

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
EN MUJERES CON ANTECEDENTE DE MUERTE INTRAUTERINA”**

**Estudio transversal descriptivo realizado en la Consulta Externa de Planificación
Familiar del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto
Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-**

julio-agosto 2016

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

**Oscar Daniel Curan Letona
Daniel Alfonso Santiago Lémus**

Médico y Cirujano

Guatemala, agosto de 2016

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

Los estudiantes:

Oscar Daniel Curan Letona 200917857
Daniel Alfonso Santiago Lémus 201010033

Cumplieron con los requisitos solicitados por esta Facultad previo a optar al Título de Médico y Cirujano en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

"PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES CON ANTECEDENTE DE MUERTE INTRAUTERINA"

Estudio transversal descriptivo realizado en la Consulta Externa de Planificación Familiar del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-

julio-agosto 2016

Trabajo asesorado por la Dra. María Alejandra Flores-Gularte, co-asesorado por el Dr. Hermes Iván Vanegas Chacón y revisado por el Dr. Luis Antonio Ríos Méndez, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, el treinta de agosto del dos mil dieciséis


DR. MARIO HERRERA CASTELLANOS
DECANO



El infrascrito Coordinador de la Coordinación de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que los estudiantes:

Oscar Daniel Curan Letona 200917857
Daniel Alfonso Santiago Lémus 201010033

Presentaron el trabajo de graduación titulado:

**"PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
EN MUJERES CON ANTECEDENTE DE MUERTE INTRAUTERINA"**

Estudio transversal descriptivo realizado en la Consulta Externa de Planificación Familiar del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-

julio-agosto 2016

El cual ha sido revisado por la Dra. Aída Guadalupe Barrera Pérez y, al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Coordinación, se le autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala el treinta de agosto del dos mil dieciséis.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Dr. C. César Oswaldo García García
Coordinador

 **USAC** 
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Coordinación de Trabajos de Graduación
COORDINADOR

Guatemala, 30 de agosto del 2016

Doctor
César Oswaldo García García
Coordinación de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. García:

Le informamos que nosotros:

Oscar Daniel Curán Letona

Daniel Alfonso Santiago Lémus

Presentamos el trabajo de graduación titulado:

"PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
EN MUJERES CON ANTECEDENTE DE MUERTE INTRAUTERINA"

Estudio transversal descriptivo realizado en la Consulta Externa de Planificación
Familiar del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto
Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-

julio-agosto 2016

Del cual el asesor, co-asesora y revisor se responsabilizan de la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

Firmas y sellos

Revisor: Dr. Luis Antonio Ríos Méndez

No. de registro de personal ~~9699~~

Asesora: Dra. María Alejandra Flores Gularte

Co-asesor: Dr. Hermes Iván Vanegas Chacón

Dra. María Alejandra Flores Gularte
Médico Obstetra
Colegiado No. 868

DEPARTAMENTO CLÍNICO
Dr. HERMES IVÁN VANEGAS
-FE DE DEPARTAMENTO CLÍNICO a. 17
-ITAL DE GINECO OBSTETRICIA I.G.S.S.
I.G.S.S.

De la responsabilidad del trabajo de graduación:

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

AGRADECIMIENTO ESPECIAL

A NUESTROS CATEDRÁTICOS

Por ser los encargados de transmitirnos el conocimiento que han adquirido a través de los años.

A NUESTROS ASESORES

Dra. María Alejandra Flores Gularte

Dr. Hermes Iván Vanegas Chacón

Por el incondicional apoyo y aporte de información para el desarrollo de nuestra investigación.

A NUESTRA REVISORA DE UNIDAD DE TESIS

Dra. Aida Guadalupe Barrera Pérez

Por su dedicación, profesionalismo y paciencia durante todo el proceso que implicó la elaboración de este trabajo de investigación

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Por ser el centro de enseñanza que nos inculcó los valores que como profesionales debemos poseer.

A LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

AL CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO –CUM

Por ser nuestro segundo hogar y permitirnos en sus aulas vivir tantos momentos memorables.

AL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL –IGSS

Por el apoyo brindado y permitirnos realizar la investigación en los trabajadores.

A DIOS: Por haberme guiado durante toda la carrera y haberme bendecido con todas las personas que me mostraron su apoyo en estos años.

A MIS PADRES: Oscar Leonel Curán y Brenda Rossana Letona por todo su amor y su incondicional apoyo hacia mi.

A MI FAMILIA: A mis abuelitas y abuelito, mis tíos y tías, primos y demás familia, gracias por darme siempre todo su cariño

A MIS AMIGOS: Del colegio y de la universidad, por haber disfrutado y compartido conmigo a lo largo de todo este camino.

A MIS CATEDRATICOS: por proveerme los conocimientos y las aptitudes para mi formación profesional, dándome las competencias necesarias para desempeñar esta noble profesión.

A LA GLORIOSA Y TRICENTENARIA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA: Por haberme abierto sus puertas y haberme formado académicamente.

Oscar Daniel Curán Letona

A DIOS: Por haberme guiado durante toda la carrera y haberme bendecido con todas las personas que me mostraron su apoyo en estos años.

A MIS PADRES: Jorge Leonel Santiago Arellano y María Teresa Lemus Barillas por todo su amor y su incondicional apoyo hacia mí.

A MIS HERMANAS: María Alejandra Santiago Lemus y Ana Isabel Santiago Lemus por ser apoyo e inspiración para salir adelante siempre.

A MI FAMILIA: A mis abuelitas , mis tíos y tías, primos y primas, gracias por darme siempre todo su cariño

A MIS AMIGOS: Por haber disfrutado y compartido conmigo a lo largo de todo este camino

A MIS CATEDRATICOS: por proveerme los conocimientos y las aptitudes para mi formación profesional, dándome las competencias necesarias para desempeñar mi noble labor.

A LA GLORIOSA Y TRICENTENARIA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA: por haberme acogido en tan prestigiosa casa de estudios.

Daniel Alfonso Santiago Lémus

Resumen

OBJETIVO: Determinar la prevalencia del trastorno de estrés postraumático en mujeres con antecedente de muerte intrauterina que acuden a la consulta externa de planificación familiar del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en los meses de julio y agosto de 2016.

POBLACIÓN Y MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal realizado en 66 mujeres mediante una encuesta de datos generales y escala de trauma de Davidson.

RESULTADOS: El 30.3% de las mujeres que refirieron una muerte intrauterina desarrollan trastorno de estrés postraumático (TEPT) secundario a ese evento. Las características generales fueron: Edad media de 27.6 años, las pacientes unidas (10) representan el 50%. En relación a las prácticas religiosas 70% (14) de las mujeres con TEPT y 93.47% (36) de las mujeres sin TEPT eran practicantes. En cuanto a las características obstétricas, el 75% (15) reportó la muerte intrauterina durante el primer trimestre; la media de embarazos previos fue de dos y el número de muertes intrauterinas previas fue de una.

CONCLUSIONES: El estar comprendida entre 26 y 30 años, estar unida, presentar muerte intrauterina en el ultimo trimestre, o tener únicamente una gesta fueron las características de las pacientes con TEPT. Entre las mujeres que presentan TEPT la practica de alguna religión es menos frecuente. La prevalencia del trastorno fue menor a la reportada en otros estudios.

Palabras clave: Trastornos por estrés postraumático, aborto espontáneo, muerte fetal, mortinato, muerte.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. OBJETIVOS.....	7
2.1 Objetivo General.....	7
2.2 Objetivos Específicos	7
3. MARCO TEÓRICO.....	9
3.1 Trastorno de estrés postraumático	9
3.1.1 Historia	9
3.1.2 Definición.....	9
3.1.3 Epidemiología	10
3.1.4 Etiología.....	11
3.1.5 Síntomas y diagnóstico	12
3.1.6 Diagnósticos diferenciales	14
3.1.7 Evolución, tratamiento y pronóstico.....	15
3.2 Muerte fetal intrauterina.....	16
3.2.1 Definición y clasificación	16
3.2.3 Epidemiología	18
3.2.4 Causas y factores de riesgo para muerte intrauterina	18
3.2.5 Tratamiento.....	21
4. POBLACIÓN Y MÉTODOS.....	23
4.1 Tipo y diseño del estudio:	23
4.2 Unidad de análisis:.....	23
4.2.1 Unidad primaria de muestreo:.....	23
4.2.2 Unidad de análisis:	23
4.2.3 Unidad de información:.....	23
4.3 Población y muestra	23
4.3.1 Población:.....	23
4.3.2 Marco muestral:.....	23
4.3.3 Muestra:.....	24
4.3.4 Métodos y técnicas de muestreo:.....	24
4.4 Selección de sujetos a estudio:	25
4.4.1 Criterios de inclusión:.....	25
4.4.2 Criterio de exclusión:	25
4.6 Técnicas, procesos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos	28
4.6.1 Técnica.....	28

4.6.2 Procesos.....	28
4.6.3 Instrumento.....	29
4.6.4 Validez y fiabilidad de la escala	30
4.6.5 Prueba piloto.....	30
4.7 Procesamiento y análisis de datos	31
4.7.1 Procesamiento.....	31
4.7.2 Análisis	32
4.8 Límites de la investigación	33
4.8.1 Obstáculos.....	33
4.8.2 Alcances	33
4.9 Aspectos éticos de la investigación	34
5. RESULTADOS	37
6. DISCUSIÓN.....	41
7. CONCLUSIONES	43
8. RECOMENDACIONES.....	45
9. APORTES	47
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
11. ANEXOS	53
Anexo 11.1: Consentimiento Informado.....	53
Anexo 11.2: Cuestionario para eventos traumáticos previos	55
Anexo 11.3: Escala de trauma de Davidson (DTS)	58
Anexo 11.4: Resultados	61

1. INTRODUCCIÓN

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se puede definir como la aparición de síntomas específicos tras la exposición a un acontecimiento estresante, extremadamente traumático, que involucra un daño físico o es de naturaleza extraordinariamente amenazadora o catastrófica para el individuo.¹ En el manual de Trastornos Mentales (DSM V) se utilizan diversos criterios (síntomas biológicos, recuerdos, re-experiencias, sueños del evento) para poder realizar el diagnóstico de estrés post traumático.² Se estima que a lo largo de la vida la incidencia de TEPT es entre 9% a 15% y la prevalencia en la población general es de 8% a lo largo de la vida.³

En Guatemala en la investigación “Encuesta de Salud mental” en el año 2009 evidenció que aproximadamente el 28% de la población en el país (aproximadamente 1 de cada 4 guatemaltecos) ha padecido de un trastorno de salud mental, la población más afectada fueron mujeres de edad adulta. “El 20.2% presentó trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (TNSSES) y de estos el primer lugar lo ocupa el trastorno de estrés postraumático (6.9%).”⁴ A nivel nacional no hay estudios sobre estrés postraumático secundario a una muerte intrauterina.

Según estadísticas del año 2015 del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS se puede estimar que por cada 1000 nacimientos hubo 121 muertes intrauterinas, lo cual significa que existen al menos 121 mujeres con probabilidades de desarrollar TEPT a causa del suceso traumático, y por lo tanto es necesario brindarles una atención integral abarcando el área obstétrica y psicológica por parte de profesionales en cada una de las áreas.

En una investigación llevada a cabo en Estados Unidos la cual contó con una muestra de 113 pacientes quienes presentaron una pérdida prenatal se evidenció que alrededor de 1 de cada 4 mujeres en este grupo presentaban síntomas de estrés postraumático, 1 mes posterior a la pérdida.⁵

El presente estudio es de tipo descriptivo de corte transversal, se realizó en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), en el área de consulta externa de planificación familiar entrevistando a 68 pacientes que acudieron a consulta y cumplieron con los criterios de inclusión.

En el presente trabajo se entrevistó a mujeres de 18-45 años de edad con la escala de trauma de Davidson para diagnosticar trastorno de estrés postraumático, posteriormente se calculó la prevalencia y se caracterizó por edad al momento de la entrevista, estado civil, religión, número de embarazos previos, número de muertes intrauterinas previas y edad gestacional al momento del evento.

Al haber estudiado a las pacientes que presentaron alguna muerte intrauterina, se logró determinar la prevalencia de TEPT y así lograr llenar este vacío científico y aportar recomendaciones que puedan ser tomadas en consideración para brindar una atención integral.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia del trastorno de estrés postraumático en mujeres con antecedente de muerte intrauterina que acuden a la consulta externa de planificación familiar del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

2.2 Objetivos Específicos

2.2.1 Caracterizar a las mujeres estudiadas según edad, estado civil, religión, número de gestas, número de muertes intrauterinas previas y edad gestacional al momento de la pérdida.

2.2.2 Calcular la gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Trastorno de estrés postraumático

3.1.1 Historia

Las primeras referencias sobre la presencia de trastorno de estrés postraumático (TEPT) se encuentran desde el año 1871 durante la guerra de secesión de los Estados Unidos. Se denominó “Corazón de soldado” a causa de la presencia de síntomas cardíacos autonómicos. Posteriormente fue definida como neurosis traumática. Durante la Primera Guerra Mundial el síndrome se denominó como *Shell Shock* y se postuló que era resultado de un traumatismo ocasionado por la detonación de explosivos. En 1941 se estudió a un grupo de personas que sobrevivieron a un incendio en un club nocturno de Chicago que presentaban un intenso nerviosismo, fatiga y pesadillas. Los veteranos de guerra, supervivientes de campos de concentración nazis y los supervivientes de los ataques con bombas atómicas en Japón presentaban síntomas similares ocasionalmente denominados como neurosis de combate o fatiga operativa. El concepto de TEPT se introdujo por primera vez como diagnóstico a finales de la década de 1980.³

3.1.2. Definición

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un trastorno mental el cual se clasifica dentro del grupo de trastornos de ansiedad. Se caracteriza por la aparición de síntomas específicos (sueños, recuerdos, trastornos biológicos) tras la exposición a un acontecimiento estresante, extremadamente traumático, que involucra un daño físico o es de naturaleza extraordinariamente amenazadora o catastrófica para el individuo.²

El TEPT también se puede definir como el conjunto de síntomas que hacen su aparición posteriormente al hecho traumático, la aparición clínica varía en cada paciente. Esta es una intensa respuesta emocional a un hecho traumático psicológico, como pueden ser el deceso de una persona querida, un hecho violento, daño físico, amenazas a la persona (físicas o emocionales), en las cuales las defensas mentales de las personas no pueden asimilarlo.⁶ En el caso de los padres (padre o madre) que hayan sido afectados, existe la posibilidad de que

hayan consecuencias negativas para la relación padres-hijo y el desarrollo en la vida del niño.⁷

Ejemplos de personas que suelen desarrollar TEPT son veteranos de guerras y personas víctimas de prostitución.

3.1.3. Epidemiología

Se estima que la incidencia de TEPT es alrededor de un 9 a 15% a lo largo de la vida y la prevalencia puede estar alrededor del 8% y puede llegar a ser de 13 a 23% tomando en cuenta las formas subclínicas de TEPT. Se calcula que la prevalencia de TEPT en mujeres es mayor que en hombres, oscilando entre un 10 a 12% en mujeres y un 5 a 6% en hombres. La edad es variable, puede aparecer en cualquiera pero es más común diagnosticarlo en adultos jóvenes dada su mayor exposición a eventos traumáticos que puedan precipitar su desarrollo. La probabilidad de desarrollar el trastorno es mayor en la población soltera, divorciados o viudos, personas que se encuentran en una situación económica desfavorable. Sin embargo los factores de riesgo que mayor relevancia tienen es la gravedad del evento traumático, la duración a la que estuvieron expuestos y la proximidad hacia tal evento.³

En estudio llevado a cabo por la OMS desde 1990 para el 2008 en diferentes países se pudo constatar que en países como China había un porcentaje tan bajo como de 0.3% a Nueva Zelanda con 6.1% de personas afectadas por TEPT.⁸ En un estudio realizado por Forray y colegas en Estados Unidos encontraron una prevalencia de TEPT en pacientes en un nuevo embarazo entre 8.9 y 12.5%. La prevalencia de TEPT en un segundo embarazo es alrededor de 21%, al tercer trimestre del siguiente embarazo.⁹

En un estudio llevado a cabo en Polonia que abarcó 58 mujeres evidenció que el 41 de las pacientes (70%) reportaba elevados niveles de estrés postraumático de acuerdo a los criterios del DSM V (intrusión, evitación, re-experimentación).¹⁰

Investigadores en Estados Unidos reportaron que la sociedad frecuentemente observa la pérdida prenatal, a diferencia de otras pérdidas infantiles, como

insignificante lo cual puede repercutir en la madre como una sensación de soledad e invalidación del duelo.¹¹

En un estudio realizado en Estados Unidos se evidenció como factores de riesgo el concebir nuevamente antes de los 12 meses posteriores a la pérdida y una sensación de falta de apoyo social al momento de la pérdida. Por el contrario, el tener un buen apoyo emocional posterior a la pérdida puede ser un factor protector para TEPT.¹²

En Guatemala en la investigación “Encuesta de Salud mental” en el año 2009 evidenció que aproximadamente el 28% de la población en el país ha padecido de un trastorno de salud mental (aproximadamente 1 de cada 4 guatemaltecos), la población más afectada fueron mujeres en edad adulta. “El 20.2% presentó trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (TNSSES) y de estos el primer lugar lo ocupa el trastorno de estrés postraumático (6.9%).”⁴ A nivel nacional no hay estudios sobre estrés postraumático secundario a una muerte intrauterina.

3.1.4 Etiología

3.1.4.1 Factor estresante

El TEPT suele generarse en una persona que ha sido expuesta a uno o varios eventos traumáticos o estresantes de diferentes causas, como puede ser eventos de guerra, exposición al dolor, pérdida de una persona querida mucho tiempo atrás.¹ Consecuentemente a esto se genera una excitación de gran magnitud a la cual el psiquismo de la persona es incapaz de asimilar. Por consiguiente el psiquismo, al ser incapaz de manejar esta excitación tan grande, conlleva efectos patógenos y trastornos duraderos en la persona afectada. Los acontecimientos pueden ser, pero no limitados a, presenciar heridas severas, accidentes, guerras, violencia doméstica o muertes no naturales.²

3.1.4.2 Factores de riesgo

- ❖ Presencia de trauma en edad infantil
- ❖ Sexo femenino
- ❖ Poco apoyo social y familiar
- ❖ Antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos.
- ❖ Factores estresantes recientes.
- ❖ Alcoholismo.

3.1.4.3 Factores psicodinámicos

No todos los factores estresantes resultan igual para todas las personas, el significado subjetivo de cada uno puede determinar el grado de trauma que puede generar en las distintas personas, algunos aspectos se evidencia posterior al trauma como la somatización, alexitima y la incapacidad de regular el afecto pueden ser resultado del trauma.³

3.1.4.4 Factores cognitivo-conductuales

El modelo cognitivo que se ha establecido del TEPT propone que las personas afectadas son incapaces de procesar o racionalizar el evento traumático que desencadena este trastorno. Presentan el estrés pero intentan evitarlo utilizando técnicas evasivas. Dependiendo de su capacidad para afrontar cognitivamente el acontecimiento, las personas, experimentan dos periodos, uno de reconocimiento y otro de bloqueo del acontecimiento. ³

3.1.5 Síntomas y diagnóstico

Aunque el acontecimiento traumático se puede experimentar nuevamente de diversas maneras, la forma más común es la re experimentación del evento con recuerdos de forma frecuente e involuntaria (criterio B1). Otro de los síntomas comunes es la re experimentación a través de sueños involucrando las características, una o varias, del evento traumático (criterio B2). La persona afectada puede presentar estados disociativos de duración variable en los cuales revive la experiencia y se comporta como si estuviera en el evento (criterio B3).

Los eventos pueden suceder como *flashbacks* de duración variable en los cuales la persona recuerda momentos del evento sin perder noción de la realidad o puede sumergirse de manera que pierde el sentido de la realidad. La presencia de eventos similares al evento (por ejemplo viento fuerte posterior a evento de huaracan) causan en la persona un malestar psicológico intenso (criterio B4) o una reactividad fisiológica (criterio B5).²

Los estímulos asociados al trauma por lo general son evitados por la persona, por lo general hace grandes esfuerzos para evitar recuerdos, sentimientos o incluso hablar sobre el tema (criterio C1) así mismo realiza esfuerzos para evitar ciertas actividades, objetos o personas que se asocien con el recuerdo (criterio C2).²

Posterior al evento traumático la cognición negativa o las emociones suelen comenzar o deteriorarse. La presencia de amnesia disociativa (incapacidad de recordar algo importante sobre el evento) no relacionada a traumatismo en el cráneo, alcohol o drogas suele estar presente (criterio D1). La presencia de expectativas negativas persistentes sobre la vida diaria que se aplican a la misma persona, a otros individuos y al futuro se pueden manifestar como un cambio posterior al evento traumático (criterio D2). Las personas afectadas por estrés postraumático pueden tener una idea equivocada sobre las causas del evento traumático (ejemplo fue culpa mía por haber causado el accidente (criterio D3). La aparición de sentimientos negativos (ejemplo enojo, tristeza, vergüenza) o el aumento de ya existentes posterior al evento traumático (criterio D4). La falta de interés a ausencia de este por actividades previamente emocionantes para el individuo (criterio D5). Una sensación de aislamiento o soledad con respecto a más personas (criterio D6). La dificultad en la capacidad para sentir emociones positivas (ejemplo: alegría, felicidad o satisfacción) es otro criterio (criterio D7).²

Las personas afectadas por TEPT pueden presentar conductas violentas verbales y/o físicas con provocaciones mínimas (criterio E1). Las conductas autodestructivas pueden estar presentes en la persona (consumo de drogas, alcohol, actividades que representen peligro) (criterio E2). Con frecuencia se suele presentar sensibilidad aumentada con actividades asociadas a eventos traumáticos (Por ejemplo: personas quienes estuvieron involucrados en accidente vehicular pueden presentar sensibilidad a la amenaza potencial de subir a un carro nuevamente) (criterio E3). Los afectados por TEPT suelen ser susceptibles y

nerviosos por ruidos inesperados (ejemplo sonido de timbre) (criterio E4). De manera continua reportan dificultad en recordar datos cotidianos (por ejemplo, número de teléfono) o presentar problemas para poner atención a tareas específicas. (criterio E5). Dificultad para conciliar el sueño, pesadillas o preocupación por la seguridad pueden estar presentes (criterio E6). La presencia de síntomas de disociación como despersonalización o desrealización pueden estar presentes.²

3.1.6 Diagnósticos diferenciales

Trastorno de adaptación: Este se diferencia del TEPT cuando el evento es de cualquier intensidad, no necesariamente de la magnitud (criterio A) para considerarse TEPT.²

Trastorno de estrés agudo: La diferencia radica en el tiempo de duración. En el trastorno de estrés agudo la duración de los síntomas es de 3 días hasta 1 mes.²

Trastorno de ansiedad y trastorno obsesivo compulsivo (TOC): En estos trastornos hay presencia de voces intrusivas, sin embargo, no están relacionadas con un evento traumático previo, suelen presentarse compulsiones y los demás síntomas de TEPT suelen estar ausentes.²

Trastorno depresivo mayor: La depresión mayor puede o no ser antecedida por un evento traumático. El trastorno de depresión no presenta síntomas (criterio B o C) de TEPT. No presenta todos los síntomas de los criterio D o E para TEPT.²

Lesión cerebral traumática: Cuando en un evento traumático se produce una lesión cerebral, este puede causar una lesión cerebral la cual desarrolle síntomas psicológicos. Debido a que la sintomatología de TEPT y una lesión cerebral pueden superponerse hay que utilizar la diferencia clínica para definirlos. La reexperimentación y la evitación son característicos de TEPT y en la lesión cerebral no están presentes así como la confusión y desorientación persistente son característicos de una lesión cerebral.²

3.1.7. Evolución, tratamiento y pronóstico.

El TEPT suele aparecer un tiempo después del trauma, puede ser un tiempo de una semana al que se le denomina retraso corto o puede ser de hasta 30 años. Los síntomas varían con el tiempo y se puede intensificar durante los periodos de estrés. De no existir una apropiada terapia, el 40% presentará síntomas leves, el 30% se recuperará completamente, el 20% tendrá síntomas moderados y el 10% presentarán los mismos síntomas con probabilidad de que se agraven. Para ayudar con la rápida recuperación de los pacientes, es indispensable que cuente con buen apoyo social, ausencia de otros trastornos psiquiátricos, orgánicos o relacionados a sustancias.³

La principal forma de abordar el TEPT es a través de apoyo social, estímulo para comentar el acontecimiento y mecanismos para poder afrontar.

El tratamiento farmacológico siempre debe de considerarse, el uso de sedantes e hipnóticos pueden ser útiles. Los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) son considerados el tratamiento de elección para TEPT ya que reducen los síntomas de todas las agrupaciones sintomáticas del TEPT. Otros fármacos de utilidad para el tratamiento de este trastorno son los inhibidores de la monoamino oxidasa. Actualmente no existen datos positivos sobre el uso de antipsicóticos para el tratamiento del TEPT. Se debe de fomentar el sueño del paciente sin utilizar medicación. ³

La psicoterapia psicodinámica puede resultar favorable para algunos pacientes, sin embargo, revivir experiencias del trauma pasado puede resultar devastador para algunos otros. Las intervenciones tales como hipnosis, terapia conductual y cognitiva son algunas otras formas de psicoterapia que pueden ayudar al tratamiento del trastorno.³

3.2 Muerte fetal intrauterina

3.2.1 Definición y clasificación

3.2.1.1 Muerte fetal intrauterina

Se define como muerte fetal intrauterina a toda mortalidad ocurrida a todo producto de la concepción antes de su extracción o expulsión completa del cuerpo de la madre.

Se utiliza para abarcar los términos de aborto y óbito en uno solo ya que no toma en cuenta la edad gestacional ni el peso del producto de la concepción.¹³

3.2.1.2 Aborto

“Se llama aborto a toda interrupción espontánea o provocada antes de las 20 semanas de amenorrea, con un peso del producto de la gestación menor a 500 gramos”.¹⁴ Generalmente se utiliza el término aborto espontáneo. debido a que la palabra “aborto” por sí sola se asocia a la terminación intencional del embarazo con un propósito diferente a tener un neonato vivo.¹⁵

Existen diferentes definiciones que ayudan a especificar el tipo de aborto que puede darse, amenaza de aborto en donde existe secreción sanguinolenta y hemorragia vaginal o cervical durante la primera mitad del embarazo, el 50% de estos casos terminan en aborto, no existe un tratamiento eficaz para evitar el aborto, únicamente el seguimiento por ultrasonido, valoración de las hormonas gonadotropina coriónica (HCG) y progesterona. De acuerdo con la edad gestacional se pueden presentar aborto precoz (antes de las 12 semanas) y aborto tardío (12 semanas o más).¹⁴

- ❖ Aborto inevitable en donde existe ruptura de membranas y salida de líquido, dilatación cervical y posteriormente inician con contracciones o desarrollan algún tipo de infección en ausencia de ellas, en esta situación el aborto es casi seguro.¹⁵ En la presentación clínica se presenta hemorragia vaginal abundante, el cuello uterino se encuentra abierto y

oculto, dolor abdominal, dolor a la movilización del cérvix.¹⁶ y la ruptura de membranas antes de las 20 semanas.

- ❖ Aborto incompleto se refiere al desprendimiento, apertura del orificio cervical interno y hemorragia, se suele expulsar al feto y la placenta antes de la décima semana de gestación. En este se presenta expulsión parcial del producto del tejido gestacional, el dolor abdominal está presente, al examen físico el cuello uterino se encuentra dilatado, oculto y con abundante sangrado y pueden haber coágulos con restos gestacionales.¹⁶
- ❖ Aborto retenido significa la no expulsión del embrión posterior al cese de la actividad cardíaca.
- ❖ Aborto séptico hace referencia a una complicación infecciosa luego de presentar el aborto.
- ❖ Aborto recurrente se denomina cuando existen 3 o más abortos.

3.2.1.3 Óbito

Cuando existe una muerte intraútero después de la vigésima semana de gestación se denomina óbito sin importar la causa.¹⁵

En un aborto en general, la hemorragia precede por un periodo de tiempo de horas incluso días a los dolores de tipo cólico. El periodo perinatal abarca desde las 20 semanas de gestación hasta los 28 días de nacido del neonato por lo que una muerte perinatal involucra el mismo lapso de tiempo.¹⁵

En muchas pacientes el principal síntoma es la ausencia de movimientos fetales. Al examen físico la ausencia de latidos cardíacos fetales, estos son sugestivos de muerte fetal, sin embargo, el diagnóstico definitivo se realiza por medio de examen con ultrasonido.⁽¹⁷⁾ Altura uterina no aumenta de tamaño e incluso puede llegar a disminuir dependiendo de la absorción del líquido amniótico.¹⁴

3.2.3 Epidemiología

La frecuencia de abortos en el primer trimestre es variable. En Suecia para el año 2000 los abortos clínicamente demostrables rondaron entre 12% y 15%.¹⁸ Muchos de los abortos en las primeras 12 semanas no podrían haber sido diagnosticados ya que la paciente no tuvo síntomas o signos más que la presencia de HCG-B. Esto impide que se pueda determinar un número exacto de pacientes en los días cotidianos que presenten abortos en las primeras 12 semanas.¹⁵

3.2.4 Causas y factores de riesgo para muerte intrauterina

Se puede dividir las causas de aborto según trimestre afectado y en cada trimestre se puede diferenciar causas maternas, fetales y placentarias.

3.2.4.1 Primer trimestre

❖ Factores fetales:

Por lo general durante las primeras doce semanas se producen abortos por malformaciones cromosómicas en el feto, el riesgo de malformaciones cromosómicas disminuye conforme la gestación avanza “se observan en 33% de los abortos del segundo trimestre pero sólo en 5% de los óbitos (mortinato) del tercer trimestre”.¹⁵

❖ Factores maternos

Estos son los factores de riesgo que presenta la madre. Entre estos se pueden encontrar:

- La edad: La incidencia de Abortos en el primer trimestre en mujeres de edad avanzada es mayor por existencia de enfermedad crónicas como por ejemplo: diabetes, hipertensión arterial, trastornos endocrinos.
- Infecciones: De acuerdo con *American College of Obstetricians and Gynecologists* (2001) las infecciones son una causa rara de aborto en el primer trimestre.

- Anomalías endocrinas como hipotiroidismo y diabetes mellitus son factores asociados con aborto espontáneo en las primeras 12 semanas.
- El uso de drogas como alcohol y el tabaquismo se han asociado a un aumento en el riesgo de producir un aborto espontáneo en el primer trimestre.¹⁵

❖ Factores Inmunitarios:

- Las enfermedades autoinmunes son una causa de aborto; se considera que en el caso de mujeres con lupus eritematoso generalizado la causa de estos abortos sea la presencia de anticuerpos antifosfolípidos.
- Defectos uterinos como leiomiomas uterinos, sinequias uterinas (cicatrices uterinas) son causas probables de abortos en el primer trimestre.¹⁵

❖ Factores placentarios:

- Atrofia del epitelio de las vellosidades coriales: este epitelio es muy plano y funcionalmente insuficiente.¹⁴
- Edema del estroma placentario: Aunque en este caso el epitelio de revestimiento es normal y la placenta funcional, el edema en el estroma comprime los vasos sanguíneos lo que ocasiona pequeños infartos en la placenta.

3.2.4.2 Segundo trimestre:

Entre las causas para aborto en el segundo trimestre se considera la insuficiencia cervicouterina; se desconoce aún la causa de la insuficiencia cérvico uterina, sin embargo, se considera que el antecedente de trauma en área (dilatación, legrado, conización, amputación, cauterización) es un factor que aumenta el riesgo de insuficiencia cervicouterina y posteriormente aborto.¹⁵

Causas de muertes fetales:

- Fetales: “Algún tipo de anomalía fetal contribuye a 25 a 40% de todos los óbitos”¹⁵ Así como en causas fetales de Aborto, en muerte fetal (óbito) se puede observar que las anomalías cromosómicas es el principal factor.¹⁵
- Placentarias: La placenta al producir efectos sobre el feto y la madre se puede considerar como una combinación de causas fetales y maternas. El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta fue la principal causa identificada de manera individual de óbito. La corioamnioitis, La hemorragia feto materna, el síndrome de transfusión intergemelar (en embarazo multifetal monocoriónico) son causas de óbito.¹⁵ Antes de las 20 semanas el desprendimiento de placenta se tratará como un aborto. Su frecuencia es aproximadamente 0.2%.¹⁴
- Maternas: diabetes mellitus, hipertensión arterial, anticoagulante lúpico y anticuerpos anticardiolipina.¹⁵

3.2.4.3 Tercer trimestre:

Hay múltiples causas (origen materno, fetal, ambiental) y muchas otras son desconocidas.

- ❖ Disminución de la perfusión sanguínea uteroplacentaria: Se puede originar por comorbilidades (hipertensión arterial, cardiopatías maternas, hipotensión materna).
- ❖ Reducción o ausencia de oxígeno al feto en condiciones donde no hay contracciones uterinas y la perfusión uteroplacentaria es normal; puede ser causada por malformaciones de sincitiotrofoblasto, infartos placentarios, placenta previa o circulares (del cordón umbilical).
- ❖ Aporte insuficiente de calorías por desnutrición de madre o enfermedades que deterioren el cuerpo de la madre.
- ❖ Hipertermia, parasitosis y toxinas bacterianas las cuales pueden pasar al feto a través de la placenta.

- ❖ Traumatismos y malformaciones congénitas: Los traumas pueden ser directos al feto o indirectos; ejemplo de esto pueden ser métodos diagnósticos invasivos al feto. Malformaciones incompatibles con el crecimiento intrauterino como por ejemplo trastornos cardiacos o del encéfalo.
- ❖ Causas desconocidas: En estos casos se puede notar el antecedente de óbitos fetales previos.¹⁴

3.2.5 Tratamiento

Existe la posibilidad de realizar un tratamiento médico o un tratamiento quirúrgico, no existe evidencia concreta sobre qué método es el más recomendable pues las características clínicas de cada paciente pueden variar mucho en una y otra, sin embargo se pueden realizar algunas generalizaciones.¹⁵

- ❖ El éxito depende del tipo de edad gestacional.
- ❖ Existe un 50% de probabilidad de que un aborto espontaneo incompleto termine en un aborto completo.
- ❖ En el caso de aborto espontaneo incompleto, la administración de prostaglandinas E, por vía oral o vaginal puede ser eficaz en un 85% para que termine en completo en aproximadamente 7 días.
- ❖ El legrado es un método quirúrgico efectivo con el cual se completan un aborto espontaneo en un 100% de los abortos retenidos o incompletos.¹⁵

Las técnicas para completar un aborto espontaneo incompleto o retenido son:

- ❖ Antes de las 12 semanas se utilizan los denominados “métodos rápidos” los cuales son legrado instrumental o por aspiración.¹⁴
- ❖ Después de las 13 semanas se realiza inducción con aplicación local de prostaglandinas o un análogo de estas, el misoprostol. Si estos no fueron suficientes se adicionará oxitocina por goteo intravenoso.

Ante el fracaso de la inducción se procederá a realizar extracción a través de CSTP.¹⁴

4. POBLACIÓN Y MÉTODOS

4.1 Tipo y diseño del estudio:

Descriptivo de corte transversal

4.2 Unidad de análisis:

4.2.1 Unidad primaria de muestreo:

Pacientes que acudieron a consulta de planificación familiar del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

4.2.2 Unidad de análisis:

Datos obtenidos en la entrevista.

4.2.3 Unidad de información:

Pacientes que acudieron a consulta de planificación familiar del IGSS.

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población:

Pacientes a quienes se les realizó legrado intrauterino (LIU) por diagnóstico de aborto incompleto (1620) y que consultaron con diagnóstico de óbito fetal en el año 2015 (128) para un total de 1748.

4.3.2 Marco muestral:

Registros estadísticos de pacientes atendidas en consulta externa de planificación familiar del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante 4 semanas con diagnóstico post LIU mayor a un mes y muerte intrauterina.

4.3.3 Muestra:

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia; se incluyó en el estudio a toda paciente que durante el periodo de 4 semanas cumplió con los criterios de inclusión.

Se decidió utilizar este tipo de muestreo por la dificultad de realizar muestreo de forma probabilística debido a que no todas las pacientes que presentaron muerte intrauterina en el año 2015 acuden a las citas de consulta externa de planificación familiar en el IGSS por lo que cumplir con un muestreo probabilístico no fue posible.

4.3.4 Métodos y técnicas de muestreo:

- ❖ Se realizó un muestro no probabilístico por conveniencia.
- ❖ Todas las pacientes que han presentado una muerte intrauterina son referidas a Clínica de planificación familiar para seguimiento.
- ❖ Para la atención de las pacientes en consulta externa de planificación familiar el hospital cuenta con dos clínicas que atienden simultáneamente. La consulta externa de planificación familiar atiende en dos horarios, a las 08:00 am y a las 12:00pm.
- ❖ Para que se pudiesen captar a las pacientes que pudiesen formar parte del estudio fue necesario que los dos investigadores estuviesen en la misma institución.
- ❖ Cada investigador estuvo a cargo de una clínica en el horario de mañana y una en el horario de la tarde para poder cubrir las 2 clínicas de consulta externa de planificación familiar.
- ❖ Diariamente se evaluó los expedientes de las pacientes citadas a consulta en donde se identificó a las pacientes con antecedente de muerte intrauterina que se encontraron dentro del rango de edad de 18 a 45 años.

- ❖ Se incluyeron en el estudio a todas las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión propuestos en el estudio.
- ❖ La muestra total dependió del total de pacientes captadas durante las 4 semanas de muestreo.
- ❖ Durante las 4 semanas de muestreo se evaluó a las pacientes de lunes a viernes en horario de 07:00 am a 08:00 am y de 11:00 am a 12:00 pm para no interferir con la hora de atención de la consulta externa.

4.4 Selección de sujetos a estudio:

Para la selección de pacientes se tomó en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

4.4.1 Criterios de inclusión:

- ❖ Pacientes quienes aceptaron participar en el estudio.
- ❖ Pacientes de 18 a 45 años.
- ❖ Pacientes que hablasen castellano.
- ❖ Antecedente de pérdida en embarazo previo, sin importar el tiempo transcurrido desde la pérdida al momento de la entrevista.

4.4.2 Criterio de exclusión:

- ❖ Pacientes con discapacidad auditiva o del habla.
- ❖ Pacientes con diagnóstico previo de TEPT.
- ❖ Pacientes bajo tratamiento psiquiátrico o psicológico.
- ❖ Pacientes con 3 o más respuestas afirmativas de haber estado expuestas a un evento traumático estresante en las últimas 3 semanas (Hechos delictivos, accidentes automovilísticos, violencia intrafamiliar) como parte de los criterios de selección de la encuesta.

Macro variable	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo variable	Escala de medición	Criterios de clasificación
Características de pacientes con TEPT	Edad	Espacios de años transcurridos de un año a otro ⁽²²⁾	Dato de la edad en años anotado en el registro clínico.	Cuantitativa discreta	Razón	Años
	Estado Civil	Condición de una persona en función de si tuviese o no una pareja	Dato referido por la paciente de contar o no con pareja.	Cualitativa politómica	Nominal	Soltera Casada Unida Viuda Divorciada
	Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto. ⁽²³⁾	Dato de religión que profesa referido por la paciente.	Cualitativa politómica	Nominal	Católica Evangélica Judía Otros Sin religión
	Edad gestacional al momento de la pérdida	Tiempo transcurrido desde el momento de la concepción hasta el momento de la expulsión del producto.	Dato en semanas referido por la paciente al momento de la pérdida y anotado por trimestre de embarazo	Cualitativa politómica	Ordinal	1er trimestre 2do trimestre 3er trimestre
	Número de gestas previas.	Cantidad de embarazos anteriores. ⁽¹⁸⁾	Dato de embarazos anotados en el registro clínico.	Cuantitativa discreta	Razón	Número de embarazos previos

Macro variable	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo variable	Escala de medición	Criterios de clasificación
Características de pacientes con TEPT	Muertes intrauterinas previas	Mortalidad ocurrida a todo producto de la concepción antes de su extracción o expulsión completa del cuerpo de la madre ocurridas con anterioridad. ⁽¹⁶⁾	Dato de muertes intrauterinas previas anotado en el registro clínico.	Cuantitativa discreta	Razón	Número de muertes intrauterinas totales
	Estrés postraumático	Trastorno mental el cual se clasifica dentro del grupo de trastornos de ansiedad. Se caracteriza por la aparición de síntomas específicos (sueños, recuerdos, trastornos biológicos) tras la exposición a un acontecimiento estresante, extremadamente traumático, que involucra un daño físico o es de naturaleza extraordinariamente amenazadora o catastrófica para el individuo. ⁽³⁾	Sumatoria mayor a 41 puntos en la escala de trauma de Davidson	Cualitativa nominal	Razón	Si / No
	Gravedad del estrés postraumático	Intensidad con la que se presenta el trastorno de estrés postraumático y sus síntomas en una determinada persona	Dato se sumatoria de las 17 preguntas de la escala de trauma de Davidson según la siguiente escala: 40 puntos = mínima;	Cualitativa politómica	Ordinal	Mínima Subclínica Clínica Grave Muy grave

4.6 Técnicas, procesos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos

4.6.1 Técnica

Entrevista a través de un cuestionario estructurado y la escala de trauma de Davidson.

4.6.2 Procesos

Paso 1: Fue revisado y autorizado el protocolo de investigación por parte de la unidad de tesis COTRAG.

Paso 2: Se autorizó la investigación por parte de las autoridades correspondientes del IGSS para evaluación de pacientes que acuden a consulta externa de planificación familiar del hospital de ginecología y obstetricia.

Paso 3: Cada investigador revisó los expedientes de las pacientes que estaban citadas para ese día a la consulta externa de planificación familiar y se determinó a través de los antecedentes si era candidata para el estudio.

Paso 4: Se procedió a buscar a las pacientes por su nombre, toda vez hubiesen cumplido con los criterios de inclusión, y se les ubicó en un área diferente a la sala de espera.

Paso 5: Se procedió a explicar a las pacientes sobre el estudio y la posibilidad de formar parte de este a través de una entrevista no mayor a 15 minutos.

Paso 6: Previo a iniciar la entrevista, la paciente firmó un consentimiento informado.

Paso 7: Se realizó entrevista en una clínica desocupada de la consulta externa con el instrumento de recolección de datos en donde se evaluó los criterios necesarios para realizar el diagnóstico de TEPT.

Paso 8: Posterior a la entrevista se estableció la presencia o no del trastorno.

Paso 9: Se tabularon los datos en una hoja electrónica al finalizar diariamente las entrevistas para la elaboración del informe final.

4.6.3 Instrumento

La boleta de recolección de datos consta de 3 partes:

- 1) Datos generales: Edad, estado civil, religión, número de gestas, número de muertes intrauterinas previas, edad gestacional al momento de la pérdida,
- 2) Se evaluó los antecedentes psiquiátricos y se evaluó si la paciente había estado expuesta a 3 o más eventos traumáticos estresantes además de la muerte intrauterina, y de ser así, fueron excluidas para evitar sesgos de TEPT debido a una causa diferente a muerte intrauterina.
- 3) La escala de trauma de Davidson es una entrevista la cual consiste en 17 ítems. Está basada en los criterios de DSM-IV. Las preguntas 1 a la 4 corresponden al criterio B; 5 a la 11 al criterio C; 12 a la 16 corresponden al criterio D.

Las preguntas que abarcan intrusión y evitación hacen referencia al evento estresante, las de aislamiento e hiperactividad únicamente hacen referencia a su ausencia o presencia.

Cada ítem es evaluado en doble casilla, una para la frecuencia del mismo y la otra para la gravedad. La casilla de frecuencias posee 5 posibles respuestas (nunca, a veces, 2-3 veces, 4-6 veces, a diario) cada una con puntuación de 0 a 4 respectivamente. La escala de gravedad cuenta con cinco posibles respuestas (nada, leve, moderada, marcada, extrema), y la puntuación es de la misma forma que la casilla anterior. La puntuación total oscila entre 0 y 136 (a mayor puntuación, mayor incidencia del TEPT). Los autores establecen como criterio de corte una puntuación de ambos campos mayor a 40 puntos.¹⁹ Los 5 grupos de gravedad que utiliza la escala de trauma de Davidson son:

- 1) mínima (menor a 40 puntos)
- 2) subclínica (41 puntos a 78),
- 3) clínica (de 79 puntos a 108 puntos)
- 4) grave (de 109 puntos a 114 puntos)
- 5) muy grave (de 114 puntos en adelante) ²⁰

4.6.4 Validez y fiabilidad de la escala

- Validez:

La validación concurrente se realizó con el Structured Clinical Interview for DSM IV (SCID) , demostrando como punto de corte más eficiente los 40 puntos (eficiencia de 0,83). Presenta validez convergente adecuada con el Clinician Administered PTSD Scale5 (0,78) y con el Impact of Event Scale6 (0,64). La validez discriminante se realizó con el Eysenck Personality Inventory Extroversion subscale7 (0,04). El análisis factorial arroja soluciones de 2 y de 6 factores.¹⁹

- Fiabilidad

La fiabilidad test-retest tras dos semanas es de 0.86. La consistencia interna, tanto para las subescalas de frecuencia y gravedad como para el total son elevadas (alfa de Cronbach de 0,97 – 0,98 – 0,99 respectivamente).¹⁹

4.6.5 Prueba piloto

En la prueba piloto se eligió por conveniencia a 14 mujeres que visitaban familiares del Hospital Roosevelt el día domingo 16 de Junio del año 2016; estas mujeres cumplieron con los criterios de inclusión. Se les informó sobre el motivo de la investigación, se llevaron a cabo todos los pasos tal y como han sido presentados previamente, se les explicó que la presente prueba era prueba piloto y que ellas no formarían parte de los resultados finales del estudio. Se obtuvo su consentimiento y firmaron estar de acuerdo en ser parte de la prueba piloto, se les solicitó a las pacientes que informaran en caso no comprendieran una pregunta, palabra o si deseaban no responder alguna de las preguntas. Se anotaron los resultados y las observaciones realizadas por las entrevistadas. Los resultados obtenidos de la comprensión de la prueba están presentados en el anexo 4. Se sugirió a las pacientes con estrés postraumático consultar con un psiquiatra o psicólogo para

un tratamiento especializado y se les entregó una nota de referencia. Para el presente estudio se modificará la Escala de Trauma de Davidson agregando al final de cada pregunta “en la última semana” ya que las pacientes en la prueba piloto presentaron tendencia a generalizar los síntomas a un tiempo mayor al establecido por el instrumento.

Tabla 4.1 prevalencia de TEPT en pacientes entrevistadas en prueba piloto

	Si	No
Trastorno de estrés postraumático	4	10

Fuente: Encuestas realizadas por investigadores.

4.7 Procesamiento y análisis de datos

4.7.1 Procesamiento

Se tabularon manualmente los datos recopilados de las pacientes entrevistadas, los cuales se ingresaron a una hoja electrónica creando automáticamente la base de datos en Microsoft Excel, posteriormente los investigadores realizaron el análisis respectivo de la base de datos.

Tabla 4.2 Modelo de la base de datos

BOLETA	EDAD	ECIV	RELI	EPRE	MUIP	SEMMIP	1-17FR	1-17GR	TEPT	GRAV
Número	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1
	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2
	3	3	3	3	3	3	2	2		3
	4	4	4	4	4		3	3		4
	5	5	5				4	4		5
	6		6							

Tabla 5.3 Listado de código de respuesta para cada variable.

BOLETA	EMPREV	TEPT
número	1:01	1: si
EDAD	2:02	2: no
1: 18 a 20	3:03	GRAV
2: 21 a 25	4: 3>	1: mínima
3: 26 a 30	MUIP	2: subclínica
4: 31 a 35	1:01	3: clínica
5: 36 a 40	2:02	4: grave
6: 41 a 45	3:03	5: muy grave
ECIVIL	SEMMUIP	
1: Soltera	1:01	
2: Casada	2:02	
3: Unida	3:03	
4: Divorciada	1-17FREC	
5: Viuda	0: nunca	
RELIG	1: a veces	
1: Católica	2: 2-3 veces	
2: Evangélica	3: 4-6 veces	
3: Mormona	4: a diario	
4: Judia	1-17GRAV	
5: No practica	0: nada	
6: otra	1: leve	
	2: moderada	
	3: marcada	
	4: extrema	

4.7.2 Análisis

Para lograr dar respuesta a los objetivos las variables fueron analizadas de la siguiente manera:

- Las variables cuantitativas se agruparon por intervalos y frecuencias para establecer características epidemiológicas.
- Las variables cualitativas fueron tabuladas, evaluadas según la presencia o no de los síntomas, de acuerdo a los establecidos, en la escala de trauma de Davidson. En las variables cualitativas de datos generales se agruparon y se detallaron por grupos los resultados.
- Para cada tabla se realizó una gráfica respectiva para facilitar su comprensión y análisis.

4.8 Límites de la investigación

4.8.1 Obstáculos

- ❖ La negativa de pacientes para aceptar ser parte del estudio.
- ❖ Manifestaciones las cuales paralizaron el tránsito vehicular lo cual impidió que muchas pacientes asistieran a consulta durante uno de los días de recolección de datos.

4.8.2 Alcances

- ❖ Se determinó la prevalencia de TEPT en pacientes de consulta externa del IGSS.
- ❖ Se evidenció la necesidad de referencia a profesional de salud mental para pacientes afectadas.
- ❖ Se brindó seguimiento especializado a pacientes que refirieron muerte intrauterina y con TEPT positivo según el instrumento de Escala de trauma de Davidson. Se habló con medico jefe de consulta externa quien estuvo enterado y de acuerdo en referir a pacientes. Se informó al área de salud mental correspondiente en el IGSS para que estén enterados de las posibles referencias quienes se mostraron dispuestos a atender a las pacientes referidas.

4.9 Aspectos éticos de la investigación

Al ser un estudio no probabilístico por conveniencia y por justicia para las pacientes, todas las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión en las cuatro semanas de trabajo de campo fueron invitadas a participar en el estudio.

Respetando la autonomía de las pacientes, previo a realizarse la encuesta se procedió a brindarles la información sobre los objetivos del estudio, se les dió una breve introducción sobre estrés postraumático y se les brindó un resumen del contenido del instrumento de evaluación. Se les explicó que este era un estudio de riesgo categoría I, es decir, de bajo riesgo; se les leyó detalladamente el consentimiento informado y, de aceptarlo, se les solicitó que firmasen de dicho consentimiento. Se les explicó que al no desear ser parte del estudio estaban en la libertad de retirarse y permanecer en la sala de espera sin que el hecho de no participar afectara el acceso a la atención de salud.

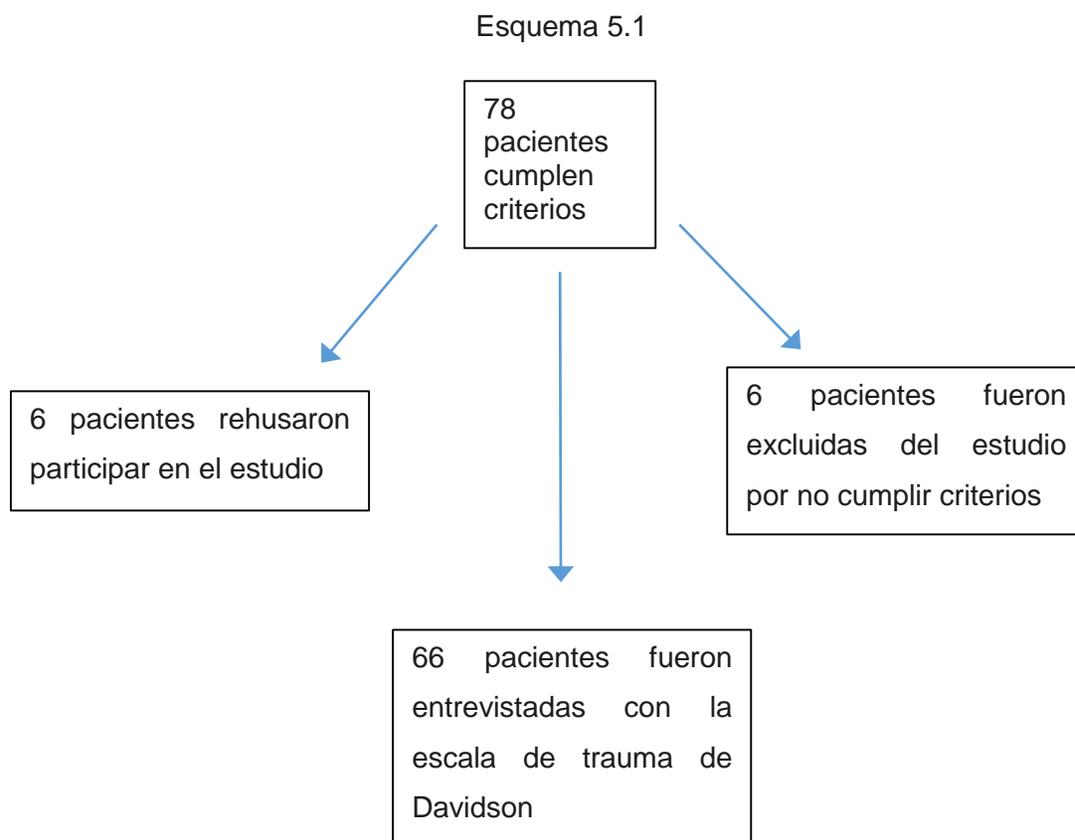
Se brindó el debido respeto a la privacidad de las pacientes atendiéndoles en una clínica de consulta externa en donde solamente se encontrarán ellas y el entrevistador

Como beneficio para las pacientes invitadas al estudio se les brindó información sobre trastorno de estrés postraumático, sus consecuencias en la vida de las personas y en caso de que la paciente presentase este trastorno se les entregó una nota para que el médico tratante esté informado de la patología de la paciente y así pudiese referirla o brindarle un seguimiento especializado. Se garantizó en el momento de evaluar a una paciente y que su resultado para TEPT fuese positivo según la escala de trauma de Davidson se le notificó y se procedió a notificar al médico tratante de la consulta externa para procediera a los trámites necesarios para que se brindase la atención especializada pertinente. Se habló con el médico jefe de consulta externa quien estuvo enterado y de acuerdo en referir a pacientes. Se informó al área de salud mental correspondiente en el IGSS para que estén enterados de las posibles referencias.

Este estudio contó con la asesoría de la doctora María Alejandra Flores Gularte quien es especialista en psiquiatría y orientó y guio todo el proceso de elaboración de protocolo e informe final.

5. RESULTADOS

El trabajo de campo se realizó en la consulta externa del IGSS, abarcando las consultas de la mañana y de la tarde, en las 2 clínicas donde son atendidas las pacientes para planificación familiar, antes de iniciar la consulta externa. Se utilizó un muestreo por conveniencia en donde los investigadores revisaron expedientes para evaluar antecedentes de muerte intrauterina y así poder seleccionar a las pacientes. El proceso de selección de pacientes se detalla en el esquema 5.1.



En las tablas 5.1 y 5.2 se presentan las características generales y obstétricas de las pacientes; los porcentajes se leen por columnas (en forma vertical).

Las tablas de edad número de embarazos previos y número de muertes intrauterinas previas por intervalos se encuentran en el anexo 11.4.

Tabla 5.1

Características generales de las mujeres con antecedente de muerte intrauterina en la consulta externa de planificación familiar del hospital ginecología y obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-, Guatemala julio y agosto.

Características generales	Pacientes con TEPT*	Pacientes sin TEPT*	Total
	f (%)	f (%)	f (%)
Estado civil			
Casada	6 (30)	4 (8.70)	10 (15.15)
Soltera	4 (20)	28 (60.87)	32 (48.48)
Unida	10 (50)	14 (30.43)	24 (36.36)
Religión**			
Católica	8 (40)	19 (41.30)	27 (40.91)
Evangélica	6 (30)	19 (41.30)	25 (37.88)
Mormona	0 (0)	1 (2.17)	1 (1.52)
No practica	6 (30)	3 (6.52)	9 (13.64)
Otra	0 (0)	4 (8.70)	4 (6.06)
Edad			
X (DE)	27.6 (5.33)	22.8 (5.4)	29.32 (5.46)
Trimestre de la pérdida			
1º	15 (75)	35 (76.09)	50 (75.76)
2º	2 (10)	11 (23.91)	13 (19.70)
3º	3 (15)	0 (0)	3 (4.55)

*TEPT: trastorno de estrés postraumático.

** El porcentaje de mujeres con TEPT que practican una religión es de 70%; el porcentaje de mujeres sin TEPT que practican una religión es 93.47%;

Tabla 5.2

Características obstétricas de las mujeres con antecedente de muerte intrauterina en la consulta externa de planificación familiar del hospital ginecología y obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-, Guatemala julio y agosto.

Características obstetricas	Pacientes con TEPT*	Pacientes sin TEPT*	Total
	f (%)	f (%)	f (%)
Trimestre de la pérdida			
1º	15 (75)	35 (76.09)	50 (75.76)
2º	2 (10)	11 (23.91)	13 (19.70)
3º	3 (15)	0 (0)	3 (4.55)
Número de embarazos previos			
X (DE)	1.9 (0.91)	2.85 (0.94)	2.56 (1.02)
Número de muertes intrauterinas previas			
X (DE)	1.25 (0.55)	1.2 (0.45)	1.21 (0.48)

*TEPT: trastorno de estrés postraumático.

Tabla 5.3

Clasificación por gravedad de los síntomas en las mujeres con antecedente de muerte intrauterina y diagnóstico de TEPT atendidas en la consulta externa de planificación familiar del hospital ginecología y obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-, Guatemala julio y agosto.

Clasificación por gravedad de síntomas de estrés postraumático	Pacientes con TEPT*	
	Frecuencia	%
Subclínica	13	65.00
Clínica	7	35
Total	20	100

*TEPT: trastorno de estrés postraumático.

Tabla 5.3

Prevalencia de trastorno de estrés postraumático en mujeres con antecedente de muerte intrauterina en la consulta externa de planificación familiar del hospital ginecología y obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-, Guatemala julio y agosto.

Pacientes	Formula	Datos	Prevalencia (%)
Pacientes con TEPT*	$\frac{(\text{Número de pacientes con TEPT})}{\text{Número de pacientes con muerte intrauterina}} \times 100$	$\frac{20}{66} \times 100$	30.3
Pacientes sin TEPT*	$\frac{(\text{Número de pacientes sin TEPT})}{\text{Número de pacientes con muerte intrauterina}} \times 100$	$\frac{46}{66} \times 100$	69.7

*TEPT: trastorno de estrés postraumático.

6. DISCUSIÓN

Este informe se realizó a través de una investigación en donde se determinó la prevalencia de trastorno de estrés postraumático (TEPT) por medio de la Escala de Trauma de Davidson posterior a cumplir con los criterios de inclusión y la encuesta de datos generales.

Se evaluaron un total de 66 pacientes en un periodo de 4 semanas en la consulta externa de planificación familiar. Se clasificaron a las pacientes por edad, estado civil, religión, número de embarazos previos y edad gestacional al momento de la muerte intrauterina para comprender de mejor manera que pacientes son las más susceptibles a desarrollar TEPT posterior a una muerte intrauterina.

El objetivo general de la investigación fue determinar la prevalencia general de TEPT en pacientes con antecedente de muerte intrauterina, que se detectó en 30.3% de las pacientes entrevistadas el cual fue menor al comparar con un estudio llevado a cabo en Polonia que incluyó a 58 mujeres y evidenció que 41 pacientes (70%) reportaba elevados niveles de estrés postraumático de acuerdo a los criterios del DSM V (intrusión, evitación, re-experimentación)(10)

La edad media de las pacientes con TEPT fue de 27.6 años; el mayor porcentaje de TEPT (45%) se presentó en el grupo etario de 26 a 30 años y el menor porcentaje (5%) en el grupo de 18 a 20 años de edad. Esto se puede explicar por la ilusión generada en la corta edad de las pacientes ya que se encuentran a una edad conveniente para iniciar una familia.⁽²¹⁾

En relación a las prácticas religiosas, el 30% de las pacientes con TEPT no practican ninguna religión en comparación con el 6.53% de las pacientes sin TEPT. Esto sugiere la importancia de las creencias de la paciente y del apoyo emocional por parte de líderes religiosos o comunidad religiosa respecto al evento, de acuerdo a lo comentado por la Psiquiatra Alejandra Flores.

El 80% de las pacientes que cuentan con una pareja (casada o unida) mostraron mayor porcentaje de TEPT (80%). La causa de esto puede deberse a la falta de apoyo de la pareja o a la sensación de la paciente de que ha decepcionado a su pareja por la muerte intrauterina, según comenta la psicóloga Claudia García.

La media de embarazos previos en las pacientes con TEPT fue de dos y en las pacientes sin TEPT fue de tres. El porcentaje de TEPT en pacientes con menor número de embarazos previos fue mayor (40%) en relación al porcentaje de las pacientes que referían mayor número de embarazos previos, 5% en las que refirieron mas de tres embarazos. Se ha encontrado que el primer embarazo genera una alta ilusión a las pacientes.⁽²¹⁾ La media de embarazos en pacientes con y sin TEPT fue similar (1.2).

Según el trimestre en que se registró la muerte intrauterina, las pacientes que mostraron mayor porcentaje fueron las pacientes que se encontraban en el primer trimestre de gestación con un total de 75%. Lo cual muestra una variación con las investigaciones de las últimas dos décadas en donde se estima que alrededor de 48-51% de las mujeres que presentan un aborto espontaneo presentarán algún tipo de trastorno psicológico secundario al mismo.⁽²²⁾ Durante la investigación se encontró que entre las pacientes que se encontraban en el segundo trimestre de gestación y sufrieron una muerte intrauterina, la prevalencia de TEPT no fue tan alta como la prevalencia que mostraron las pacientes que se encontraban en su primer trimestre de gestación; Esto último puede deberse a la ilusión que genera la noticia de un embarazo en sus primeras etapas.⁽²¹⁾

De las 20 pacientes con TEPT según la escala de trauma de Davidson, el 65% se clasificó como subclínica y el 35% restante dentro de la gravedad clínica, de acuerdo a la puntuación obtenida.⁽²⁰⁾ No se encontró ningún caso en la clasificación de grave o muy grave.

7. CONCLUSIONES

- 7.1 Entre las mujeres atendidas en la consulta externa del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS que han presentado una muerte intrauterina, la prevalencia de trastorno de estrés postraumático es de 30.3%, porcentaje menor a lo reportado en estudios realizados en otros países.
- 7.2 En cuanto a las características generales de las mujeres con trastorno de estrés postraumático, la mitad de ellas entre los 26 y 30 años mostraron ser más susceptibles a desarrollar el trastorno; por cada soltera, 4 con pareja (casadas o unidas) presentan el trastorno. El número de mujeres que presenta TEPT es menor en quienes practican una religión.
- 7.3 En relación a las características obstétricas, tres cuartas partes de las mujeres que presentan trastorno de estrés postraumático tuvieron la pérdida durante el primer trimestre. A mayor cantidad de embarazos previos disminuye la presencia de trastorno de estrés postraumático. Ocho de cada diez mujeres refirió haber presentado una muerte intrauterina previamente.

8. RECOMENDACIONES

8.1 Al departamento de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

- Implementar la política para referencia inmediata de las pacientes que han presentado muerte intrauterina con profesionales especializados.
- Brindar un área independiente en la consulta externa y encamamiento para pacientes, posterior a una muerte intrauterina, ya que el tener un área común con mujeres y sus bebés puede agravar el trastorno.
- Promover planes educativos con las pacientes que presente muerte intrauterina para evitar un nuevo embarazo hasta que se encuentren físicamente y emocionalmente estables.
- Referir a las pacientes para que reciban ayuda profesional psicológica posterior a una muerte intrauterina y al tener un nuevo embarazo.
- Educar y sensibilizar al personal de salud que atiende en el hospital y consulta externa del departamento de Ginecología y Obstetricia sobre el trato a las pacientes que han presentado una muerte intrauterina.

8.2 A las trabajadoras sociales del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

- Crear grupos de apoyo para que las pacientes compartan experiencias y les ayude a superar el duelo.
- Recomendar a las pacientes planificar antes de un nuevo embarazo hasta que se encuentren físicamente y emocionalmente lista.

8.3 A la Facultad de Ciencias Médicas.

- Continuar estudios en otros hospitales sobre trastorno de estrés postraumático y otros trastornos emocionales, como depresión o ansiedad, secundarios a una pérdida.

9. APORTES

- Se logró realizar el primer estudio para evaluar la prevalencia de TEPT en mujeres posterior a una muerte intrauterina, logrando así demostrar la importancia de referir a las pacientes para ayuda especializada con psicólogo o psiquiatra y llenando así el vacío científico que había en el país.
- Se informó a médicos jefes de hospital sobre los resultados, quienes consideran adecuada la implementación de protocolo para referencia de pacientes posterior a una muerte intrauterina y trabajaran en ello.
- Se refirió de manera inmediata a las pacientes del estudio, que fueron positivas para TEPT, para ser evaluadas por la licenciada de psicología del IGSS de Pamplona.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. DSM IV manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4 ed. Barcelona: MASSON; 2002.
2. American Psychiatric Association. DSM V, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5 ed. España: Editorial Panamericana; 2013.
3. Sadock B, Sadock V, Ruiz P. Sinópsis de psiquiatría. 10 ed. España: Lippincott Williams & Wilkins. Wolters KluwerHealth; 2015.
4. Cobar Herrera M I, De la Roca Ordaz M W, Dávila Valenzuela K D, Chávez Cutz M I, Díaz Pappa C E, Gómez Gómez N E, et al. Encuesta Nacional De Salud Mental: Descripción epidemiológica de trastornos de salud mental en hombre y mujeres de 18 a 65 años de edad, realizado en la república de Guatemala, Mayo - Julio 2009 [tesis Médico y Ciruano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2009.
5. Engelhard IM, van den Hout MA, Arntz A. Post-traumatic stress disorder after pregnancy loss. *General Hospital Psychiatry Journal* [en línea] 2001 Abr [citado 17 Jun 2016]; 23: 62-66. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0163-8343\(01\)00124-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0163-8343(01)00124-4)
6. Coates S, Schechter D. Preschoolers' traumatic stress post-9/11: relational and developmental perspectives. *Psychiatr Clin North Am.* [en línea] 2004 Sep [citado 18 Jun 2016]; 27: 473–489. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2004.03.006>
7. Schechter DS, Willheim E. Disturbances of attachment and parental psychopathology in early childhood. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* [en línea]. 2009 [citado 18 Jun 2016]; 18[3]:665–686. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2690512&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
8. Kessler RC, Üstün T. *The WHO World Mental Health Survey: global perspectives on the epidemiology of mental disorders.* Cambridge University Press [en línea]. Nueva York: Cambridge University Press; 2008. [citado 14 Jun 2016]. Disponible en: http://www.langtoninfo.com/web_content/9780521884198_frontmatter.pdf

9. Forray A, Mayes LC, Magriples U, Epperson CN. Prevalence of post-traumatic stress disorder in pregnant women with prior pregnancy complications. *J Matern Neonatal Med* [en línea]. 2009 Jan 21 [citado 15 Ago 2016];22(6):522–7. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14767050902801686>
10. Sieroszewski P, Murlikiewicz M. Anxiety, depression and posttraumatic stress disorder following miscarriage. *Arch Perin Med* [en línea]. 2012 [citado 01 Jul]; 18 (3): 157-162. Disponible en: [article-bcbe06f5-06f5-48a9-b44f-883fe202dfa4](http://dx.doi.org/10.1186/1475-2875-18-157)
11. Plagge J, Antick JR. Perceptions of perinatal loss: miscarriage versus stillbirth. *Women's health and urban life* [en línea]. 2009 [citado 03 Jul 2016];8 (2): 113-127. Disponible en: <http://hdl.handle.net/1807/17689>
12. Turton P, Evans CDH, Fainman D. Incidence, correlates and predictors of post traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth: *Br J Psychiatry* [en línea]. 2001 [citado 20 Jun 2016]; 178: 556 - 560. doi: 10.1192/bjp.178.6.556
13. Salido Copado S. Muerte fetal intrauterina. [en línea]. España: Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada; 2015 [citado 15 Mar 2016]. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2015/clase2015_muerte_fetal.pdf
14. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. *Obstetricia*. 6 ed. Grupo Ilhsa, 2005. Capítulo 8; Embarazo patológico cap.8; 193-300.
15. Cunningham GF, Leveno KJ, Blomm SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. *Williams: obstetrica* 23 ed. México: McGraw Hill; 2011.
16. Berek JS. *Ginecología de Novak*. 14 ed. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins. 2005
17. Vogelmann R, Sanchez J, Sartori M. Muerte Fetal Intrauterina. *Rev posgrada la Vía Catedra Med* [en línea]. 2008 Dic [citado 02 Jul 2016]; 188:10-17 Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista188/4_188.pdf

18. Adolfsson A. Miscarriage: Women's experience and its cumulative incidence [en línea]. Linköping, Sweden: University Medical Dissertations; 2006 [citado 23 May 2016]; (939). Disponible en: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:21697/FULLTEXT01.pdf>
19. Davidson JR, Book SW, Colket JT, Tupler LA, Roth S, David D, et al. Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. Psychol Med [en línea]. 1997 Ene [citado 28 May 2016]; 27(1):153–160. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9122295>
20. Villafañe A, Milanesio MS, Marcellino CM, Amodei C. La evaluación del trastorno por estrés postraumático: aproximación a las propiedades psicométricas de la Escala de Trauma de Davidson [en línea]. 2003 [citado 01 Jul 2016]; 3 :80–93. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/viewFile/608/577>
21. López MIC. Vivencia emocional en el embarazo, parto y puerperio [en línea]. Oviedo, España: aesmatronas.com; 2006 [citado 01 Jul 2016]. 1: 7–9. Disponible en: http://aesmatronas.com/descargas/CONFERENCIAS_AESMATRONAS/02_EMBA RAZO/09_VIVENCIA_EMOCIONAL.pdf
22. Murlikiewicz M, Piotr S. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following miscarriage. Archives of perinatal medicine [en línea] 2012 [citado 04 Jul 2016]; 18(3):157–62. Disponible en: <http://www.ptmp.com.pl/archives/apm/18-3/APM183-07- Murlikiewicz.pdf>



11. ANEXOS

Anexo 11.1: Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN COORDINACIÓN DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN

Somos estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala; estamos realizando nuestra Tesis sobre “Prevalencia de trastorno de estrés postraumático en mujeres con antecedente de muerte intrauterina”. Usted ha sido invitada a participar en la investigación. Así mismo puede ver la validez de la misma con la Dra Aida Barrera de la Unidad de Trabajo de Graduación de USAC al número 2485-1927.

La pérdida de un embarazo suele causar ciertos cambios emocionales en las personas. El motivo de este estudio es poder constatar la cantidad de mujeres que presentan trastorno de estrés postraumático secundario a este evento.

La autorización de esta entrevista es voluntaria, usted decide si desea participar o no. La entrevista es de un tiempo aproximado de 15 minutos, si ud no desea participar no se preocupe, pues su decisión no influirá en la atención que recibe en esta unidad.

Los beneficios de pertenecer al estudio serán que: En caso presente trastorno de estrés postraumático se le entregará una nota para que el médico tratante este informado de la patología que usted padece y así pueda referirla o brindarle un seguimiento especializado.

En caso usted desee participar, el proceso que se llevará a cabo será el siguiente:

1. Será llevada a un área diferente a la sala de espera de la consulta externa donde tendrá mayor privacidad.
2. Tendrá que firmar por escrito la autorización del estudio.
3. Se le realizaran 17 preguntas.
4. Se le dará información sobre el trastorno de estrés postraumático y la importancia de recibir tratamiento especializado adecuado para superarlo.
5. Regresará a la consulta externa para continuar con su chequeo médico.

Entiendo que se me entrevistara. He sido informado (a) que los riesgos son mínimos. Sé que es posible que haya beneficios para mi persona si resultan mis pruebas positivas, como lo es la referencia a médico especialista para tratar esta afección, si el médico encargado del IGSS lo considera necesario y oportuno. Se me ha proporcionado el nombre y dirección de un investigador que puede ser fácilmente contactado.

He leído y comprendido la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se he contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera a mi cuidado (médico).

Nombre del participante _____

Firma del participante _____

Fecha _____

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que la persona ha dado consentimiento libremente.

Nombre del investigador _____

Firma del Investigador _____

Fecha _____

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de consentimiento informado _____ (iniciales del investigador/subinvestigador).

Anexo 11.2: Cuestionario para eventos traumáticos previos



PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES DE 18 - 45 AÑOS CON ANTECEDENTE DE MUERTE INTRAUTERINA



CRITERIOS DE SELECCIÓN

Pregunta número 1 en caso de ser “no” se excluirá a paciente del estudio.

Preguntas número 2 a 6 en caso de haber 3 o más respuestas “si” se excluirá a paciente del estudio.

Preguntas número 7 u 8 en caso alguna de estas respuestas sea “si” se excluirá a paciente del estudio.

Instrucciones:

Ha estado expuesta o involucrada en uno de estos eventos traumáticos en el transcurso de su vida.

1. ¿Ha presentado alguna muerte intrauterina?

Si	No
----	----

2. ¿Ha sido víctima o presenciado un accidente en donde haya personas fallecidas y/o heridas. (incendio, accidente vehicular o explosión)?

Si	No
----	----

3. ¿Ha sido víctima o presenciado eventos violentos donde hayan personas fallecidas y/o heridas. (guerras, asesinatos, personas torturadas)?

Si	No
----	----

4. ¿Ha sido víctima o presenciado eventos violentos donde NO hayan personas fallecidas y/o heridas. (asaltos, extorsiones, secuestros)?

Si	No
----	----

5. ¿Ha sido víctima de violencia en su hogar?

Si	No
----	----

6. Ha sido víctima de un desastre natural (terremoto, huracán o inundación)

Si	No
----	----

7. ¿Alguna vez le han diagnosticado trastorno de estrés postraumático?

Si	No
----	----

8. ¿Está usted bajo algún tipo de tratamiento psicológico o psiquiátrico?

Si	No
----	----

9. ¿Cuántos años tenía al momento de la muerte intrauterina?

Años

DATOS GENERALES

Edad: _____ Años

Estado civil:

Soltera	Unida	Viuda
Casada	Divorciada	

Que religión practica:

Católica	Mormona	No practica
Evangélica	Judía	Otra

Antecedentes obstétricos

Número de embarazos previos

Número de muertes intrauterinas previas.

--	--	--	--	--

¿Cuántas semanas tenía de embarazo al momento de perder a su bebé?

Semanas

1er Trimestre
2do Trimestre
3er Trimestre

Fecha

Investigador

Firma

Anexo 11.3: Escala de trauma de Davidson (DTS)



ESCALA DE TRAUMA DE DAVIDSON (DTS)



Cada una de las siguientes preguntas se trata de un síntoma específico. Considere, para cada pregunta, cuántas veces le ha molestado el síntoma y con cuanta intensidad durante la última semana. El tiempo de este cuestionario es de aproximadamente 10 minutos.

FRECUENCIA

- 0 = NUNCA
- 1 = A VECES
- 2 = 2-3 VECES
- 3 = 4-6 VECES
- 4 = A DIARIO

GRAVEDAD

- 0 = NADA
- 1 = LEVE
- 2 = MODERADA
- 3 = MARCADA
- 4 = EXTREMA

1. ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento en la última semana?
2. ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento en la última semana?
3. ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo en la última semana?
4. ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado en la última semana?
5. ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náusea o diarrea) en la última semana.
6. ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento en la última semana?

7. ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento en la última semana?
8. ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento en la última semana?
9. ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas en la última semana?
10. ¿Se ha sentido distante o alejada de la gente en la última semana?
11. ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto en la última semana?
12. ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir con sus objetivos en la última semana?
13. ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño en la última semana?
14. ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira en la última semana?
15. ¿Ha tenido dificultad de concentración en la última semana?
16. ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraída o permanecido “en guardia” en la última semana?
17. ¿Ha estado nerviosa o se ha asustado fácilmente en la última semana?

Sumatoria de frecuencia

Sumatoria de gravedad

Sumatoria Total

Anexo 11.4: Resultados

Cuadro 11.1

Caracterización por edad de pacientes con antecedente de muerte intrauterina en la consulta externa de planificación familiar del hospital ginecología y obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-, Guatemala julio y agosto.

Edad en años	Pacientes con TEPT	Pacientes sin TEPT	Total
	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
18 a 20	1 (5)	1 (2.17)	2 (3.03)
21 a 25	6 (30)	8 (17.39)	14 (21.21)
26 a 30	9 (45)	15 (32.61)	24 (36.36)
31 a 35	2 (10)	14 (30.43)	16 (24.24)
36 a 40	2 (10)	7 (15.22)	9 (13.64)
41 a 45	0	1 (2.17)	1 (1.52)
Total	20	46	66

Cuadro 11.2

Caracterización por edad de pacientes con antecedente de muerte intrauterina en la consulta externa de planificación familiar del hospital ginecología y obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-, Guatemala julio y agosto.

Número de embarazos previos	Pacientes con TEPT	Pacientes sin TEPT	Total
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
1	8 (40)	3 (6.52)	11 (16.67)
2	7 (35)	13 (28.26)	20 (30.3)
3	4 (20)	20 (43.48)	24 (36.36)
3>	1 (5)	10 (21.74)	11 (16.67)
Total	20 (100)	46 (100)	66 (100)

Cuadro 11.3

Caracterización por número de muertes intrauterinas previas de pacientes con antecedente de muerte intrauterina en la consulta externa de planificación familiar del hospital ginecología y obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-, Guatemala julio y agosto.

Número de muertes intrauterinas previas	Pacientes con TEPT	Pacientes sin TEPT	Total
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
1	16 (80)	38 (82.61)	54 (81.82)
2	3 (15)	7 (15.22)	10 (15.15)
3	1 (5)	1 (2.17)	2 (3.03)
Total	20 (100)	46 (100)	66 (100)