

**“DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN
PACIENTES CON PÉRDIDA
GESTACIONAL MENOR A 20
SEMANAS CON Y SIN TERAPIA DE
REPRODUCCIÓN ASISTIDA”.**

Por:

DR. IVÁN ALEJANDRO TORRES VEGA

**“DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON
PÉRDIDA GESTACIONAL MENOR A 20 SEMANAS CON Y
SIN TERAPIA DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA”.**

Aprobación de tesis:



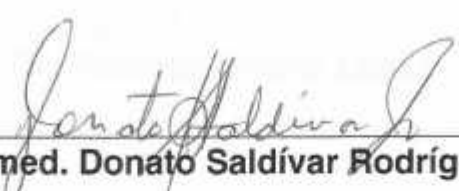
Dr. Roberto Ambriz López

Director de Tesis



Dr. Lezmes Dionicio Valdez Chapa

Jefe de Enseñanza de Posgrado de Gineco-Obstetricia



Dr. med. Donato Saldívar Rodríguez

Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia



Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez

Subdirector de Estudios de Posgrado

RESUMEN

RESUMEN

Alumno: Dr. Iván Alejandro Torres Vega

Candidato para el grado de Especialista en Ginecología y Obstetricia

Título del Estudio: Depresión y ansiedad en pacientes con pérdida gestacional menor a 20 semanas con y sin terapia de reproducción asistida.

Área de Estudio: Ginecología y Obstetricia

Introducción. La importancia dada al estudio psicológico del tema, se desprende de la necesidad de indagar acerca del correlato psíquico del hecho biológico y médico del aborto, ya que suele ser este último el que mayor alcance o difusión posee en la comunidad científica. **Objetivo.** Evaluar la relación entre depresión y ansiedad en pacientes con diagnóstico de aborto, tratadas médica o quirúrgicamente (AMEU/LUIBA), pacientes con pérdida gestacional recurrente, y pacientes sometidas a métodos de reproducción asistida que terminan en aborto.

Materiales y métodos. Se recabaron los expedientes de pacientes con diagnóstico de aborto tratadas médica o quirúrgicamente en el Servicio de Ginecología del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” desde 1 mes a 6 meses posteriores a la pérdida y se contactarán telefónicamente para el llenado de la encuesta para evaluar ansiedad y depresión hospitalaria, aplicando el HADS. **Resultados.** La distribución de sujetos según el puntaje Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) consistió en un 54% de personas con depresión y/o ansiedad, 36% sanas y 10% borderline. **Conclusiones.** El presente estudio demuestra que la mayoría de las pacientes que experimentan un aborto sufren de depresión y/o ansiedad postaborto. Se encontró que el 37% de las pacientes patológicas cuentan con antecedente de un aborto previo. Llama la atención que la mayoría de las pacientes con depresión y/o ansiedad postaborto son solteras y tienen mayor escolaridad que las sanas.

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO

El aborto espontáneo es la pérdida inesperada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación. Éste ocurre en el 12-30% de todos los embarazos confirmados. La mayoría de los abortos espontáneos son tempranos, 80% ocurre en las primeras 12 semanas y el 20% restante de la semana 12 hasta la 20. El aborto recurrente se encuentra en 1% de todas las mujeres. 50% de las pacientes sometidas a fertilización in vitro tienen un aborto (1).

Podemos abordar el tema del aborto desde diferentes lecturas: biológica, médica, psiquiátrica, psicológica, social, filosófica, ética y teológica. En el presente trabajo nos ocupamos de la óptica psiquiátrico-psicológica, ya que es de nuestro interés el rastillaje de lo observado y conceptualizado hasta el momento sobre lo que sucede en la personalidad de la mujer que aborta, profundizando tanto los sucesos que se dan para que llegue a abortar como sus fenómenos consecuentes.

La importancia dada al estudio psicológico del tema, se desprende de la necesidad de indagar acerca del correlato psíquico del hecho biológico y médico del aborto, ya que suele ser este último el que mayor alcance o difusión posee en la comunidad científica. Es nuestro objetivo completar la información a ser

difundida de modo de evitar la parcialidad en el tratamiento integral del objeto de estudio.

Etimológicamente, la acepción del término aborto nos remite a la idea de interrupción de un proceso. El Diccionario de la Lengua Española, refiere por aborto: “Acción de abortar”, y por ésta, “(Del lat. Abortare), Interrumpir la hembra, de forma natural o provocada, el desarrollo del feto durante el embarazo”(3). Por “embarazo”, en la misma fuente bibliográfica, encontramos: “Estado en que se halla la hembra gestante”:

En el Diccionario de Terminología Médica encontramos que se trata de la “pérdida del producto de la concepción antes de que sea viable. El feto debe ser inferior a 500 gramos. Y el tiempo de gestación inferior a 20 semanas completas (139 días) contadas a partir de la última regla”. Ello, con su diferenciación en: aborto provocado: “El que se practica artificialmente”; y aborto espontáneo: “El que ocurre naturalmente”(5).

Ambas definiciones de aborto remiten, entonces, a la idea de interrupción del embarazo. Sin embargo, la Medicina no explicita en tal definición qué sucede con posterioridad a la viabilidad del feto.

Profundizando en la terminología médica, reconocemos que se considera aborto al desprendimiento o expulsión del huevo hasta el 4o mes; y de allí en adelante la interrupción del embarazo recibe otras denominaciones: parto inmaduro (entre el 4o y el 6o mes) y parto prematuro (entre el 6o y el 9o mes).

Concluimos pues que, de acuerdo con la clasificación anterior, para la Medicina, aborto es aquel que sucede hasta el 4o mes. Ahora bien, nos interesa aclarar también que tal conceptualización no diferencia entre aborto provocado y espontáneo sino que remite directamente a la pérdida natural del producto de la concepción. De lo contrario, creemos que no sería lógico argumentar que no se trata de un aborto luego del 4o mes aun cuando sea artificialmente provocado. Se entiende luego la terminología empleada por tal disciplina al referirse a la interrupción del embarazo en el segundo y/o tercer mes, expresándola como aborto en el segundo y/o tercer trimestre.

La esterilidad, desde épocas prehispánicas, ha estado ligada a la importancia que la sociedad mexicana siempre ha dado a la reproducción. Era fundamental para la unión de las parejas que se lograra la reproducción. Para la mujer era una fuente de angustia cualquier trastorno en este sentido ya que estaba sometida a la presión social y familiar, cuando la había, por lo general terminaba con la separación y el rechazo público (2).

Desde el punto de vista social, la maternidad es sobrevalorada independientemente de las demás funciones sociales que cumpla la mujer, de manera que toda aquella que tiene una vida sexual activa debe embarazarse a toda costa sin tener en cuenta las posibilidades reales que tiene para afrontar sus consecuencias; esto es reforzado por las estrategias propagandísticas y publicitarias que presentan imágenes idealizadas de mujeres y niños frecuentemente descontextualizadas de la realidad cultural mexicana. El

descubrimiento de estos mecanismos explica en parte la razón de que las mujeres tengan con frecuencia el anhelo de ser madres (2).

La depresión es un estado de ánimo que se presenta como un estado de infelicidad que puede ser transitorio o permanente. La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la práctica clínica que afecta a un 25% de los adultos, según la OMS hay 121 millones de personas en el mundo que padecen de depresión y es responsable de unas 850 mil muertes cada año, principalmente suicidios, se dice que para el año 2020, la depresión será la segunda causa de incapacidad del mundo (3), debido a que la depresión afecta a todo tipo de población en el panorama epidemiológico, el Banco Mundial calcula que los padecimientos neurológicos y psiquiátricos contribuyen con 12% del costo total de las enfermedades médicas y para la Organización Mundial de la Salud representa un 20% (4). 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 (American Psychiatric Association) (5).

El embarazo va acompañado de un alto nivel de estrés emocional y el aborto espontáneo es una experiencia traumática tanto física como emocionalmente. La mayoría de las mujeres experimentan duelo, depresión o ambas después de un aborto espontáneo. Algunas mujeres también experimentan ansiedad, enojo, estrés postraumático y culpa (7).

Actualmente se cree que las emociones y las experiencias emocionales crean un balance en el mundo que garantiza el mantenimiento de la salud; la ansiedad y el estrés que acompañan a la pérdida del embarazo afecta el comportamiento de la mujer, además de interferir en la función psicosocial y no permite la curación física y mental(1).

El aborto es un proceso cargado de estrés y emociones negativas, exacerbado la mayoría de las veces por la necesidad de hospitalización para su tratamiento. Debido a que no se considera un evento traumático productor de estrés y ansiedad, hay muy poca atención psicológica en la práctica clínica por considerarse una emergencia. Sólo un 5-20% de las pacientes con estrés y ansiedad post-aborto reciben ayuda y tratamiento psicológico; las pacientes que han experimentado abortos previos desarrollan el mismo nivel de estrés y ansiedad en un embarazo posterior noromoevolutivo, el cual puede culminar en depresión postparto (1).

No cabe duda de que la existencia o no de alteraciones de la salud mental de la mujer secundarias al aborto es un tema que suscita en el momento actual un amplio debate médico, sociológico e incluso antropológico. En relación con ello, se constata que hay un numeroso grupo de autores que afirman la existencia de tales alteraciones mientras otros opinan lo contrario. En primer lugar, las dificultades metodológicas de estos estudios, especialmente por la existencia de factores de confusión Aznar et al, reporta que uno de los hechos que puede influir más decisivamente para evaluar la existencia o no de una relación entre aborto y problemas de la salud mental de la mujer que ha abortado es la percepción que

ella pueda tener de lo que significa el aborto. El sentimiento de culpabilidad que la mujer pueda tener por haber abortado puede ser un factor importante, si no decisivo, para que ésta padezca trastornos psicológicos tras el acto abortivo (9).

Se puede predecir un estrés postraumático secundario a un aborto al analizar variables sociodemográficas, tales como pacientes jóvenes, estrato socioeconómico, educación, raza, historia de trauma sexual o enfermedades (10). La pérdida gestacional recurrente genera una considerable ansiedad y la culpa acumulada de que la búsqueda del embarazo exitoso ha implicado también la pérdida de vidas, en lugar de lo que se anticipaba como un logro (2).

El impacto negativo a nivel psicológico de un aborto espontáneo afecta a la madre y a sus familiares. En un ensayo aleatorizado se probó el efecto de la consejería en el momento del aborto espontáneo con el bienestar materno un año después mostró menor angustia, depresión y mayor bienestar. Todos los profesionales deben estar conscientes de las secuelas psicológicas asociadas con el aborto espontáneo y deben proporcionar soporte apropiado, seguimiento y acceso a consejos formales si son necesarios.

En la actualidad, la comunidad científica (Rue-Speckhard, 1992, Ney-Wickett, 1997, Cassadei, 1996, Ney, 1989, entre otros) ya ha dado a conocer la existencia de consecuencias psicológicas del aborto en la mujer. Sus síntomas se han reunido bajo las siglas PAS, originarias del inglés y que remiten al Síndrome Post-Aborto (Post- abortion syndrome). Fueron Rue, Speckhard y sus colaboradores

quienes en 1992 describieron y sistematizaron la sintomatología del PAS, dándole a conocer al mundo científico y abriendo una línea de trabajo que daría lugar a otros nuevos (Ney-Wickett, 1997, Agich, 1996, Cassadei, 1996, Sutton, 1997, entre otros).

Las consecuencias psicológicas del aborto son reconocidas también por autores del área de la fertilización asistida, diagnóstico prenatal y eugenesia y aborto terapéutico. Profesionales que se dedican a tales tareas recomiendan, paradójicamente, un tratamiento y seguimiento de los pacientes (madre y padre) luego de realizar un aborto con fines eugenésicos como práctica resultante de un diagnóstico prenatal, debido a la “presión psicológica y las consecuencias” implicadas, en la decisión de abortar (Tedgard, 1998). Asimismo, dese la práctica de la fertilización asistida, sostienen que la embrioreducción resulta dolorosa y acarrea sentimientos de culpa y que luego de los cuatro meses del parto algunas pacientes manifiestan malestar psicológico en relación con la reducción realizada y otras deciden no continuar con los estudios para no revivir su sufrimiento (Garel et al, 1995). Finalmente, un estudio realizado en torno al aborto terapéutico (Rosenfeld, 1992) reportó que si bien la etapa inmediatamente seguida al aborto la mayoría de las mujeres observaba un alivio y reacciones positivas, otras observaron sentimientos de ambivalencia y culpa, y que de todos modos la respuesta emocional de la mujer y de su familia frente al aborto resultó complicada.

Es decir, la existencia de las secuelas no queda supeditada a una ideología pro-vida o contra de ella. Resulta innecesario el reconocimiento básico de la existencia

de una vida humana que muere para validar científicamente el PAS. Esto, pues los síntomas son observables e identificables por cualquier persona que esté adecuadamente capacitada y entrenada para ella, no dependiendo de la base antropológica que el observador posea.

Otro ámbito en el que se reconocen secuelas psicológicas negativas posteriormente al aborto es aquél del equipo médico y del personal auxiliar que se dedica a la clínica abortista. Estas consecuencias se han comenzado a estudiar años atrás y se continúan profundizando (Ney, 1997), de modo de alcanzar las necesarias características de validación científica.

Si bien tales secuelas superan el estudio con respecto a la mujer, proveen datos que nos permiten ampliar y ratificar la existencia de los efectos psicológicos del aborto. Además, amplía esto el campo del objeto de estudio y abre la óptica de los efectos mencionados.

Concluyendo, es irrefutable desde la ciencia la existencia del cuadro clínico mencionado. Otra es la cuestión, si para no reconocer o no querer validar su existencia por intereses creados o por ideología, se introduce la variable antropológica.

CAPÍTULO 2

ANTECEDENTES

CAPÍTULO 2

ANTECEDENTES

Bhandari S et al, demostró niveles más elevados de estrés, ansiedad y depresión en mujeres con aborto recurrente que en pacientes en tratamiento de fertilidad que nunca se habían embarazado (6).

Kulathilaka et al, reportó que no todas las mujeres experimentan consecuencias adversas en su salud mental después de un aborto espontáneo. Aquellas que tienen historia de depresión, las nuligestas, o que tienen relaciones disfuncionales tienen mayor riesgo de duelo y depresión. La historia natural de la morbilidad psicológica que sigue a un aborto espontáneo no está del todo clara; hay evidencia que algunas mujeres muestran síntomas de depresión hasta un año posterior al evento traumático. Sin embargo el primer día posterior al aborto es crítico para recibir ayuda multidisciplinaria. Se encontró que hasta 6-10 semanas después del aborto espontáneo 18.6% de las mujeres cumplieron criterios para depresión y 54.2% para duelo complicado (8).

De los Santos M et al, reportaron que un 62.9% del total de las mujeres post-aborto presentaron síntomas depresivos en diferentes niveles con un 32.9% de depresión leve, un 22.9% de depresión moderado y un 7.1% de depresión grave. Las mujeres que tuvieron un aborto espontáneo fueron las de mayor prevalencia en presentar niveles de depresión (3).

M de los Santos et al, concluyeron que ciertos factores como la edad, estado civil, nivel educacional y ocupación pueden influir en la presencia de síntomas depresivos, lo que demuestra la necesidad de referir estas pacientes a consulta de salud mental para poder evitar complicaciones que pueden ser nefastas en la vida de ellas. Mota NP et al, confirmaron que las pérdidas gestacionales estaban asociadas a un incremento en los desórdenes mentales; Tsartsara E et al, demostraron que las mujeres con abortos recurrentes, mostraban un índice de ansiedad más alto que aquellas sin historia de pérdidas gestacionales. Elahe Hahparast et al, concluyeron que aquellas mujeres con historia de aborto presentaron más síntomas psiquiátricos y angustia en el embarazo que las pacientes sin historia de aborto, primero porque el aborto espontáneo podría poner en duda su autoestima; segundo porque las mujeres que logran un embarazo después de un aborto espontáneo, podrían tener la sensación de pérdida del control y tercero, aproximadamente 50% de las mujeres que tienen un aborto espontáneo concebirán en menos de un año después de la pérdida (3). Kicia et al concluyó que el aborto está acompañado de estrés y una gran cantidad de emociones negativas, por ejemplo: ansiedad, que se puede exacerbar por la necesidad de hospitalización y de un tratamiento. Las emociones negativas pueden dañar los recursos cognitivos de las mujeres, privándolas de su confianza, y aumentando el sentido de peligro, que las conduce a negarse al tratamiento (1).

A) NOSOLOGÍA CLÍNICA DEL ABORTO

Los estudios realizados y la bibliografía existente hasta el presente nos permiten identificar tres cuadros clínicos que dan cuenta de las consecuencias psicológicas

del aborto en la mujer (Cassadei, 1996): psicosis post- aborto, síndrome post- aborto y estrés post- aborto.

El grado de impacto psicológico y de desestructuración que tales cuadros tienen sobre la personalidad se corresponde con el orden dado a su descripción, ya que la gravedad de una psicosis es mayor a la de un síndrome psicológico y al de una situación de estrés.

La psicosis post- aborto remite a un cuadro de naturaleza predominantemente psiquiátrica, que surge luego e inmediatamente al aborto y puede durar por un término de 6 meses. Es el trastorno de mayor compromiso psicológico y afecta severamente la personalidad de la mujer.

El cuadro de estrés post-aborto surge entre los 3 y 6 meses del hecho del aborto y representa el trastorno más leve observado hasta el momento.

Finalmente, el síndrome post- aborto (PAS) es un cuadro que puede surgir tanto luego e inmediatamente al aborto como permanecer latente por un largo tiempo, manifestándose sus síntomas en modo diferido. Se considera que al cabo de 5 ó 6 años se puede observar su manifestación clínica de modo acabado (Rue-Speckhard, 1996). Es el cuadro más discutido –y paradójicamente más relevante– en la comunidad científica, pues recibe de ella mayor atención y ocupa el mayor espacio en la bibliografía existente.

B) SÍNDROME POST-ABORTO (PAS): SINTOMATOLOGÍA Y FACTORES PREDISPONENTES

Los autores que se dedicaron al estudio del PAS (Speckhard-Rue, 1992; Ney, 1989; Ney-Wickett, 1993; Cassadei, 1996, entre otros), describieron un conjunto de síntomas observables clínicamente. Sin embargo, no se ha encontrado una consensuada sistematización de tales síntomas. Al respecto, es valioso el aporte de Cassadei presentado ante el III Congreso Científico Internacional sobre el Aborto Voluntario (Roma, febrero 1996) demarcando los siguientes ítems en que pueden ser reunidos los síntomas del PAS: trastornos emocionales/afectivos, trastornos de la comunicación/relacionales, trastornos de la alimentación, trastornos del pensamientos, trastornos neurovegetativos, trastornos de la esfera sexual, trastornos del sueño, trastornos fóbico- obsesivos (6).

En el presente trabajo, utilizamos la sistematización abierta por Cassadei y agrupamos los síntomas encontrados en las diferentes publicaciones respecto del PAS, agregando dos criterios más:

a) trastornos emocionales/afectivos: baja autoestima, inestabilidad emocional, sentimiento de culpa, angustia, tristeza, desasosiego, ansiedad, sentimiento de fracaso, dolor, pena, depresión;

2. b) trastornos de la comunicación o relacionales: agresividad, irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, incapacidad para establecer vínculos duraderos y una buena relación interpersonal, ruptura de la relación de la

cual surgió el embarazo, rechazo hacia la figura masculina, incapacidad y rechazo hacia el compromiso afectivo;

3. c) trastornos de la alimentación: pérdida del apetito, anorexia, bulimia;

4. d) trastornos neuro-vegetativos: disrupción de bio-ritmo;

5. e) trastornos en la esfera sexual: pérdida o disminución de la libido o energía sexual, problemas con la propia sexualidad, frigidez;

6. f) trastornos del sueño: insomnio, pesadillas, sueños recurrentes;

7. g) trastornos de tipo obsesivo: ideas recurrentes de muerte, autorreproches, sentimiento de culpa, evitación de estímulos que recuerden el hecho del aborto, “visitación” del niño abortado.

Debido a que existen otros síntomas que no pueden ser englobados en el delineamiento realizado por Cassadei, y que guardan íntima relación e importancia en el contexto clínico, agregamos dos últimos criterios: trastornos de tipo depresivo y trastornos típicos, que agrupan los siguientes síntomas:

h) trastornos de tipo depresivo: pérdida de interés por las cosas de la vida, tristeza, humor disfórico, depresión, crisis de llanto, angustia existencial, ideas y/o tentativas suicidas; trastornos típicos: “síndrome del aniversario” (expresándose, por un lado, como la aparición incomprensible de malestar físico y/o psicológico con estado de ánimo depresivo o irritable, que –bajo la guía psicoterapéutica – logra fácilmente asociarse con la cercanía de la fecha del aborto; y por otro lado, frente a la proximidad de la supuesta fecha de nacimiento del niño abortado, el

surgimiento de pensamientos e ideas con ello asociadas de carácter culposos); exacerbación de cuadros psiquiátricos precedentes; aumento o iniciación en el consumo de droga y/o alcohol.

Respecto del síndrome del aniversario es interesante el siguiente dato obtenido de un estudio acerca de las demandas telefónicas al Abortion Recovery Canada Helpline (Ney, 1997): suele darse un aumento en la demanda de ayuda y atención clínica en agrupaciones que trabajan con mujeres post – aborto a los 6 y 12 meses de realizado el aborto. A los 6 meses se cumpliría la fecha del supuesto nacimiento del bebé abortado (recordemos que los abortos se llevan a cabo en el primer trimestre de embarazo), y a los 12 meses, fecha en la cual se cumple un año de tal acontecimiento.

Finalmente, creemos que la manifestación de los síntomas descriptos, su intensidad y el momento en que surjan, dependerá de varios factores que hacen a la constitución de la personalidad de la mujer:

- a) número de pérdidas anteriores,
- b) fortaleza yoica,
- c) habilidad para racionalizar o negar sus sentimientos,
- d) determinación por suprimir y evitar todo tipo de intención por parte de otras personas de traer a luz los conflictos ocasionados,
- e) estructura de personalidad de base.

La manifestación del PAS en cada mujer no sólo dependerá de los factores recién descritos, sino de otros que hacen al desarrollo de la personalidad. El estudio de tales fenómenos abrió una línea de trabajo (Ney,1979,1988,1989,1993,1994,1995,1997) que brinda datos acabados para comprender la lógica interna del conflicto psicológico que se pone de manifiesto en el PAS.

Esta nueva óptica de estudio permite dar un paso más allá de la descripción fenoménica y sintomatológica del síndrome, tal como fuera realizada por la mayoría de los autores que abordan el tema del aborto en sus aspectos psicológicos. Esta nueva línea rescata dos términos de gran importancia: deshumanización y duelo patológico, ambos íntimamente vinculados en un contexto más amplio que involucra el abuso y la negligencia tanto afectiva como verbal, física y sexual de los niños en su proceso de desarrollo y maduración psicoafectiva. Su continuidad teórica está dada por los siguientes conceptos: construcción de la personalidad, vínculos parentales, autoestima, abuso y negligencia infantil (verbal, emocional e intelectual, física, sexual), embarazo, crisis de incorporación, capacidad de vínculo materno, falta de restricción del instinto de agresión contra la propia cría, deshumanización, falta de contención de la pareja, familiar y social, aborto.

La personalidad se comienza a construir en la infancia, momento en el que las figuras parentales son de gran importancia para el niño en desarrollo, ya que de ellos se nutre como modelos-guías. Es interesante y sencilla la metáfora-modelo implementada, por Ney, para ilustrar tal concepto en cuanto al niño “edificado y

edificio” (7). Es él quien “construye”, “edificando” su personalidad, proveyéndose de los materiales necesarios de sus padres (seguridad, aceptación y cuidados tempranos). En tanto y en cuanto obtenga lo que necesita para construir el edificio de su propia personalidad, poseerá un sólido basamento (adecuada autoestima), con el cual poder enfrentar y supera los cambios vitales o crisis en su desarrollo y crecimiento.

Que el niño no cuente en su proceso de edificación con los “materiales suficientes o correctos, y/o en el momento adecuado”(8), es lo que se entiende (dentro de la presente metáfora-modelo) como negligencia; lo cual tendrá implicancias en la solidez del cimiento o raíz de su personalidad.

En el mismo contexto teórico, se conceptualiza al abuso como una “demolición parcial del pequeño castillo en construcción”.

Tales términos hacen referencia tanto a sucesos verbales, físicos y/o sexuales, teniendo mayor incidencia el abuso verbal en la afectación de la visión que el niño tiene de sí mismo y del mundo (Ney, 1986). Asimismo, trabajos anteriores demostraron que la negligencia interfiere con el normal desarrollo del niño y crea problemas en la capacidad de entablar vínculos tempranos y tardíos (Bowlby, 1969, Dennis, 1973, Ney, 1993).

Los conceptos de negligencia y abuso infantil (NAI) son de particular preocupación en materia de salud mental infanto-juvenil, y ocupan un importante capítulo en tal literatura. Más aún, pues se ha encontrado una relación significativa entre NAI y trastornos de la conducta, tales como: trastornos de la alimentación (Kent et al.,

1999), trastorno de depresión mayor, trastornos límite de la personalidad, trastorno disocial, trastorno de abusos de sustancias. (Al-Mateen et al., 1998).

Trabajos realizados en torno a la NAI, han logrado delimitar los siguientes términos: negligencia emocional, intelectual, educacional y médica, abuso verbal, físico y sexual (DSM-IV, 1995; Al-Mateen et al., 1998; Ney, 1997).

La negligencia remite a la falta u omisión de aquellos cuidados básicos que hacen al crecimiento y desarrollo infantil, tanto en sus aspectos de nutrición física, intelectual y emocional, con los necesarios complementos médicos. En tanto, el abuso, se refiere a aquellas acciones que agreden o afectan de modo negativo el concepto de sí mismo del niño en proceso madurativo. Las agresiones verbales, físicas y sexuales tienen un severo impacto en la autoestima infantil, debilitándola y dando lugar a sentimientos de inseguridad y falta de confianza en sí mismo y en los demás (Al-Mateen et al., 1998).

Por tanto, resulta necesario comprender tales conceptos para tomar conciencia de la importancia que ellos tienen en el proceso de maduración psicoafectiva del niño, su impacto en la personalidad y su carácter de factores de predisposición hacia el aborto.

En el caso de que la niña, específicamente hablando, haya sufrido de negligencia y/o algún tipo de abuso, será más propensa a recurrir al aborto en un futuro. Tal relación ha sido profundizada, concluyéndose en la descripción de un “círculo vicioso” entre abuso infantil y aborto, conceptos que mantendrían una conexión recíproca que se repetiría transgeneracionalmente (Ney, 1979, 1997). Los trabajos

realizados en el tema permiten concluir lo siguiente: “Quienes han tenido un aborto son más propensos a abusar de sus hijos, y quienes han sido abusadas son más propensas a tener un aborto” (Ney-Wickett, 1993). Así, “aborto y abuso son ambos causa y efecto, no necesariamente en una persona, pero sí seguramente dentro de una familia”(10).

Ahora bien, el concepto de crisis vital permite considerar al embarazo como una situación de crisis, pues implica la necesidad de acomodación y asimilación (noción de adaptación) a una nueva situación. “Si el embarazo no es una crisis, entonces la

pareja no atraviesa por los cambio necesario para convertirse en padres. Ser padres crea siempre una situación de “kiros”, o una serie de crisis”(11).

Argumentada ya la necesidad de contar con una adecuada autoestima con la cual enfrentar las situaciones de crisis para un futuro crecimiento y desarrollo de la personalidad, se entiende entonces, la implicancia de las experiencias de abuso y/o negligencia infantil con respecto a la posibilidad de atravesar adecuadamente la “crisis de incorporación”(12) que el embarazo comporta.

Una mujer embarazada, con tales características, experimentará una mayor vivencia de crisis a partir de la cual decidirá acoger o rechazar al bebé, continuando o no con el embarazo. Si la mujer, o la pareja, se encuentran confundidas recurrirá a su contexto familiar y social para resolver tal situación. Ello colaborará, o no, en la promoción del vínculo materno-filial favoreciendo las circunstancias para continuar o terminar con el embarazo.

En este último caso, la decisión de abortar se ve soportada por una serie de mecanismos psicológicos entre los cuales se destaca la mediación de los mecanismos de desensibilización, deshumanización, negación, racionalización y represión.

Existe un vínculo madre-hijo tanto biológico como psicológico; el primero de ellos comprobable a través de la existencia de los cambios hormonales que se dan a partir de la concepción (Ney, 1997).

“Apenas luego de la concepción, el óvulo fertilizado se acomoda en los pliegues del revestimiento del útero. Rápidamente, se desarrolla la placenta. De esta manera, la madre envuelve al bebé y éste se une íntimamente a su madre. A cada segundo madre e hijo monitorean sus respectivas químicas en sangre y emociones. No existe mayor intimidad humana”(13). También, otros trabajos nos permiten confirmar la existencia de una íntima vinculación madre-hijo durante el embarazo. Así, un estudio realizado en embriones humanos permitió afianzar el concepto de un preciso intercambio de paracrina que se da entre el blastocisto y el endometrio epitelial durante la implantación embrional (Simon et al, 1997). Si bien ello destaca un proceso vincular en la fase de implantación, existen otros trabajos que permiten confirmar la existencia de tal vínculo biológico materno-filial desde la concepción (Caccia et al, 1991; Mikhail et al, 1991; Narita et al, 1993).

Asimismo, existe un vínculo psicológico pues lo que sucede en el cuerpo es registrado en la mente (Ney, 1997). “El cuerpo de la madre se une al bebé y el bebé a la madre. Este hecho físico crea una unión psicológica con los padres, más

allá de que el bebé sea o no un bebé querido”(14). “La falta de aceptación del bebé no impide que el vínculo se desarrolle. (...) Debido a que es imposible evitar el vínculo con el bebé no nacido, tampoco es evitable penar la pérdida del bebé cuando muere”(15).

Aún cuando el vínculo sea menos fuerte en el caso de un hijo no aceptado, no se han encontrado evidencias de que tal vínculo sea nulo. Los resultados de trabajos relacionados con el tema indican un menor grado de relación y afectación madre-hijo pero no refieren la inexistencia del mismo (Narita et al, 1993).

Asimismo, podemos afirmar que a medida que el embarazo se prolonga en el tiempo, el vínculo se afianza (Caccia el alter, 1991): al comienzo observa características de ambivalencia que se van definiendo hacia el final de la gestación (Narita et al, 1993), e incluso, los movimientos fetales promueven un mayor incremento del mismo (Mikhail et alter, 1991).

Por otro lado, el grado en que la madre sea consciente de este vínculo con su hijo dependerá de su propia capacidad de sensibilización, resultado de sus vínculos parentales más tempranos. En caso de haber mediado experiencias o vivencias de negligencia y/o abuso infantil será más propensa a la desensibilización de sus propios sentimientos e instintos maternos, desafectándose del bebé.

Esto último plantea una situación particular en cuanto a los mecanismos adaptativos biológicos en la especie humana, ya que la desafectación del bebé predispone a la disolución de mecanismos adaptativos básicos, biológicos y necesarios para la preservación de la especie.

Tanto la desafectación vincular con respecto al hijo como la desensibilización de los propios sentimientos e instintos naturales maternos pueden ser considerados punto de partida del proceso psicológico subyacente a la decisión y al acto de abortar, pues facilitan el consecuente proceso de deshumanización personal, tanto de la propia madre como de su hijo por nacer, haciendo factible la terminación biológica, física del embarazo tras la ruptura del vínculo psicológico.

Una vez tomada la decisión de abortar, se refuerzan mecanismos de negación, racionalización y represión que permiten continuar con el proceso psicológico ya desencadenado. No se trata ahora de un hijo sino de un “puñado de células” o de un “tejido de orgánico” del cual es más fácil despojarse. Ello, sumado a la falta de contención de la pareja, de la familia o de la sociedad, hace posible llevar al acto la decisión tomada.

Aún así, a estos mecanismos subyace un proceso psicológico de duelo necesario de ser elaborado, ya que en un momento existió un vínculo con el niño por nacer y “eventualmente los padres deberán hacer el duelo de la pérdida que el aborto produjo. Toda separación humana requiere de un duelo. Si no lo elaboran, comenzarán a desarrollar síntomas que surgen de un duelo parcial o patológico. Toda pérdida debe ser elaborada en algún momento, cuanto más ambivalente sea el vínculo, más difícil será su elaboración. La negación no es efectiva por mucho tiempo. Las defensas de aislamiento y distracción no perduran definitivamente”(16).

Resulta entonces más fácil de resolver el duelo en tanto el bebé haya sido un niño “bienvenido” (Ney, 1997) o aceptado, y no así cuando haya sido rechazado. Esto

cobra importancia frente al hecho del aborto, pues debemos recordar que a pesar de haber sido rechazado, el vínculo se ha entablado y resulta necesario realizar el proceso o interferido en su normal desarrollo se comienza a gestar un proceso de duelo patológico, comportando síntomas de distrés que con el paso del tiempo se transforman en un cuadro de depresión (Zolse-Blacker, 1992; Speckhard-Rue, 1992; Ney, 1997; Sutton, 1997; Casey, 1997).

C) PAS, DISTRESS Y DEPRESIÓN: AFECCIONES DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO CONSECUENTES AL ABORTO

Existe una íntima relación entre el aborto y el estrés, que nos permite comprender las consecuencias a nivel del sistema inmunológico y, por ende, sus manifestaciones psicosomáticas; es decir, las enfermedades médicas que presentan las pacientes en el cuadro del PAS junto con la depresión sub-clínica que comportan.

Recordemos que uno de los trastornos observables abarca los síntomas de malestar físico, resultante de la interacción del hecho del aborto con el sistema neurovegetativo. Esta interacción guarda su lógica interna a partir de los conceptos de estrés, con sus variantes eustrés y distrés, sistema límbico y emociones, sistema inmunológico, afecciones somáticas y depresión.

Etimológicamente, el término “estrés” conlleva la noción de “constricción, fuerza impulsora o esfuerzo y demanda de energía”, pues proviene del latín “strictiare”: estrechar o constreñir. Como término general: designa a todas las exigencias, tensiones y agresiones a la que es sometido un organismo humano o animal, en

forma aguda o crónica. Engloba a estímulos o agentes estresantes. Específicamente, es una respuesta fisiológica y psicológica que manifiesta el individuo ante los diferentes estresores; así como también una sumatoria de la interacción de diferentes demandas o exigencias a las que es sometido el individuo y la respuesta específica o idiosincrática a las mismas (Cía., 1994).

Tal concepto se fundamenta en la descripción del Síndrome General de Adaptación (SGA)- (Seyle, H., 1936), del cual surge la noción de estrés originariamente, entendido como una estimulación perturbadora de la homeostasis o equilibrio interno, que provoca una respuesta vehiculizada a través de la actividad simpático-adrenal, para restaurar el equilibrio perturbado, siendo entonces, una respuesta adaptativa, en la que se movilizan automatismos biológicos con cambios específicos en sus manifestaciones, pero inespecíficos en sus causa, dado que cualquier agente amenazador externo o interno pueden provocarlo.

Finalmente, la OMS da su definición de estrés, comprendiéndolo como un “conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción”(17).

Referirse al estrés implica discriminar su tipología con relación a sus connotaciones positivas o negativas, en eustrés y distrés, respectivamente.

El eustrés es un buen estrés o estrés positivo y se da cuando nuestras respuestas se adaptan al estímulo ya nuestros parámetros fisiológicos.

Nos acompaña a lo largo de toda nuestra vida y es indispensable para el desarrollo y funcionamiento psicofísico y para la adaptación al medio.

El distrés es un mal estrés o estrés negativo que se da cuando las demandas del entorno psico-social son excesivas, intensas y/o prolongadas, superando la capacidad de resistencia y adaptación del organismo. Está en íntima relación con la “curva de la función humana” (Nixon, 1982), y se produce cuando se llega al punto de inflexión de la curva del rendimiento humano, que es creciente primero, luego se va achatando y finalmente inicia su descenso. Finalmente, se da un punto en que una demanda desmesurada lleva a un incremento excesivo de la respuesta conductal y biológica, situando al organismo al borde del fracaso adaptativo o breakdown. Es este el momento en que se desencadena un mecanismo de interacción que afecta el equilibrio interno con un importante compromiso del estado de salud.

Los agentes estresantes que disparan el mecanismo del estrés pueden ser clasificados (Cía, 1994) en:

- a) **somáticos o físicos:** condiciones ambientales, dolor y enfermedades somáticas, actividades físicas excesivas o inexistentes
- b) **psíquicos:** éxitos o fracasos personales notables, frustración, insatisfacción y ausencia de objetivos, situaciones de cambio vital o de transición en los roles ejercidos (recibirse, jubilarse, separarse, enviudar, etc.)
- c) **socioculturales:** Familiares: desavenencias conyugales, pérdida de autoridad paterna, maternidad, etc. Laborales: insatisfacción, mal ambiente de trabajo, sobre

o subestimulación, desocupación. Sociales: reducción del espacio vital, ingresos insuficientes, aglomeraciones y malas condiciones urbanas, agresión de los medios masivos de comunicación, pobreza, marginación social, o étnica, etc.

Así como la maternidad resulta un evento estresante comportando la situación de crisis vital (ya descrita en el punto b), por su parte, el aborto conlleva reacciones emocionales resultantes de un evento estresante aunque de impacto negativo o causante de distrés (Rue, Speckhard et. al., 1996).

Tal evento afectará al organismo y desencadenará el mecanismo de restablecimiento del equilibrio interno, con el consecuente riesgo del estado de salud.

En tal mecanismo participa el sistema nervioso con un papel predominante, más específicamente el sistema límbico o “cerebro emocional”. La idea del sistema límbico como centro de las emociones fue introducida por el neurólogo Paul McLean, hace más de cuarenta años (Goleman; 1995).

“El punto de vista convencional en neurología ha sido que el ojo, el oído y otros órganos sensoriales transmiten señales al tálamo, y de ahí a zonas de la neocorteza de procesamiento sensorial, donde las señales se unen formando objetos a medida que los percibimos. Las señales son clasificadas con el fin de encontrar significados de manera tal que el cerebro reconozca qué es cada objeto y qué significa. La antigua teoría sostiene que a partir de la neocorteza las señales son enviadas al cerebro límbico, y de allí la respuesta apropiada se difunde por el cerebro y el resto del cuerpo. Así es como funciona la mayor parte del tiempo.

Pero Leroux descubrió un conjunto más pequeño de neuronas que conducen directamente desde el tálamo hasta la amígdala, además de aquellos que recorren la vía más larga de neuronas a la corteza. Esta vía más pequeña y más corta –una especie de callejón nervioso- permite a la amígdala recibir algunas entradas directas de los sentidos y comenzar una respuesta antes de que queden plenamente registradas por la neocorteza. (...) La mayor parte del mensaje va entonces a la corteza visual, donde es analizada y evaluada en busca de significado y de respuesta apropiada; si esa respuesta es emocional, una señal va a la amígdala para activar los centros emocionales. Pero una porción más pequeña de la señal original va directamente desde el tálamo a la amígdala en una transmisión más rápida, permitiendo una respuesta más rápida (aunque menos precisa). Así la amígdala puede desencadenar una respuesta emocional antes de que los centros corticales hayan comprendido perfectamente lo que está ocurriendo”(18).

Fue pues Joseph Leroux, un neurólogo del Centro para la Ciencia Neurológica de la Universidad de Nueva York, el primero en descubrir el papel clave que juega la amígdala en el cerebro emocional, y quien sostuvo que: "Algunas reacciones emocionales y memorias emocionales pueden formarse sin la menor participación consciente y cognitiva". La amígdala puede albergar recuerdos repertorios de respuestas que efectuamos sin saber exactamente porqué lo hacemos porque el atajo desde el tálamo hasta la amígdala evita completamente la neocorteza. Este desvío parece permitir que la amígdala sea un depósito de impresiones y recuerdos emocionales de los que nunca fuimos plenamente conscientes”(19).

Hasta aquí, podemos comprender claramente la interrelación que existe entre el estrés, las emociones y el sistema límbico como central en la que se procesan las reacciones emocionales.

Pensamos que el atajo desde el tálamo hasta la amígdala, en el que se evita la neocorteza, permitiría justificar y comprender los efectos diferidos del aborto, los cuales se manifiestan a largo tiempo. Si bien esto sería objeto de mayor investigación, creemos que siendo el aborto un agente estresante que dispara intensas reacciones emocionales, estas podrían permanecer latentes, no conscientes y casi olvidadas por la propia paciente, debido al mecanismo de procesamiento del cerebro emocional.

Asimismo, la íntima relación que existe entre el sistema nervioso, las emociones y el estrés y el sistema inmunológico -que describe el mecanismo de las afecciones psicosomáticas-, nos brinda los datos necesarios para reflexionar acerca de las dolencias o enfermedades somáticas que se observan en pacientes con PAS.

En 1974, un trabajo realizado por el psicólogo Robert Ader, de la Facultad de Medicina y Odontología de Rochester, “llevó a la investigación de lo que resulta ser una infinidad de modos en que el sistema nerviosos central y el sistema inmunológico se comunican: sendas biológicas que hacen que la mente, las emociones y el cuerpo no estén separados sino íntimamente interrelacionados”(20). Es la psiconeuroinmunología la que se encarga de esta rama de la ciencia, descubriendo que los mensajeros químicos que operan más ampliamente en el cerebro y en el sistema inmunológico son aquellos que son más densos en las zonas nerviosas que regulan la emoción (Ader et al., 1990).

Por otro lado, la relación entre sistema inmunológico y estrés, dada por la influencia de las hormonas que se liberan durante el aumento de esta (Rabin et al., 1989), “ejercen un poderoso impacto en las células inmunológicas. Mientras las relaciones son complejas, la principal influencia es que mientras estas hormonas aumentan en todo el organismo, la unión de las células inmunológicas se ve obstaculizada: el estrés anula la resistencia inmunológica, al menos de una forma pasajera, supuestamente en una conservación de energía que da prioridad a la emergencia más inmediata, que es una mayor presión para la supervivencia. Pero si el estrés es constante e intenso, esta anulación puede volverse duradera.

Los microbiólogos y otros científicos descubren cada vez más conexiones entre el cerebro y los sistemas cardiovasculares e inmunológicos (...)”(21).

Son numerosas las enfermedades causadas por la alteración de la función inmunológica, estudiadas en base al vínculo estrés-enfermedad (McEwen, 1993): “...puede acelerar la metástasis de cáncer, el aumento de la vulnerabilidad a las infecciones virales; el exacerbar la formación de placa que conducen a la arterioesclerosis y la coagulación sanguínea que provoca el infarto de miocardio; la aceleración del inicio de la diabetes de Tipo I y el curso de la diabetes de Tipo II, y el empeoramiento y desencadenamiento de los ataques de asma. El estrés también puede provocar la ulceración del aparato gastrointestinal, ocasionando síntomas de la colitis ulcerosa y de la inflamación intestinal. El cerebro mismo es susceptible a los efectos a largo plazo del estrés prolongado, incluido el daño al hipocampo y por lo tanto a la memoria. En general, dice McEwen, “cada vez

existen más pruebas de que el sistema nervioso está sujeto a un “desgarramiento” como resultado de las experiencias que provocan estrés”(22).

Es sorprendente la unidad funcional del organismo en su interrelación con el medio. El estrés y sus manifestaciones clínicas son prueba de ello. No sólo se evidencian síntomas orgánicos en esta interacción sino también de tipo psicológico, de las cuales rescatamos la incidencia en la depresión.

Cía describe los tres sistemas secuenciales de reacción al estrés (Pancheri, 1980): sistema de reacción rápida, de reacción semi-rápida y de reacción lenta. De los tres, nos interesa describir el segundo por su relación con la depresión: “está constituido por el ACTH y corticoesteroides, que son hormonas con valor adaptativo y restaurador, actuando como anti-inflamatorias, antialérgicas y disminuyendo la respuesta inmunológica. Se incrementan en los estados de ansiedad, hostilidad y depresión”(23).

Asimismo, Goleman (1995) refiere la incidencia que la depresión tiene sobre el empeoramiento de las enfermedades. Menciona (entre otros) estudios en los cuales se ha comprobado: a) el riesgo médico que plantea la depresión para los sobrevivientes del ataque cardíaco (Frasure-Smith et al., 1983); b) recuperación post-operatoria en pacientes con trasplantes de médula (Strain, 1991); c) depresión como el pronosticador más decisivo de muerte, en comparación a otras señales médicas, en pacientes con fallo renal crónico que estaban recibiendo diálisis (Burton et al., 1986)(24).

Finalmente, Ney (1997) encuentra una significativa correlación entre pérdida de embarazos, particularmente abortos, y pobre estado de salud física.(25) Esto, en el contexto de depresión leve y pobre funcionamiento del sistema inmunológico.

Concluyendo, podemos describir la incidencia psico-física del aborto en la salud de la mujer: el aborto resulta un agente estresante, con un alto impacto emocional (por su carácter traumático y por la ruptura psicobiológica del vínculo materno-fetal), que genera un monto de estrés excesivo (distrés) y que, en interacción con el sistema límbico e inmunológico, puede dar lugar al surgimiento de afecciones somáticas (tales como las que se observan en el PAS). A su vez, el proceso de duelo desencadenado por la ruptura vincular supera emociones de tristeza y aflicción. En caso de no elaborarse el duelo, se desencadena un proceso patológico, en el que la tristeza y la aflicción se convertirán en síntomas depresivos. Tal depresión incidirá nuevamente en el sistema inmunológico, alternando el bio-ritmo y afectando el estado de salud de la mujer.

D) PAS y Trastorno de Estrés Post-traumático (PTSD)

Las características etiológicas y sintomatológicas del PAS llevaron a varios autores, sobre todo a Rue, Speckhard y sus colaboradores(26), a postular su semejanza con el Trastorno de Estrés Post-traumático (Post-traumatic Stress Disorder- PTSD).

De hecho, lo consideran una variante de tal trastorno, de acuerdo a los parámetros del DSM-III -R (1987).

En el punto A de los “criterios para el diagnóstico del PTSD”, se menciona que: “el individuo ha vivido un acontecimiento que se encuentra fuera del marco habitual de las experiencias humanas y que se ría marcadamente angustiante para casi todo el mundo; por ejemplo, amenaza grave para la propia vida o integridad física, amenaza o daño para los hijos, el cónyuge y otros parientes cercanos y amigos, destrucción súbita del hogar o de la comunidad, observación de cómo una persona se lesiona gravemente o muere como resultado de un accidente o de violencia física”(27).

En los puntos posteriores se describen síntomas consecuentes, comportamientos y mecanismos involucrados, y duración del trastorno (Ver Apéndice 1).

No cabe duda que existen síntomas que se dan tanto en el PAS como en el PTSD, tales como los siguientes: recuerdos desagradables, recurrentes e invasores, del acontecimiento; sueños desagradables y recurrentes con relación al evento traumático; malestar psicológico intenso al exponerse a acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento, como puede ser incluso su aniversario; evitación persistente de los estímulos asociados al trauma, tal como: esfuerzos para evitar los pensamientos o las sensaciones asociadas al trauma, sensación de distanciamiento o de extrañamiento respecto de los demás, afecto restringido –por ejemplo, incapacidad de experiencias amorosas-, dificultad para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad, hipervigilancia, respuesta de alarma exagerada, etc.

Por otro lado, tampoco se puede dudar de que el PAS cumple con los requisitos para el punto A, pues el aborto es un evento traumático que se puede incluir en la categoría de “amenaza o daño para los hijos”.

La concepción del PASD como una variante del PTSF se basa, como dijimos en la versión III-R del DSM: Ahora bien, a ésta le ha sucedido y la reemplazado su versión IV, en la cual se han modificado los criterios para el diagnóstico del PTSD.

Actualmente, si bien existe mayor consenso en cuanto al carácter estresante, y traumático del aborto (Rue-Speckhard, 1996; Cassadei, 1996, Agich, 1996; Ney, 1997), aún se cuestiona si el PAS es posible de ser considerado o no una variante del PTSD tal y como se define según los criterios del DSM-IV (Agich, 1996, Ney, 1999). Esto, a pesar que por otro lado, se puede afirmar que la interrupción voluntaria del embarazo comporta un estrés psico-físico, además del trauma afectivo (Cassadei, 1996).

Pues bien, podría prestarse una posible respuesta al tema desde el interesante y acertado cuestionamiento que al respecto plantea Agich (1996): “Las categorías diagnósticas pueden ser consideradas desde varias perspectivas, si bien una de ellas surge como más significativa en el momento en que se confrontan cuestiones clínicas y éticas tan complejas como lo son las consecuencias psíquicas del aborto. Tales particularidades u objetos reales en el mundo, sino más bien como modelos de explicación. Estos representan conceptos que identifican fenómenos en función de intereses clínicos, descriptivos, explicativos, terapéuticos y valorativos. Por consecuencia, los clínicos y los nosólogos se plantean límites bastante amplios al utilizar y construir los conceptos de las enfermedades.

Últimamente, la pregunta: ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de considerar las consecuencias psíquicas del aborto en términos de PTSD?, se ha convertido en un problema de carácter clínico y práctico. El PTSD no recoge adecuadamente la gama de las reacciones psicológicas en lo que respecta al aborto, entonces se deben tomar en consideración otros tipos diagnósticos. El objetivo, después de todo, debería ser prioritariamente la cura de la mujer que sufre las consecuencias psíquicas negativas del aborto, y luego la identificación de las circunstancias y de los factores que agravan el dolor sentido por tal causa”(28).

De tal modo, plantea que según sean las posturas éticas, a favor o en contra, con respecto al inicio de la vida humana, y en cuanto a la consideración del aborto como

un hecho común a diferencia de un evento estresante y violento, serán entonces las conclusiones y posturas nosológicas tomadas.

Finalmente, propone: “las cuestiones morales del aborto en sí mismo deberán ser dejadas de lado, y concentrarse, más bien, en la siguiente pregunta: “¿Cuáles son los factores o particularidades de la experiencia del aborto (espontáneo o voluntario) que contribuyen a la psicopatología y al sufrimiento que de él se desprenden?”(29). Tras lo cual invita a utilizar otro tipo de diagnóstico ya que no considera que el PTSD ofrezca particulares ventajas en términos diagnósticos.

Por su parte, los autores que postulan al PAS como un cuadro nosológico variante del PTSD (Rue, Speckhard el alter, 1996) lo hacen porque lo creen “caracterizado por el desarrollo crónico o diferido de los síntomas producto de las reacciones

emocionales, experimentadas por los sujetos, a causa del trauma físico y emocional del aborto inducido.”(30)

Para ello, consideran cuatro factores a ser reanalizados en relación con la sintomatología traumática que el aborto acarrea: 1) “exposición o participación directa en una experiencia de aborto, en otras palabras, la muerte intencionalmente procurada de un niño no nacido, que se precipita como traumática y que provoca sensaciones de intenso temor, sensación de impotencia o hasta de terror; 2) la revisitación incontrolada y negativa del evento de muerte que el aborto representa, por ejemplo con recuerdos repentinos, pesadillas, dolores intensos y reacciones el día del aniversario; 3) tentativas infructuosas de evitar o incluso negar los propios recuerdos y el dolor emotivo vivido, que se transforma en una reducida capacidad de reacción frente a los otros y al ambiente; y 4) la experiencia de síntomas asociados relativos a una incrementada vigilancia no precedente al aborto, incluso el sentido de culpa vivido por el hecho de haber sobrevivido al evento”.(31)

Cabe señalar, como lo hacen los mencionados autores, que los puntos 2-4 no se observan presentes antes del aborto en tanto factor estresante, lo cual permite concluir –luego del trabajo realizado a nivel transcultural (USA y Rusia)- en la implicancia de tal factor de estrés sobre la mujer luego del aborto. Tal y como lo redactan en las conclusiones de su trabajo, “el presente estudio refiere que un porcentaje significativo de mujeres, sean rusas o estadounidenses, han vivido el aborto como un evento fuente de notable ansiedad para la propia vida. El impacto psicológico del aborto a largo plazo se hace también evidente para estas mujeres

en el período de tiempo considerado, comprendido entre los seis y los once meses luego del evento. Este estudio provee soporte a la tesis según la cual para algunas mujeres el aborto puede ser un evento psicológicamente traumatizante con consecuencias deletéreas a largo plazo. Por otro lado, los resultados proveen sostén al modelo de explicación del trauma en sí mismo como un proceso cognitivo”(32). Reafirma esto último, el hecho que los autores han constatado alteraciones en el autoconcepto y en la autoestima, así como también en trastornos de las relaciones interpersonales, como resultado de alteraciones en el mapa cognitivo individual.

Finalmente, tomando una u otra posición con respecto al PAS como variante nosológica del PTSD, es evidente el carácter estresante y traumático del aborto sobre la mujer, aún cuando quede en cuestión si su manifestación clínica puede o no ser homologable a la manifestación del PTSD según los criterios del DSM-IV. En definitiva, estos criterios no surgen más que de una modalidad de consenso en cuanto a la sintomatología presente. Por otro lado, recordando lo postulado por Agich, la atención dada a uno u otro cuadro nosológico cobra mayor o menor relevancia según sean las premisas de las cuales se parte. Esto, más aún, en un tema tan delicado como lo es el comienzo de la vida humana y los intereses que alrededor del mismo se construyen a pesar de los evidentes hechos científicos, al principio de este trabajo comentados, que permiten constatar su inicio desde la concepción.

Búsqueda de indicadores objetivos de las consecuencias psicológicas del aborto en la mujer

La información recogida y elaborada acerca de las consecuencias psicológicas del aborto en la mujer, nos llevó a plantearnos la búsqueda de indicadores objetivos que pudieran dar cuenta de lo que sucede a muy corto plazo. Esto, pues las consecuencias ya descritas en la literatura existente se centran en el análisis y la observación de lo que sucede a largo término.

El objetivo del presente trabajo es, pues, ampliar el espectro de lo actualmente conocido con respecto a las consecuencias del hecho del aborto en la personalidad de la mujer a nivel psicológico.

La búsqueda de tales indicadores nos permitirá una primera aproximación al tema. Como toda primer mirada, necesitará luego de su ampliación para ser corroborada por otros observadores y así abrir el campo de estudio, colaborando con el desarrollo de los conocimientos.

En el presente trabajo concebimos al aborto como un agente estresante de intenso impacto emocional con características de trauma y con connotaciones distresantes. Tales rasgos hacen del aborto un hecho capaz de afectar el estado de salud de la mujer, pues emocionalmente impacta sobre el sistema límbico (quien lo procesa pudiendo registrar algunos recuerdos a nivel consciente, y manteniendo otros a nivel latente), el que, a su vez, se encuentra en íntima relación con el sistema inmunológico. Sabemos ya que este sistema se ve afectado por factores distresantes de un modo negativo, razón por la cual es posible que surjan situaciones que afecten el estado de salud de la paciente (desde malestares físicos hasta enfermedad).

Por otro lado, al concebir al aborto como un hecho traumático, lo consideramos posible de ser entendido como una variante del Trastorno de Estrés Post-traumático (PTSD), siguiendo la conceptualización que de ello realizan Rue, Speckhard y sus colaboradores, (1992, 1996).

Como tal, creemos que impacta tanto sobre el cuerpo como sobre la psique de la mujer. Es prueba de ello las consecuencias observables en otros del estado de ánimo depresivo, obsesivos, vinculares o de relación interpersonal, y afectivos o emocionales (Cassadei, 1996), que se presentan en el Síndrome Post-Aborto (PAS), descrito por Rue, Speckhard y colaboradores, (1992), al comenzar a tratar las consecuencias psicológicas negativas del aborto en la mujer.

En cuanto a los factores predisponentes al aborto, consideramos la línea teórica trabajada por Ney (1997), en la que se encuentra una íntima relación entre negligencia y abuso infantil y aborto. Esto, pues hallamos coincidencias y lógica interna con relación a las consecuencias que tales eventos de la vida del niño conllevan para el desarrollo de su personalidad y para el modo de enfrentar situaciones vitales futuras (Al Mateen et al., 1998).

Resulta, entonces, que el aborto se inserta en un ciclo vicioso en el que predominan rasgos de agresividad y menoscabo de la autoestima de la mujer, alterando su concepto de sí misma y de los demás (Ney, 1997; Ney et al., 1994; Rue-Speckhard et al., 1996). Consecuentemente, presentará mayores dificultades en su relación interpersonal, con una mayor propensión a no comprometerse en vínculos afectivos (Ney, 1997). Así pues, se sientan las bases para no reconocer ni afianzar el vínculo biológico materno-fetal, presente desde el inicio de la

gestación (Narita et al. 1993; Caccia et al., 1991; Mickhail et al., 1991), romper el vínculo psicológico con el bebé aún no nacido y llegar, finalmente, a la situación del aborto. Esto, siempre que no medien otras condiciones de contención afectiva del medio (Ney, 1999) que puedan superar los factores predisponentes que se gestaron durante desarrollo psicoafectivo de la mujer, en su edad temprana.

En el presente trabajo nos propusimos la búsqueda de aquellos indicadores que puedan dar cuenta de las consecuencias psicológicas referidas, de modo objetivo.

Para tal fin, tomamos los indicadores de un test de personalidad, ya que tales consecuencias se observan a este nivel. Escogimos el test de Rorschach por ser la técnica de exploración y evaluación diagnóstica más profunda y que nos provee de mayores datos acerca de la personalidad a evaluar (Passalacqua, 1994). Dicha técnica nos permite identificar, clasificar y agrupar respuestas –que analizadas tanto a nivel cuantitativo como cualitativo- nos remite a indicadores que posibilitan estudiar en profundidad las vivencias, conflictos, círculos interpersonales, etc., que componen el perfil psicológico de la personalidad.”

“En nuestro país existe lo que podría llamarse una “Escuela Argentina de Rorschach” que, partiendo de la base de las escuelas francesas o americanas, incluye valiosos aportes argentinos y de otros autores y países. Es decir, utiliza las siglas de dichas escuelas y amplía fundamentalmente el campo interpretativo, sobre todo basándose en experiencias realizadas en nuestro medio.”(33)

Es la Escuela Argentina la que se toma como parámetro en este trabajo, de acuerdo a usos y costumbres de la técnica, considerando los patrones culturales locales.

Llevamos a cabo la tarea de campo administrando, clasificando y evaluando el test de Rorschach a dos grupos de mujeres; uno de estudio (respondiendo a una reciente experiencia de aborto) y otro de los cuales cumplía la función de control. Ambos, fueron extraídos del Departamento de Maternidad Infanto-Juvenil del Hospital Gral. De Agudos Dr. Cosme Argerich de la Ciudad de Buenos Aires.

Indagamos los indicadores buscados, previamente seleccionados –según los criterios diagnósticos de la Escuela Argentina (Passalacqua, 1193, 1994)- por ser aquello que nos permitieran evaluar correctamente las consecuencias a estudiar. Luego, procesamos estadísticamente los datos, de los cual pudimos observar que, para ciertos indicadores existen diferencias significativas entre las dos muestras tomadas.

En un segundo nivel de análisis, subdividimos la muestra de abortos, en provocados y espontáneos, de modo de poder aproximarnos a las diferencias que pudieran existir entre ambos tipos de interrupción del embarazo. Aplicamos a estas los mismos criterios diagnósticos y estadísticos, obteniendo también algunas diferencias significativas de importancia.

Principalmente, las diferencias halladas se corresponden con indicadores de shock (frente a símbolos de maternidad, afectivo y frente al manejo de crisis, duelos recientes, depresión, vivencias de daño y situaciones traumáticas, y

preocupación de tipo neurótica por una temática o situación conflictiva relacionada con la sexualidad femenina.

El presente trabajo nos permite concluir que existen diferencias significativas con respecto a la presencia de indicadores de personalidad en mujeres que han atravesado una experiencia de aborto y en aquellas que nunca la han vivido. Tales indicadores se corresponden con las vivencias y consecuencias que componen el PAS.

Este estudio comporta una primera aproximación al campo del aborto y sus consecuencias en la mujer, a partir de la instrumentación del psicodiagnóstico de personalidad de Rorschach de muestras obtenida de un sector de la realidad de la Ciudad de Buenos Aires.

Iniciamos con esto una tarea de investigación de singulares características, obteniendo una serie de datos útiles para continuar la búsqueda de un modo más amplio y llevarla, en un segundo momento de trabajo, a un nivel de carácter epidemiológico.

CAPÍTULO 3

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

CAPÍTULO 3

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestro medio el aborto tiene una prevalencia alta debido a un aumento considerable en los factores de riesgo para su aparición, en nuestro hospital es normal el visualizar estos casos en la consulta externa y la sala de internamiento, del mismo modo la presencia de síntomas de depresión y ansiedad han sido relacionados en aumento con estas patologías, recientemente ha sido estudiados en estudios europeos y norteamericanos un aumento en la morbilidad y mortalidad en estos pacientes.

CAPÍTULO 4

JUSTIFICACIÓN

CAPÍTULO 4

JUSTIFICACIÓN

En nuestro hospital se han observado de manera empírica un aumento en los casos de síntomas de depresión y ansiedad relacionados a la pérdida gestacional, del mismo modo nuestros pacientes particulares presentan un aumento en los factores de riesgo para desarrollar síntomas psicológicos (depresión y ansiedad) los cuales son pasados desapercibidos o no se les da la importancia necesaria para ser diagnosticados o tratados y frecuentemente estos signos y síntomas acarrearán un aumento en la morbilidad y mortalidad a mediano y largo plazo. Es necesario la realización de este estudio en nuestro medio para poder dilucidar de manera cuantitativa estas patologías y poder ofrecer un mejor manejo a nuestros pacientes.

CAPÍTULO 5

HIPÓTESIS

CAPÍTULO 5

HIPÓTESIS

5.1. Hipótesis de trabajo

El grado de depresión y/o ansiedad post aborto es directamente proporcional a las características sociales, culturales y educativas de cada paciente, el número de abortos previos y es mayor en aquellas sometidas a tratamientos de reproducción asistida.

5.2. Hipótesis nula

El grado de depresión y/o ansiedad post aborto no se relaciona a características sociales, culturales y educativas de las pacientes, al número de abortos previos o a tratamientos de reproducción asistida.

CAPÍTULO 6

OBJETIVOS

CAPÍTULO 6

OBJETIVOS

6.1. Objetivo General

Evaluar la relación entre depresión y ansiedad en pacientes con diagnóstico de aborto, tratadas médica o quirúrgicamente (AMEU/LUIBA), pacientes con pérdida gestacional recurrente, y pacientes sometidas a métodos de reproducción asistida que terminan en aborto.

6.2. Objetivos Específicos

- Determinar la relación entre la pérdida gestacional antes de la semana 20 de embarazo y síntomas de depresión o ansiedad posterior al evento traumático.
- Determinar el grado de depresión en pacientes con pérdida gestacional por primera vez, pérdida gestacional en pacientes con antecedente de embarazos de término con productos vivos, pérdida gestacional recurrente y aborto de un embarazo resultado de reproducción asistida.
- Determinar las diferentes variables según las características de cada paciente y la relación que guarda cada una con el grado de depresión postaborto.
- Determinar cómo afecta el entorno (personal de salud, familia, sociedad) en el grado de depresión y ansiedad que sienten las pacientes.
- Según los resultados planear acciones encaminadas al tratamiento integral y multidisciplinario de dichas pacientes.

CAPÍTULO 7

VARIABLES DEL ESTUDIO

CAPÍTULO 7

VARIABLES DEL ESTUDIO

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Mejora en la calidad de vida y mejora en la sintomatología.

Cuestionario HADS. (Anexo 2)

Zigmond y Snaith introdujeron el cuestionario de ansiedad y depresión hospitalaria en 1983. El cuestionario ha demostrado tener valor predictivo para la detección de síntomas de depresión y ansiedad en una gran cantidad de pacientes. (Hermann C 1997).

Consta de catorce preguntas, siete en relación a ansiedad y siete en relación a depresión, cada reactivo tiene cuatro posibles respuestas que puntúan de 0 a 3, para un total de 0 a 21. Tanto para las puntuaciones de ansiedad como de depresión se considera normal de cero a siete, dudoso de ocho a diez y problema clínico a partir de once.

Además se analizó la edad, el estado civil, el IMC, antecedente de aborto e infertilidad, semanas gestacionales a la pérdida, paridad, uso de biología de la reproducción y tratamientos previos, etc.

CAPÍTULO 8

MATERIALES Y MÉTODOS

CAPÍTULO 8

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Cohorte transversal.

Diseño del estudio

Estudio observacional, transversal, descriptivo, no comparativo y no ciego.

Consideraciones éticas

El presente protocolo de investigación fue aprobado por el comité de Ética en Investigación y el Comité de Investigación de la Facultad de Medicina de la “Universidad Autónoma de Nuevo León”. No existe ningún tipo de conflicto de intereses por la realización del presente estudio.

1. Se garantizará que este estudio tenga apego a la legislación y reglamentación de la Ley General de salud en materia de Investigación para la Salud, lo que brindará mayor protección a los sujetos del estudio.
2. Conforme al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación el riesgo de ésta investigación está considerada como investigación de riesgo moderado y no se realizará en una población vulnerable.
3. Los procedimientos de este estudio se apegan a las normas éticas, al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación y se

llevará a cabo en plena conformidad con los siguientes principios de la “Declaración de Helsinki” (y sus enmiendas en Tokio, Venecia, Hong Kong y Sudáfrica) donde el investigador garantiza que:

- a. Se realizó una búsqueda minuciosa de la literatura científica sobre el tema a realizar.
- b. El protocolo será sometido a evaluación por el comité de investigación y ética del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.
- c. Este protocolo será realizado por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un equipo de médicos clínicamente competentes y certificados en su especialidad.
- d. Este protocolo guardará la confidencialidad de las personas. Todos los autores firmarán una carta de confidencialidad sobre el protocolo y sus resultados de manera que garantice reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física, mental y su personalidad.
- e. Este protocolo se suspenderá si se comprueba que los riesgos superan los posibles beneficios.
- f. La publicación de los resultados de esta investigación preservará la exactitud de los resultados obtenidos.
- g. Cada posible participante será informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios, posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio pueda acarrear.

- h. Se realizará contacto telefónico con las pacientes que cumplan los criterios de inclusión y que no cuenten con criterios de exclusión. Se realizará aplicación de consentimiento informado verbal e informará del nombre completo del médico que la contacta y nombre completo del Investigador principal, el nombre de la Institución y el Departamento/Servicio del cual se está llamando, se explicará el objetivo y en qué consiste el estudio de investigación, se le dirá que no estará expuesta a ningún riesgo y que el único beneficio será el conocimiento generado para el investigador principal, se le mencionará que está en todo su derecho el no participar, en caso de menores de edad, se preguntará a los padres o tutores legales la participación de los sujetos con previo asentimiento verbal. Se le explicará a la paciente que sus datos serán confidenciales. En caso de aceptar se aplicará la encuesta HADS.
- i. Se informará a las personas que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su participación sin que esto tenga consecuencia en su manejo médico sucesivo en el hospital.
- j. En el momento de obtener el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación, se obrará con especial cautela si las personas mantienen con él una relación de dependencia o si existe la posibilidad de que consientan bajo coacción. En este caso, el consentimiento informado será obtenido por un investigador no comprometido en la investigación y completamente independiente con respecto a esta relación oficial.

- k. Se respetarán cabalmente los principios contenidos en el Código de Nüremberg, y el Informe Belmont.
- l. En caso de obtener una puntuación mayor o igual a 11 puntos en el cuestionario HADS, se le informará a la paciente/sujeto que debe acudir a la consulta externa de Medicina de Enlace o Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” para una valoración completa por el especialista.

Lugar de Referencia

Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de la UANL.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes que acudan al Servicio de Ginecología del Hospital Universitario “Dr. José E. González” con diagnóstico de aborto espontáneo que requieran tratamiento médico y/o quirúrgico. Se realizará la escala de ansiedad y depresión hospitalaria posterior a un mes de la pérdida y hasta 6 meses.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

- 1. Criterios de inclusión
 - a. Pacientes entre 15 a 40 años de edad con diagnóstico de aborto espontáneo tratado en el Hospital Universitario “Dr. José E. González”.

- b. Pacientes con embarazo producto de reproducción asistida con diagnóstico de aborto espontáneo tratado en el Hospital Universitario “Dr. José E. González”.

2. Criterios de exclusión

- a. Pacientes incapacitadas para contestar la encuesta.

3. Criterios de eliminación

- a. Pacientes que no llenen adecuadamente los cuestionarios.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se recabaron los expedientes de pacientes con diagnóstico de aborto tratadas médica o quirúrgicamente en el Servicio de Ginecología del Hospital Universitario “Dr. José E. González” desde 1 mes a 6 meses posteriores a la pérdida y se contactarán telefónicamente para el llenado de la encuesta para evaluar ansiedad y depresión hospitalaria.

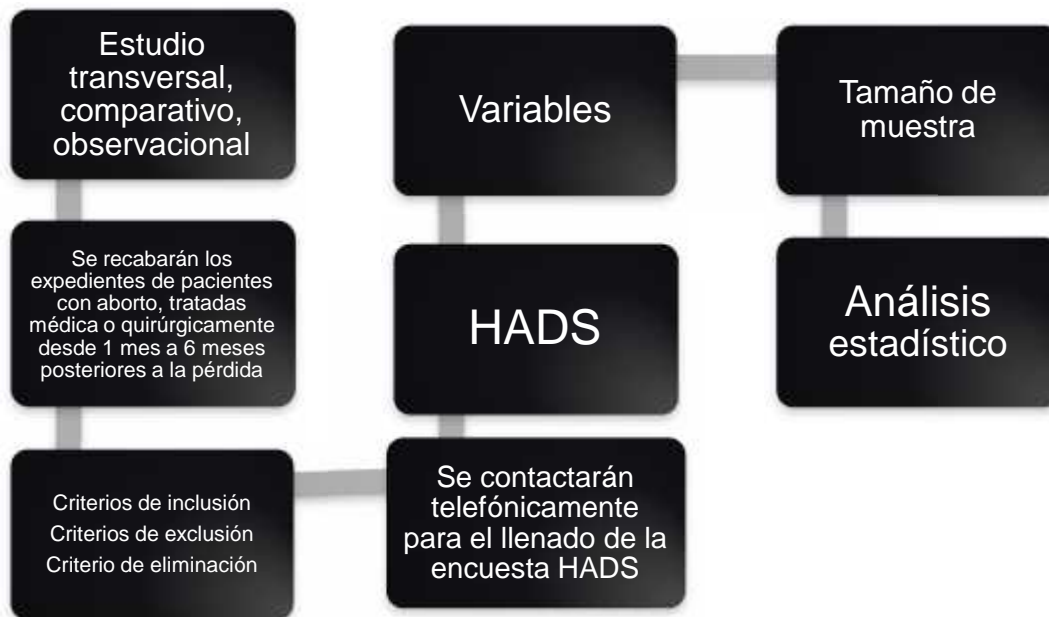


Figura 1. Estrategia general del estudio.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Mejora en la calidad de vida y mejora en la sintomatología.

Cuestionario HADS. (Anexo 2)

Zigmond y Snaith introdujeron el cuestionario de ansiedad y depresión hospitalaria en 1983. El cuestionario ha demostrado tener valor predictivo para la detección de síntomas de depresión y ansiedad en una gran cantidad de pacientes. (Hermann C 1997).

Consta de catorce preguntas, siete en relación a ansiedad y siete en relación a depresión, cada reactivo tiene cuatro posibles respuestas que puntúan de 0 a 3, para un total de 0 a 21. Tanto para las puntuaciones de ansiedad como de

depresión se considera normal de cero a siete, dudoso de ocho a diez y problema clínico a partir de once.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevará a cabo mediante el programa SPSS® versión 20.

En el análisis descriptivo de las variables discretas se utilizará la mediana, y en las continuas la media. Se analizarán las variables demográficas cualitativas con tablas de contingencia utilizando Chi cuadrada y prueba exacta de Fisher; las cuantitativas comparando medias con Chi cuadrada. Se tomará el valor de p como estadísticamente significativo cuando sea menor o igual a 0.05.

VARIABLES INCLUIDAS

- Edad
- Ocupación
- Estado Civil
- Escolaridad
- Paridad
- Semanas de gestación
- Abortos previos
- Antecedente de infertilidad primaria o secundaria
- Antecedente de pérdida gestacional recurrente

- Antecedente de ansiedad, depresión y/o trastorno de ansiedad
- Tipo de tratamiento realizado

CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se realizó un cálculo de tamaño de muestra con una proporción esperada del 10% en una población finita de 830 sujetos. Con una confianza del 95% y una precisión del 5%, el resultado del cálculo fue de 104 sujetos.

TAMAÑO DE MUESTRA PARA POBLACIÓN FINITA

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

		al cuadrado	P x Q	N - 1	
valor N	830			829	
valor Z	1.96	3.8416			
valor P	0.1			n=	103.6677275
valor Q	0.9		0.09		
valor d	0.05	0.0025			

Figura 2. Análisis estadístico utilizado en la realización del presente estudio.

CAPÍTULO 9

RESULTADOS

CAPÍTULO 9

RESULTADOS

Un total de 104 pacientes fueron incluidas en el presente estudio.

La edad media de las participantes fue de 25.5 años de las cuales la desviación estándar fue de 8.2. 58 pacientes (56%) radican entre los 20 a 30 años. 79 (76%) cuentan con hogar propio, 44 (42%) están en unión libre, 50 (48%) pacientes terminaron la secundaria, 37 (36%) fueron primigestas, la edad gestacional media de 10.6 ± 5.6 de las cuales 64 (62%) se encontraban entre la 5ta y 10ma semana de gestación. 5 (5.2%) pacientes se encontraban en tratamiento de infertilidad, 23 pacientes (22%) refirieron antecedente de aborto y el tratamiento elegido en 73 (70%) fue Aspirado Manual Endonduterino, y en 15 (14%) fue Legrado Uterino Instrumentado Bajo Anestesia.

Tabla 1. Características clínicas y sociodemográficas de la muestra	
	Total (n = 104)
Edad, (media \pm DE)	25.5 \pm 8.2
20 – 30 años, n (%)	58 (56)
Hogar, n (%)	79 (76)
Unión libre, n (%)	44 (42)
Secundaria, n (%)	50 (48)
Primigestas, n (%)	37 (36)
Edad gestacional, (media \pm DE)	10.6 \pm 5.6
5 – 10 SDG, n (%)	64 (62)
Antecedentes de aborto, n (%)	23 (22)
Antecedentes de infertilidad, n (%)	05 (5.2)
Tipo de tratamiento	
AMEU, n (%)	73 (70)
LUIBA, m (%)	15 (14)
DE = desviación estándar; SDG = semanas de gestación; AMEU = Aspirado Manual Endouterino; LUIBA = Legrado Uterino Instrumentado Bajo Anestesia	

Tabla 1. Características clínicas y sociodemográficas de la muestra.

La distribución de sujetos según el puntaje Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) consistió en un 54% de personas con depresión y/o ansiedad, 36% sanas y 10% borderline.

Distribución de sujetos según puntaje HADS

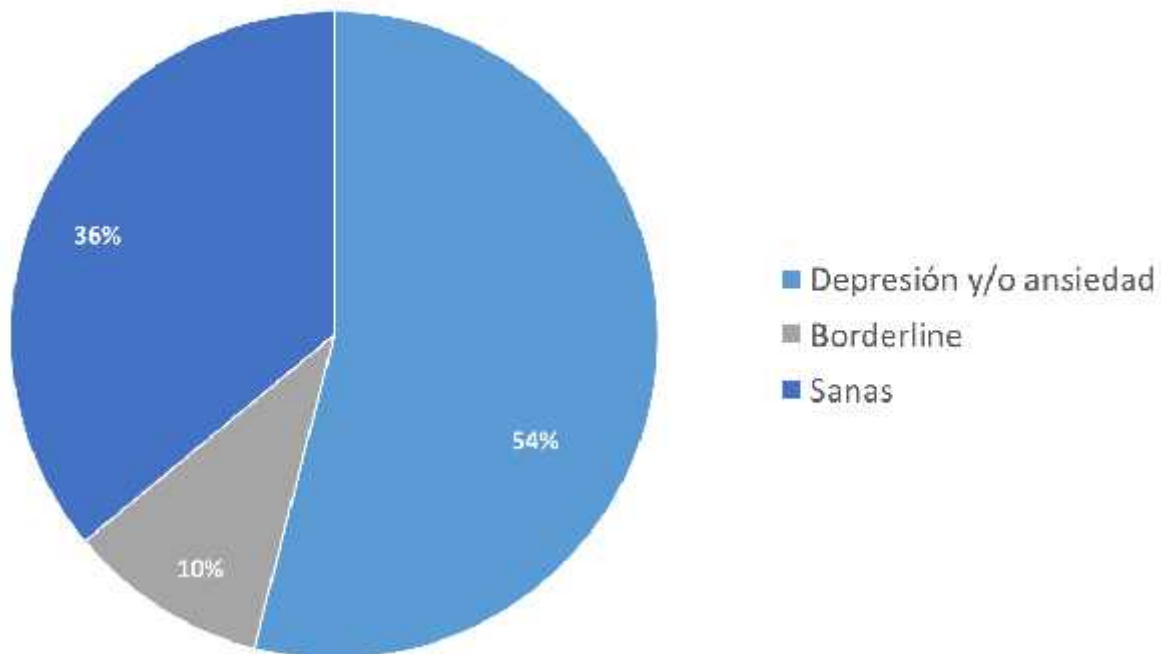


Figura 3. Gráfico de pastel mostrando la distribución de los sujetos según su puntaje HADS.

Las características clínicas y sociodemográficas de las pacientes según su puntaje HADS consisten en 56 pacientes con ansiedad y/o depresión que tienen una edad media de 24.6 ± 11.2 , de estas, 33 (59%) radican entre los 20 y 30 años. Las pacientes Borderline (10) tienen una edad media de 27.4 ± 7.3 y de ellas, 6 (60%) radican entre los 20 y 30 años. Las pacientes sanas (38) se calculó una edad media de 25.6 ± 6.8 de las cuales 29 (77%) se encontraban entre los 20 y 30 años. Las pacientes que tenían hogar fueron 39 (70%) con ansiedad y/o depresión, 10 (100%) borderline, y 34 (89%) de las sanas. 23 (40%) de las pacientes con ansiedad y/o depresión, 8 (22%) de las sanas y 0 borderline son solteras. 15 pacientes (26%) de las que padecen ansiedad y/o depresión se

encuentran en unión libre así como 6 (60%) borderline y 8(22%) sanas. Terminaron preparatoria 27 (48%) con ansiedad y depresión, 6 (60%) borderline y 8 (22%) sanas. Fueron primigestas 25 (44%) con ansiedad y/o depresión, 6 (60%) borderline y 8 (22%) sanas. La edad gestacional media que radicaba entre 5 – 10 semanas de gestación fue de 10.2 ± 3.2 semanas en las pacientes con ansiedad y/o depresión, 11.6 ± 1.6 en las borderline y 10.8 ± 4.1 en las pacientes sanas. Presentaron antecedente de aborto 21 (37%) de las pacientes con ansiedad y/o depresión, 4 (40%) de las borderline y 11 (28%) de las sanas.

El Aspirado Manual Endouterino fue usado por 49 (88%) de las pacientes con depresión y/o ansiedad, 8 (80%) de las borderline, y 25 (67%) de las sanas. En cambio el Lgrado Uterino Instrumentado Bajo Anestesia, fue usado en 6 (11%) pacientes con ansiedad y/o depresión, 2 (20%) borderline, y 13 (33%) en sanas. Del mismo modo es de notar que 5 de las pacientes habían acudido a la unidad de biología de la reproducción y en todos los casos se presentaron en ellas síntomas de depresión y ansiedad.

Tabla 2. Características clínicas y sociodemográficas de las pacientes según su puntaje HADS			
	Ansiedad y/o depresión (n = 56)	Borderline (n = 10)	Sanas (n = 38)
Edad, (media ± DE)	24.6 ± 11.2	27.4 ± 7.3	25.6 ± 6.8
20 – 30 años, n (%)	33 (59)	6 (60)	29 (77)
Hogar, n (%)	39 (70)	10 (100)	34 (89)
Estado Civil			
Soltera, n (%)	23 (41)	0 (0)	8 (22)
Unión libre, n (%)	15 (26)	6 (60)	8(22)
Preparatoria, n (%)	27 (48)	6 (60)	8 (22)
Primigestas, n (%)	25 (44)	6 (60)	8 (22)
Edad gestacional, (media ± DE)			
5 – 10 SDG, n (%)	10.2 ± 3.2	11.6 ± 1.6	10.8 ± 4.1
Antecedentes de aborto, n (%)	21 (37)	4 (40)	11 (28)
Antecedentes de infertilidad, n (%)	05(5.2)	--	--
Tipo de tratamiento			
AMEU, n (%)	49 (88)	8 (80)	25 (67)
LUIBA, m (%)	6 (11)	2 (20)	13(33)
DE = desviación estándar; SDG = semanas de gestación; AMEU = Aspirado Manual Endouterino; LUIBA = Legrado Uterino Instrumentado Bajo Anestesia			

Tabla 2. Características clínica y sociodemográficas de las pacientes según su puntaje HADS.

CAPÍTULO 10

DISCUSIÓN

CAPÍTULO 10

DISCUSIÓN

Todos los profesionales deben estar conscientes de las secuelas psicológicas asociadas con el aborto espontáneo y deben proporcionar soporte apropiado, seguimiento y acceso a consejos formales si son necesarios

Nuestro estudio arroja una prevalencia de depresión y/o ansiedad postaborto del 54%, coincidiendo con lo descrito en literatura internacional que reporta un 62%.

M de los Santos et al, concluyeron que ciertos factores como la edad, estado civil, nivel educacional y ocupación pueden influir en la presencia de síntomas depresivos, lo que demuestra la necesidad de referir estas pacientes a consulta de salud mental para poder evitar complicaciones que pueden ser perjudiciales en su vida.

En nuestro estudio encontramos que en las pacientes patológicas con depresión y/o ansiedad tienen una media de edad de 24.6 años, la mayoría se dedican al hogar, solteras, escolaridad preparatoria.

Tsartsara E et al, demostraron que las mujeres con abortos recurrentes, mostraban un índice de ansiedad más alto que aquellas sin historia de pérdidas gestacionales.

En nuestro estudio observamos que el 37% de las pacientes patológicas tenían antecedente de aborto previo, siendo esto relevante en el entorno clínico al momento de abordar a una paciente con estas características.

En nuestro estudio, observamos que la mayoría de los abortos ocurrieron entre las semanas 5 y 10 de gestación, con una media de 10.6 semanas. Esto va de acuerdo con lo reportado en la literatura internacional, en la que el 80% de los abortos ocurren dentro de las primeras 12 semanas. En nuestro centro, el tratamiento más frecuente fue AMEU, que corresponde al 70% de la población total. Llama la atención que las pacientes patológicas y borderline, tienen un mayor grado de escolaridad que las personas sanas. En la segunda fase del estudio se explorará si ésta y otras variables son estadísticamente significativas.

Los perfiles psicológicos descritos con relación a los indicadores presentes, nos permitieron aproximarnos a las consecuencias psicológicas del aborto en la mujer a muy corto plazo.

Consideramos que cada uno de tales perfiles responde con bastante lógica y exactitud a los procesos y fenómenos psicológicos observados a largo plazo.

Consideramos que cada uno de tales perfiles responde con bastante lógica y exactitud a los procesos y fenómenos psicológicos observados a largo plazo.

En un primer nivel de análisis, el perfil de las mujeres que abortaron resultó significativamente diferente, en comparación con aquellas que nunca han perdido un embarazo y han llevado el último de ellos a término con un nacido vivo. De acuerdo a los datos obtenidos, el aborto comporta un conflicto y una probable

situación de crisis. Esto, con la consecuente dificultad en el manejo de la agresividad, de la impulsividad y de los afectos. A la probable situación traumática, de vivencias de daño relacionadas con duelos recientes, y que despiertan sentimientos de depresión. Además, los indicios observados de una preocupación de tipo neurótica por una temática o situación particularmente conflictiva, con connotaciones de contenido sexual femenino, nos permiten pensar que el conflicto presente se encuentra en relación con la sexualidad femenina.

Finalmente, los indicadores de presencia de mecanismo de negación y/o represión, tal como fueron hallados en el presente trabajo, evidencian el inicio de un proceso de mecanismos de negación y/o represión. Resulta relevante que en la muestra de control no se hayan encontrado indicadores que remitan específicamente a una situación de conflicto con la sexualidad femenina; así como también, que hallamos observado indicadores de una mayor capacidad de expresión de los conflictos. Esto coincide con lo observado en la muestra anterior, pues resulta lógico pensar tal capacidad de expresión mediando mecanismos de disociación y no de negación y/o represión. Estos últimos cumplen la función defensiva de evitar que los conflictos surjan y puedan ser expresados.

Uno de los fenómenos descritos en las consecuencias a largo plazo es la presencia de mecanismos de negación y represión, más allá de la disociación. Tales primeros mecanismos sustentan la sintomatología presente en el PAS, dando lugar a las afecciones somáticas consecuentes (Ney, 1997, Rue-Speckhard, 1996, Cassadei, 1996, entre otros).

Recordemos que una emoción distresante, como lo implica una situación traumática, es captada por el cerebro emocional (DeLoux, 1986, 1992). Este se encuentra en íntima relación con el sistema inmunológico (Ader, 1974, McEwen, 1993, entre otros) al cual impacta negativamente y quedando en estado de mayor propensión a padecer afecciones somáticas (Frasure-Smith et al., 1993; Strain, 1991, Burton et al., 1986; Ney, 1997). Esto convalida una vez más la noción de aborto como trauma, y como tal, su impacto sobre el sistema límbico e inmunológico.

Por otro lado, el indicador de presencia de situación traumática con vivencias de daño por duelos recientes, hallado en la muestra de abortos, se corresponde también con el concepto de trauma. Esta vez, más específicamente, con la noción homologable a un accidente, cambios bruscos, catástrofes, etc. (Passalacqua – Gravenhorst, 1996).

Esto nos permite relacionar, nuevamente, el aborto con un evento traumático, y además en vinculación con el PTSD (Rue-Speckhard, 1996). Los perfiles psicológicos hallados para las muestras de abortos provocados y espontáneos, nos permiten realizar un segundo nivel de análisis y evaluación del tema, a modo de una primera aproximación.

Los resultados nos indican que el aborto provocado comporta para la mujer una situación de crisis. Esto, mantiene su lógica con lo hallado en el primer nivel de análisis.

Por otro lado, las diferencias significativas obtenidas con respecto a la muestra de

abortos espontáneos, nos permiten pensar que se trata de dos situaciones que difieren en algo.

Existe un mayor porcentaje de presencias de indicadores de conflicto y situaciones de crisis, y de preocupación de tipo neurótica, relacionada con una temática sexual femenina, en los casos de abortos provocados. Además, estos presentaron indicadores de conflicto con la maternidad y de relaciones alteradas con el elemento materno, aunque con menor porcentaje de presencias de los indicadores que en el grupo de abortos espontáneos.

Hallamos otra diferencia en el porcentaje de presencias de indicadores de conflicto y dificultad en el manejo de la agresividad, impulsividad y afectos, y de conflicto con la maternidad y de relaciones alteradas con el elemento materno. Tal diferencia se presentó en un mayor porcentaje de indicadores en los casos de abortos espontáneos. Este segundo nivel de análisis nos permite pensar que los fenómenos presentes son muy similares en ambos tipos de interrupción del embarazo. Esto, no cuestiona la lógica del tema, sino que reafirma que existe un factor común a los dos.

Podemos hacer una lectura de este fenómeno a partir de la noción de la ruptura de los vínculos biológicos y psicológicos, que se da en toda interrupción de embarazo.

Los resultados obtenidos se corresponden con ello, pues no hallamos diferencias significativas entre abortos provocados y espontáneos en indicadores de vivencias de daño por duelos recientes. Por lo tanto, en ambos casos estamos frente a un

proceso de duelo, que resulta de la pérdida de una vida humana en desarrollo. Más aún, tal situación comporta una crisis de tipo traumática en los dos casos.

Un punto que nos cuestiona son las diferencias observadas en indicadores de conflicto con la maternidad y de relaciones alteradas con el elemento materno, presentes en los casos de abortos espontáneos con un mayor porcentaje de presencias.

Pensamos que pueden tener relación con el sentimiento de frustración ante la pérdida natural y no esperada de un hijo por nacer, lo cual conllevaría sentimientos de ira o enojo, de agresividad e impulsividad. Y, por ser una maternidad frustrada el factor desencadenante de tales fenómenos psicológicos, consideramos que el mayor porcentaje de presencias de un indicador de relaciones alteradas con el elemento de la maternidad y de conflicto frente a ella, no escapa a la lógica de los acontecimientos. Desde otro punto de vista, tal presencia coincide con lo hallado en la literatura acerca del test de Rorschach: el shock al agujero es considerado por Bohm (1970) como un caso particular del estupor frente a los símbolos sexuales femeninos, y el shock al vacío “muchas veces se refiere a abortos espontáneos o provocados recientes o no elaborados”(35).

De todos modos, dejamos la cuestión abierta hasta tanto se pueda profundizar el estudio particular del tema.

El estudio y el análisis de los datos proveen resultados que no se contraponen con los conocimientos actuales en cuanto a las consecuencias psicológicas del aborto en la mujer, sino que los amplía.

Consideramos que el presente trabajo plantea una línea específica de estudio e investigación del tema: sus consecuencias psicológicas a muy corto plazo, estudiadas a partir del test de personalidad de Rorschach. Por otro lado, posee particulares características, por ser tomado de un sector de la realidad de nuestro país, más específicamente, de la Ciudad de Buenos Aires, donde el aborto provocado es ilegal. Si bien, por un lado, tal característica torna difícil la tarea de búsqueda de muestras amplias, sostenemos que es posible acrecentar los conocimientos en base a trabajos conjuntos o de mayor tiempo de duración, sin necesidad de revertir tal ilegalidad. Por el contrario, los conocimientos desarrollados en el presente trabajo dan prueba y evidencia suficiente de la falsedad del concepto de “aborto seguro”, a partir del cual se busca legalizar el aborto voluntario o provocado. Son actualmente reconocidas las consecuencias psicológicas negativas del aborto en la mujer. Recordemos el paradójico planteo de asistencia y seguimiento que los profesionales de la fertilización asistida (Garel et al., 1995), de la eugenia seguida de un diagnóstico prenatal (Tedgard, 1998) o de la práctica del aborto llamado terapéutico (Rosenfeld, 1992) postulan para poder continuar con sus respectivas prácticas en los momentos en que los padres pasan por situaciones de “gran presión psicológicas y sus consecuencias” (36), debido a la decisión de abortar.

Además, no sólo se tiene un conocimiento suficiente de las consecuencias a largo plazo reunidas en el PAS, sino también de los cuadros psiquiátrico y psicológico que se pueden presentar en una Psicosis Post-Aborto o en un cuadro del Estrés Post- Aborto.

Por otro lado, actualmente se encuentran en estudio las consecuencias que el aborto comporta para el equipo médico y auxiliar abortista (Ney, 1983, 1997; Ney-Barry, 1983).

Concluyendo, la aproximación realizada al tema del aborto resulta ser un primer paso para estudiar los comportamientos humanos con respecto a la vida humana. Del recorrido teórico-práctico y sus conclusiones, podemos ampliar el campo de estudio del aborto. Esto, abriendo una línea de investigación del alcance que la negligencia y el abuso infantil, el aborto y sus fenómenos consecuentes tienen sobre el valor que el mismo hombre le asigna la vida humana.

CAPÍTULO 11

CONCLUSIONES

CAPÍTULO 11

CONCLUSIONES

La importancia dada al estudio psicológico del tema, se desprende de la necesidad de indagar acerca del correlato psíquico del hecho biológico y médico del aborto, ya que suele ser este último el que mayor alcance o difusión posee en la comunidad científica.

Se tuvo como objetivo valorar la relación entre depresión y ansiedad en pacientes con diagnóstico de aborto, tratadas médica o quirúrgicamente (AMEU/LUIBA), pacientes con pérdida gestacional recurrente, y pacientes sometidas a métodos de reproducción asistida que terminan en aborto.

Se recabaron los expedientes de pacientes con diagnóstico de aborto tratadas médica o quirúrgicamente en el Servicio de Ginecología del Hospital Universitario “Dr. José E. González” desde 1 mes a 6 meses posteriores a la pérdida y se contactarán telefónicamente para el llenado de la encuesta para evaluar ansiedad y depresión hospitalaria, aplicando el HADS.

El presente estudio demuestra que la mayoría de las pacientes que experimentan un aborto sufren de depresión y/o ansiedad postaborto.

Se encontró que el 37% de las pacientes patológicas cuentan con antecedente de un aborto previo.

Llama la atención que la mayoría de las pacientes con depresión y/o ansiedad postaborto son solteras y tienen mayor escolaridad que las sanas.

Esta primera fase del estudio sienta las bases para realizar los análisis posteriores, mismos que estarán encaminados a encontrar la asociación entre la depresión y/o ansiedad postaborto y las variables de interés.

Se explorará más ampliamente el grupo de pacientes con aborto tras el uso de terapia de reproducción asistida y se compararán diferencias entre aquellas sin este tratamiento para complementar y evaluar integralmente esta investigación. Una vez identificadas a las pacientes con depresión y/o ansiedad de cada uno de estos grupos, se referirán al departamento de Psiquiatría para un manejo integral multidisciplinario.

Las pacientes que acudieron a un centro de biología de la reproducción y sufrieron un aborto siempre presentaron datos de depresión o ansiedad.

CAPÍTULO 12

REFERENCIAS

CAPÍTULO 12

REFERENCIAS

1. ADER, R., et al., "Psychoneuroimmunology" San Diego, Academic Press, 2ª edición, 1990.
2. AGICH, G., "Disordine da stress posttraumatico e aborto", En GINDRO, S. et al., "Aborto volontario. Le conseguenze psichice", Roma, CIC, 1996.
3. AL-MATEEN, C. et al., "Abuso infantil", En PARMELEE, D., "Psiquiatría del niño y el adolescente", Madrid, Harcourt Brace, 1998.
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM- III-R, Washington D.C., 1987.
5. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM- IV, Washington D.C., 1995.
6. BASSO, D., "Nacer y morir con dignidad. Bioética", Buenos Aires, Depalma, 1991.
7. BECA, J. P., "Mortinatos: análisis desde la práctica clínica", En PROGRAMA REGIONAL DE BIOETICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE – OPS/OMS, Serie Documentos, 1997.
8. BOHM, E., "Manual del Psicodiagnóstico de Rorschach", Madrid, Morata, 1970.
9. BOWLBY, J., "Attachment", New York, Basic Books, Vol. I, 1969.
10. BURTON, H. et al., "The relationship of depression to survival in chronic renal failure", Psychosomatic Medicine, marzo 1986.

11. CACCIA, N. et al., "Impact of prenatal testing on maternal-fetal bonding: chorionic villus sampling versus amniocentesis", American Journal of Obstetrics and Gynecology, oct. 1991, 165:1122-5
12. CARRASCO DE PAULA, I., "Autonomía e identidad del embrión humano", En VV.AA., "Vida humana, solidaridad y teología", Madrid, 1990, 207.
13. CASEY, P., "Psychological effects of abortion", Decisions, 1997, 12: 7-8.
14. CASSADEI, D., "La síndrome post-abortiva: hipótesis e verificación clínica", En
15. GINDRO, S. et al., "Aborto voluntario. Le conseguenze psichiche", Roma, CIC, 1996.
16. CIA, A., "Trastornos por Ansiedad", Buenos Aires, Estudio Sigma, 1994.
17. CURTIS, H., BARNES, N., S., "Invitación a la Biología", Madrid, Panamericana, 1996.
18. DENNIS, M., "Necessity and sorrow. Life and death in an abortion hospital", New York, Basic Books, 1976. ELDER, S. et al., "The impact of supportive intervention after second trimester termination of pregnancy for fetal abnormality", Prenat. Diagn. 1991 Jan; 11(1):47-54.
19. FRASURE-SMITH, N. et al., "Depression following myocardial infarction". Journal of the American Medical Association, 20 de octubre de 1993.
20. FREIDL, W., "Induced abortion – a critical life change event", Zentralbl Gynakol. 1991; 113(15-16):869-77. (Abstract)
21. FUENTES M. X., Acerca del duelo de aborto, En PROGRAMA REGIONAL DE BIOÉTICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE – OPS/OMS, Serie Documentos, 1997.

22. GALLAGHER, J., "Is the human embryo a person?. A philosophical investigation", Toronto, 1985, 9. GAREK, M.M "Psychological effects of embryonal reduction. From the decision making to 4 months after delivery", J. Gynecol. Obstet. Biol Reprod., Paris, 1995, 24(2);119-26.
23. GINDRO, S. et al., "Aborto volontario. Le conseguenze psichiche", Roma, CIC, 1996.
24. GOLEMAN, D., "La inteligencia Emocional", Buenos Aires, Vergara, 1995.
25. GOMEZ LAVIN, C., Consecuencias psicopatológicas del aborto en la mujer, Cuadernos de Bioética, 1994/1a.-2a., 28:30.
26. KUMAR R., ROBSON K., "Previous induced abortion and ante-natal depression in primiparae: A preliminary report of a survey of mental health in pregnancy", Psychol. med. 8, 711-715, 1978.
27. LEDOUX, J., "Emotion and the limbic system concept", Concepts in Neuroscience, 1992; 2.
28. LEDOUX, J., "Sensory systems and emotions", Integrative Psychiatry, 1986; 4.
29. LOPEZ GARCIA, A., "Comienzo de la vida del ser humano" Revista de Medicina de la Universidad de Navarra, 1985, 231; 29.
30. MAIER, S., et al., "Psychoneuroimmunology", American Psychologist, 1994.
31. McEWEN, B., STELLAR, E., "Stress and the individual: mechanisms leading to disease", Archives of Internal Medicine, 1993 Sept; 153.
32. MIKHAIL, M., "The effect of fetal movement counting on maternal attachment to fetus", American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1991 Oct; 165, (4):988-991.

- 33.NARITA, S., MARHARA, S., "The development of maternal-fetal attachment during pregnancy", Nihon Kango Kagakkaishi, 1993 Oct; 13 (2):1-9. (Abstract).
- 34.NAVARRO-BELTRAN, E., "Diccionario terminológico de ciencias médicas", Barcelona, Salvat, 12a edición, 1987.
- 35.NEY, P, FUNG, T, WICKETT, A. Et at., „The effects of pregnancy loss on women s health", Journal of Social Science and Medicine, 1994;38 (9); 1193-1200.
- 36.NEY, P., "Child mistreatment: possible reasons for its transgenerational transmission", Canadian Journal of Psychiatry, 34:594:601.
- 37.NEY, P., "Deeply damaged", Victoria.Canada, Pioneer Publishing, 1997.
- 38.NEY, P., "Relationship between abortion and child abuse", Canadian Journal of Psychiatry, 1979,24:610- 620.
- 39.NEY, P., BARRY, J., "Children who survive", New Zealand Medical Journal, 1983; 96:127-29, 13:168-79. NEY, P.,PEETERS, M., "Aborting survivors", Victoria-Canada, Pioneer Publishing, 1995.
- 40.NEY, P., PEETERS, M., "How to talk to your children about your abortion", Victoria-Canada, Pioneer Publishing, 1998.
- 41.NEY, P., PEETERS, M., "The Centurion s Pathway", Victoria-Canada, Pioneer Publishing, 1997.
- 42.NEY, P., PETERS, A., "Ending the cycle of abuse", New York, Brunner/Mazel, 1995.
- 43.NEY, P., WICKETT, A., "Metal health and abortion: review and analysis", Psychiatric Journal of the University of Ottawa, 1989, 14 (4), 506-516.

44. NIXON, P., "The human function curve. A paradigm for our times", *Activitas Nervosa Superioris*, (3): 130- 133.
45. OBIGLIO, H., "La dignidad de la persona y la biografía de la humanidad", Buenos Aires, Instituto de Ética Biomédica-UCA, 1994.
46. ORMONT, M. et al., "Multifetal pregnancy reduction. A review of an evolving technology and its psychosocial implications", *Psychosomatics* 1995 Nov-Dec; 36 (6):522-30.
47. PANCHERI, P., "Sress, emozione, malattia", Milano, Ed. Mondotori, 1980.
48. PASSALACQUA, A. et al., "El psicodiagnóstico de Rorschach. Sistematización y nuevos aportes", Buenos Aires, Alex, 3a edición, 1994.
49. PASSALACQUA, A., et al., "El psicodiagnóstico de Rorschach. Interpretación", Buenos aires, Alex, 2a edición, 1993.
50. PASSALACQUA, A., GRAVENHORST, M., "Los fenómenos especiales en Rorschach", Buenos aires, JVE Psiqué, 3a edición 1996.
51. PETTERS, M., "The mirade of human life", Second Eastern Conference on Love, Life and Family, Moscow-Russia, May 18-20,1994.
52. POPLAWSKI, N. et al., " Ethics and embyos", *J. Med. Ethics*, 1991 Jun; 17 (2): 62-9.
53. RABIN, B., et al., "Bidirectional interaction between the central nervous system and the immune system", *Critical Reviews in Immunology*, 1985; 135.
54. ROSENFELD, J., "Emotional responses to therapeutic abortion", *Am. Fam. Physician*, 1992 Ja.; 45 (1):137-40.

55. RUE, V., SPECKHARD, A., et al., "Síntomas de trauma consecuencia de aborto voluntario. Un análisis preliminar de los datos rusos y americanos", En GINDRO, S., et al., "Aborto voluntario. Las consecuencias psicológicas", Roma, CIC, 1996.
56. RUE, V., SPECKHARD, A., "Post-Abortion Syndrome: an emerging public health concern", Journal of Social Issues, 1992, 48 (1):95-119.
57. SANTOS RUIZ, A., "Instrumentación genética", Madrid, MC, 1997.
58. SARMIENTO, A., "El don de la vida". Documentos del Magisterio de la Iglesia sobre Bioética", Madrid, BAC, 1996.
59. SCOTLAND, N.L., The mind of the abortion trauma syndrome: Journal of American medical Association 268 (1992), 2078-2079.
60. SELBY, T.L. & BOCKMON, M., The morning after: help for the post-abortion syndrome, Baker Books House, Grand Rapids MI, 1990.
61. SERANI M, A., El aborto provocado, En LAVADOS, M. SERANI, M., A., Ética Clínica, Chile, Ediciones de la Pontificia Universidad Católica de Chile, 1993.
62. SERRA, A., "La realidad biológica del neoconcepto", La Civilización Católica, 1987; 138,19.
63. SEYLE, H., "A síndrome producido por diversos agentes nocivos", Nature, 1936; 138:32.
64. SEYLE, H., "The stress of life", New York, MacGraw, 1956.
65. STRAIN, J., "Cost offset from a psychiatric consultation- Liaison intervention with elderly hip fracture patients", American Journal of Psychiatry, 1991; 148.
66. SUTTON, A., "Aborto: indicaciones psicológicas y consecuencias", Catholic Medical Quarterly, 1993 Aug;15, 1 (259):11-15.

- TEDGARD, U. et al., "Carrier testing and prenatal diagnosis of haemophilia – utilization and psychological consequences", *Haemophilia* 1998 Jul; 4(4):365-9.
67. WICKS-NELSON, R., ISRAEL, A., "Psicopatología del niño y del adolescente", Madrid, Prentice Hall, 3a edición, 1997.
- ZOELSE, G., BLACKER, C., "The psychological complications of therapeutic abortion", *British Journal of Psychiatry*, 1992; (160):742-49.

CAPÍTULO 13

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

CAPÍTULO 13

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Iván Alejandro Torres Vega

Candidato para el Grado de
Especialista en Ginecología y Obstetricia

Tesis: “DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON PÉRDIDA GESTACIONAL MENOR A 20 SEMANAS CON Y SIN TERAPIA DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA”.

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud

Biografía:

Datos Personales: Nacido en Monterrey, Nuevo León el 24 de mayo de 1985, hijo de Carlos Gerardo Torres Valdez y Angélica Margarita Vega Suárez.

Educación: Egresado de la Universidad Autónoma de Nuevo León, grado obtenido Médico Cirujano y Partero en 2008.

Experiencia Profesional: 2013-2014. 12º Curso de Posgrado en Diabetes Mellitus. Escuela de Medicina. Tec de Monterrey.

2014-2018. Hospital Universitario “Dr. José E. González”, Monterrey, Nuevo León. Residente de la especialidad de Ginecología y Obstetricia. Jefe de Residentes. Rotación de Campo en Hospital General de Montemorelos, en el período comprendido de noviembre 2017- febrero 2018.

CAPÍTULO 14

ANEXOS

CAPÍTULO 14

ANEXOS

ANEXO 1 FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Edad	Ocupación	Estado civil	Escolaridad	Paridad	Edad gestación	Abortos previos	Antecedente depresión	Antecedente de infertilidad	Tipo de tratamiento

ANEXO 2

Cuestionario HADS

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