

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA



VALORACION DE SINTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES
CON ABORTO ESPONTÁNEO

Por

CRISTOBAL GERARDO RODRIGUEZ VALERO

COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Febrero 2016

Valoración de síntomas de depresión y ansiedad en pacientes con aborto espontáneo

Aprobación de la tesis:



Dr. Roberto Ambriz López
Director de la tesis



Dr. Abel Guzmán López
Jefe del Servicio de Obstetricia



Dr. Donato Saldivar Rodríguez
Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia



Dra. Sci. Geraldina Guerrero González
Asesora de tesis



Dr. med. Raquel Garza Guajardo
Subdirector de Estudios de Posgrado

AGRADECIMIENTOS

Primero que nada, quiero agradecer a Dios, por siempre ponerme en el camino del bien, por darme la sabiduría e inteligencia para sobrellevar las situaciones adversas y lograr mi formación académica; a mis padres, ya que sin ellos no estaría en el lugar donde estoy, mis pilares en mi formación tanto como medico , como persona, gracias por siempre apoyarme en todas mis decisiones, les agradezco de corazón, todo lo que he logrado se los debo a ustedes; a mis hermanos que siempre estuvieron al pendiente y que siempre me apoyaron y alentaron a seguir adelante. A ti, Estefany Saldívar García, por siempre estar para mí, siempre al pendiente, siempre diciéndome las palabras precisas y correctas, siempre demostrándome tu amor, gracias.

Quiero agradecer a mis maestros, en especial al Dr. Donato Saldívar Rodríguez, al Dr. Emilio Treviño, al Dr. Oscar Vidal Gutiérrez, al Dr. Roberto Ambríz López y al Dr. Iván Hernández, gracias por sus enseñanzas y todo su apoyo en mi formación como especialista.

Al igual quiero agradecer a mis compañeros residentes de todos los años, a los que me enseñaron conocimiento, habilidades y destrezas quirúrgicas que aprendí.

TABLA DE CONTENIDO

	Página
Capítulo I	
1. RESÚMEN	
Capítulo II	
2. INTRODUCCIÓN	
Capítulo III	
3. HIPÓTESIS	
Capítulo IV	
4. OBJETIVOS	
Capítulo V	
5. MATERIAL Y MÉTODOS	
Capítulo VI	
6. RESULTADOS.	
Capítulo VII	
7. DISCUSIÓN	
Capítulo VIII	
8. CONCLUSIÓN	

Capítulo IX

9. ANEXOS (ejemplo)

9.1 Cuestionarios

9.2 Instrumento de recolección de datos

9.3

Capítulo X

10.BIBLIOGRAFÍA

Capítulo XI

11. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

INDICE DE TABLAS

Tabla	Página
Tabla 1. Características descriptivas de la población.	17
Tabla 2 Resultados generales de HADS	18
Tabla 3 Diagnóstico borderline y puro para depresión y ansiedad.	18
Tabla 4 Rango de edad	20
Tabla 5 Casos en base a rango de edad.	20
Tabla 6 Pacientes con antecedente de depresión	23
Tabla 7 Resultados de HADS según método de resolución del aborto.	24

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders versión IV

PTS: Post Traumatic Stress

IES: Impact of Event Scale

BDI: Beck Depression Inventory

AMEU: Aspirado Manual Endo Uterino

LUIBA: Legrado Uterino Instrumentado Bajo Anestesia

CAPITULO I

RESUMEN

Palabras claves: Aborto espontáneo, Depresión, Ansiedad, AMEU, LUIBA

Objetivo: Valorar los síntomas de ansiedad y depresión en las pacientes posterior a un aborto espontaneo tratado quirúrgicamente, ya sea con un AMEU o LUIBA, además de establecer las variables que puedan influenciar los resultados de la valoración.

Material y Métodos

Se realizó un análisis longitudinal, prospectivo en el área de ginecología y obstetricia del Hospital Universitario "José Eleuterio González", durante el periodo de junio a octubre de 2015 con pacientes que presentaron aborto espontáneo, tratado con aspirado manual endouterino o legrado uterino instrumentado bajo anestesia, a quienes se les aplicó la escala de depresión y ansiedad hospitalaria (HADS) en busca de síntomas de depresión y o ansiedad en base a variables previamente descritas en la literatura (edad, estado civil, escolaridad, paridad y antecedente de depresión) para posterior canalizarlas al servicio de Psiquiatría para valorar tratamiento.

Resultado

Participaron 120 pacientes, las cuales se dividieron en dos grupos dependiendo del procedimiento realizado, 96 (80%) pacientes en el grupo AMEU, 24(20%) pacientes en el grupo LUIBA, de ambos grupos 86 (71.6%) pacientes tuvieron 8 puntos o más en la escala de depresión y ansiedad hospitalaria.

En base al resultado obtenido en las 120 encuestas realizadas, ninguna variable resultó con análisis estadístico significativo. Sin embargo en el grupo de pacientes con antecedente de depresión conformado por 11 pacientes (9.1%) se obtuvo una relación estadísticamente significativa, con la depresión posaborto existente.

Conclusión

Los síntomas de ansiedad y o depresión son frecuentes en las pacientes posterior a presentar un aborto espontaneo. En nuestro medio tenemos un alto índice de pacientes que sufren un aborto espontaneo y que no acuden a su valoración.

Las pacientes con antecedente de depresión tienen factor de riesgo en base a la escala HADS para presentar síntomas de ansiedad y depresión nuevamente. Se reportó casi un 72% de las pacientes con algún síntoma de ansiedad y depresión. La variable más significativa fue el antecedente de depresión.

CAPITULO II

INTRODUCCION

La depresión es un estado de ánimo que se presenta como un estado de infelicidad que puede ser transitorio o permanente. La OMS, define que para el año 2020, la depresión sería la segunda causa de incapacidad laboral. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales versión IV (DSM-IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders por sus siglas en inglés) establece el diagnóstico de depresión mediante síndromes y/o síntomas.(1)

Para el propósito de este estudio se abordó la siguiente pregunta:

- 1- ¿En qué medida afecta el estado de ánimo de la mujer la pérdida gestacional antes de la semana 20?

Las enfermedades psiquiátricas pueden actuar como factor de riesgo para un embarazo no planeado o para la aparición de complicaciones o problemas de salud mental posterior a un aborto.

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futura, acompañada de un sentimiento de disforia y/o de síntomas somáticos de tensión.(1)

Los trastornos de ansiedad como tal son un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo.(2)

Hay que reconocer la inespecificidad del uso del término depresión, ya que se puede referir a un estado de ánimo, un síndrome, o un desorden específico. El diagnóstico de los síndromes depresivos lo establece el DSM-IV.

La real academia de lengua española lo define como un síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces relacionado con trastornos neurovegetativos (3)

La definición de depresión se establece como un episodio manifestado por cinco o más de los siguientes síntomas, presentados diariamente por lo menos en dos semanas continuas. El diagnóstico de los síndromes depresivos los establece el DSM-IV. Esta es una forma de establecerlo pero existen más dependiendo las condiciones clínicas de la paciente, habiendo escalas y cuestionarios para el diagnóstico de esta enfermedad, entre las cuales destacan la escala de BECK, cuestionario de Edinburg o la escala de eventos de alto impacto (IES)

- Estado depresivo
- Falta de interés en actividades diarias
- Insomnia o hiperinsomnia
- Cambios del patrón alimenticio o ganancia o pérdida de peso
- Retraso psicomotor
- Pobre concentración
- Sentimiento de culpa
- Ideas suicidad

Se conocen varias escalas/cuestionarios para la medición de síntomas de depresión y ansiedad, valorándose que la escala de Beck y Edinburg se utilizan más en caso de diagnóstico de depresión en embarazos de término, también llamada depresión pos-parto.(4)

El impacto psicológico al terminar un embarazo es controversial, teniendo evidencia en este aspecto de poca calidad y el diseño de estudios siendo inconsistentes. (5)

EPIDEMIOLOGIA

Aproximadamente 15% a 25% de las mujeres en edad fértil presentarán un aborto espontáneo, teniendo consecuencias médicas y psicológicas.(6). La mayoría de los abortos espontáneos ocurren durante las primeras siete semanas del embarazo. La tasa de este tipo de aborto disminuye después de que se detecta la frecuencia cardiaca fetal.(7).

El aborto espontáneo es una complicación común del embarazo que puede causar distress psicológico y físico en mujeres sin antecedentes de importancia. Esta pérdida puede seguirse de un periodo de duelo, semejante a la pérdida de un familiar cercano.(Brier 2008) Agregándose que el aborto espontáneo tiene una característica única, ya que no hay recuerdos tangibles del embarazo, la imagen del mismo recae en los sueños y la representación mental de la madre. Evidencia emergente sugiere que el aborto afecta la psique de las mujeres y eleva los síntomas de ansiedad y depresión posterior al aborto y la severidad de estos síntomas se atenúa con el tiempo. Muchos estudios han evaluado la magnitud de estos síntomas, reportados inclusive en un 20% hasta un 55% de las pacientes. (8) En ocasiones, el periodo de duelo es anormal y puede tener una duración mayor de seis meses, por lo cual puede causar síndrome de estrés postraumático, síndrome depresivo mayor e inclusive el suicidio. (Horowitz et al 1997; Szanto et al 2006).

A dos semanas posteriores de padecer un aborto, la proporción de mujeres que padecen síntomas depresivos significativos es 3.4 veces mayor comparado con mujeres embarazadas y 4.3 veces más alto que la población general. Un estudio francés, consideró el aborto como un traumatismo físico que implica dolor, sangrado, días de hospitalización y tratamiento quirúrgico y en un periodo

de tres meses posteriores al aborto, 51% de las pacientes reunían los criterios de depresión según el DSM-III.(9)

Se reconocen varios tipos de abortos dependiendo los síntomas y signos clínicos de cada paciente, por ejemplo:

Aborto inevitable, en donde la paciente ya presenta dilatación cervical, con actividad uterina regular.

Aborto completo, en donde la paciente posterior a un sangrado abundante y actividad uterina regular, ya no presenta dilatación cervical sin restos embrionarios o placentarios, con un útero bien contraído y a la ecografía abdominal o transvaginal una línea endometrial homogénea.

Aborto incompleto, en donde la paciente ya presenta dilatación cervical, con restos embrionarios o placentarios en cavidad uterina.

Huevo muerto retenido, en donde el embrión ya no presenta frecuencia cardiaca y el cérvix normalmente se encuentra sin dilatación, refiriendo las pacientes escaso sangrado y ausencia de síntomas de embarazo como náusea o vómito matutino.

Aborto séptico, donde la paciente presenta fiebre, dolor abdominal, malestar general con dilatación cervical y un útero aumentado de tamaño, este tipo de aborto se relaciona con infección por *Staphylococo aureus* o bacilos gram negativos. (10)

En la práctica clínica, el aborto siempre debe tratarse, existiendo diferentes formas para esto, ya que en ocasiones cuando se reconoce un aborto completo, el manejo es expectante, solamente con analgésicos y anticonceptivos orales para regular la proliferación del endometrio. Cuando se realiza el diagnóstico de un aborto incompleto, el tratamiento puede variar en base a las semanas de gestación, cuando se presenta un aborto menor a 12 semanas, el tratamiento ideal es en base a un aspirado manual endouterino y cuando es mayor a 12 semanas el tratamiento es un legrado uterino instrumentado bajo anestesia.(11)

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo para desarrollar depresión están relacionados con el embarazo y la pérdida del mismo.

Los factores de riesgo establecidos para desarrollar un aborto espontáneo son:

- Edad: es el factor de riesgo más importante en mujeres sanas. En una revisión de un millón de pacientes embarazadas que acudieron a un hospital en busca de atención médica la tasa de abortos espontáneos de acuerdo a la edad materna fue la siguiente: 20-30 años (9% - 17%) >35 años (20%) >40 años (40%) y 45 años (80%). (12)
- Aborto espontáneo previo: el riesgo de padecer a futuro un aborto después de haber sufrido uno previamente es de 20%, si presentó dos abortos subsecuentes dicha tasa aumenta a 28% y si fueron tres o más abortos subsecuentes se incrementa hasta un 43%. (13)
- Tabaquismo: en mujeres que fumaban más de diez cigarrillos al día aumenta el riesgo 1.2 al 3.4 veces en contraste con mujeres no fumadoras.(14)
- Paridad: Algunos estudios han demostrado aumento en el riesgo de abortar en mujeres multíparas, posibles razones para esta asociación, es un comportamiento reproductivo compensatorio (la falla en la tasa de embarazo se relaciona con los intentos de concepción) además de un periodo intergenésico corto.(15)
- Intervalo de implantación prolongado: del resultado de la fertilización de un óvulo maduro o falla en la permeabilidad de la trompa.(16)
- Peso materno: un IMC menor a 18.5 o un peso mayor de 25kg/m², está asociado a riesgo de infertilidad (17)
- Existen otros factores de riesgo por ejemplo el uso de drogas, alcoholismo, cocaína, cafeína, fiebre materna, uso de antiinflamatorios no esteroideos entre otros. (17,18)

Las enfermedades psiquiátricas pueden actuar como factor de riesgo para un embarazo no planeado o para la aparición de complicaciones o problemas de salud mental después de un aborto. La depresión se da en la mujer con una frecuencia casi duplicada, comparativamente con el hombre. A su vez, la depresión se presenta hasta ocho veces más frecuentemente tras el parto que tras el aborto, sin embargo también está presente en este. Se han llevado a cabo estudios sobre el papel del nivel sérico de los estrógenos sobre la etiopatogenia de la depresión, sin establecerlo claramente. (19)

En base al tratamiento del aborto ya sea médico, quirúrgico o expectante, los síntomas de ansiedad y depresión se encuentran presentes, sin embargo la información es limitada e inconsistente.(Lee TS 2001; Trinder. 2006) El impacto psicológico del aborto en las mujeres debe ser considerado para tomar una decisión sobre el manejo de un aborto espontáneo.

Lee y colaboradores reportaron que un 10% de las mujeres chinas fueron diagnosticadas con depresión y un 1.3% con un diagnóstico de trastorno de ansiedad, posterior al diagnóstico de un aborto.(20)

Nada Stotland, actual presidenta de la asociación americana de psiquiatría, considera que la respuesta emocional inmediata después del aborto puede incluir sentimientos de dolor, culpa, indiferencia o ambivalencia, los cuales son a menudo confundidos con un trastorno mental.(23) Ella analiza estos sentimientos de la siguiente manera:

- Culpa. “Con frecuencia las mujeres que abortan experimentan culpa después del aborto, sentimiento que puede estar relacionado con la terminación de una vida humana, aunque también con la precipitación o la concepción inoportuna, lo cual denota una falta de control o falta de autoestima.”

- Tristeza/pérdida. “Los sentimientos de tristeza y pérdida son universales y frecuentes entre las mujeres que experimentan un aborto. La expresión de estos sentimientos genera confusión en la paciente y en los que le proveen

atención y cuidados. Puede parecer paradójico que una mujer que ha elegido terminar un embarazo pueda experimentar tristeza después del procedimiento; sin embargo, la tristeza es originada por la ambivalencia hacia el embarazo y el aborto, porque no se trata de una decisión cualquiera y, por sí mismo, el aborto es un evento vital en la vida de la mujer y está relacionado íntimamente con sus deseos, principios religiosos y éticos, sentimientos, frustraciones, entre otros.”

- Madurez. “Con frecuencia las mujeres reportan que la experiencia del aborto ha significado un cambio en sus vidas, que han pasado de la pasividad a la responsabilidad activa y que ahora planean y conducen su destino.

Reconocen que esta dolorosa decisión les ha enseñado a tomar con seriedad su futuro, sus deberes y obligaciones y que se sienten más responsables de sus actuaciones, decisiones y de la manera de afrontar las situaciones difíciles.”

- Alivio. “A pesar de los sentimientos de remordimiento, de la decepción y las recriminaciones, algunas mujeres sienten que pueden reenfocar su vida y continuar adelante.

Beck explica la depresión como el resultado de un desarreglo cognitivo. A lo largo del proceso de socialización, los seres humanos van formando conceptos y generalizaciones a partir de identificaciones con personas relevantes, de experiencias propias, de juicios de los demás sobre terceros y sobre uno mismo (24)

ESTUDIOS SIMILARES

Se realizó un análisis prospectivo, longitudinal en Oslo, Noruega donde se estudió la asociación en mujeres que tuvieron un aborto espontáneo o inducido tendrían valores más altos de ansiedad y/o depresión mediante una encuesta intrahospitalaria para síntomas de ansiedad y depresión a los 10 días, seis meses, dos años y cinco años después del evento, en donde comparado con la población general, las mujeres que tuvieron un aborto espontáneo tuvieron

calificaciones más altas en la escala de depresión y ansiedad hospitalaria a los 10 días posteriores al aborto (32.5% en contra de 17.9% para ansiedad; 27.5% en contra 6.6% para depresión), sin embargo estas pacientes alcanzaron un equilibrio emocional a los seis meses, dos años y cinco años.(Anne Nordan Broel, 2005)

En un estudio llamado la respuesta psicológica de las mujeres posterior a un aborto en el primer trimestre se reportó en 1% el desarrollo de trastorno de estrés post traumático dos años posteriores al aborto. Otro estudio reportó un 10% de estrés post traumático, de acuerdo a la IES (Impact of Event Scale) 6 meses posteriores a un aborto inducido. (21,22)

La pregunta sobre si el antecedente de abortos previos contribuyen al aumento de síntomas de depresión y ansiedad en un aborto espontáneo reciente está en duda, ya que mientras algunos autores reportan que no hay un aumento en el riesgo de depresión u otros síntomas psiquiátricos en casos de abortos espontáneos o inclusive con calificaciones del BDI (Beck Depression Inventory) (Klier et al 2000; Adolfsonn 2010), otros señalan una relación directa entre los síntomas de ansiedad y depresión con el número de abortos espontáneos previos. (Friedman Gath 1989; Janssen 1996). Además (Couto 2009), se ha referido que mujeres con antecedente de aborto espontáneo desarrollan síntomas de depresión y una pobre calidad de vida en un embarazo subsecuente, comparativamente con mujeres sin este antecedente.

Se ha demostrado una variedad de reacciones posterior a un aborto espontáneo, desde una sensación de duelo normal, con síntomas de depresión y ansiedad hasta un duelo anormal con episodio depresivo mayor.(Beutel et al 1995; Kersting 2012). Sin embargo se sabe que la sintomatología de la depresión es multifactorial, siendo influenciada por variables como el número de gesta, antecedente de abortos y embarazo planeado contra no planeado.

En el estudio HEALTH 2000 SURVEY se encontró una relación probable, pero clínicamente no significativa, entre el antecedente de abortos previos y un episodio depresivo mayor en mujeres de 41 a 50 años. Además, en el estudio

FINIRISK 2002, se reveló una relación entre el antecedente de aborto espontáneo y síntomas de salud psicológica y función cognitiva, disminuyendo la capacidad laboral, el gozo y la respuesta a resolver problemas cotidianos en mujeres jóvenes.

Nielsen et al, reportaron, en un estudio aleatorizado, que en el tratamiento expectante del aborto, las mujeres tuvieron menos sintomatología de depresión y ansiedad comparada con el tratamiento quirúrgico. Sin embargo, Shelley et al, reportaron en un estudio similar con casi el mismo número de pacientes, que en el grupo de manejo expectante, se demostró que era superior el número de mujeres con ansiedad y síntomas de depresión vs el grupo de tratamiento quirúrgico en un lapso de 8 semanas.(Shelley JM 2005)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se han realizado múltiples estudios que evalúan la calidad de vida de las pacientes que presentan un aborto espontáneo con posterior tratamiento de dilatación y curetaje, llámese aspirado manual endouterino o legrado uterino instrumentado bajo anestesia, con datos sugestivos de que las pacientes pueden desarrollar síntomas de depresión y ansiedad posterior al procedimiento,

JUSTIFICACION

El aborto espontáneo es una causa de término del embarazo antes de la semana veinte y es común en mujeres en edad reproductiva. Se ha relacionado un aumento en los síntomas de ansiedad y depresión en mujeres que presentan un aborto espontáneo con su tratamiento ya sea AMEU o LUIBA.

Comparado con la población general, las mujeres que tuvieron un aborto espontáneo tuvieron calificaciones más altas en la escala de depresión y ansiedad hospitalaria a los 10 días posteriores al aborto, utilizando la escala de ansiedad y depresión hospitalaria.

En nuestro medio se desconoce el número de pacientes que desarrollan síntomas de depresión y ansiedad post aborto espontáneo tratado. Es importante conocer el comportamiento de este padecimiento con la intención de conocer cómo se comporta este padecimiento en nuestra población, para poder ofrecer opciones de apoyo y tratamiento en caso necesario a las pacientes.

CAPITULO III

HIPÓTESIS

No existe relación entre los síntomas de depresión y/o ansiedad y la incidencia de aborto espontáneo.

CAPITULO IV

OBJETIVOS

4.1 GENERALES

Valorar el grado de depresión y ansiedad post aspirado manual endouterino (AMEU) y/o legrado uterino instrumentado bajo anestesia (LUIBA) en pacientes que cursaron con aborto espontáneo, por medio del inventario escala de depresión o ansiedad hospitalaria.

4.2 ESPECÍFICOS

1. Establecer el rango de edad mayormente afectado para ansiedad y depresión en pacientes con aborto espontáneo.
2. Valorar la ansiedad y depresión encontradas en pacientes post aborto espontáneo de acuerdo con el estado civil.
3. Determinar cuál grupo se ve mayormente afectado por depresión y ansiedad post aborto espontáneo en pacientes nulíparas vs multíparas, escolaridad y profesión.
4. Verificar si el tipo de procedimiento, ya sea AMEU o LIUBA se encuentran relacionados con la presentación de síntomas de depresión post aborto

CAPÍTULO V

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un análisis prospectivo, longitudinal; en el que se incluyeron las pacientes que acudieron a la consulta de ginecología y obstetricia, de abril a septiembre del 2015, del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" en Monterrey, Nuevo León, México, a los 10 a 14 días posteriores a haber presentado un aborto espontáneo tratado ya sea con un AMEU o LUIBA; para realizar un cuestionario conocido como HADS. El presente trabajo de investigación fue aprobado por el comité de ética del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" con el número de registro G115-011.

Se incluyeron todas las pacientes con diagnóstico de aborto espontáneo realizado y tratado en el Hospital Universitario que acudan a control post aborto, se excluyeron las pacientes que no acudieron a su control o que no se atendieron en nuestro servicio. Se eliminaron las pacientes cuyo cuestionario fue mal llenado.

Se les aplicó el cuestionario de ansiedad y depresión hospitalaria HADS; el cual introdujeron Zigmond y Snaith en 1983. El cuestionario ha demostrado tener valor predictivo para la detección de síntomas de depresión y ansiedad en una gran cantidad de pacientes. Consta de catorce preguntas, siete en relación a ansiedad y siete en relación a depresión, cada pregunta da un valor de cero a tres puntos y se considera una calificación arriba de ocho puntos como "caso" esto es, que la persona clínicamente tiene síntomas de ansiedad y depresión,

que puede catalogarse como leve, moderada o severa. El punto de corte de ocho puntos logra un balance óptimo entre sensibilidad y especificidad.

Utilizando una fórmula para el cálculo de una proporción en población finita de 830 pacientes atendidas durante el año 2014 en el área de tococirugía del Hospital Universitario, con una proporción esperada desconocida de 0.1% (10%) se requirieron 119 pacientes con una confianza del 95% y una precisión del 5%.

Se registraron datos personales y variables para el estudio, edad, estado civil, escolaridad, gesta, antecedente de depresión y ansiedad. (26)

Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS v. 17. Para las variables cuantitativas estimaron medidas de tendencia central y dispersión. Las variables cualitativas se analizaron a través de chi-cuadrada. Se consideró un intervalo de confianza del 95%.

CAPÍTULO VI RESULTADOS

En este estudio participaron 120 pacientes que acudieron a la consulta de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” debido a que sufrieron aborto espontáneo, de las cuales 96 (80%) fueron tratadas con aspirado manual endouterino (AMEU) y 24 (20%) con legrado uterino instrumentado bajo anestesia (LUIBA).

Características descriptivas de la población

Tabla1. Características descriptivas de la población.

Manejo	Edad (años) Min - max	Sem de gestacion	Estado Civil	Escolaridad	Antecedente de aborto 32 totales
AMEU N - 96	Media: 23 13 - 41	Media: 9.3 (6 – 12.6)	33 casadas 29 solteras 34 unión libre	37 secundaria 32 bachillerato 15 carrera técnica 5 licenciatura 7 primaria	29
LUIBA N - 24	Media: 22 15-40	Media 14.2 (13 – 17.3)	6 casadas 11 solteras 7 unión libre	13 secundaria 4 bachillerato 4 licenciatura 2 carrera técnica 1 primaria	3

n=120

HADS

Del total de 120 pacientes, 86 (71.6%) tuvieron 8 puntos o más en la escala de depresión y ansiedad hospitalaria, lo que indica el borderline con la depresión, 46 pacientes resultaron con diagnóstico de algún nivel de depresión, resultando 23 pacientes con diagnóstico borderline y 23 pacientes con diagnóstico de depresión. De las 40 pacientes restantes, para el diagnóstico de ansiedad, resultaron 23 pacientes con diagnóstico borderline y 17 pacientes con

diagnóstico de ansiedad. Solamente 9 pacientes tuvieron diagnóstico de ansiedad y depresión en conjunto.

Tabla 2 Resultados generales de HADS

Ansiedad	Grado	Depresión	Grado
40 pacientes	23 borderline 17 diagnóstico de ansiedad	46 pacientes	23 borderline 23 diagnóstico de depresión

Revisando los resultados del HADS según el grupo de tratamiento, de las 96 pacientes tratadas con AMEU, 36 fueron calificadas según sus respuestas como con diagnóstico de depresión, 19 pacientes con diagnóstico borderline para depresión y 17 pacientes con diagnóstico de depresión. De las 96 pacientes post aspirado, 21 resultaron diagnosticadas con ansiedad, 15 borderline y 6 con diagnóstico de ansiedad.

De las 24 pacientes tratadas con LUIBA, 11 pacientes resultaron con depresión, 4 fueron calificadas como borderline y 7 pacientes fueron diagnosticadas con depresión. En cuanto a ansiedad, 8 pacientes fueron identificadas como caso para ansiedad, 3 con diagnóstico borderline y 5 con diagnóstico de ansiedad.

Tabla 3 Diagnóstico borderline y puro para depresión y ansiedad.

AMEU (96)		LUIBA (24)	
Depresión 36 pacientes	19 borderline 17 diagnóstico	Depresión 11 pacientes	4 borderline 7 diagnóstico
Ansiedad 21 pacientes	15 borderline 6 diagnóstico	Ansiedad 8 pacientes	3 borderline 5 diagnóstico

No se comprobó una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la incidencia de depresión ($p= 0.382$) o ansiedad (0.086) posterior a aborto, independientemente de la técnica de resolución utilizada.

Edad

En base a la edad de las pacientes en el grupo de AMEU tenemos un total de 96 pacientes, la edad promedio fue de 23.8 años, las cuales la mínima fue de 13 años y la máxima de 41 años.

En base a la edad de las pacientes del grupo de LUIBA, tenemos un total de 24 pacientes, la edad promedio fue de 22 años, las cuales la mínima fue de 15 años y la máxima de 44 años

En la tabla número 2, se describe en base al rango de edad, del total de 120 pacientes, con un predominio en el rango de 21 a 25 años.

De acuerdo al HADS, en base al rango de edad, en la tabla 3 se describen los casos habiendo un total de 47 casos (39.1%), una paciente del rango de 26 a 30 años tuvo diagnóstico de ansiedad, 4 pacientes, una del rango de 16 -20 años, una de 21 a 25 años, una de 36-40 años y una mayor de 41 años, tuvieron diagnóstico de depresión, una paciente del grupo de 36-40 años, tuvo diagnóstico borderline de ansiedad. En cuanto a las pacientes con diagnóstico borderline para depresión tenemos que fueron 16 pacientes, las cuales 5 pacientes entran en el rango de 25-30 años, 4 pacientes entran en el grupo de 16-20 años, 2 pacientes en el rango 21-25, 3 pacientes en el rango de 31-35 años, una en el rango mayor de 41 años y una en el rango de 10-15 años. Hubo un total de 8 pacientes con diagnóstico conjunto de ansiedad y depresión con predominio en el grupo de edad de 26 a 30 años, habiendo 3 pacientes, 2 pacientes en el grupo de 21-25 años, una paciente del grupo de 31-35 años, una de 16 a 20 años y una de 10-15 años. Hubo un total de 5 pacientes con diagnóstico borderline de ansiedad y depresión, predominando el grupo de 21-25 años con 3 pacientes, una paciente de 16-20 años y una de 26-30 años. En

cuanto a pacientes con diagnóstico de depresión y borderline para ansiedad hubo un predominio de 4 pacientes en el grupo de 26-30 años, 3 pacientes del grupo 21-25 años, 2 pacientes de 31-35 años y una de 16 a 20 años. En cuanto a pacientes con diagnóstico de ansiedad y borderline para depresión solo se presentaron dos casos, una paciente de 16 a 20 años y una de 26 a 30 años.

Tabla 4 Rango de edad

EDAD	n
10 – 15 años	16 pacientes (13.3%)
16 – 20 años	35 pacientes (29.1%)
21 – 25 años	28 pacientes (23.3%)
26 – 30 años	19 pacientes (15.8%)
31 – 35 años	12 pacientes (10%)
36 – 40 años	8 pacientes (6.6%)
>41 años	2 pacientes (0.16%)
	120 pacientes

Tabla 5 Casos en base a rango de edad.

Diagnóstico	N: 47 casos	Rango de edad
Ansiedad	1 caso	26-30 años
Depresión	4 casos	16-20 años 21-25 años 36 – 40 años >41 años
Borderline de Ansiedad	1 caso	36-40 años
Borderline de Depresión	16 casos	5 (26-30 años) 4 (16-20 años) 3 (31-35 años) 2 (21-25 años) (36-40 años)
Ansiedad y Depresión	8 casos	3 (26-30 años) 2 (21-25 años) (10-15 años) (16-20 años) (31-35 años)

Borderline de Ansiedad y Depresión	5 casos	3 (21-25 años) (16-20 años) (26-30 años)
Borderline de ansiedad + diagnóstico de depresión	10 casos	4 (26-30 años) 3 (21-25 años) 2 (31-35 años) (16-20 años)
Borderline de depresión + diagnóstico de ansiedad	2 casos	(16-20 años) 26-30 años)

Escolaridad

Del total de 120 pacientes, 50 (41.6%) cursaban secundaria, 36 (30%) bachillerato, 17 (14.1%) carrera técnica, 9 (7.5%) licenciatura y 8 (6.6%) la primaria.

Del total de 50 pacientes cursando secundaria, 19 pacientes resultaron con diagnóstico de ansiedad o depresión. De las 36 pacientes en bachillerato, 11 tuvieron diagnóstico de ansiedad y o depresión. De las 17 pacientes en carrera técnica, 12 reportaron diagnóstico de ansiedad y depresión, de las 9 en licenciatura, 5 reportaron síntomas de ansiedad y depresión, y del total de 8 pacientes en primaria, 3 resultaron con diagnóstico de ansiedad o depresión.

Del grupo de AMEU tuvimos que 37 pacientes terminaron la secundaria, 32 bachillerato, 15 carrera técnica, 5 licenciatura y 7 primaria. Del grupo de LUIBA fueron 13 de secundaria, 4 bachillerato, 4 licenciatura, 2 carreras técnicas y una primaria. No se observó diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, ($p = 0.122$).

Estado Civil

Del total de 120 pacientes, 39 (32.5%) eran casadas, 40 (33.3%) solteras y 41 (34.1%) vivían en unión libre. Los datos por grupo se pueden observar en la Tabla 1. De las 39 casadas, 22 pacientes salieron con síntomas de ansiedad y depresión según el HADS, reportando 8 pacientes con diagnóstico borderline de depresión, 7 pacientes con diagnóstico de ansiedad y depresión, 3 pacientes

con diagnóstico de depresión más borderline para ansiedad, una paciente borderline para depresión y ansiedad, una paciente con diagnóstico de ansiedad y borderline para depresión, una paciente borderline para ansiedad y una paciente con diagnóstico de depresión.

De las 40 solteras, 9 pacientes resultaron con síntomas de ansiedad y depresión según HADS, reportando 3 pacientes borderline para depresión, 2 pacientes borderline para ansiedad, una paciente con depresión, una paciente con diagnóstico de ansiedad y depresión, una paciente borderline para ansiedad y depresión y una paciente con diagnóstico de ansiedad y borderline de depresión.

De las 41 pacientes en unión libre, 19 pacientes resultaron con síntomas de ansiedad y depresión según HADS, reportando 6 pacientes con diagnóstico borderline de ansiedad más diagnóstico de depresión, 4 pacientes con diagnóstico borderline de depresión, 3 pacientes con diagnóstico de depresión, 3 pacientes con diagnóstico borderline de ansiedad y depresión, 2 pacientes con diagnóstico de ansiedad y depresión, y una paciente con diagnóstico de ansiedad y borderline de depresión.

Sin embargo, no se observó diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

Paridad

Del total de 120 pacientes tuvimos 47(39.1%) primíparas y 73 (60.8%) multíparas. De las 47 primíparas, 12 pacientes reportaron síntomas de ansiedad o depresión según HADS, encontrando 4 pacientes con diagnóstico borderline para ansiedad y diagnóstico de depresión, 2 pacientes borderline para ansiedad y depresión, 2 pacientes borderline de depresión, una paciente con diagnóstico de ansiedad y depresión, una paciente borderline de ansiedad, una con diagnóstico de ansiedad y una con diagnóstico de depresión.

De las 73 multíparas, 39 pacientes reportaron síntomas de ansiedad y depresión según HADS, existiendo 13 casos borderline para depresión, 8 casos

para ansiedad y depresión, 8 casos borderline de ansiedad más diagnóstico de depresión, 3 borderline de ansiedad y depresión, 3 con diagnóstico de ansiedad y borderline de depresión, 3 con diagnóstico de depresión, y una con diagnóstico borderline de ansiedad.

Antecedente de depresión

Al aplicar el HADS, en las pacientes con antecedente de depresión (n=11 pacientes), 9 pacientes tuvieron más de 8 puntos en la escala de ansiedad y depresión hospitalaria, 3 tuvieron diagnóstico borderline para depresión, 2 diagnóstico borderline para ansiedad, 2 diagnóstico de ansiedad y depresión y 2 diagnóstico de depresión.

Según la escala de HADS en el grupo de AMEU de las 8 pacientes con el antecedente tuvimos 6 con diagnóstico de ansiedad y depresión, descrito de la siguiente manera; 4 casos con diagnóstico borderline de depresión y dos casos con diagnóstico de depresión y borderline de ansiedad. De las 3 pacientes del grupo LUIBA, las 3 reportaron posterior a la escala síntomas de ansiedad y depresión reportado de la siguiente manera, dos pacientes con diagnóstico de ansiedad y depresión y una paciente borderline para ansiedad y depresión. Al analizar la relación entre el antecedente de depresión y la depresión post aborto espontáneo se estableció una significancia positiva ($p=0.002$).

Tabla 6 Pacientes con antecedente de depresión

Antecedente de depresión	Diagnóstico de depresión y ansiedad HADS	Diagnóstico específico
N 11 pacientes	9 pacientes	3 borderline depresión 2 borderline ansiedad 2 diagnóstico de ansiedad y depresión 2 diagnóstico de depresión

Tabla 7 Resultados de HADS según método de resolución del aborto.

Tipo de procedimiento	Diagnóstico HADS (6 AMEU/3 LUIBA)
AMEU 8 pacientes	4 pacientes borderline de depresión 2 pacientes con depresión
LUIBA 3 pacientes	2 pacientes con diagnóstico de ansiedad y depresión 1 paciente borderline para ansiedad y depresión

Antecedente de abortos previos

Del total de 120 pacientes, 32 (26.6%) tenían el antecedente de abortos previos. Según el grupo, 29 pacientes tratadas post aspirado y 3 tratadas post legrado tuvieron antecedente de abortos previos. De las 32 pacientes con abortos previos, 2 pacientes tenían el antecedente de 2 abortos previos, una paciente de 3 abortos previos y una paciente con 7 abortos previos.

La paciente con siete abortos previos presentó diagnóstico de ansiedad y depresión según la escala HADS tuvo la mayor calificación con 16 puntos para depresión (16/16) y 12 (12/16) para ansiedad. La paciente con tres abortos previos presentó diagnóstico de depresión también según la escala con 13 puntos, sin embargo, en la escala de ansiedad solo tuvo 1 punto.

No se observó diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos en relación antecedente de aborto y depresión, según el tipo de procedimiento ($p=0.179$).

CAPITULO VII

DISCUSION

Desde 1992 se empezó a abordar la relación entre el aborto y trastornos de ansiedad y depresión y como éste afecta la psique de las mujeres. La depresión es un estado de ánimo donde se ve afectada el estado emocional de las pacientes, produciendo varios síntomas como insomnio, cambios en el patrón alimenticio, tristeza, llegando inclusive a ideas suicidas. La ansiedad es un trastorno que se caracteriza por angustia, tensión, sensación de amenaza y ataques de pánico (28). La duración de esta angustia no dependerá de la duración del embarazo sino de la relación de la madre con el feto, para mujeres que experimentaron varios abortos, el distrés emocional causado por cada aborto es acumulativo, con mayor depresión, angustia, disforia, infelicidad y una sensación de pérdida de control sobre sus opciones reproductivas.(29)

Existen factores de riesgo que predominan coexistentes a ansiedad y depresión, ya que se ha reportado en la literatura una correlación de ambos síntomas desde un 2% hasta un 69%, dichos factores son el hecho de ser mujer, la edad materna, factores perinatales y antecedente de alguna enfermedad psiquiátrica.(30)

Debido a que se ha reportado en la literatura que las pacientes con abortos espontáneos tienen una sintomatología más amplia, ergo, no se ha estudiado profundamente este tema, en el presente trabajo, valoramos los síntomas de ansiedad y depresión en base al cuestionario HADS(31).

El último artículo en donde también usaron como instrumento de evaluación el cuestionario HADS para medir los síntomas de ansiedad y depresión se publicó en diciembre del 2005 en Oslo, Noruega. Es un estudio longitudinal a 5 años, donde se aplicó el cuestionario en un intervalo de 10 días, 6 meses, dos y cinco

años; además del cuestionario IES, (Impact of Event Scale). Este estudio incluyó

120 pacientes, sin embargo es importante aclarar que solamente 40 tuvieron un aborto espontáneo, el 80 restante tuvieron un aborto inducido, debido a que este último es legal en ese país. Las mujeres que tuvieron un aborto inducido, tuvieron valores para ansiedad más altos en todo el intervalo de tiempo, y mujeres que tuvieron un aborto espontáneo solo presentaron niveles más altos a los 10 días subsecuentes.

En nuestro estudio se atendieron pacientes por medio de AMEU con 9 semanas de gestación y en el grupo de LUIBA 14 semanas respectivamente. Lo descrito en la literatura en promedio es de 10-11 semanas (32). En relación a las semanas de gestación más los síntomas de ansiedad y depresión, se han reportado 5 estudios controlados que buscaron el impacto de la edad gestacional con los síntomas de depresión, habiendo controversia en el resultado, ya que aunque dos de estos estudios demostraron que a mayor edad gestacional, existe mayor riesgo de desarrollar depresión y ansiedad, los otros tres no reportaron relación entre ambas variables. (33,34) Se describe en la literatura que las semanas de gestación no son la única variable que predispone al desarrollo de estos síntomas, sino la relación madre-feto en cuanto al apego además de la edad materna, su escolaridad y su número de gestación. (35). En el presente estudio, la edad gestacional no fue relacionada estadísticamente con la incidencia de depresión o ansiedad post aborto.

En el presente estudio la edad promedio para las pacientes fue de 23 años, lo cual no corresponde con lo descrito en la literatura, ya que otros investigadores refieren pacientes en un rango de edad más tardía, con un promedio de 35-40 años.(36)

En relación a las pacientes que más sufren de depresión y ansiedad y el grupo etario, en este estudio, el grupo de 26-30 años fue el más afectado, correspondiendo con la literatura. (37) Sin embargo como factor único para el

diagnóstico según el cuestionario HADS, esta variable no resultó estadísticamente significativa.

En nuestro estudio se observó que las pacientes casadas tuvieron mayor incidencia de síntomas de depresión y ansiedad hasta en un 50% de los casos. Esta variable corresponde con lo descrito en la literatura la cual reporta en un estudio donde se evaluaron más de cuatro mil mujeres que las mujeres casadas tenían 138% más probabilidad de depresión clínica posterior a un aborto previo, en contra de mujeres que habían llevado a término su primer embarazo. Las mujeres solteras de este estudio sólo informaron del 30% de los abortos previsibles, mientras que las mujeres casadas informaron del 74%. Según los autores, esto puede hacer más fiables los resultados de las mujeres casadas (40,41)

En cuanto a la paridad en el presente estudio, las pacientes multíparas fueron más propensas al desarrollo de ansiedad y depresión, y aunque se observó esta tendencia, el resultado no fue estadísticamente significativo. Esto coincide con lo mencionado por otros autores, quienes refieren a la multíparas como quienes desarrollan mayores síntomas de depresión, sin embargo es importante aclarar que ciertos artículos dividen la paridad como embarazos de término y no consideran antecedente de abortos como gestas sino como otra variable. (38)

En el presente estudio casi 40% de las pacientes con antecedente de aborto previo tratadas nuevamente posaborto espontáneo tuvieron algún tipo de síntoma en relación con ansiedad y depresión en la escala de HADS, sin ser estadísticamente significativo, e inclusive se reportó un caso de una paciente con múltiples abortos previos con valores muy altos en la escala. En la literatura está descrito como factor de riesgo el antecedente de aborto previo para desarrollar depresión o ansiedad. El estrés asociado a abortos de repetición ha sido ampliamente estudiado, sobre todo en pacientes atendidas con métodos de reproducción asistida, ya que en ellas se presenta más frecuentemente el aborto espontáneo de repetición. Se ha descrito que el riesgo de depresión

postaborto espontáneo es acumulativo, presentando mayor riesgo de padecer depresión en mayor grado, además de ansiedad y una sensación de pérdida de control sobre sus opciones reproductivas. (39)

Quizá el más importante de los antecedentes para tomar en cuenta para la evaluación psicológica de las pacientes con aborto espontáneo sea precisamente el antecedente de depresión, ya que en nuestro estudio aproximadamente el 82 % de las pacientes (9/11 pacientes) con esta variable reincidió ($p=0.002$). Esto justifica la ayuda o atención psicológica que no es aplicada protocolariamente en nuestro medio, aunque es necesaria, dando énfasis en las pacientes con antecedente de abortos espontáneos previos.

Existen muchas formas de ayudar y orientar a las pacientes y sus parejas. Las parejas deben estar preparadas ante la posibilidad de una pérdida incluso antes de embarazarse. Si se produce un aborto espontáneo, la pareja debe estar informada acerca de que este tipo de pérdidas es común y multifactorial, además de que el sentimiento de culpa debe ser aclarado, ya que se ha reportado que en muchas ocasiones la pareja vive con dificultad el proceso debido a que asumen la responsabilidad de la pérdida sin tenerla, provocando mayor dificultad en la asimilación y aceptación de la pérdida. Por tanto, es básico también sobre los riesgos de futuros abortos, independientemente de lo ocurrido en su situación actual (42).

CAPITULO VIII

CONCLUSION

A través de los resultados obtenidos en este trabajo se puede concluir que cerca del 72 % de las participantes experimentaron ya sea ansiedad depresión o ambos, posteriormente a la resolución del aborto espontaneo, independientemente del método utilizado (AMEU-LUIBA).

Debido a que el 80% de los abortos espontáneos fueron resueltos mediante AMEU, no es posible concluir si los síntomas depresivos se encuentran relacionados con el tipo procedimiento resolutivo.

El grupo más afectado con ansiedad y o depresión fue el de 26 a 30 años y las que menos afectación sufrieron fueron las del grupo de 36-40 años.

En cuanto al estado civil, el grupo más afectado con ansiedad y o depresión fue el de las pacientes casadas y el menos afectado fue el de las solteras.

En cuanto a la escolaridad, las pacientes con mayor afección fueron las pacientes cursando licenciatura, posteriormente carrera técnica y las que menos fueron las que cursaban la secundaria.

Las pacientes multíparas presentaron mayor afectación psicológica tras la resolución del aborto espontaneo comparativamente con las nulíparas.

La escala de ansiedad y depresión hospitalaria es una herramienta útil para diagnosticar a las pacientes que son propensas a presentar síntomas de ansiedad y depresión, principalmente a las que ya tenían el antecedente o que tuvieron abortos recurrentes.

CAPITULO IX

ANEXOS

9.1 Cuestionario

Escala de depresión y ansiedad hospitalaria

Respuestas

Si, definitivo (3)

Si, ocasionalmente (2)

No, No mucho (1)

No, nunca o para nada (0)

Preguntas 7 y 10 el score es al revés.

1 Me levanto en la madrugada y después presento dificultad para conciliar el sueño nuevamente.

2 Presento miedo o sentimientos de pánico, sin razón aparente.

3 Me siento miserable y triste.

4 Presento ansiedad al salir de mi casa

5 Presento desinterés por las cosas.

6 Presento palpitaciones o “mariposas en el abdomen” sin razón aparente.

7 Tengo buen apetito

8 Tengo miedo o estoy asustada.

9 Siento que la vida no vale nada

10 Todavía disfruto mis acciones cotidianas.

11 No puedo quedarme quieta.

12 Estoy más irritado que antes.

13 Siento que me he detenido.

14 Tengo pensamientos de preocupación constantemente.

Ansiedad: 2,4,6,8,11,12,14

Depresión: 1,3,5,7,9,10,13

Calificación: 0-7 no es caso, 8-10 borderline, 11 o > si

9.2 Instrumento de recolección de datos.

Edad	Estado civil	Escolaridad	Paridad	Semanas de gestación	Abortos previos	Antecedente depresión



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

DR. ROBERTO AMBRIZ LOPEZ

Investigador principal
Departamento de Ginecología y Obstetricia
Presente.-

Estimado Dr. Ambriz:

Les informo que nuestro **Comité de Ética en Investigación** de la Facultad de Medicina y Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León, ha **evaluado y aprobado** el proyecto de investigación titulado: **"Síntomas de depresión y ansiedad en pacientes con aborto espontáneo posterior dilatación y curetaje"**, el cual quedó registrado en esta Subdirección con la clave **G115-011** participando además el Dr. Cristóbal Gerardo Rodríguez Valero y la Dra. Daniela Escobedo Belloc como Co-Investigadores. Además del siguiente documento.

- Protocolo en extenso, versión 1.0 de fecha 26 de junio de 2015.

Le pedimos mantenernos informados del avance o terminación de su proyecto.

Sin más por el momento, me despido de ustedes.

Atentamente,
"Alere Flammam Veritatis"
Monterrey, N.L. 02 de Julio del 2015

DR. JOSÉ GERARDO GARZA LEAL
Secretario de Investigación Clínica
Presidente del Comité de Ética en Investigación

Comité de Ética en Investigación



COMITÉ DE ÉTICA
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Comité de Ética en Investigación
Comité de Investigación

Av. Francisco I. Madero Pte. sur y Av. Gonzales, Col. Mitras Centro, 64460 Monterrey N.L. México Apartado Postal 1-4499
Teléfono: (+52) 8329-4050 Ext. 2670 al 2674. Correo Electrónico: investigacionclinica@reduanl.com



CAPITULO X

BIBLIOGRAFIA.

- 1 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association, Washington, DC 2000
- 2 Lieb R, Becker E, Altamura C. 2005 The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol* ; 15:445.
- 3 *Diccionario de la lengua española (DRAE)* es la obra de referencia de la Academia. La última edición es la 23.^a, publicada en octubre de 2014
- 4 Beck, A. 1974. Depression: causes and treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; *American Journal of Clinical Hypnosis* vol 16:4
- 5 file:///www.nccmh.org.uk/publications_SR_abortion_in_MH.html (Accessed on April 18, 2012)
- 6 American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Management of Recurrent Early Pregnancy Loss. *ACOG Practice Bulletin*, número 24, febrero de 2001, confirm 2008.
- 7 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Management of Early Pregnancy Loss. Guideline No. 25. London:RCOG;2006
- 8 Lok IH, Neugebauer R. 2007 Psychological morbidity following miscarriage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecology*; 21 (2): 229–247
- 9 Natalène Séjourné^a, Stacey Callahan^b and Henri Chabrol^b 2010 The utility of a psychological intervention for coping with spontaneous abortion. *J. of reproductive and infant psychologie*. Vol. 28, Issue 3,
- 10 Finkielman JD, De Feo FD, Heller PG, Afessa B. 2004 The clinical course of patients with septic abortion admitted to an intensive care unit. *Intensive Care Med* ; 30:109
- 11 Harris LH, Dalton VK, Johnson TR. 2007 Surgical management of early pregnancy failure: history, politics, and safe, cost-effective care. *Am J Obstet Gynecol*; 196:445.e1.
- 12 Nybo Andersen AM, Wohlfahrt J, Christens P, et al. 2000 Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. *BMJ* ; 320:1708

- 13 Regan L, Braude PR, Trembath PL. 1989 Influence of past reproductive performance on risk of spontaneous abortion. *BMJ* ; 299:541.
- 14 Chatenoud L, Parazzini F, di Cintio E, et al. 1998 Paternal and maternal smoking habits before conception and during the first trimester: relation to spontaneous abortion. *Ann Epidemiol*; 8:520.
- 15 Osborn JF, Cattaruzza MS, Spinelli A. 2000 Risk of spontaneous abortion in Italy, 1978-1995, and the effect of maternal age, gravidity, marital status, and education. *Am J Epidemiol*; 151:98.
- 16 Wilcox AJ, Baird DD, Weinberg CR. 1999 Time of implantation of the conceptus and loss of pregnancy. *N Engl J Med*; 340:1796.
- 17 Helgstrand S, Andersen AM. 2005 Maternal underweight and the risk of spontaneous abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand*; 84:1197.
- 18 Li DK, Liu L, Odouli R. 2003 Exposure to non-steroidal anti-inflammatory drugs during pregnancy and risk of miscarriage: population based cohort study. *BMJ* ; 327:368.
- 19 Andersen AM, Vastrup P, Wohlfahrt J, et al. 2002 Fever in pregnancy and risk of fetal death: a cohort study. *Lancet* ; 360:1552.
- 20 Schmidt, P. J., Neiman, L. K., Danaceau, M. A., Adams, L. F. y Rubinow, D. R. 1998. Differential behavioral effects of gonadal steroids in women with and in those without premenstrual syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 338:209-216
- 21 Lee DT, Wong CK, Ungvari GS et al. 1997 Screening psychiatric morbidity after miscarriage: application of the 30-item General Health Questionnaire and the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Psychosom Med* Mar-Apr;59(2):207-10.
- 22 Major B, Cozzarelli C, Cooper ML, Zubek J, Richards C, Wilhite M, Gramzow RH: 2000 Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Arch Gen Psychiatry*, 57:777-784.
- 23 Perrin E, Bianchi-Demicheli F: 2002 [Sexual life, future of the couple, and contraception after voluntary pregnancy termination. Prospective study in Geneva (Switzerland) with 103 women]. [French]. *Rev Med Suisse Romande* 122(5):257-60
- 24 Nada Stotland, 2013 Women and Abortion: The Psychiatrist's Role July 02,

- 25 Navío M, Leira M, Quintero FJ. 2003“El duelo”. En Chinchilla A (coord.) Manual de urgencias psiquiátricas, Barcelona, Masson
- 26 Klier I. 2002 Affective disorders in the aftermath of miscarriage: A comprehensive review Nov;5(4):129-49
- 27 Sanderson WC, Barlow DH. 1990 A description of patients diagnosed with DSM-III-R generalized anxiety disorder. J Nerv Ment Dis ; 178:588.
- 28 Rock JA, Zacur HA. 1983 The clinical management of repeated early pregnancy wastage. Fertil Steril. ;39(2): 123 140
- 29 Brown TA, Campbell LA, Lehman CL, et al. 2001 Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. J Abnorm Psychol ; 110:585.
- 30 Neugebauer R, Kline J, O'Connor P, Shrout P, Johnson J, Skodol A, Wicks J, Susser M 1992 Depressive symptoms in women in the six months after miscarriage. Am J Obstet Gynecol 166(1Pt1): 104–109.
- 31 Broem N. 2005 The course of mental health after miscarriage and induced abortion, a longitudinal 5 year follow up study , 3:18
- 32 Wang X, Chen C, Wang L, et al. 2003 Conception, early pregnancy loss, and time to clinical pregnancy: a population-based prospective study. Fertil Steril ; 79:577.
- 33 Janssen HJ, Cuisinier MC, Hoogduin KA, de Graauw KP 1996 Controlled prospective study on the mental health of women following pregnancy loss. Am J Psychiatry 153: 226–230.
- 34 Thapar AK, Thapar A 1992 Psychological sequelae of miscarriage: a controlled study using the general health questionnaire and the hospital anxiety and depression scale. Br J Gen Pract 42(356): 94–96
- 35 Jones RK, Kavanaugh ML. 2011 Changes in abortion rates between 2000 and 2008 and lifetime incidence of abortion. Obstet Gynecol 117:1358–1366.
- 36 Nybo Andersen AM, Wohlfahrt J, Christens P, et al. 2000 Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. BMJ ; 320:1708.
- 37 De los Santos 2014 Comparación de Sintomatología Depresiva entre Mujeres Post-Aborto y Mujeres de la Consulta de Ginecología. Anales de Medicina PUCMM 4 (1): 59 – 65.
- 38 Giannandrea 2013 Increased Risk for Postpartum Psychiatric Disorders

Among Women with Past Pregnancy Loss, 22(9): 760-768

- 39 Sant-Cassia LJ. 1985 Recurrent Abortion. *Progress in Obstetrics and Gynecology*. Edinburgh: Churchill-Livingstone; ; 5:248-258
- 40 Reardon DC, Cogle JR.: 2010 Depression and unintended pregnancy in the National Longitudinal Survey of Youth: a cohort study *British Medical Journal*, 324: 151-152.
- 41 Pedersen W. 2012 Abortion and depression: A population based longitudinal study of Young women. *Scand J Public Health* June 2008, 36:424-428
- 42 Scott JR. 1985 *Habitual abortion: Recommendations for a reasonable approach to an enigmatic problem*. In: Soules M, ed. *Controversies in Reproductive Endocrinology and infertility*. New York: Elsevier; :95-106