus actividades, sin afectar su esfera laboral y social.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

F32.00 Sin síndrome somático

Están presentes pocos síntomas somáticos o ninguno.

F32.01 Con síndrome somático

Si satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más de los síntomas somáticos (si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.1 Episodio depresivo moderado

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0); así mismo están presentes cuatro o más de los síntomas antes mencionados. El paciente es probable que presente grandes dificultades para seguir con sus actividades cotidianas, en lo social, laboral o domésticas.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síndrome somático:

F32.10 Sin síndrome somático

No están presentes síntomas somáticos.

F32.11 Con síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más de los síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

En este episodio depresivo suele estar presente una considerable angustia o agitación, los síntomas mencionados anteriormente se presentan de manera muy marcada y afectan notablemente al paciente; es típica la presencia de la pérdida de la autoestima y las ideas de auto-desprecio o culpa. También son comunes las ideas o actos suicidas y suelen estar presentes unos cuantos síntomas somáticos. A demás es probable que el enfermo sea incapaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

Deben cumplir los criterios generales del episodio depresivo leve y moderado; además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Si síntomas importantes como la agitación o enlentecimiento psicomotriz son notables, el paciente puede no estar dispuesto o ser incapaz de describir con detalle muchos síntomas; en estos casos está justificada una valoración global de la gravedad del episodio.

Incluye: Episodios depresivos aislados de depresión agitada. Melancolía. Depresión vital sin síntomas psicóticos.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

El episodio depresivo grave debe satisfacer las pautas establecidas en F32.2, pero con la presencia de ideas delirantes, alucinaciones, enlentecimiento psicomotriz y estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Así mismo las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen presentarse con voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden o no ser congruentes con el estado de ánimo del paciente.

Incluye: Episodios aislados de: Depresión mayor con síntomas psicóticos. Depresión psicótica. Psicosis depresiva psicógena. Psicosis depresiva reactiva.

F32.8 Otros episodios depresivos

Deben incluirse aquí los episodios que no se ajusten a las descripciones dadas para los episodios depresivos señalados en F32.0-F32.3, pero cuya impresión diagnóstica global indiquen que son de naturaleza depresiva. Entre los ejemplos se incluyen una mezcla fluctuante de síntomas depresivos (en especial de variedad somática) con síntomas no diagnosticados como: tensión, preocupación, malestar o mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o cansancio, que no se deben a causas orgánicas (como a veces se observa en medios hospitalarios).

Incluye: Depresión atípica. Episodios aislados de depresión "enmascarada" sin especificación.

F32.9 Episodio depresivo sin especificación

Incluye: Depresión sin especificación. Trastorno depresivo sin especificación. (PP. 152-158).

2.3.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR SEGÚN EL DSM-IV

Dentro de los criterios diagnósticos que presentan López-Ibor J. Valdés Miyar M. (2002), nos permiten obtener pautas para poder determinar o diagnosticar un trastorno depresivo; este manual es utilizado a nivel mundial, motivo por el cual es confiable para ser utilizado en esta investigación. La clasificación se presenta a continuación:

Criterios para el episodio depresivo mayor

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (llanto). Nota: en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
 9. pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse
- B.** Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C.** Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D.** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (hipotiroidismo).
- E.** Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor. (PP. 398-399)

e. Materiales y Métodos

La presente investigación es de tipo descriptivo con enfoque cuanti-cualitativo, de corte transversal que manejará métodos científicos como: analítico, sintético, inductivo, deductivo y métodos empíricos que se apoyaran en el uso de técnicas e instrumentos para la investigación del problema planteado.

El área de estudio para la realización de esta investigación es el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora. El universo estudiado está constituido por las 50 mujeres ingresadas al Área de Gineco-Obstetricia; mientras que la muestra que se utilizó son 30 pacientes que presentaron diagnóstico de Aborto espontáneo y que cumplieron con los criterios de inclusión, mencionados a continuación:

Criterios de inclusión

- Pacientes que presentan aborto espontaneo
- Usuarías que han firmado un consentimiento informado (Anexo 1)

Criterios de exclusión

- Mujeres que presentan embarazos a término
- Partos prematuros
- Pacientes que presenten otros trastornos psicológicos que puedan influir en los resultados esperados en la investigación.

Técnicas y Procedimientos.

Técnicas

Observación directa.- Es aquella en que el observador entra en contacto inmediato con el objeto de observación. La misma que permitió identificar algunos de los síntomas físicos y comportamentales que se presentan en la depresión.

Para realizar este procedimiento se utilizó la Ficha de Observación directa: (Anexo 2)

En este tipo de fichas se registran descripciones detalladas del fenómeno estudiado, el cual puede ser un lugar, una persona o un evento en particular. Nos permitió el registro detallado de todo lo observado en las pacientes encuestadas como fascie psicoexpresiva, posición corporal, si existe llanto y cuál fue su actitud durante la entrevista.

Encuesta estructurada (Anexo 3).- Consiste en una interrogación verbal o escrita que se la realiza a las personas con el fin de obtener determinada información. Nos permitió establecer las causas del aborto espontáneo, los síntomas depresivos que prevalecieron en ese instante, la intensidad de los síntomas y su duración. Gracias a la aplicación directa de la misma se pudo realizar un mayor acercamiento a la paciente y mantener una comunicación asertiva con las mismas, con la finalidad de evaluar otros estados mentales como: orientación, memoria, lucidez.

Instrumentos

Inventario de Depresión de Beck (Anexo 4)

El Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Existen tres versiones del BDI: la versión original, publicada en 1961, la revisión de 1971 bajo el título de BDI-1A; el BDI-II, publicado en 1996; y la versión en español BDI-II en el 2011.

CARACTERISTICAS	DESCRIPCION
Nombre del test	Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)
Autor	Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.
Autor de la adaptación española	Jesús Sanz y Carmelo Vázquez, en colaboración con el Departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment España: Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández.
Editor de la adaptación española	Pearson Educación, S.A.
Fecha de la última revisión del test en la versión española	2011
Constructo evaluado	Depresión
Área de aplicación	Psicología clínica, forense y Neuropsicología
SopORTE	Papel y lápiz y administración oral

Fiabilidad

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un auto informe de lápiz y papel. El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. De hecho, es el quinto test más utilizado por los psicólogos españoles (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010). Sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión. El BDI-II ha experimentado algunas modificaciones respecto a las versiones anteriores para representar mejor los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, Organización Mundial de la Salud, 1993).

Descripción

Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV y CIE-10. En concreto, se incluyen todos los criterios propuestos en las dos referencias citadas para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor y casi todos los propuestos para el diagnóstico de distimia (en concreto, todos los del DSM-IV y el 75% del CIE-10).

Técnica de Aplicación

El BDI-II es fácil de utilizar; se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. En general, requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado; aunque los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden tardar más tiempo en cumplimentarlo. Las instrucciones para el BDI-II solicitan a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas, incluido el día de hoy, para ser consistente con los criterios del DSM-IV para la depresión mayor.

Puntuación

Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta.

Baremos

Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos:

No depresión:	0-9 puntos
Depresión leve:	10-18 puntos
Depresión moderada:	19-29 puntos
Depresión grave:	≥ 30 puntos

Procedimiento

1. Presentación del proyecto de tesis a la coordinación de la carrera.
2. Solicitud de director de tesis.
3. Solicitud para requerir autorización para la realización de la investigación de campo al Hospital General Isidro Ayora.
4. Aplicación del reactivo psicológico y la encuesta a las pacientes que han sufrido un aborto espontáneo.
5. Tabulación, análisis, interpretación y discusión de los datos obtenidos.
6. Elaboración de conclusiones y recomendación.
7. Propuesta del Plan Psicoterapéutico.

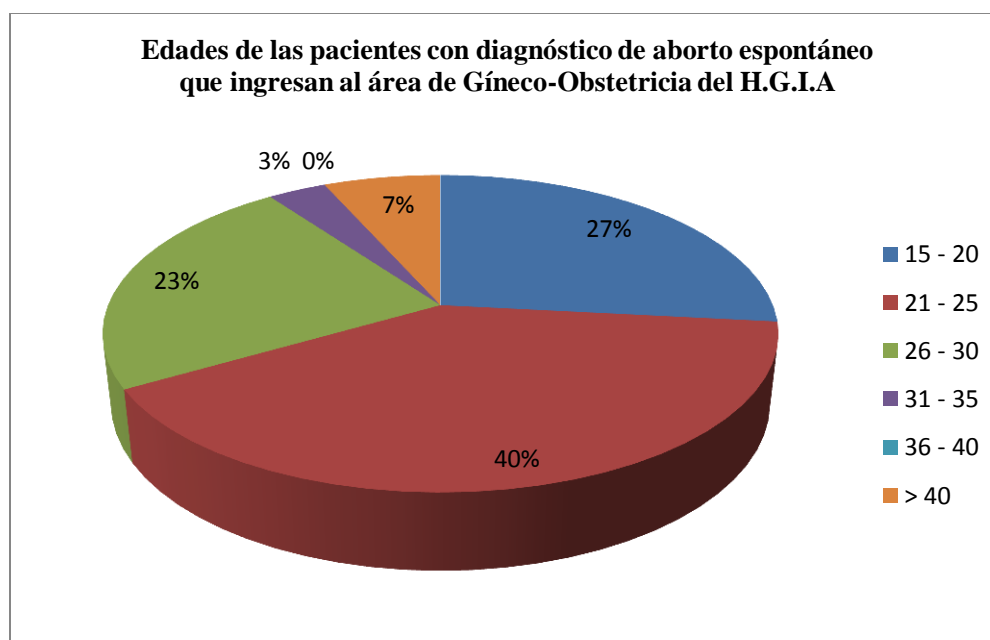
f. Resultados

Edades de las pacientes con diagnóstico de aborto espontáneo que ingresan al área de Gineco-Obstetricia del H.G.I.A

EDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 - 20	8	26,67%
21 - 25	12	40%
26 - 30	7	23,33%
31 - 35	1	3,33%
36 - 40	0	0,00%
> 40	2	6,67%
TOTAL	30	100,00%

Fuente: Encuesta estructurada

Autora: Jessenia Liliana Solano de la Sala Hurtado



Fuente: Encuesta estructurada

Autora: Jessenia Liliana Solano de la Sala Hurtado

Análisis e Interpretación

La mayoría de mujeres que presentaron aborto espontáneo se encuentran entre los 21 y 25 años de edad, con un 40%, seguido por el 27% de mujeres de entre 15 y 20 años, mientras que el 23% corresponde a las mujeres de 26 a 30 años; sin embargo, cabe recalcar que el 7% del total de muestra corresponde a mujeres mayores de 40 años.

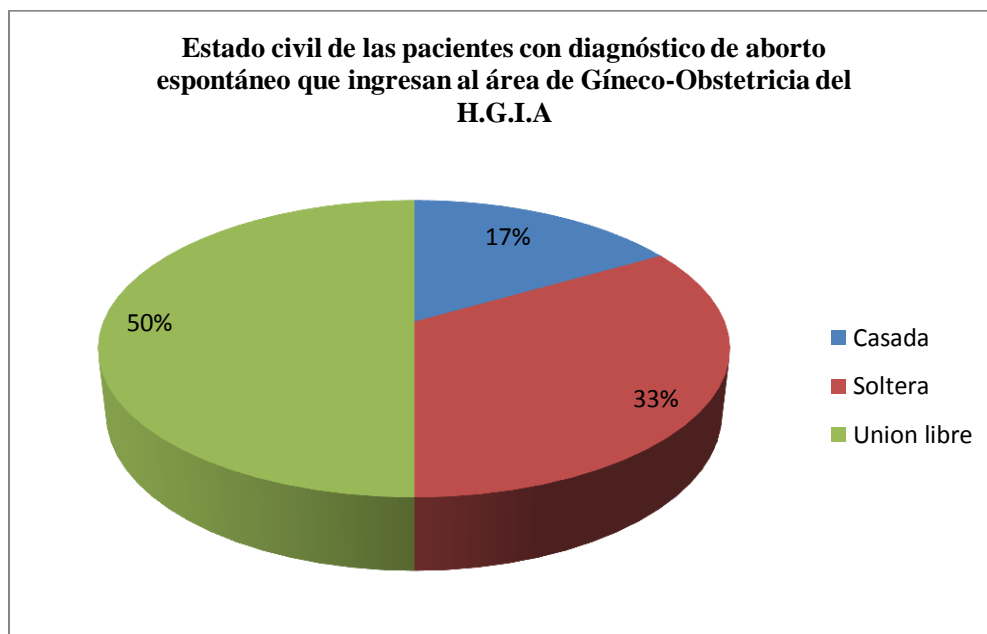
Es importante tomar en cuenta que la mayoría de mujeres que han sufrido un aborto espontáneo se encuentran entre las edades de 21 y 25 años, donde se vive la etapa de la adultez temprana; una etapa donde la mayoría de las mujeres deciden su futuro y toman importantes decisiones; muchas de las mismas no tenían previsto la concepción mucho menos la pérdida del mismo, lo cual ha causado que la mayoría de ellas presenten síntomas depresivos; por otro lado mujeres de entre 15 y 20 años se encuentran atravesando por la misma crisis circunstancial, por motivo de inexperiencia y falta de protección ante las relaciones sexuales. Así mismo, existe una minoría de mujeres mayores a 40 años que están atravesando por el mismo duelo; tomando en cuenta que algunas de ella ya han sufrido pérdidas anteriores, las cuales manifestaron sintomatología depresiva que actualmente se ha revivido con el suceso.

Estado civil de las pacientes con diagnóstico de aborto espontáneo que ingresan al área de Gineco-Obstetricia del H.G.I.A

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Casada	5	16,67%
Soltera	10	33,33%
Unión libre	15	50%
TOTAL	30	100,00%

Fuente: Encuesta estructurada

Autora: Jessenia Liliana Solano de la Sala Hurtado



Fuente: Encuesta estructurada

Autora: Jessenia Liliana Solano de la Sala Hurtado

Análisis e Interpretación

Otro factor a tomar en cuenta en la presente investigación es el estado civil de las mujeres entrevistadas, donde el 50% del total se encuentran en unión libre, el 33% son solteras y un 17% manifiestan ser casadas.

La relación de pareja juega un papel importante en la concepción y formación de una familia. Entre las mujeres encuestadas, 15 de ellas mantienen relaciones inestables con su pareja, es decir, que se conservan en unión libre; relación que se refleja en la inseguridad de la mujer, por ende es un factor desencadenante de malestar psicológico y afectivo que afecta directamente al embrión que se está formando en ella. Sin embargo 10 de ellas se encuentran solteras, algunas sin el apoyo del padre ni de la familia, motivo por el cual se puede producir niveles de estrés en el embarazo y desencadenar un aborto espontaneo.

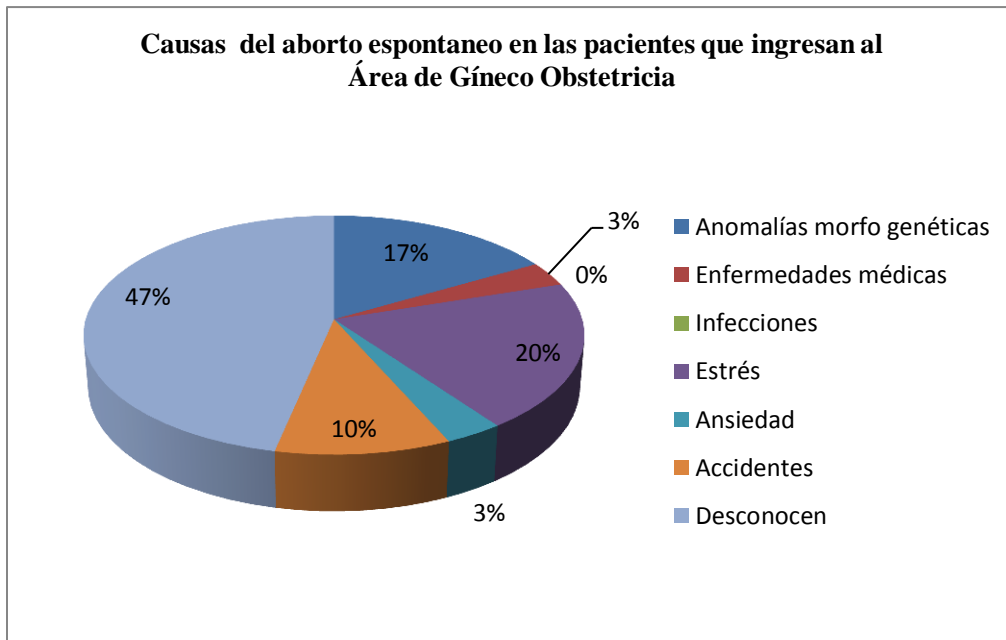
Objetivo 1: Diferenciar las causas del aborto espontaneo en las mujeres que ingresan al área de Gineco-Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora.

Causas del aborto espontaneo en las pacientes que ingresan al Área de Gineco Obstetricia

CAUSAS DEL ABORTO ESPONTANEO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Anomalías morfo genéticas	5	16,67%
Enfermedades médicas	1	3,33%
Infecciones	0	0,00%
Estrés	6	20%
Ansiedad	1	3,33%
Accidentes	3	10%
Desconocen	14	46,67%
TOTAL	30	100,00%

Fuente: Encuesta estructurada

Autora: Jessenia Liliana Solano de la Sala Hurtado



Fuente: Encuesta estructurada

Autora: Jessenia Liliana Solano de la Sala Hurtado

Análisis e Interpretación

Dentro de las causas del aborto espontáneo, la mayoría de mujeres, el 47% manifestaron desconocer la causa aparente del aborto, mientras que el 20% determinó que el estrés fue un factor desencadenante para la pérdida, y el 17% reveló que el aborto se dio por anomalías morfológicas, diagnóstico prescrito por el doctor.

Son diferentes las causas por las que se produce un aborto espontáneo; dentro de esta investigación, 14 de la totalidad de mujeres encuestadas manifestaron no saber la causa de la pérdida, debido a que no se les proporcionó una explicación o razón alguna por parte del personal médico. Sin embargo, 6 de ellas tomaron en cuenta el factor estresante que sufrieron durante los primeros días de concepción como causa aparente del aborto, estrés sufrido por el embarazo no planificado y por la falta de apoyo conyugal y familiar.

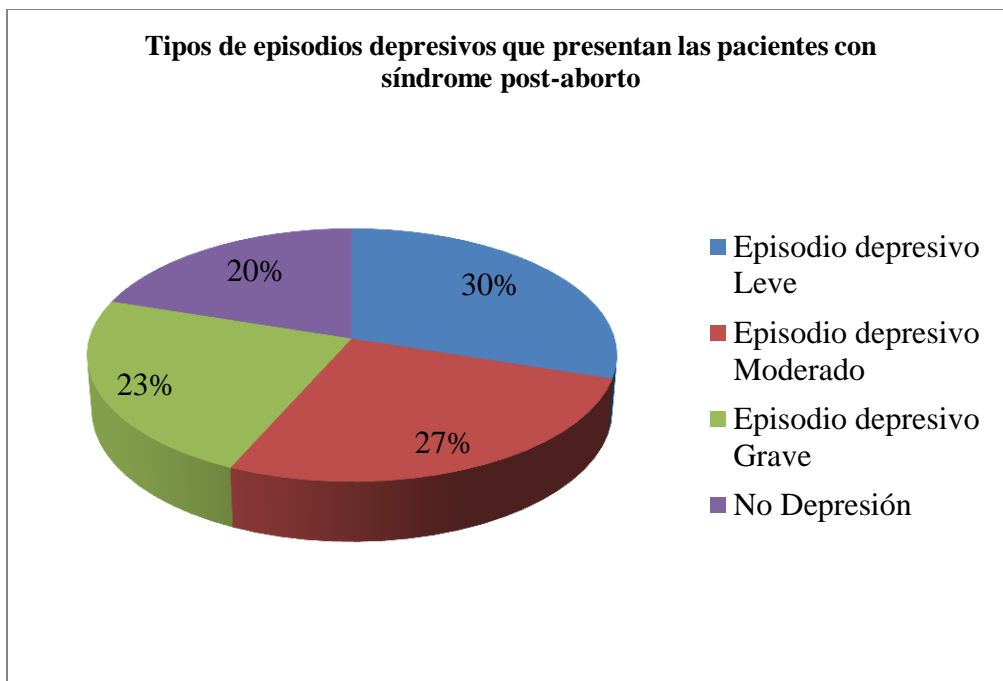
Objetivo 2: Indagar los tipos de episodios depresivos que presentan las mujeres afectadas por un aborto espontáneo.

Tipos de episodios depresivos que presentan las pacientes con síndrome post-aborto

TIPOS DE EPISODIOS DEPRESIVOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Episodio depresivo Leve	9	30%
Episodio depresivo Moderado	8	26,67%
Episodio depresivo Grave	7	23,33%
No Depresión	6	20%
TOTAL	30	100%

Fuente: Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

Autora: Jessenia Liliana Solano de la Sala Hurtado



Fuente: Encuesta estructurada

Autora: Jessenia Liliana Solano de la Sala Hurtado

Análisis e Interpretación

Por medio del test psicológico se pudo evidenciar la presencia de episodios depresivos en sus diferentes niveles, en donde el 30% corresponde al episodio depresivo leve, el 27% al episodio depresivo moderado y el 23% al episodio depresivo grave; sin embargo un 20% de las mujeres no presentaron ningún tipo de depresión.

El inventario de Depresión de Beck, fue el instrumento utilizado para medir la presencia de síntomas depresivos en mujeres que han sufrido un aborto espontáneo. Los resultados fueron contundentes en la presencia de sintomatología depresiva, ya que 24 de ellas presentaron episodios depresivos en su diferente intensidad (leve, moderada y grave). Cabe recalcar que se los ha tomado como episodios depresivos tomando en cuenta la duración de la sintomatología, información recolectada en la encuesta, la cual no sobrepasa a los 6 meses de permanencia. Así mismo, 6 de las pacientes aparentemente no presentan síntomas depresivos durante la evaluación; cabe mencionar que una minoría manifestó indiferencia ante lo sucedido.

Objetivo 3: Establecer la relación del aborto espontáneo como factor desencadenante de episodios depresivos.

Relación del aborto espontáneo como factor desencadenante de episodios depresivos.

De 30 mujeres encuestadas, 24 de ellas presentan episodios depresivos en sus diferentes niveles tras haber sufrido un aborto espontáneo e inmediatamente después de la realización del legrado quirúrgico; quedando en evidencia que el aborto espontáneo es un factor desencadenante para que se manifiesten síntomas depresivos como tristeza, anhedonia, fatigabilidad, llanto fácil, disminución del sueño y apetito; dichas manifestaciones clínicas se resumen en el síndrome post-aborto que presentan las mujeres que están atravesando por esta pérdida. Dichos síntomas están presentes en un lapso de tiempo no más a 3 meses, es por esta razón que pueden ser diagnosticados como episodios depresivos y no como trastorno depresivo.

g. Discusión

Basados en los datos extraídos de las 30 mujeres encuestadas, los resultados de esta revisión de la literatura sobre el aborto y la depresión indican muy consistentemente que el aborto está asociado con un incremento de moderado a alto en el riesgo de presentar episodios depresivos subsecuentes al procedimiento.

En dicha investigación los resultados revelaron que el 80% de la población estudiada presentaron síntomas de depresión en diferentes niveles (leve 30%, moderado 27% y grave 23%), según los resultados obtenidos a partir de la aplicación del cuestionario de depresión de Beck. En cuanto a la edad de las pacientes que presentaron episodios depresivos, los datos encontrados fueron más altos en el rango de edad de 21 a 25 años y más bajas en el rango de edad de 31 a 35 años; sin embargo dos de las treinta mujeres encuestadas presentan menos de 40 años de edad.

El estado civil de las pacientes también forma parte importante en la aparición de síntomas depresivos, ya que el 50% de ellas se mantienen en unión libre, el 33% son solteras y el 17% son casadas; lo que revela que la falta de estabilidad conyugal y la disminución del apoyo psicológico y emocional de la pareja podría desencadenar episodios depresivos después del aborto. Sin embargo, ante todos estos criterios manifestados la mayoría de mujeres el 47%, manifiesta desconocer la causa aparente del aborto.

Dichos datos se ponen en comparación con la investigación realizada por la Directora General Zahíra Quiñones del departamento de Medicina de la Universidad Católica Madre y Maestra de República Dominicana (2014), datos que se encuentran en relación con los obtenidos en esta investigación. Se reveló que el 63% del total de las mujeres post-aborto presentaron síntomas depresivos en diferentes niveles con un 33% de depresión leve, un 23% de depresión moderado y un 7% de depresión grave; mientras que en comparación con las edades, la mayoría se encuentra entre los 18 a 25 años y la minoría entre los 36 a 40 años de edad. En cuanto a las mujeres casadas presentaron niveles de depresión menor (30%) que las mujeres en unión libre y solteras (70%), debido a que estas no reciben el apoyo emocional y psicológico de su pareja. (PP. 60-61).

Cabe recalcar que la investigación de la Dra. Quiñones pone en evidencia la similitud existente con la presente investigación; en donde la existencia de síntomas depresivos es comprobada tras sufrir un aborto espontáneo y luego de realizarse el legrado quirúrgico. Los datos adicionales como edad y estado civil corroboran al sondeo realizado.

Así mismo un estudio realizado por Mendoza Flores & Grajales León en Panamá, estudiaron las características psicosociales de un grupo de jóvenes con aborto espontáneo; donde los sentimientos que experimentaron las mujeres posterior al procedimiento fueron en mayor parte negativos, con presencia de síntomas depresivos en un 70%. Las edades más prevalentes en las que se suscitó este evento fueron entre los 13 y 24 años; por otro lado predominó la unión libre o relaciones poco estables con un 73%. (PP. 5-6).

La correlación existente entre la presente investigación y los diferentes estudios realizados en otros países ponen en evidencia que el aborto espontáneo es un factor desencadenante de episodios depresivos, en conjunto con las causas psicosociales presentes en las mujeres post-aborto.

Las investigaciones que se han realizado en torno a los efectos psicológicos que se presentan después de un aborto espontáneo, indican que las consecuencias más comunes son los síntomas depresivos; síntomas que en conjunto se diagnostican como episodios depresivos, ya que estos no tienen una duración mayor a 6 meses para ser diagnosticado como un trastorno depresivo.

Existen diversos factores o aspectos que contribuyen a que estas secuelas se presenten en las mujeres que han pasado por un aborto; uno de ellos es la presencia de varios abortos previos y la dificultad para concebir y mantener la gestación, ya que muchas de las veces este antecedente vuelve al embarazo de alto riesgo.

La atención post aborto es un factor vital para que estas mujeres no vuelvan a incurrir en un nuevo embarazo que puede terminar en otro aborto y poner en riesgo su vida; de allí entonces, la importancia de que esta atención se brinde en forma inmediata y aprovechando la oportunidad de que la paciente está cautiva. El período post aborto es un buen momento para ofrecer apoyo psicológico y emocional a las mujeres que lo necesiten.

h. Conclusiones

- La causa del aborto espontáneo es desconocida para la mayoría de las mujeres; sin embargo, el estrés fue una de las causas que también predominó, estrés ante las circunstancias psicosociales por las que estaban atravesando las pacientes.
- Los datos obtenidos revelan en su mayoría la presencia de episodios depresivos en sus diferentes niveles: leve, moderado y grave, episodios que se encuentran tras el aborto espontáneo y el post-legrado.
- Mediante el análisis de los resultados se puede establecer la relación existente entre el aborto espontáneo como factor desencadenante de episodios depresivos. Se puede corroborar ya que los instrumentos de investigación se aplicaron después de horas o máximo un día después al legrado; por ende la presencia de síntomas depresivos se manifiestan tras el aborto espontáneo.
- Las mujeres que sufrieron un aborto espontáneo, presentaron sintomatología depresiva durante el diagnóstico suscrito por el médico y después de la realización del legrado.
- Manifestaron síntomas como tristeza, anhedonia, decaimiento, fatigabilidad, llanto fácil, dificultad para conciliar el sueño, aumento y disminución del apetito.
- Por medio del plan terapéutico se establecerá la presencia de estados emocionales en las mujeres con post-aborto; ya que pueden estar presentes no solo síntomas depresivos sino también sintomatología ansiosa y poder brindar una atención adecuada para mejorar el estado psicológico y afectivo de la paciente.

i. Recomendaciones

- Fortalecer los lazos afectivos tanto con la pareja como con la familia, para poder mejorar la calidad y calidez de vida de las mujeres en gestación y poder dar prevención a cualquier tipo de aborto.
- A los padres de las mujeres menores de 18 años, se les hace un llamado de atención con lo sucedido, para mejorar la confianza y proponer una comunicación asertiva con sus hijas con el fin de educar desde el hogar sobre educación sexual y reproductiva.
- Es importante que las mujeres que han presentado episodios depresivos post-aborto, acudan a terapia psicológica luego del internamiento, para estabilizar su estado mental y emocional.
- El seguimiento psicoterapéutico al paciente es fundamental para evitar la aparición de futuros trastornos mentales, en este caso de trastornos depresivos tras la mala resolución del duelo.
- La psicoeducación es un elemento importante en la promoción y prevención en salud mental, debe ser impartida como atención primaria a las mujeres en estado de gestación, la cual se la puede realizar en consulta externa, ambulatoria y visitas comunitarias.
- Al personal médico de las casas de salud (doctores, médicos, enfermeras e internos), mejorar la atención al usuario mediante un trato cálido, amable y confiable; con el fin de fortalecer el vínculo médico-paciente y poder hacer partícipe del cuadro clínico por el que atraviesa la misma.

j. Bibliografía

- Barron W. Lindheimer M. (2002). Madrid-España Ediciones Harcourt. *Trastornos médicos durante el embarazo 3º edición.* (P. 22).
- Belloch A. Sandín B. Ramos F. (2009). Madrid-España. Editorial Graficas Blanco S.L. *Manual de Psicopatología volumen II.* (P. 300).
- Botero J. Júbiz A. Henao G. (2004). Colombia-Bogotá Coordinación Editorial. *Obstetricia y ginecología 7º edición.* (PP. 186, 188-189).
- Branco Castelo C. (2005). Madrid-España. Editorial médica Panamericana S.A. *Sexualidad humana: una experiencia integral.* (P. 95-96).
- Cabero L. Saldívar D. Cabrillo E. (2007). Buenos Aires-Argentina. Editorial médica Panamericana S.A. *Obstetricia y medicina materno-fetal.* (PP. 1, 517).
- López-Ibor J. Valdés Miyar M. (2002). Barcelona-España. Editorial Elsevier Masson. *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* (PP. 398-399).
- Malagón Londoño G. (2004). Bogotá-Colombia. Editorial médica Panamericana S.A. *Manejo integral de urgencias 3º edición.* (P. 551).
- Organización Mundial de la Salud. J. J. López Ibor. (1992). Zaragoza-España. Editorial Cometa S.A. *CIE 10 Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades: Trastornos mentales y del comportamiento, descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.* (PP. 152-158).
- Reece A. Hobbins J. (2007). Buenos Aires-Argentina. Editorial médica Panamericana S.A. *Obstetricia clínica 3º edición.* (PP. 144-146).

- Robert B. Taylor. (2006). Barcelona-España. Editorial Masson S.A. *Medicina de familia: principios y práctica 6ª edición*. (P. 124).
- Sadock B. Sadock V. (2009). Barcelona-España. Editorial Wolters Kluwer Health. *Sinopsis de Psiquiatría: Ciencias de la conducta/psiquiatría clínica 10ª edición*. (P. 527).

FUENTES INTERNET

- BabyCenter. Junta de Asesores Médicos de BabyCenter en Español (2012). *Aborto espontáneo: qué es y por qué sucede*. Recuperado de:
<http://espanol.babycenter.com/a900154/aborto-espont%C3%A1neo-qu%C3%A9-es-y-por-qu%C3%A9-sucede>
- Dra. Digna Mayo Abad. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba. (2002). *Algunos aspectos histórico-sociales del aborto*. (P.P. 1-3). Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2002000200012
- Guillermo Galán. Ministerio de salud Pública de Chile, (2011). *Orientaciones técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas*. (P. 44). Recuperado de:
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/b53faf5d1d527a52e04001011e010ef5.pdf>
- Mendoza A. Flores H. Grajales B. León R. Moreno C. Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud Centro de Investigación en Reproducción Humana. *Características psicosociales de un grupo de jóvenes con aborto provocado y aborto espontáneo en Panamá*. (PP. 5-6). Recuperado de:
<http://www.gorgas.gob.pa/BiblioGorgas/pdf/Caracteristicas%20psicosociales%20de%20u>

[n%20grupo%20de%20jóvenes%20con%20aborto%20provocado%20y%20aborto%20espontáneo%20en%20Panamá%20C3%A1..pdf](#)

- Montse Arboix. (2012). Fundación Eroski contigo. *Sufrir una depresión tras el aborto*. Recuperado de: <http://www.consumer.es/web/es/bebe/embarazo/perder-el-bebe/2011/10/27/204460.php>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador/Dirección Nacional de Normalización. (2013). *Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente guía de práctica clínica*. (P. 13) Recuperado de: http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_de_aborto_espontaneo.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). *La Depresión*. Nota descriptiva N°369. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Depresión*. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Romina Izzedin. (2011). Lima-Perú. Scielo Perú (Scientific Electronic Library Online). *Aborto Espontáneo*. (PP. 1-3). Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v18n1/a07v18n1.pdf>
- Zahíra Quiñones. (2014). República Dominicana. Anales de Medicina PUCMM. *Comparación de Sintomatología Depresiva entre Mujeres Post-Aborto y Mujeres de la Consulta de Ginecología*. (PP. 60-61). Recuperado de: <http://www.pucmm.edu.do/Documents/revista-anales-medicina/AMP%20V4N1.pdf>

k. ANEXOS

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo:.....con cedula de identidad numero:....., por mis propios derechos en pleno uso de mis capacidades mentales, de manera libre y voluntaria, luego de recibir información acerca de la entrevista y valoración psicológica, autorizo a la Srta. Jessenia Liliana Solano de la Sala Hurtado, interna de la carrera de Psicología Clínica, me realice dicho procedimiento del cual cuyos resultados beneficiaran al trabajo investigativo, así como la información vertida durante estas conversaciones será manejada con total confidencialidad; así mismo renunciando a todo acto civil o penal que pueda traer consigo este acto en futuras consecuencias.

.....

Firma del paciente

Fecha:.....

ANEXO N° 2

Ficha de Observación

Lugar: Edad: Fecha:	Motivo de consulta:
Postura, aspecto físico y Fascie psicoexpresiva	
Comportamiento (Conciencia, actitud, estado de ánimo)	

ANEXO N° 3

ENCUESTA DIRIGIDA A LAS MUJERES QUE INGRESAN AL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA

Estimada Sra. Srta. En calidad de egresada de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja; me encuentro interesada en realizar mi tesis de Psicología Clínica, para lo cual solicito a usted de la manera más comedida responder el siguiente cuestionario cuyas respuestas se guardaran en absoluta reserva por ser de carácter anónimo.

Fecha de nacimiento:

Edad:

Estado civil:

N° de hijos: nacidos vivos:

No nacidos:

Ocupación:

1. Señale con una x, el motivo por el que se encuentra ingresada en esta casa de salud.

Embarazo parto pre término ()

Poscesaría ()

Trastornos hipertensivos en el embarazo ()

Poslegrado ()

Postparto ()

Ginecología ()

2. Si su respuesta es Poslegrado, marque con una x el tipo de aborto que ha presentado.

Aborto completo ()

Aborto incompleto ()

Aborto espontaneo ()

Aborto recurrente ()

Aborto provocado ()

Otro.....

3. Señale con una x, la causa del aborto.

Anomalías morfológicas ()

Anomalías genéticas ()

Enfermedades médicas ()

Infecciones ()

Estrés ()

Ansiedad ()

Exposición a accidentes ()

Otros.....

4. Marque con una x, el sentimiento que ha predominado durante este hecho

significativo

Tristeza ()

Ira ()

Culpa ()

Fracaso ()

Indiferencia ()

Otro.....

5. Ha presentado otros síntomas como: Señale una opción

Dolor de cabeza ()

Insomnio ()

Llanto fácil ()

Irritabilidad ()

Aumento o disminución del apetito ()

Otro.....

6. ¿Con qué intensidad y frecuencia se presentan estos síntomas?

Alta ()

Media ()

Baja ()

Menos de una semana ()

Más de una semana ()

Especifique.....

7. Cree usted que es necesaria la intervención psicológica para fortalecer el estado de ánimo de las mujeres que han sufrido un aborto y evitar el desencadenamiento de trastornos depresivos ¿Por qué?

.....

.....

.....

Gracias por su Colaboración

ANEXO N° 4

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Nombres: _____ Sexo: _____

Edad: _____ Fecha: _____

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la última semana, incluyendo el día de hoy. Encierre en un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido.

1	0	No me siento Triste
	1	Me siento triste
	2	Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza
	3	Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
2	0	No me siento especialmente desanimado(a) frente al futuro
	1	Me siento desanimado(a) frente al futuro
	2	Siento que no tengo nada que esperar
	3	Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar
3	0	No creo que sea un fracasado(a)
	1	Creo que he fracasado más que cualquier persona normal
	2	Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos
	3	Creo que soy un fracaso absoluto como persona
4	0	Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la solía obtener antes
	1	No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo
	2	Ya no tengo una verdadera satisfacción de nada
	3	Estoy insatisfecho(a) o aburrido(a) de todo
5	0	No me siento especialmente culpable
	1	Me siento culpable una buena parte del tiempo
	2	Me siento bastante culpable casi siempre
	3	Me siento culpable siempre
6	0	No creo que este siendo castigado(a)
	1	Creo que puedo ser castigado(a)
	2	Espero ser castigado(a)
	3	Creo que estoy siendo castigado(a)
7	0	No me siento decepcionado(a) de mí mismo(a)
	1	Me he decepcionado(a) de mí mismo(a)
	2	Estoy disgustado(a) conmigo mismo(a)
	3	Me odio

8	0	No creo ser peor que los demás
	1	Me critico por mis debilidades y errores
	2	Me culpo siempre de mis errores
	3	Me culpo por todo lo malo que me sucede
9	0	No pienso matarme
	1	Pienso en matarme, pero no lo haría
	2	Me gustaría matarme
	3	Me mataría si tuviera la oportunidad
10	0	No lloro más que de costumbre
	1	Ahora lloro más de lo que sabía hacerlo
	2	Ahora lloro todo el tiempo
	3	Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera
11	0	Las cosas no me irritan más que de costumbre
	1	Las cosas me irritan un poco más que de costumbre
	2	Estoy bastante irritado(a) o enfadado(a) una buena parte del tiempo
	3	Ahora me siento irritado(a) una buena parte del tiempo
12	0	No he perdido el interés por otras personas
	1	Estoy menos interesado(a) en otras personas que de costumbre
	2	He perdido casi todo el interés por otras personas
	3	He perdido todo mi interés por otras personas
13	0	Tomo decisiones casi como siempre
	1	Postergo la toma de decisiones más que de costumbre
	2	Tengo más dificultad para tomar más decisión que antes
	3	Ya no puedo tomar más decisiones
14	0	No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre
	1	Ne preocupa el hecho de parecer viejo(a) sin atractivos
	2	Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que me hacen parece poco atractivo(a)
	3	Creo que me veo feo(a)
15	0	Puedo trabajar tan bien como antes
	1	Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo
	2	Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa
	3	No puedo trabajar en absoluto
16	0	Puedo dormir tan bien como siempre
	1	No duermo tan bien como solía hacerlo
	2	Me despierto unas dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormirme.
	3	Me despierto varias horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormirme

17	0	No me canso más que de costumbre
	1	Me canso más fácilmente que de costumbre
	2	Me canso sin hacer casi nada
	3	Estoy demasiado cansado (a) para hacer algo
18	0	Mi apetito no es peor que de costumbre
	1	Mi apetito es tan bueno como solía ser
	2	Mi apetito esta mucho peor que ahora
	3	Ya no tengo apetito
19	0	No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo últimamente
	1	He rebajado más de dos quilos y medio
	2	He rebajado más de cinco kilos
	3	He rebajado más de siete kilos
20	0	No me preocupo de mi salud más que de costumbre
	1	Estoy preocupado(a) por mis problemas físicos como, por ejemplo, molestias estomacales, etc.
	2	Estoy muy preocupado(a) por problemas físicos y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa
	3	Estoy tan preocupado(a) por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
21	0	No he notado cambio alguno recientemente en mi interés por el sexo
	1	Estoy menos interesado (a) en el sexo de lo que solía estar
	2	Ahora estoy mucho menos interesado (a) en el sexo
	3	He perdido por completo el interés por el sexo.

PUNTUACIÓN TOTAL: **NIVEL DE DEPRESIÓN:**

Baremo

Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos:

No depresión:	0-9 puntos
Depresión leve:	10-18 puntos
Depresión moderada:	19-29 puntos
Depresión grave:	≥ 30 puntos

ANEXO N° 5

PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA TRASTORNO DEPRESIVO POR ABORTO ESPONTANEO

1. FORMULACION DE OBJETIVOS

Objetivos Generales.

- Disminuir los síntomas depresivos, además intervenir en las conductas culpabilizantes producto de la perdida de no nato.
- Sensibilizar al paciente y a su familia a través de la psicoeducación para que conozcan acerca del aspecto crítico ocurrido.
- Impulsar la asistencia de los familiares para superar el aspecto traumático sufrido.
- Identificar y reforzar actividades que se realicen con éxito la adherencia a actividades y medicación.
- Modificar creencias irracionales y desadaptativas.

2. SEÑALAMIENTO DE TÉCNICAS.

- Entrevista evaluación psicológica.
- Psicoeducación.
- Terapia racional emotiva
- Terapia ocupacional.

3. SEÑALAMIENTO DE TERAPIA Y APLICACIÓN DE TECNICAS.

Terapia racional emotiva

- Reformulación de ideas irracionales
- Pensamientos Automáticos.
- Asertividad.
- Parada o Interrupción del pensamiento.

Terapia Individual.

- Relajación de Jacobson.
- Psicoeducación.
- Técnicas de Respiración.

Terapia Familiar.

- Psicoeducación familiar.
- Role Play.

Terapia Farmacológica.

- Horarios y dosis de medicación.

Terapia Grupal.

- Asistencia a Grupos de personas con depresión

PLAN DE INTERVENCIÓN

PROCESOS A SEGUIR

ENGANCHE	Rapport Empatía Encuadre
DIAGNOSTICO	Elaboración de Informe psicológico. Aplicación de reactivos psicológicos.
PLANIFICACIÓN PSICOTERAPEUTICA EN DEPRESION POR ABORTO ESPONTANEO	Programas en actividades agradables. Entrenamiento en Habilidades Sociales. Terapia de Autocontrol. Entrenamiento en Solución de problemas.

PLANIFICACIÓN PSICOTERAPÉUTICA DE DEPRESION POR ABORTO

ESPONTANEO POR SESIONES

Objetivos inmediatos:

1. Disminuir la intensidad y duración de los síntomas de depresión post-aborto.
2. Modificación de la base cognitiva, fisiológica y motora o conductual de la depresión.
3. Eliminar sentimientos de culpa.
4. Superar la sintomatología de duelo producto de la pérdida del no nacido.

Sesión I

TÉCNICA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
Terapia Racional emotiva	Disminuir la intensidad y duración de los síntomas de depresión post aborto	Mediante la utilización de material didáctico.	Consiste en un programa altamente estructurado, dirigido a cambiar la cantidad y la calidad de las interacciones del paciente depresivo, mediante un conjunto de estrategias que incluyen el entrenamiento asertivo, la relajación, la toma de decisiones, la solución de problemas, la comunicación y el manejo del tiempo.

Sesión II

TÉCNICA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
Terapia Racional emotiva	Modificación de la base cognitiva, fisiológica y motora o conductual de la depresión.	Mediante la utilización de ejemplos.	Lograr dar explicaciones claras y concisas centradas principalmente sobre las conductas a entrenar en cada sesión (conductas objetivo).

Sesión III

TÉCNICA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
Terapia de Autocontrol.	Eliminar Sentimientos De Culpa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tablas o registros de conducta. 2. Planificación ambiental. 3. Auto-contratos. 	Es fundamental tomar conciencia de la situación global que les conduce a repetir la conducta no deseada y poder modificar el ambiente para así adquirir nuevos comportamientos en donde los podrán reprender y compensar según sea su desempeño.

Sesión IV

TÉCNICA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
Entrenamiento en la solución de problemas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Superar la sintomatología de duelo producto de la pérdida del no nacido. 2. Orientación hacia el problema. 3. Definición y formulación del problema. 4. Generación de soluciones y alternativas. 5. Toma de decisiones. 	<p>Consiste en la presentación y práctica de un método general, estructurado en una serie de pasos, con el fin de ayudar al paciente a resolver sus propios problemas vitales.</p>	<p>Puesta en práctica y verificación de la solución.</p>

Índice

Certificación	¡Error! Marcador no definido.
Autoría	¡Error! Marcador no definido.
Carta de Autorización.....	¡Error! Marcador no definido.
Dedicatoria	v
Agradecimiento.....	vi
a. Tema.....	1
b. Resumen.....	2
c. Introducción	4
d. Revisión de Literatura.....	6
1. Aborto	6
2. Episodios depresivos	20
e. Materiales y Métodos	30
f. Resultados.....	36
g. Discusión	45
h. Conclusiones	48
i. Recomendaciones	49
j. Bibliografía	50
k. ANEXOS	53
Índice.....	69