

Universidad San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social



DEPRESION POST ABORTO

CARLOS EDUARDO GÁNDARA MATHEU

TESIS

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con especialidad en Ginecología y Obstetricia
Para obtener grado de
Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Marzo 2017



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.180.2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Carlos Eduardo Gándara Matheu

Carné Universitario No.: 200540375

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

Que fue asesorado: Dr. Jorge David Alvarado Andrade MSc.

Y revisado por: Dr. Edgar Rodolfo Herrarte Méndez MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **marzo 2017**

Guatemala, 22 de febrero de 2017


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director

Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General

Programa de Maestrías y Especialidades

mdvs

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Guatemala 28 marzo 2016

Doctor
Oscar Fernando Castañeda Orellana, MSc.
Coordinador Específico
Maestría en Ginecología y Obstetricia
Hospital Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Respetable Dr.

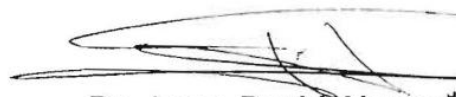
Por este medio informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta el Doctor: **CARLOS EDUARDO GÁNDARA MATHEU** carne **200540375**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula "**DEPRESION POST ABORTO**".

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

Atentamente:

Sin otro particular, de usted deferentemente

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Jorge David Alvarado Andrade
GINECOLOGO Y OBSTETRA
C.D. 11,112
INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
I.G.S.S

Dr. Jorge David Alvarado Andrade
Ginecólogo y Obstetra MSc
Asesor de Tesis
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Guatemala 28 marzo 2016

Doctor
Oscar Fernando Castañeda Orellana, MSc.
Coordinador Específico
Maestría en Ginecología y Obstetricia
Hospital Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Respetable Dr.

Por este medio informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta el Doctor: **CARLOS EDUARDO GÁNDARA MATHEU** carne **200540375**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula **“DEPRESION POST ABORTO”**.

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

Atentamente:

Sin otro particular, de usted deferentemente

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Dr. Edgar Rodolfo Herrarte Méndez

Ginecólogo y Obstetra MSc

Revisor de Tesis

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social



Agradecimientos

Quiero agradecer en primera instancia al ser supremo y espiritual que nos permite estar compartiendo este logro.

Seguido, agradecer a mis padres, quienes como ya lo he dicho en otras ocasiones; me han enseñado lo bello que es la vida de una manera muy especial, a mis hermanas por la paciencia y cariño que me han demostrado, así como a mi sobrino por ser la fuerza para soportar esta tediosa y bella maestría. Mi tía encantadora, por la confianza y fe hacia mi persona.

Quiero hacer un agradecimiento especial a mi pareja sentimental, mi complemento, quien ha sido un pilar fundamental en mi vida, mi esposa Dra. Karen Anabel Cardona López; gracias.

Agradecer en lo alto a la persona que me instruyo en este bello arte, mi abuelo el Dr. Roberto Gándara Lacape, colegiado 158, como se solía presentar. Así mismo hacer un agradecimiento póstumo mi maestra que me enseñó que los límites no existen y que me dio las técnicas para estar donde estoy; Señora Eluvia Morales. Un abrazo hasta el cielo para ambos.

A mis amigos, hermanos de otras madres, que han compartido tanto momentos agradables, como no muy agradables, y a pesar de no estar todo el tiempo con ellos la lealtad y amistad no se han perdido, gracias al TEAM OFOR, Joaquín y hermanos, y Carlos Enrique. Gracias pisados.

Agradecer a los Chatíos y los Chavitos, mis compañeros de maestría, por ser apoyo educacional, emocional y de distracción durante estos años de maestría, y que la amistad no se pierda.

En última instancia, pero no por eso menos importantes, a Sara Peralta y Cristha Rodas, por sus consejos, creer en mí y darme la fuerza emocional necesaria para estar presentando este título, gracias amigas no sería quien soy sin sus consejos.

“La grandeza de la eternidad obsesiona a los hombres, Reverberan nuestras acciones a través de los siglos. Si alguna vez cuentan mi historia digan que camine con gigantes, los grandes del IGSS. Los hombres se caen y se levantan, como trigos en el invierno, por estos residentes nunca morían. “

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INDICE DE TABLAS	i
RESUMEN	ii
I. INTRODUCCION	01
II. ANTECEDENTES	02
III. OBJETIVOS	13
IV. MATERIAL Y METODOS	14
V. RESULTADOS	18
VI. DISCUSION Y ANALISIS	22
6.1 CONCLUSIONES	23
6.2 RECOMENDACIONES	24
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	25
VIII. ANEXOS	28

INDICE DE TABLAS

Tabla No. 1	18
Tabla No. 2	18
Tabla No. 3	19
Tabla No. 4	19
Tabla No. 5	20
Tabla No. 6	20
Tabla No. 7	21

RESUMEN

En este estudio se realizó un acercamiento al síndrome post aborto, entidad de descripción reciente. Se tuvieron en cuenta hechos como consecuencias psicológicas y espirituales para la madre, debido a la mayor trascendencia con respecto a simples molestias físicas con que se ha enmascarado su proceder. Se trata de un complejo tema que añade a su vertiente estrictamente médica, otras de carácter jurídico, moral, sociológico, religioso, demográfico, entre otros. Metodología: Es un estudio analítico transversal, de las mujeres post aborto, ingresadas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia y la caracterización epidemiológica. Resultados: Con base al test de Hamilton el 4.76 % de la población presentó un grado de depresión luego de la realización de un legrado intrauterino secundario a aborto. La mediana edad (23 a 32 años) fueron los más propensos a presentar cuadros depresivos. Las pacientes solteras tuvieron mayor riesgo de presentar depresión luego de un legrado intrauterino secundario a aborto, presentado OR de 1,84. La edad gestacional al momento del diagnóstico fue un factor de riesgo y los abortos tardíos los que presentaron más riesgo de depresión, OR 5,3. Conclusiones: En base a los datos presentados la población afectada por algún grado de depresión según el test de Hamilton, en su mayoría la mediana edad, asociado a factores como la falta de apoyo de una pareja, primiparidad y grado académico.

Palabras claves: Aborto, depresión, depresión post aborto

I. INTRODUCCIÓN

Este trabajo pretende realizar un acercamiento al Síndrome Post-aborto (SPA), entidad que ha sido descrita en fecha relativamente reciente. Se tuvieron en cuenta hechos tales como las consecuencias psicológicas y espirituales para la madre, considerando que estas tienen una mayor trascendencia con respecto a las simples molestias físicas con que se ha enmascarado el proceder en sociedades con una marcada mentalidad abortista. Para ello, se hizo una revisión de los estudios realizados por distintos autores sobre la sintomatología, la categorización diagnóstica, la terapéutica.

El aborto provocado es un procedimiento criminal que ha sido utilizado a lo largo de la historia de la medicina, como forma de matar al niño concebido y no nacido. Con frecuencia se utilizan eufemismos como “evacuar el útero” o “interrumpir el embarazo”, para referirse a él sin tener que emplear el término médico, que tiene claras connotaciones éticas. Se trata de un complejísimo tema que añade a su vertiente estrictamente médica, otras de carácter jurídico, moral, sociológico, religioso, demográfico, entre otros.^{1,2}

El descubrimiento del Síndrome Post-aborto (SPA) es relativamente novedoso para la comunidad científica. El Dr. Nathanson, uno de los pioneros en los estudios acerca del tema, se percató que la mujer que se sometía a este procedimiento, pasado el tiempo, presentaba síntomas no sólo de carácter físico (cefalea, gastralgia, entre otros.), sino también emocional (insomnio, crisis de angustia, crisis depresivas, abuso de alcohol, dispareunia, frigidez, anorgasmia, entre otros.).^{3,4}

No obstante, el SPA ha sido poco divulgado en la literatura médica. La razón fundamental es el desconocimiento acerca del fenómeno. Los médicos que se encuentran ante un caso de SPA, muchas veces no lo detectan. Por otro lado, es importante señalar que muchas mujeres utilizan un fuerte mecanismo de negación o de desplazamiento.⁴

II. ANTECEDENTES

El aborto provocado, calculado en 50, 000,000 al año en el mundo entero (según datos de la Organización de Naciones Unidas), ha sido poco estudiado en su aspecto emocional o psicológico, aunque la práctica clínica de la Psicología demuestra que la mujer -y cualquier otra persona involucrada en este procedimiento- se puede ver afectada, reflejando trastornos psicosomáticos. Con todo, actualmente se comienza a admitir la existencia de secuelas tras abortos voluntarios. Así, incluso diversas organizaciones abortistas han desarrollado sus propios programas para responder a dicho trastorno como una necesidad real.^{14, 15}

Se percató que la mujer que se sometía a este procedimiento, pasado el tiempo, presentaba síntomas físico (cefalea, gastralgia) y emocional (insomnio, crisis de angustia, crisis depresivas, abuso de alcohol, dispareunia, frigidez, anorgasmia, etc.).^{1, 5, 6}

Actualmente se acepta, en general, que toda mujer que aborta, incluso en abortos debidos a causas naturales, puede quedar más o menos profundamente afectada, y que en el aborto provocado es frecuente, como respuesta natural de defensa ante el acontecimiento estresante, una reacción de ansiedad y depresión que suele acompañarse de un sentimiento de culpa y del correspondiente proceso de duelo. Por supuesto que todo ello (los sentimientos de culpa y el proceso del duelo) va a estar modulado por influencias culturales, por las características de personalidad y por la problemática previa de la persona. Es en este contexto en donde se ha descrito, en mujeres que se han provocado un aborto, un cuadro psicopatológico caracterizado por una serie de síntomas depresivos y ansiosos, sentimientos de culpa, pesar y auto devaluación, reacciones de hiperactividad autonómica, alteraciones conductuales, etc., y tendencia a la cronificación, conocido como síndrome postaborto (SPA) y considerado por diversos autores como un trastorno postraumático.^{7, 8}

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

a las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales, por las que se rigen actualmente la práctica clínica y la investigación científica.^{9,4}

Desde un punto de vista teórico, el SPA se encuadra entre los trastornos originados por un acontecimiento vital importante. Dicho acontecimiento estresante podría ser experimentado por la paciente como un «estrés psicosocial identificable, pero no de tipo catastrófico ni inusitado (en cuyo caso el SPA se correspondería con un trastorno adaptativo o de adaptación), o bien como un estresante traumático, excepcional (físico o psicológico) o catastrófico, en cuyo caso el síndrome se incluiría entre las reacciones a estrés grave.¹⁰

Modelo del estrés y de los mecanismos de afronte El modelo del estrés y su afronte, tal como fue enunciado por Lazarus (1984), es usado por casi todos los investigadores que han explorado sobre aspectos de salud mental y aborto. Algunos investigadores lo mencionan explícitamente y en la descripción de los métodos e instrumentos usados es evidente esta base teórica. Sin embargo, se podría plantear investigaciones desde otros modelos teóricos: la teoría de los vínculos, la pérdida, o la teoría de la toma de decisiones. Por otro lado, casi no hay investigación cualitativa de calidad en el tema.^{6, 11}

En el modelo de Lazarus para que una situación resulte estresante el individuo debe percibirla como tal. Los procesos cognitivos que evalúan la situación permiten decidir si es una situación amenazadora, una pérdida, un reto, o una situación benigna.¹¹

Los mecanismos de afronte son maneras conscientes en que las personas reducen el estrés producido por diversas situaciones; el uso excesivo o exclusivo de un mecanismo de afronte puede exacerbar en vez de disminuir el conflicto y los efectos negativos de una situación dada.¹¹

En relación con este modelo teórico, el aborto se considera un evento potencialmente estresante en el contexto de una vida normal en la que hay muchos otros estresores. Un embarazo no deseado es también un estresor y según este modelo, no se puede separar la experiencia psicológica del aborto de la experiencia psicológica de la gestación no deseada. El aborto podría ser un estrés secundario que agrava el estrés, o una respuesta que alivia la angustia causada por el embarazo no deseado.^{12, 13}

Un principio importante en la teoría de estrés y afronte es la variabilidad individual: el embarazo no deseado y el aborto no necesariamente se percibirán como estresantes y no llevarán ineludiblemente a reacciones psicológicas negativas. El estrés emerge de una interacción entre la persona y su ambiente, donde las circunstancias específicas son evaluadas como estresoras si exceden los recursos de la persona para adaptarse.^{6,14}

La experiencia del aborto de la mujer está mediada por su evaluación de la gestación y el aborto y de lo que pesan en su vida, por la capacidad que ella percibe tener para enfrentarse a estos eventos y por la manera en que afronte los eventos subsecuentes a la terminación del embarazo.

Lo anterior está moldeado por las condiciones del ambiente de la mujer: sus recursos materiales, apoyo social, acompañamiento de la pareja, situación legal del aborto en el lugar donde vive, etc., y por sus características personales (personalidad, actitudes, valores, experiencia previa a eventos estresores, antecedentes de trauma o violencia, y factores neurobiológicos).¹⁰

Causas del malestar emocional o distrés relacionado al aborto

El aborto como un evento potencialmente estresor en el contexto de una vida sometida a otros estresores^{3,6}

Un tema importante es la diferenciación del distrés causado por el aborto propiamente dicho del causado por otras razones concomitantes: el abandono, la pobreza, la posibilidad de alterar el proyecto de vida, el embarazo no deseado o impuesto por violación. Solo hay dos estudios que comparan mujeres con embarazo no deseado llevado a término y mujeres con embarazo no deseado terminado voluntariamente.⁶

El modelo de estrés y afronte permite identificar varias fuentes del malestar emocional de algunas mujeres que deciden abortar:

Terminar un embarazo deseado o significativo.

Presión externa para realizarse un el aborto.

Oposición percibida al aborto por parte de la pareja, los padres, familia o amigos.

Percepción de falta de apoyo social.^{3,6}

Otras investigaciones (Major y Cozzarelli, 2000; Adler, 1992) han identificado otros factores que incrementan la probabilidad de presentar reacciones negativas frente al aborto como son: rasgos de personalidad, especialmente puntajes elevados en la escala de neuroticismo (que indica una tendencia a sobre reaccionar emocionalmente frente a los eventos de la vida), pobre autoestima y antecedentes previos de enfermedades psiquiátricas (tales como depresión).^{1, 5}

Algunos de estos factores, como la percepción de falta de apoyo, la pobre autoestima y el antecedente de enfermedades psiquiátricas también pueden constituir factores de riesgo en caso de presentarse alternativas al aborto: continuar con el embarazo y criar, u optar por la adopción.^{10, 5}

Sin embargo, se requiere mayor investigación cualitativa, que permitiría dilucidar cuáles son los aspectos distresantes del aborto, o quizás el peso relativo de cada uno de éstos, es decir, distinguir la influencia de los efectos biológicos de la gravidez y su interrupción, la decisión en sí misma, la idea de estar transgrediendo valores previamente asumidos, la ansiedad relativa al proceso médico o quirúrgico, o la pérdida, propiamente.

El aborto como una experiencia traumática

Hay quienes argumentan que el aborto es una experiencia traumática por encima de la experiencia humana común, puesto que involucra la muerte de un ser, específicamente la destrucción voluntaria de un feto y la participación en un acto violento, así como la transgresión (Goodwin, 2007) de los instintos parentales, el resquebrajamiento del vínculo entre la madre y el no nacido y el sufrimiento emocional no reconocido.^{6, 7, 4}

La posición teórica de que las mujeres que se someten a abortos sufren daños emocionales se encuentra sobre todo en los primeros trabajos sobre las consecuencias del aborto y se deriva de las teorías psicoanalíticas de la pérdida y el duelo, así como de la experiencia de algunos profesionales en salud mental que trataban mujeres con trastornos psiquiátricos graves, tales como depresión crónica o enfermedad maniaco depresiva, que referían un antecedente de aborto.^{6, 7}

Por otro lado, hoy se conoce que la respuesta adaptativa al estrés involucra un proceso, llamado alostasis, en que el medio ambiente interno (en el sistema nervioso central y en los efectores periféricos) varía para solucionar las demandas percibidas y anticipadas. Las respuestas fisiológicas y psicológicas frente al estrés son adaptativas en el corto plazo. Sin embargo, si la recuperación del evento agudo no se acompaña de una respuesta homeostática adecuada, que detenga la respuesta aguda de los mediadores del estrés, sus efectos negativos sobre las funciones fisiológicas y psicológicas, llamados “carga alostática”, pueden tornarse excesivos. La carga alostática es la demanda extraordinaria sobre el cerebro y el cuerpo para adaptarse a los desafíos. Este concepto, postulado por Charney (2004) sobre los trabajos de los investigadores de la neurobiología acerca del trastorno de estrés post traumático, permite relacionar los efectos adaptativos de la respuesta al estrés con los efectos nocivos de la persistencia del mismo.^{4, 13}

En la estimación de los efectos emocionales del aborto es preciso considerar la alostasis y la carga alostática desde la perspectiva de los efectos de un estrés psicológico importante sobre la compleja regulación cerebral, y las consecuencias de esos cambios cerebrales tanto sobre la resiliencia humana como sobre la vulnerabilidad a la psicopatología (Charney, 2004). Esto permite afirmar que la constitución genética de una mujer sometida al aborto influye en su riesgo de presentar una reacción psicológica adversa, tanto como influyen sus experiencias previas, su entorno conyugal, familiar y social y la manera como ella ha aprendido a afrontar las dificultades.¹²

Aborto

El aborto se define como la interrupción del embarazo antes de la 22 semana de gestación, o con embrión o feto menor de 500 gr, independientemente del carácter espontáneo o provocado del mismo.

CLASIFICACIÓN

1. Según la intencionalidad

a) Aborto inducido, provocado o voluntario: es el resultante de maniobras directas destinadas a interrumpir el embarazo. Puede ocurrir en el contexto de la legalidad o ilegalidad. Puede ser:

- Libre
- Psicosocial
- Eugenésico:
- Terapéutico:
- Mixto
- Ético:

b) Aborto espontáneo o involuntario: en el cual no interviene la acción humana de forma intencionada.

2. Según su evolución puede ser

– Amenaza de aborto: se caracteriza por metrorragia escasa acompañada o no de dolor en hipogastrio tipo cólico

Aborto inminente o inevitable: caracterizado por la irreversibilidad del proceso.

– Aborto retenido o diferido: en el que persiste el producto de la concepción tras la interrupción del embarazo. Una situación a tener en cuenta dentro de este, es la gestación anembrionica, que consiste en la ausencia de embrión dentro del saco gestacional. Su causa más importante es la alteración cromosómica

– Aborto habitual o recurrente: pérdida de tres o más embarazos espontáneamente de forma consecutiva o cinco o más no consecutivos.

FRECUENCIA

Se estima que existe una pérdida espontánea del 10 al 15% de todos los embarazos pronosticados. Esta frecuencia aumentaría hasta el 50% si incluyéramos los casos no diagnosticados clínicamente (abortos infra o preclínicos).

En mujeres que no han tenido hijos, después de un primer aborto, la probabilidad de un segundo es de un 19%. Si ha tenido dos abortos previos esta cifra aumenta al 35%, y si ha tenido tres abortos anteriores esta probabilidad asciende al 47%.

ETIOLOGÍA

El 50% de los abortos espontáneos tienen causa conocida. Dentro de éstas pueden ser de dos tipos:

- Ovular: anomalías genéticas.
- Maternas: anatómicas.
 - Endocrinas.
 - Infecciosas.
 - Inmunológicas.
 - Ambientales y iatrogénicas

FORMAS CLÍNICAS

La hemorragia es el signo más frecuente de todas las formas clínicas de aborto, variando desde un discreto spotting asintomático a un cuadro de shock.

La presencia de dolor hipogástrico y contracciones no es constante. El tamaño del útero puede ser, o no, acorde con la edad gestacional, en cuyo caso se sospecharía la expulsión previa del saco embrionario. El cuello uterino puede estar cerrado o presentar dilatación, mostrando o expulsando restos abortivos

Se distinguen varias formas clínicas de aborto, destacando en la práctica las situaciones de amenaza de aborto, aborto inevitable o en curso, el aborto diferido y el aborto séptico.

a) Amenaza de aborto

Define la situación clínica de una metrorragia antes de la semana 20 de amenorrea con tamaño acorde a la edad gestacional. El cuello uterino está cerrado y en general cursa sin dolor ni otros síntomas, salvo leves molestias abdominales de tipo menstrual o lumbalgias inespecíficas. Generalmente existe evidencia ecográfica de gestación intrauterina con desarrollo acorde a la edad gestacional.

Es necesario hacer un diagnóstico diferencial con otras causas de metrorragia, como pólipos cervicales, lesiones erosivas o ulcerativas a este nivel y casos sospechosos de malignidad.

En primer lugar debe confirmarse que el embarazo es intrauterino; si el embarazo es muy precoz y los hallazgos ecográficos no son diagnósticos puede ser de utilidad la determinación seriada de beta-HCG o la repetición de la exploración ecográfica al cabo de unos 7-10 días que evidenciará la evolución de la gestación.

En presencia de actividad cardiaca fetal, el pronóstico es muy bueno, con evolución normal de la gestación en el 90-96% de los casos, salvo en abortos de repetición, en los que el riesgo de recidiva es de un 22% aún en presencia de latido cardiaco fetal. La existencia ecográfica de vesícula vitelina es un signo de buen pronóstico. También existe una serie de signos ecográficos de mal pronóstico que suponen un mayor riesgo de pérdida gestacional, como la presencia de una frecuencia cardiaca fetal menor de 100 latidos por minuto, vesícula gestacional pequeña e irregular y la presencia de un hematoma subcorial mayor del 25% del volumen del saco gestacional.

b) Aborto inevitable:

Se distinguen dos formas clínicas: aborto completo e incompleto. La primera define la expulsión de todo el material, con disminución del dolor y la metrorragia, cierre del cuello y contracción del útero. En el aborto incompleto no se ha expulsado todo el material y puede persistir la hemorragia con dolor abdominal intenso y cérvix permeable.

c) Aborto diferido

Es la gestación interrumpida sin expulsión del material retenido. En el examen el cérvix está cerrado, pueden aparecer discretas metrorragias y el útero suele ser de menor tamaño del que correspondería por la amenorrea. El diagnóstico se basa en la confirmación ecográfica de la ausencia de actividad cardiaca en embriones con longitud cráneo- caudal mayor o igual a 5 mm.

Gestación anembrionica: embarazo anembrionico se diagnostica ante la presencia de un saco ovular vacío de 17 mm o más sin eco embrionario en su interior o saco ovular mayor o igual a 13 mm sin vesícula vitelina, independientemente de la clínica y la fecha de amenorrea. En la actualidad se considera como un embarazo en el que se ha producido la resorción completa del embrión más que como una gestación en la que éste no ha existido.

d) Aborto séptico

El aborto séptico es la infección del útero y/o de los anejos que se presenta tras un aborto. La infección tras aborto es un proceso ascendente y puede estar causado por una cervicovaginitis preexistente, por retención de restos abortivos que se sobre infectan y en el caso de aborto provocado, por una perforación del útero y/o otras estructuras, o por mala técnica aséptica. Es una infección polimicrobiana en relación con la flora vaginal endógena, y suele aislarse *E. coli*, *Enterobacter aerogenes*, *Proteus vulgaris*, estreptococos hemolíticos como estafilococos y anaerobios. El *Clostridium perfringens* puede ocasionar un cuadro de sepsis postaborto, liberando una potente alfa-toxina tras 24-48 horas de incubación, es

extremadamente grave, produciéndose hemólisis severa, trastorno de coagulación con shock o hipotensión refractaria, CID, acidosis metabólica e insuficiencia renal aguda (Síndrome de Mondor).

Es un cuadro clínico definido por la aparición de fiebre, escalofrío y dolor abdominal después de un aborto. En la exploración destaca la presencia de hemorragias, leucorrea de aspecto purulento y aumento del tamaño uterino, que muestra una consistencia blanda con dolor a la movilización cervical, pudiendo palparse una masa Anexial dolorosa.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debe realizarse diagnóstico diferencial con otras patologías que producen hemorragia en la primera mitad del embarazo:

– Lesiones malignas o benignas del tracto genital inferior:

Toda lesión observada debe ser adecuadamente investigada, incluyendo colposcopia, biopsia.

– Gestación molar: la ecografía y la determinación de los valores circulantes de Beta-HCG (siempre mayores de 100.000 mUI/ml) resultan determinantes para el diagnóstico, cuya determinación definitiva es anatomopatológico.

– Embarazo ectópico: en caso de que no se observe gestación intrauterina ecográficamente, la cifra de Beta-HCG sanguínea y su evolución posterior, nos permitirá orientar el diagnóstico.

TRATAMIENTO

Debemos distinguir dos grandes grupos a la hora de hacer un tratamiento terapéutico, por un lado, la actitud conservadora en la amenaza de aborto y, por otro, la técnica empleada en caso de confirmarse una gestación interrumpida.¹⁵

TEST DE HAMILTON

La depresión es una de las enfermedades más frecuentes de la población general y su presentación es cada vez mayor entre los pacientes crónicos atendidos en las consultas de Medicina Interna, habitualmente "disfrazada" como otra patología. De la misma forma que su diagnóstico no siempre es fácil, establecer si un paciente ha mejorado y cuánto, puede ser muy complicado. Las escalas de valoración permiten evaluar ambos hechos. ¹⁶

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias. ^{17,18}

Si bien su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios. ¹⁶

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE, guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23

Para la evaluación de la respuesta al tratamiento se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual del 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial como una disminución entre el 25-49% y una no respuesta como una reducción de menos del 25%. La remisión se ha considerado con una puntuación menor o igual a 7, aunque hay resultados que apoyan que este punto de corte debería de tener un valor más bajo.¹⁶

III. OBJETIVOS

3.1 General

3.1.1. Determinar el riesgo de depresión post aborto en pacientes entre las edades de 18 a 40 años ingresadas luego de legrado intrauterino en el Hospital de Ginecología y Obstetricia, Instituto Guatemalteco Seguridad Social Pamplona, en los meses de enero a diciembre 2014

3.2 Especifico

3.2.1. Describir las principales características epidemiológicas presentes en el post legrado secundario a aborto o falla temprana del embarazo asociados al riesgo de desarrollar depresión.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Tipo de estudio:

Analítico transversal

4.2 Población de estudio:

Mujeres post aborto ingresadas al Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

4.3 Selección y tamaño de la muestra: muestra probabilística

Considerando que el valor de la población ("N") se conoce, es decir, es una población finita, y considerando que "N" es menor a cien mil individuos, se trabajó bajo el concepto de diseño muestral ("n"), por lo que para el cálculo de la muestra ("n") se empleó la fórmula (Sierra Bravo 1995):

$$n = \frac{Z^2 pq N}{(N - 1)E^2 + Z^2 pq}$$

En donde, "Z²" ($\alpha/0.95$, $1.959963985 \approx 1.96$) los niveles de confianza a estudiar, "p" (0.5) el éxito en proporción en que se encuentra en el universo (N) la característica a estudiar, "q" (0.5) el fracaso en proporción en que no se encuentra en el universo (N) la característica a estudiar, el "E²" el error de estimación admitido (0.1)

4.4 Unidad de análisis:

Paciente femenino con diagnóstico post legrado, realizado en el Hospital de Ginecología y Obstetricia en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2014 al 31 de diciembre de 2014.

4.5 Criterios de inclusión

- ✓ Mujeres con diagnóstico de aborto incompleto o falla temprana mayores de 18 años hasta 40 años
- ✓ Mujeres a las que se les haya realizado legrado intra uterino indicado por falla temprana o aborto

4.6 Criterios de exclusión

- ✓ No desea colaborar con la investigación
- ✓ Ser menor de 18 años

- ✓ Pacientes que se le realicen Legrado intra uterino por biopsia endometrial, retención de placenta, embarazo ectópico

4.6 Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medida
Edad	Tiempo que ha vivido una persona.	Edad en años al momento del diagnóstico de la paciente registrada en la historia clínica.	Cuantitativa discreta	Razón	Años
Estado civil	Condición de cada persona en cuanto a sus derechos y obligaciones civiles	Relación en cuanto a su condición de soltería, matrimonio o viudez	Cualitativa	Razón	Soltera, unida viuda casada
Escolaridad	Tiempo durante el cual un estudiante asiste a una escuela o centro de enseñanza	Primaria, básico, diversificado, universidad	Cualitativa	Nominal	Primaria, básico, diversificado universidad
Residencia	Lugar donde se reside	Rural, urbana	Cualitativa	Nominal	Rural, urbana
Depresión	Síndrome caracterizado por tristeza profunda, abatimiento y disminución de las funciones psíquicas	Leve Moderada Grave	Cualitativa	Razón	Leve moderada severa
Religión	Conjunto de dogmas, normas y practicas relativas a la divinidad	Católico, evangélico, testigo de Jehová, budista	Cualitativa	Razón	Católica, evangélica, mormona, otras

4.7 TÉCNICAS, PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS

4.7.1.1 Técnica:

Luego de solicitar autorización para realizar la investigación en la institución, se acudió al servicio de post parto, área de post legrado del Hospital de Ginecología y Obstetricia, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en donde se tomaron los casos según criterios de inclusión

4.7.1.2 Procedimiento

Se realizó una encuesta dirigida acerca de las características de las pacientes, así como el test de Hamilton y Beck.

4.7.1.2.3 Instrumentos utilizados en la recolección de datos

Registro de datos

Se registró la información en una boleta de recolección de datos diseñada específicamente para el estudio, luego se tabuló en una base de datos en Excel con su posterior .

Análisis de datos

Utilizando el programa de Epi-Info se realizó análisis del estado psíquico de las pacientes, así como sus características demográficas.

4.8 ALCANCES Y LIMITACIONES.

Alcances: El presente trabajo estudió las características demográficas de las pacientes que presentaron aborto durante el primer trimestre, y la asociación de estas con depresión, entidad poco estudiada a nivel mundial, por lo que no se ha podido evaluar los alcances prácticos de las terapias ofrecidas ni tampoco se ha podido comparar con estudios de otros países que puedan comparar las características y el perfil demográfico de las pacientes de nuestro país.

Limitaciones: Las limitaciones presentadas al realizar el presente estudio fue la adecuada colaboración de las pacientes durante su duelo, así como el acceso a la información contenida en la papeleta.

4.9 ASPECTOS ETICOS

Se trata de un estudio Categoría I ya que no implica riesgo para las pacientes ya que utiliza técnicas observacionales.

V. RESULTADOS

Tabla No. 1

Distribución de pacientes que presentaron depresión luego de legrado intrauterino.

Depresión	Frecuencia
No	201
Si	10
N= 211	

Fuente: boleta de recolección de datos

Tabla No. 2

Distribución de edad en años de pacientes ingresadas luego de legrado intrauterino.

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
18 a 23 años	51	24
24 a 30 años	81	38
31 a 37 años	52	25
38 a 44 años	27	13
N= 211		

Fuente: boleta de recolección de datos

Tabla No. 3

Distribución de estado civil de pacientes ingresadas luego de legrado intrauterino.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	122	58
Soltera	26	12
Unida	63	30
N=211		

Fuente: boleta de recolección de datos

Tabla No. 4

Distribución de escolaridad de pacientes ingresadas luego de legrado intrauterino.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	14	7
Medio	99	47
Primaria	63	30
universitaria	35	16
N= 211		

Fuente: boleta de recolección de datos

Tabla No. 5

Paridad en pacientes ingresadas luego de legrado intrauterino.

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Múltipara	89	42
Primigesta	53	25
Secundigesta	69	33
N=211		

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 6

Ocupación en pacientes ingresadas luego de legrado intrauterino que presentaron depresión.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Abogada	3	30
Maestra	2	20
Cajera	1	10
Medico	1	10
Otras	3	30
N=10		

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Tabla No. 7

Distribución de razón según cualidades presentadas en pacientes ingresadas luego de legrado intrauterino que presentaron depresión.

Riesgo	OR	IC 95%	p
Mediana edad	2,5	0,53 – 12,15	0.0012
Soltera	1,84	0,36 – 9,19	0.0023
Universitaria	8,84	2,36 – 33,4	0.00097
Primigesta	3,18	0,88 – 11,47	0.0040
Abogada	11,8	2,5 – 55,8	0.0041
Aborto recurrente	1,75	0,20 – 14,97	0.02986
Aborto tardío	5,3	1,24 – 22,6	0.02436

Fuente: Boleta de recolección de datos

VI. DISCUSION Y ANALISIS

En este estudio se encontró una media de edad de 26.7 años, encontrándose la mayoría de pacientes en la mediana edad, y solo un 37 % en los extremos de la vida, presentando en su mayoría pareja estable (88%). Presenta una media de embarazos de 1.88, siendo el 25% de la población Primigesta, siendo un 42 % de la población multípara (tres embarazos o más). De esta población solo 16 % presenta estudios superiores, encontrándose la mayoría en escolaridad media (77%).

Del total de pacientes, y en base al test de Hamilton el 4.74% (10 pacientes) de la población presento un grado de depresión superior a 17 puntos luego de la realización de un legrado intrauterino secundario a aborto. Teniendo una media de 6.7 puntos en la escala de depresión.

La razón entre depresión versus no depresión es mayor en pacientes de mediana edad, soltera, universitaria, abogada, en pacientes que presentaron aborto tardío y recurrente, siendo estadísticamente significativa para universitarias abogadas y aborto tardío. Del 4.76 por ciento de pacientes que presentaron depresión el 30 por ciento ejercían de profesión abogado, la ocupación de medico presentaba 10% de la población que presenta depresión y 1.45% del total.

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1 Con base al test de Hamilton el 4.74% (10 pacientes) de la población presento un grado de depresión superior a 17 pts luego de la realización de un legrado intrauterino secundario a aborto.
- 6.1.2 La razón entre depresión versus no depresión es 2,5 veces mayor en pacientes con mediana edad en comparación a extremos de la vida. Esta asociación no es estadísticamente significativa.
- 6.1.3 La razón entre depresión versus no depresión es 1,84 veces mayor en pacientes solteras en comparación a con pareja sentimental. Esta asociación no es estadísticamente significativa.
- 6.1.4 La razón entre depresión versus no depresión es 8,89 veces mayor en pacientes universitarias en comparación a otros grados académicos. Esta asociación es estadísticamente significativa
- 6.1.5 La razón entre depresión versus no depresión es 11,8 veces mayor en pacientes abogadas en comparación a otras ocupaciones. Esta asociación es estadísticamente significativa

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1 Dar seguimiento psicológico a todas las pacientes que presenten aborto.
- 6.2.2 Reforzar plan educacional sobre la causa que provocó el aborto.
- 6.2.3 Manejo de plan educacional en conjunto con departamento de Psicología a pacientes con riesgo.

VII. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1. Abortion and Subsequent Substance Abuse 2000, Vol. 26, No. 1 , Pages 61-75, David C. Reardon, Ph.D.^{1,1} and Philip G. Ney, M.D., FRCP© Elliot Institute, P.O. Box 7348, Springfield, IL, 62791-7348, U.S.A. Department of Family Practice, University of British Columbia
2. Carmen Gómez Lavín, Ricardo Zapata García, El Síndrome Post-aborto, Congreso Mundial de las Familias (Mayo 2012), España, 2012.
3. Carmen Gómez Lavín Consecuencias psicopatológicas del aborto en la mujer ,Cuadernos de Bioética 1994/1"-2", jun 1999, vol 28, 2, <http://aebioetica.org/revistas/1994/1-2/17-18/28.pdf>
4. Speckhard, A. C. & Rue, V.M. (1992). "Post abortion syndrome: An emerging public health concern". *Journal of Social Issues*, 48: 95-119.
5. C. Gómez Lavín, R. Zapata García, Categorización diagnóstica del síndrome postaborto, tesis doctoral, Clínica Universitaria y Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra Pamplona (Navarra), 2005.
6. Induced first trimester abortion January 27, 2011 Munk-Olsen T., Laursen T.M., Pedersen C.B., Lidegaard Ø., Mortensen P.B. *N Engl J Med* 2011; 364:332-339
7. Stanford-Rue S. El síndrome post-aborto. *Pensamiento y Cultura* 1999; 239-245. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70111351018>. Consultado el 10 de marzo de 2013.
8. Stotland NL. The myth of the abortion trauma syndrome. *JAMA*. 1992 Oct 21;268(15):2078-9. PMID 1404747.
9. Pavia, Consecuencias Psicológicas del aborto en la mujer a muy corto plazo, tesis doctorado, Argentina, Universidad Católica Argentina.
10. C. Gómez Lavín, R. Zapata García, Categorización diagnóstica del síndrome postaborto, tesis doctoral, Clínica Universitaria y Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra Pamplona (Navarra), 2005.

11. Induced first trimester abortion January 27, 2011 Munk-Olsen T., Laursen T.M., Pedersen C.B., Lidegaard Ø., Mortensen P.B. N Engl J Med 2011; 364:332-339
12. Dwyer JM, Jackson T. Unwanted pregnancy, mental health and abortion: untangling the evidence. Aust New Zealand Health Policy 2008;5:2.
13. Priscilla K. Coleman, Ph.D. The Uniquely Destructive Psychological Experience of Elective Abortion: Comparisons with Other Forms of Perinatal Loss and Delivery of an Unintended Pregnancy. Otoño 2004, consultado 15 marzo de 2005, 17(6), disponible en <http://www.abortionresearch.us/images/Vol17No6.pdf>
14. Post R. Informed consent to abortion: a First Amendment analysis of compelled physician speech. Univ Ill Law Rev 2007;3:939.
15. López Hernández C, Herreros López JA, Pérez-Medina T Medicina Materno-Fetal. Aborto: concepto, concepto y clasificación, Fundamentos de Obstetricia. SEGO. 2007;III(51):425-30.
16. Hamilton, M., A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960(23): p. 56-62.
17. Hamilton, M., Development of a rating scale for primary depressive illness. Br J Soc Clin Psychol 1967(6): p. 278-296.
18. Ramos-Brieva, J.C, A, Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr 1986(14): p.324-334.
19. Charles VE, Polis CB, Sridhara SK, Blum RW. Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. Contraception 2008;78:436-50
20. Gálvez Toro A. Síndrome postaborto. Anodinia afectiva vs. padecimiento. Evidentia. 2008 may-jun; 5(21).

21. Katharine Dexter McCormick, Planned Parenthood Las consecuencias emocionales del aborto inducido, biblioteca , Federation of America, New York, 2007, 212-261, disponible en [http://www.plannedparenthood.org/PPFA/LasConsecuenciasEmocionalesDelAbortoInducido_01-07_\(spot_revised_05-25-07\)_translated_02-07.pdf](http://www.plannedparenthood.org/PPFA/LasConsecuenciasEmocionalesDelAbortoInducido_01-07_(spot_revised_05-25-07)_translated_02-07.pdf)
22. Manuel Gurpegui, Dolores Jurado COMPLICACIONES PSIQUIÁTRICAS DEL ABORTO Cuadernos de Bioética, vol. XX, núm. 3, septiembre-diciembre, 2009, pp. 381-392, Asociación Española de Bioética y Ética Médica España
23. Priscilla K. Coleman and Eileen S. Nelson (1998). The Quality of Abortion Decisions and College Students' Reports of Post-Abortion Emotional Sequelae and Abortion Attitudes. *Journal of Social and Clinical Psychology*: Vol. 17, No. 4, pp. 425-442
24. Priscilla Coleman, David Reardon, Thomas Strahan, Jesse Cogle. (2005) The psychology of abortion: A review and suggestions for future research. *Psychology Health* 20:2, 237-271
Online publication date: 1-Apr-2005 Read More: <http://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/jscp.1998.17.4.425>
25. Thapar, A. K. & Thapar, A. "Psychological sequelae of miscarriage: a controlled study using the general health questionnaire and the hospital anxiety and depression scale". *Br J Gen Pract*, 1992; 42: 94-6.
26. Wells, N. (1991). "Pain and distress during abortion". *Health Care for Women International*, 12: 293-302.

VIII. ANEXOS

8.1 Anexo número 1: Boleta de recolección de datos

Universidad San Carlos de Guatemala
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Maestría Ginecología y Obstetricia
Depresión Aborto

Instrucciones: Responda de manera concisa las siguientes preguntas.

Datos de paciente

Edad en años: Estado civil: Escolaridad:

Afiliación:

Número de embarazos: Abortos previos:

Ocupación:

Acerca de aborto actual

Número de embarazo actual:

Semanas de gestación al momento de diagnóstico:

Tipo de aborto: Fecha Ultima Regla:

Evolución del cuadro en días:

Evaluación de depresión:

Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	
Ausente	0
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente	1
- Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma Espontánea	4

Sentimientos de culpa	
- Ausente	0
- Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
- Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4

Suicidio	
- Ausente	0
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir	2
- Ideas de suicidio o amenazas	3
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4

Insomnio precoz	
- No tiene dificultad	0
- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1
- Dificultad para dormir cada noche	2

Insomnio intermedio	
- No hay dificultad	0
- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1

- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2
--	---

Insomnio tardío	
- No hay dificultad	0
- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2

Trabajo y actividades	
- No hay dificultad	0
- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
- Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3
- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda	4

Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	
- Palabra y pensamiento normales	0
- Ligeramente retrasado en el habla	1
- Evidente retraso en el habla	2
- Dificultad para expresarse	3
- Incapacidad para expresarse	4

Agitación psicomotora	
- Ninguna	0
Juega con sus dedos	1
- Juega con sus manos, cabello, etc.	2
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4

Ansiedad psíquica	
- No hay dificultad	0
Tensión subjetiva e irritabilidad	1
- Preocupación por pequeñas cosas	2
- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	3
- Expresa sus temores sin que le pregunten	4

Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc.; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)	
- Ausente	0
- Ligera	1
- Moderada	2
- Severa	3
- Incapacitante	4

Síntomas somáticos gastrointestinales	
- Ninguno	0
- Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen	1
- Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	2

Síntomas somáticos generales	
- Ninguno	0
- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.	1
Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	2

Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	
- Ausente	0
- Débil	1
- Grave	2

Hipocondría	
- Ausente	0
- Preocupado de sí mismo (corporalmente)	1
- Preocupado por su salud	2
- Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3

Introspección (insight)	
- Se da cuenta que está deprimido y enfermo	0
- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1
- No se da cuenta que está enfermo	2

PERMISO DE AUTOR

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