

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



TESIS

**FACTORES DE RIESGO SOCIALES QUE INFLUYEN EN LAS
CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS POST ABORTO.
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA – 2016**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
OBSTETRA**

**PRESENTADO POR LA BACHILLER:
JUDITH LLANOS CERQUÍN**

**ASESORA:
OBST. ELENA SOLEDAD UGAZ BURGA**

Cajamarca – Perú

2018

COPYRIGHT © 2018 BY

Judith Llanos Cerquín

Todos los derechos reservados

DEDICADO A:

Mis padres, por la semilla de superación que han sembrado en Mí, a mi esposo e hijas por su apoyo emocional y estímulo.

Judith

SE AGRADECE A:

Mi familia, por su comprensión y estímulo, además de su apoyo incondicional a lo largo de mis estudios.

Mi asesora: Dra. Elena Ugaz Burga quien me brindo su valiosa y desinteresada orientación y guía en la elaboración del presente trabajo de investigación.

Y a todas las personas que en una u otra forma me apoyaron en la realización de este trabajo

Judith

INDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
INDICE	v
LISTA DE TABLAS	vii
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
1.1. Definición y delimitación del problema	3
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Objetivos	5
1.3.1. Objetivo General	5
1.3.2. Objetivos Específicos	5
1.4. Justificación de la investigación	5
CAPÍTULO II	7
2.1. Antecedentes	7
2.1.1. Antecedentes Internacionales	7
2.1.2. Antecedentes nacionales	8
2.2. Bases teóricas	8
2.2.1. Aborto	8
2.2.1.1. Definición	8
2.2.1.2. Etiología	9
2.2.1.3. Tipos de aborto. Dentro de los tipos de aborto se encuentra	10
2.2.1.4. Aborto inducido	12
2.2.2. Factores de riesgo sociales	13
2.2.2.1. Edad.	13
2.2.2.2. Grado de instrucción	13
2.2.2.3. Estado civil	14

2.2.2.4. Función Familiar	14
2.2.3. Consecuencias psicológicas	14
2.2.3.1. Sentimiento de culpa.	14
2.2.3.2. Insomnio	17
2.2.3.3. Vergüenza	23
2.2.3.4. Depresión	26
2.3. Hipótesis	29
2.4. Variable	29
2.4.1. Variable dependiente	29
2.4.2. Variable Independiente	29
2.5. Definición operacional y conceptual de variables	30
CAPÍTULO III	31
3.1. Diseño y tipo de estudio	31
3.2. Área de estudio y población	31
3.3. Muestra y Muestreo	32
3.3.1. Tamaño de muestra	32
3.4. Unidad de análisis	33
3.5. Criterios de inclusión	33
3.6. Principios éticos	33
3.7. Procedimientos, técnicas y descripción del instrumento	33
3.8. Procesamiento y análisis de datos	36
3.9. Control de calidad de datos	37
CAPÍTULO IV	38
CONCLUSIONES	69
RECOMENDACIONES	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
Anexos	77

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características sociales de las mujeres de la muestra atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2016	38
Tabla 2. Funcionalidad familiar en las mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2016	40
Tabla 3. Consecuencias psicológicas de las mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2016	42
Tabla 4. Edad asociado al sentimiento de culpa de las mujeres post aborto atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2016	45
Tabla 5. Grado de instrucción asociado al sentimiento de culpa de las mujeres post aborto atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2016	47
Tabla 6. Estado civil asociado al sentimiento de culpa de las mujeres post aborto atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2016	49
Tabla 7. Función Familiar asociado al sentimiento de culpa de las mujeres post aborto atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2016	50
Tabla 8. Edad asociada al insomnio en las mujeres post aborto atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2016	51
Tabla 9. Insomnio según grado de instrucción de las mujeres post aborto. Hospital Regional Docente. Cajamarca – 2016	53
Tabla 10. Insomnio según estado civil de las mujeres post aborto. Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2016	54
Tabla 11. Insomnio según funcionalidad familiar de las mujeres post aborto. Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2016	56
Tabla 12. Vergüenza según edad de las mujeres post aborto. Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2016	57
Tabla 13. Vergüenza según grado de instrucción de las mujeres post aborto. Hospital Regional Docente. Cajamarca – 2016	58
Tabla 14. Vergüenza según estado civil de las mujeres post aborto. Hospital Regional Docente. Cajamarca – 2016	60
Tabla 15. Vergüenza según funcionalidad familiar edad de las mujeres post aborto. Hospital Regional Docente. Cajamarca – 2016	62

Tabla 16. Edad asociado a la depresión en las mujeres post aborto atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2016	63
Tabla 17. Grado de instrucción asociado a la depresión en las mujeres post aborto atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca - 2016	65
Tabla 18. Estado civil asociado a la depresión en las mujeres post aborto atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2016	66
Tabla 19. Función familiar asociado a la depresión en las mujeres post aborto atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2016	67

LISTA DE ABREVIATURAS

- SPA: Síndrome Post-aborto-
- β – hCG: Beta- Gonadotropina Coriónica Humana
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- ISI: índice de severidad del insomnio
- SMV: Salario Mínimo Vital

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es determinar la influencia de factores de riesgo sociales en las consecuencias psicológicas post aborto. **Metodología:** investigación no experimental de corte transversal. El tipo de estudio es descriptivo, analítico y correlacional. **Resultados:** dentro de los factores de riesgo estar en un grupo de edad de 20 – 34 años (55,6%), tener un nivel educativo secundaria (30.0%), ser conviviente (51.1%), provenir de una tener una familia funcional (55.6%), dentro de las consecuencias psicológicas en el grupo de estudio se observó que el 34.4% presentaron un sentimiento de culpa leve, un insomnio clínico (40%), se siente avergonzada (51.1%) y llegaron a deprimirse (63.3%). Dentro de los factores de riesgo sociales que influyen en las consecuencias psicológicas son: para el sentimiento de culpa son la edad ($p=0.000$), grado de instrucción ($p=0.007$), estado civil ($p=0.009$), y función familiar ($p=0.029$). Para el insomnio son: la edad ($p=0.014$), estado civil ($p=0.000$) y la función familiar ($p=0.016$), la vergüenza se encuentra la función familia ($p=0.006$). Y en la depresión solo se encuentran el grado de instrucción ($p=0.047$). **Conclusión:** Las características sociales de las mujeres de la muestra son: tener entre 20 – 34 años, tener un nivel educativo secundario, conviviente y presentar una familia funcional. Dentro de las consecuencias psicológicas de las mujeres de la muestra presentan un sentimiento de culpa leve, un insomnio clínico, se sienten avergonzadas y presentan tendencia depresiva.

Palabras clave: Aborto, sentimiento de culpa, Vergüenza, depresión, insomnio

ABSTRACT

The objective of the present study is to determine the influence of risk factors on post-abortion psychological consequences. **Methodology:** non-experimental cross-sectional research. The type of study is descriptive, analytical and correlational. **Results:** within the risk factors be in an age group of 20 - 34 years (55.6%), have a secondary educational level (30.0%), be a cohabiter (51.1%), come from a having a functional family (55.6%), within the psychological consequences in the study group it was observed that 34.4% presented a feeling of slight guilt, a clinical insomnia (40%), felt ashamed (51.1%) and became depressed (63.3%). Among the social risk factors that influence the psychological consequences are: for the feeling of guilt are age ($p=0.000$), degree of instruction ($p=0.007$), marital status ($p=0.009$), and family function ($p=0.029$). For insomnia are: age ($p=0.014$), marital status ($p=0.000$) and family function ($p=0.016$), shame is the family function ($p=0.006$). And in depression, only the level of education is found ($p=0.047$). **Conclusion:** The social characteristics of the women in the sample are: to be between 20 - 34 years old, have a secondary level of education, live together and present a functional family. Within the psychological consequences of the women in the sample they present a feeling of slight guilt, a clinical insomnia, they feel ashamed and present a depressive tendency.

Keywords: Abortion, guilt, shame, depression, insomnia

INTRODUCCIÓN

El aborto según la OMS es la expulsión o extracción de un embrión o feto que pese 500 gramos o menos antes de las 20 – 22 semanas de gestación. Se estima que, a nivel mundial, cada año, quedan embarazadas 208 millones. En América Latina y el Caribe ocurren anualmente 182 millones de embarazos, de éstos, 36% no fueron planeados, y un 20% termina en un aborto (1)

El aborto ya sea natural o provocado, como tal, representa un riesgo para el bienestar de las mujeres; muchas de ellas sufren en silencio los efectos psicológicos del mismo, de una parte el aborto espontáneo es muy frecuente entre las mujeres, más de lo que se piensa, pues la biología de un embarazo es muy complicada y son muchos los casos en los que el proceso es interrumpido por sí mismo o no llega a su finalización, lo que supone un golpe muy duro para la mujer y para la pareja. (2). El aborto ocupa el cuarto lugar como causa de muerte materna (7%), según el Ministerio de Salud.

Se conoce las consecuencias psicológicas, pero no se conocen los factores que influyen en estas, sobre todo los sociales, es por ello que se realizó el presente trabajo de investigación cuyo objetivo fue de determinar la influencia de algunos factores de riesgo sociales y las consecuencias psicológicas post aborto, en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.

Dentro de las características sociales de la muestra se encuentra a las mujeres post aborto entre <19 a >35 años, tener un nivel educativo secundario, ser conviviente y presentar una familia funcional. Las características psicológicas de las mujeres de la muestra presentan un sentimiento de culpa leve, un insomnio clínico, se sienten avergonzadas y presentan tendencia depresiva.

De los cuales los factores de riesgo que se relacionan con las consecuencias psicológicas como el sentimiento de culpa son: la edad, grado de instrucción, estado civil y Función familia. En el insomnio. Los factores de riesgos sociales que influyen

significativamente son: la edad, estado civil y función familiar. En la Vergüenza: función familiar y por último en la depresión es el grado de instrucción.

Es por ello que la presente investigación consta de cinco capítulos con el siguiente contenido:

- Capítulo I: contiene el problema de investigación donde se da algunos alcances estadísticos sobre la problemática que se quiere abordar, los objetivos y justificación del problema.
- Capítulo II: contiene el marco teórico, antecedentes de investigación previas al presente estudio, bases teóricas, hipótesis, conceptualización y operacionalización de variables.
- Capítulo III: metodología que se utilizó para desarrollar la presente investigación.
- Capítulo IV: muestra los resultados de la investigación y la discusión de los resultados.

Por último, se presentan las conclusiones de la investigación, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Definición y delimitación del problema

Se estima que, a nivel mundial, cada año, quedan embarazadas 208 millones de mujeres. Entre ellas, el 59% (o 123 millones) tiene un embarazo planificado (o deseado) que culmina en un nacimiento con vida, un aborto espontáneo o una muerte fetal intrauterina. El 41% restante (85 millones) de los embarazos no es deseado (3). En América Latina y el Caribe ocurren anualmente 182 millones de embarazos, de éstos, 36% no fueron planeados, y un 20% termina en un aborto (1).

El aborto ya sea natural o provocado, como tal, representa un riesgo para el bienestar de las mujeres; muchas de ellas sufren en silencio los efectos psicológicos del mismo, de una parte el aborto espontáneo es muy frecuente entre las mujeres, más de lo que se piensa, pues la biología de un embarazo es muy complicada y son muchos los casos en los que el proceso es interrumpido por sí mismo o no llega a su finalización, lo que supone un golpe muy duro para la mujer y para la pareja(2). El aborto inducido, por su parte, también tiene consecuencias que puede crear inseguridades y dudas que pueden desembocar en ansiedades y miedos u otros trastornos psicológicos. En uno u otro caso, el aborto tiene consecuencias negativas, pues el instinto maternal en muchas mujeres es fuerte y puede haber apego al feto aunque no sea deseado; aun así, cerca de 46 millones de mujeres en el mundo se someten a un aborto inducido; de aquellas, el 78% se ubican en los países en desarrollo y el 22% restante en los desarrollados, pero lo más grave es que cada tres minutos, ocurre una muerte materna, a consecuencias de complicaciones del aborto (3).

En el Perú, diariamente más de 1000 mujeres abortan, 94 son atendidas por abortos incompletos y 2 mueren por complicaciones (4), constituyéndose en un grave problema de salud pública; pero más allá de las repercusiones biológicas que trae consigo el aborto, el impacto psicológico es mucho mayor; afecta la vida de las

mujeres en todos los niveles; pese a que inmediatamente después de que se presenta el aborto, la mujer puede experimentar una reducción de los niveles de ansiedad, pues decae el elemento ansiógeno constituido por un embarazo indeseado; sin embargo muchísimas mujeres viven una ansiedad mayor, presentando consecuencias psicológicas (5), que afectan la vida cotidiana de la mujer y se concretan de múltiples formas, perjudicando e interfiriendo en sus relaciones interpersonales (especialmente las conyugales o de pareja), su capacidad de trabajo o estudio, el interés por las cosas y por las otras personas, etc.

La herida abierta por el aborto puede provocar además otro tipo de manifestaciones como sentimiento de culpa, insomnio, vergüenza y depresión pudiendo llegar inclusive al suicidio. Precisamente, estudios realizados por diversos autores, muestran que 30-55% de las mujeres que abortan tienen ideas de suicidio y entre el 7-30% llegan a cometer intentos (6). Sin embargo, poco se ha hecho por tratar las necesidades emocionales y psicológicas de aquellas mujeres que luchan contra sentimientos de dolor por haber abortado.

En Cajamarca, específicamente, el Hospital Regional Docente Cajamarca, la situación no es diferente, en el año 2015 se registraron 890 abortos incompletos y en lo que va del año 2016, ya han sido atendidas 650 mujeres con este diagnóstico, sin llegar a investigar las causas que lo provocaron, y mucho menos las repercusiones psicológicas que puede traer consigo este hecho o los factores de riesgo sociales asociados, limitándose el profesional de salud solamente a detener el sangrado o tratar la infección, casi nunca se realiza un seguimiento de estas mujeres, pese que se conoce empíricamente que muchas de ellas experimentan el dolor desde el primer momento y paulatinamente van presentando diversos desórdenes psicológicos que requieren de la atención inmediata del especialista, unas en mayor grado que otras, probablemente dependientes de factores de riesgo como la edad (adolescente), el estado civil, la pobreza, la desintegración familiar o disfuncionalidad familiar, religión, etc. que aumentan o disminuyen estas alteraciones psicológicas, de allí la intención de realizar la presente investigación cuyo objetivo es determinar la influencia de los factores de riesgo sociales en las consecuencias psicológicas post aborto en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca.

1.2. Formulación del problema

¿Cómo influyen los factores de riesgo sociales en las consecuencias psicológicas post aborto, en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

- determinar la influencia de factores de riesgo sociales en las consecuencias psicológicas post aborto, en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar las características sociales de las mujeres de la muestra.
- Identificar las consecuencias psicológicas post aborto
- Identificar los factores de riesgo sociales que influyen en cada una de las consecuencias psicológicas (sentimiento de culpa, insomnio vergüenza y depresión)

1.4. Justificación de la investigación

El aborto ocupa el cuarto lugar como causa de muerte materna (7%), según el Ministerio de Salud; sin embargo, numerosos estudios sostienen que dentro de las muertes por hemorragias (60%) e infecciones (13%) se encuentran subregistradas muchas muertes por aborto. En consecuencia, si existiera un buen registro de las muertes maternas, el aborto ocuparía posiblemente el primer lugar (7).

Los efectos de esta práctica pueden llevar a la muerte de la mujer (es la cuarta causa de muerte materna en el Perú), así como a problemas de infertilidad en el futuro además de consecuencias psicológicas que deterioran la vida cotidiana de la mujer. Si bien la mortalidad e infecciones se han reducido los sentimientos de culpa, insomnio, vergüenza y depresión, entre otros persisten afectando las relaciones sociales, interpersonales y ocupacionales de la mujer.

El efecto que el aborto produce en la salud mental de la mujer que lo vivencia, sobre todo si es provocado, es un tema preocupante para la comunidad científica, toda vez que numerosas investigaciones y experiencias clínicas demuestran que las reacciones psicológicas varían de una mujer a otra. Reacciones que pueden ser ansiosas, depresivas, sentimientos de vacío y dolor, hasta un síndrome específico o síndrome post-aborto, el cual posee todas las características del estrés post-traumático.

De alguna manera se conocen las consecuencias psicológicas, pero no se conocen los factores que inciden en estas, sobre todo los sociales, es por ello que se pretende la realización del presente trabajo de investigación cuyo objetivo es determinar la influencia de algunos factores de riesgo sociales y las consecuencias psicológicas post aborto, en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.

Los resultados constituirán un aporte a la ciencia, al mismo tiempo que permitirá realizar alguna propuesta para atenuar el daño en la mujer, de tal forma que luego de ser dada de alta se reincorpore a la sociedad como una persona productiva y capaz de continuar con una vida saludable tanto física como emocionalmente, de hecho, este beneficio no solamente será para la mujer sino para toda su familia y por ende para la sociedad. Además, se podrá sugerir la creación de un programa de prevención y de prácticas saludables que se puedan fomentar para la comunidad juvenil y adulta en la que se presenta esta problemática.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

- Gómez, G. (Colombia, 2012). Su investigación tuvo como objetivo afianzar la construcción conceptual sobre la posible ocurrencia del Síndrome Post-aborto y sus secuelas, encontró como resultados diversos desórdenes psicológicos como: depresión en 69%, intento de suicidio en 54%, culpa, 54%, Ira en 46%, aflicción en 38%, incapacidad de perdón hacia sí misma en 38%, disminución del deseo sexual 38%, aislamiento en 38%, tristeza 31%, pesadillas en 23% (5).

- Félix, N. (Guatemala, 2013) luego de plantear como objetivo, establecer cómo afecta el sentimiento de culpa en las madres que han tenido un aborto en su vida llegó a determinar que el 46 % de mujeres tuvieron abortos espontáneos, el 24% fueron abortos terapéuticos y el 30% abortos provocados y que “el sentimiento de culpa producido por aborto influye en la vida de la madre” al experimentar sentimientos de tristeza, culpa, furia, vergüenza y arrepentimiento dentro de un cuadro depresivo el cual se puede catalogar como leve, moderado y grave. Manifestó que el Síndrome Post-Aborto (SPA) es el resultado del aborto y afecta tanto a la madre como al padre. El aborto destruye el vínculo natural entre padres e hijos, quedando ambos con una sensación de vacío, lo que dificulta la relación de pareja. En la madre se crea una situación de conflicto entre su papel de madre y el papel que desempeña en la destrucción de la vida de su niño no nacido. Generalmente esta situación de conflicto se acompaña de la vivencia de un difícil desarrollo del duelo (8).

2.1.2. Antecedentes nacionales

- Mendoza, N (Lima, 2011). En su trabajo de investigación tienen como objetivo demostrar la existencia del Síndrome post aborto como efecto de la vivencia de un aborto provocado con el fin de dar atención profesional y certera a quien lo ha vivido. Dentro de los resultados de dicho estudio se encontró que el 18,40% de las mujeres tenían grado de instrucción superior incompleta, seguido de un importante 17,40% que tuvieron estudios superiores técnicos concluidos. El estado civil al momento del aborto fue: 36% solteras y 33 % convivientes y se tenía como antecedente que el 30,28% había abortado entre los 16 – 20 años. La manifestación física más frecuente en un 75,92% fue la cefalea. En cuanto a las repercusiones psicológicas el 73,31% presentó desajustes en la relación con su pareja y el 48,01% con las demás personas y el 47,70 lo tuvo con sus hijos. El 50,15% presentó sentimientos de remordimiento, culpa y rabia, mientras que el 48,31% presentó sentimientos de remordimientos, culpa y dolor (9).
- Comettant P.M.(Lima 2016) Realizó un estudio en el cual su objetivo fue determinar los factores personales, familiares y relacionados a la pareja que intervienen en la decisión de abortar en adolescente su resultado fue: el bajo grado de instrucción tiene un riesgo significativo de 2.688 (IC 95% 1.385-5.217), la ocupación tiene un riesgo significativo de 2.984 (IC 95% 1.535-5.798), el embarazo planificado tiene una protección significativa de 0.059 (IC 95% 0.008-0.461), el número de parejas sexuales tiene una protección significativa de 0.343 (IC 95% 0.154-0.764). Los factores familiares que intervienen en la decisión de abortar son: el estado civil de la madre tiene un riesgo significativo de 2.538 (IC 95% 1.281-5.028), el grado de instrucción de la madre tiene un riesgo significativo de 3.558 (IC 95% 1.821-6.958), el estado civil del padre tiene un riesgo significativo de 2.818 (IC 95% 1.359-5.841), el ingreso familiar tiene un riesgo significativo (10).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Aborto

2.2.1.1. Definición

La palabra aborto se deriva del latín aboriri, abortar. En inglés existen dos términos para referirse al aborto, miscarriage y abortion, que son sinónimos. Sin embargo, en general el término abortion se utiliza para referirse a la interrupción inducida del

embarazo, por lo que se prefiere utilizar miscarriage para referirse a la expulsión espontánea del feto. Existen términos nuevos generados por el uso extendido de la ecografía y las concentraciones de gonadotropina coriónica humana que permiten identificar a los embarazos incipientes e incluyen el aborto del primer trimestre y falla al inicio del embarazo (11).

La Organización Mundial de la Salud ha definido el aborto como: “la expulsión o extracción de un embrión o feto que pese 500 gramos o menos”. Este peso corresponde a una edad gestacional entre 20- 22 semanas. Como en el aborto retenido no ha ocurrido la expulsión, se podría definir mejor al aborto como la interrupción de un embarazo menor de 20-22 semanas o la pérdida de un embrión o de un feto que pesa menos de 500 gramos. Se denomina aborto temprano al que ocurre antes de la 12a semana de gestación y aborto tardío al que se presenta entre las 12 y las 20 semanas de gestación. El aborto puede ser espontáneo o inducido (provocado) (12).

El aborto también puede definirse como la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de la viabilidad fetal (11).

Se calcula que 20-30% de las gestaciones terminan en aborto espontáneo; sin embargo, hay estudios que indican una incidencia de aborto entre 40-50% y aun hasta 80% de todas las gestaciones cuando se incluyen embarazos muy tempranos (13).

2.2.1.2. Etiología

La gran mayoría de los abortos espontáneos se deben a anormalidades cromosómicas y a anormalidades morfológicas de los gametos, los embriones o los fetos, incompatibles con un desarrollo normal. Entre los abortos que ocurren antes de las 12 semanas de gestación se encuentran anomalías cromosómicas en 50-60% de los casos; la mitad de estas anomalías cromosómicas son trisomías (en particular trisomía 16), aproximadamente un cuarto son monosomías X (cariotipo 45, X0); también se encuentran poliploidías (triploidías o tetraploidías) y un pequeño número presenta translocaciones desequilibradas y otras anomalías cromosómicas.

En abortos espontáneos tardíos (mayores de 12 semanas de gestación), la incidencia relativa de las anormalidades cromosómicas disminuye a aproximadamente 5%. Otras causas de aborto espontáneo son las siguientes: anormalidades anatómicas del aparato genital materno (útero unicornio, útero bicorne, útero tabicado, miomatosis uterina, incompetencia cervical, cicatrices y adherencias uterinas); enfermedades endocrinas tales como la insuficiencia del cuerpo lúteo, el hipotiroidismo, el hipertiroidismo y la diabetes mellitus no controlada; enfermedades sistémicas maternas como el lupus eritematoso, las enfermedades cardiovasculares y renales y la desnutrición; infecciones maternas como sífilis, rubeola, toxoplasmosis, listeriosis, e infecciones por el virus herpes 2, virus de inclusión citoplasmática, Chlamydia trachomatis y Mycoplasma hominis; factores inmunológicos tales como la isoimmunización Rh, la incompatibilidad ABO o del sistema Kell; factores tóxicos como el uso de antagonistas del ácido fólico y el envenenamiento por plomo y traumáticos por lesión directa sobre el útero en gestaciones del segundo trimestre.

Aunque los factores etiológicos involucrados en la pérdida recurrente del embarazo (anteriormente aborto habitual) son los mismos que los que se informan para el aborto espontáneo individual, es diferente la distribución de su frecuencia. Por ejemplo, las anormalidades Müllerianas que se encuentran en 1-3% de mujeres con un aborto individual, se pueden diagnosticar en 10-15% de pacientes con pérdida recurrente de la gestación. La incidencia de anormalidades cromosómicas es menor en los casos de pérdida recurrente del embarazo, aunque cuando se realizan cariotipos de alta resolución el número de desarreglos que se diagnostica es mayor. Los desórdenes endocrinos, las alteraciones autoinmunes, las anomalías Müllerianas y la incompetencia cervical se diagnostican con mayor frecuencia en las pacientes con pérdida recurrente de la gestación (12).

2.2.1.3. Tipos de aborto. Dentro de los tipos de aborto se encuentra

a. *Amenaza de aborto.* Embarazo de producto vivo con contracciones uterinas, con o sin sangrado genital y cuello cerrado. Los principales datos clínicos son: amenorrea secundaria, prueba de embarazo positiva (β -hCG cuantitativa), presencia de vitalidad fetal; sangrado uterino de magnitud variable, dolor tipo cólico en hipogástrico de magnitud variable, volumen uterino acorde con amenorrea sin dilatación cervical evidente.

- b. *Aborto en evolución o aborto inminente.* Cuyo cuadro clínico es: expulsión inminente del tejido ovular, dolor tipo cólico progresivo en intensidad y frecuencia, volumen uterino menor que lo esperado por amenorrea, sangrado uterino persistente de moderada cantidad y dilatación cervical ostensible
- c. *Aborto inevitable.* Se caracteriza por: volumen uterino igual o menor que lo esperado por amenorrea, sangrado uterino abundante o ruptura de membranas con pérdida de líquido amniótico, puede haber o no dilatación cervical.
- d. *Aborto en curso.* Aumento progresivo del dolor, de las contracciones o de la hemorragia, con modificaciones cervicales o ruptura de membranas.
- e. *Aborto incompleto.* Expulsión parcial de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico a través de un cuello con modificaciones y sangrado variable.
- f. *Aborto completo.* Expulsión completa del feto y anexos ovulares con cese posterior de la hemorragia y del dolor. Es frecuente el cierre del orificio cervical.
- g. *Aborto diferido o huevo muerto retenido.* Aborto caracterizado por la retención en la cavidad uterina de un embrión o feto muerto (incluyendo el embarazo anembrionado) o la detención de la progresión normal del embarazo, puede acompañarse o no de sangrado variable.
- h. *Aborto séptico.* Infección de causa obstétrica que cursa con fiebre (temperatura de 38°C o más) antes, durante o después del aborto espontáneo o provocado acompañada de otros signos como dolor uterino, mal olor o pus. Presencia de fiebre sin ningún otro sitio clínicamente evidente de infección, hipersensibilidad suprapúbica, dolor abdomino-pélvico a la movilización del cérvix y útero y alteraciones del estado general
- i. *Aborto terapéutico.* Terminación médica o quirúrgica del embarazo para prevenir lesiones graves o permanentes en la mujer embarazada. Cuando hay riesgo grave para la vida de la madre, riesgo de una enfermedad de origen genético o congénito grave y para salvaguardar la salud física o mental de la madre, cuando estas están amenazadas por el embarazo o por el parto.

j. Aborto recurrente. Pérdida repetida de la gestación o aborto recurrente: es la pérdida espontánea en dos o más ocasiones de manera secuencial o alterna.

k. Aborto inseguro. El aborto provocado en condiciones de riesgo es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como aquel procedimiento realizado para terminar un embarazo no deseado practicado por personas que carecen de las calificaciones necesarias o practicado en un ambiente sin las mínimas condiciones de seguridad médicas, o ambos (14).

2.2.1.4. Aborto inducido

Todo aborto inducido, como fenómeno, tiene tres fases:

- Los orígenes (embarazo involuntario).
- El momento de la decisión que la mujer toma de abortar.
- Las consecuencias.

a. Primera fase. Desde los orígenes se genera ya un drama, dado que “la psicología femenina y la psicología de la maternidad son inseparables, ser madre o ser padre forman parte integral de la misma conservación de la especie”.

b. Segunda fase. La decisión de abortar, que siempre, se toma en condiciones de fuerte estrés, muchos miedos, dudas y absoluta soledad. Para la psiquiatría, todas las mujeres que abortan por aspectos sociales tienen reacciones temerosas y depresivas, no ven otra salida. La tensión creciente empuja a una descarga y, a la mayoría, el aborto le parece ser la única solución, el único camino transitable.

c. Tercera fase. Para la psiquiatría, todas las mujeres que abortan por aspectos sociales tienen reacciones temerosas y depresivas, no ven otra salida. La tensión creciente empuja a una descarga y, a la mayoría, el aborto le parece ser la única solución, el único camino transitable.

La naturaleza femenina, posee afectividad, sentido de lo invisible, capacidad para educar, cuidar y donarse a través del amor. Lo que más teme no es al fracaso, sino a ser abandonada, a quedarse sola, a no tener con quien compartir su ser. Una mujer siempre es madre, puesto que, en su cuerpo, en su mente y en su actitud hacia los demás, están todas las características para serlo. El embarazo

la potencia hacia una donación total de sí misma. El hecho de ser receptáculo de su hijo crea, en la madre, un sentimiento de unión muy profunda e intensa, ella no querrá separarse jamás de su hijo.

La madre experimenta que ha perdido algo muy grande y significativo; todo su ser lo sabe y su intuición materna constantemente lo confirma (9).

2.2.2. Factores de riesgo sociales

Son las condiciones, características o circunstancias de orden social, detectables que predisponen la presencia de un evento (15), en este caso de trastornos psicológicos, entre los cuales se pueden considerar a:

2.2.2.1. Edad.

La literatura considera que deberían considerarse niños y adolescentes con riesgo elevado de presentar trastornos psicológicos, se supone que luego de un aborto este riesgo es susceptible de aumentar, sin embargo, también existe literatura que sostiene que una mujer joven puede dominar fácilmente sus temores, pero a partir de los 36 o 37 años se amplifican (16).

2.2.2.2. Grado de instrucción

Es la capacidad de cada persona, de ir adquiriendo nuevos conocimientos integradores en el orden social, lo que le permitirá un mejor desenvolvimiento y mejora, tanto en ámbitos individuales como colectivos.

- *Primaria:* Son los estudios que desarrollan los niños en el ámbito escolar; dura 6 años, normalmente se inicia los 6 y termina a los 12 años de edad.
- *Secundaria:* La educación secundaria dura 5 años, normalmente desde los 12 hasta los 16 años, en algunos casos hasta los 17 años, dependiendo de la arbitrariedad del colegio y la elección de los padres; sin embargo, ningún niño puede acabar este nivel educativo antes de los 15 años, ni tampoco puede ser adelantado.
- *Superior:* Al terminar la formación secundaria, las personas pueden proseguir sus estudios en Institutos y/o Universidades, con el objetivo de conseguir una titulación con nivel Técnico o nivel Profesional según el lugar donde se estudie; pudiendo ser:

- Superior Técnica: Estudio en Institutos promedio 1 a 3 años, que otorga el grado académico de “Técnico”.
- Superior Universitario: Estudio desarrollado en la Universidad que otorga un grado profesional dependiendo de la carrera profesional universitaria elegida, puede durar desde 5 a 7 años de estudios. (17)

2.2.2.3. Estado civil

Es probable que las mujeres solteras y abandonadas o presionadas por su pareja para abortar, tengan mayor riesgo de padecer algún tipo de trastorno psicológico.

2.2.2.4. Función Familiar

La funcionalidad familiar juega un papel importante en el desarrollo social y psicológico de los miembros que constituyen el núcleo familiar, y depende no sólo del altruismo que lleva a los seres sociales a unirse para sobrevivir, sino también, de la plasticidad operacional conductual que permita a los miembros operar consensualmente, como condición para la realización de sus ontogenias particulares, mediante la pertinencia al sistema. De acuerdo con esto, las perturbaciones o situaciones estresantes que comprometan el sistema familiar puede producir un desequilibrio, ya sea en los planos físico o emocional de él o los integrantes que hacen parte de él (18).

2.2.3. Consecuencias psicológicas

Las mujeres que han pasado por un aborto suelen presentar diversidad de manifestaciones psicológicas, las más comunes son:

2.2.3.1. Sentimiento de culpa.

El sentimiento de culpa es una vivencia psicológica que surge a consecuencia de una acción que causa un daño y que provoca un sentimiento de responsabilidad (19).

La culpa es un afecto doloroso que surge de la creencia o sensación de haber trasgredido las normas éticas personales o sociales, sobre todo cuando de la conducta (u omisión) de una persona ha derivado un daño a otra. Psicológicamente, la culpa alude a la mala conciencia y al afecto negativo (remordimiento) que el sujeto experimenta.

Las conductas generadoras de culpa pueden ser muy variadas. La culpa remite muy frecuentemente a hechos del pasado – incluso del pasado lejano- y aparece más fácilmente cuando las metas tratadas por el sujeto son excesivamente altas (20).

Son tres los elementos principales de los que consta la culpa: a) el acto causal (real o imaginario); b) la percepción y autovaloración negativa de tal acto por parte del sujeto (la mala conciencia); y c) la emoción negativa derivada de la culpa propiamente dicha (el remordimiento).

En cuanto a los efectos psicopatológicos, resulta más grave la culpa referida a la forma de ser (por ejemplo, “soy un desastre”, “no valgo para nada”, etc.) que la culpa relacionada con un comportamiento concreto (por ejemplo, “debería haberme callado en esa discusión”, “tengo que cuidar mi aspecto físico”, etc.). Un acto culpable puede ser reparado, pero la culpabilidad intrínseca de la persona, no. Este último caso es menos frecuente, pero, sin embargo, suscita peores consecuencias psicológicas, sobre todo depresión, y genera menos apoyo, que no es buscado por la víctima (20).

a. Desarrollo del sentimiento de culpa

La aparición del sentimiento de culpa está vinculada al desarrollo de la conciencia moral. La mayor o menor intensidad de las respuestas emocionales de culpa deriva de las diferencias individuales y de las pautas educativas. Las personas introvertidas y con rasgos obsesivos tienden a vivir la culpa con más intensidad. Los estilos educativos centrados en el castigo físico provocan respuestas agresivas; por el contrario, los castigos psicológicos (por ejemplo, “ya no te quiero”, “no ves como sufrimos”, “así correspondes a los sacrificios hechos por ti”, etc.) suscitan sentimientos de culpa intensos.

Ya desde una fase temprana, en el transcurso del proceso de socialización, los niños adquieren la capacidad de empatía, es decir la aptitud de ponerse en el lugar de los otros para comprender mejor lo que piensan y sienten y lo que puede originarles sufrimiento. No se trata de una mera empatía cognitiva (comprender lo que le ocurre a otra persona), sino de una auténtica empatía emocional (sentir lo que realmente sucede). Ello supone que hacer algo indebido (o no hacer lo debido) le hace a una persona sentirse culpable. Si esto no ocurre, hay una anomalía en el funcionamiento psicológico.

El sentimiento de culpa es sano cuando evoluciona del miedo al castigo o al malestar personal (por ejemplo, “me encuentro hecho polvo”) al remordimiento por haber causado daño (por ejemplo, “siento lo mucho que está sufriendo”), lo que incita a la rectificación y a la reparación. Se trata de una culpa sana cuando el sujeto siente pesar y arrepentimiento por las trasgresiones cometidas y plantea subsanarlas para, de ese modo, lavar las culpas.

El arrepentimiento puede manifestarse de tres formas:

- El arrepentimiento por vergüenza. Es cuando la persona se arrepiente por haber trasgredido la tabla de sus principios éticos
- El arrepentimiento por error. Es cuando la persona se ha equivocado en su conducta respecto a la adecuación de lo que hacía
- El arrepentimiento por deficiencia. Es cuando no se ha hecho todo lo que se podía y debía hacer para el logro de algo importante (20).

b. La culpa anormal

Desde una perspectiva psicopatológica, la culpa puede ser anormal o por defecto. En uno y otro caso hay una distorsión de la conciencia de la situación. El sentimiento de culpa excesiva o inapropiada está muy vinculado a la depresión, como síntoma propio de un episodio depresivo, y al trastorno obsesivo de la personalidad, caracterizado por un nivel alto de exigencia y de perfeccionismo. En estos casos, sobre todo en la depresión, el aspecto emocional – el sentimiento-, en función de ideas sobrevaloradas o incluso delirantes, aparece dissociado e incluso independiente del acto negativo. Los sentimientos de culpa e indignidad son muy intensos, basados en incidentes triviales o culpas leves del pasado que ahora el deprimido convierte en una montaña de indignidad y daño. Es decir, la persona se siente culpable sin haber hecho algo objetivamente malo o incluso sin saber por qué (20).

Esta culpa anómala, referida a conductas que están más allá del control del sujeto, es destructiva e impide al sujeto experimentar alegría por las conductas que realiza de manera correcta y, en último término, disfrutar de la vida. El dolor puede combatirse con analgésicos, pero la culpa no.

Los sentimientos de culpa en la depresión vienen acompañados frecuentemente de ideas de desprecio hacia uno mismo, sobre todo cuando el sujeto tiene rasgos de una personalidad obsesiva. En la depresión está más presente la vergüenza que la culpa. Es más, la culpa funciona como un autocastigo por los errores cometidos en el pasado. En estos casos el profundo malestar experimentado, la percepción de irreparabilidad del daño efectuado y el deseo de expiar la culpa pueden llevar al paciente al suicidio (20).

Otras veces, por el contrario, la patología de la culpa se relaciona con su inexistencia. Es lo que ocurre en el caso del trastorno antisocial de la personalidad, que representa una alteración grave del desarrollo emocional, o en la personalidad paranoica, en donde no se siente arrepentimiento ni compasión por las víctimas a las que se hace daño.

Una forma anómala -y paradójica- de culpa es cuando ésta se experimenta por parte de las víctimas de un delito o de una conducta inapropiada, lo que ocurre, con cierta frecuencia, en las víctimas de agresiones sexuales o de violencia familiar (20).

c. Evaluación de los sentimientos de culpa

A pesar de la importancia que los sentimientos de culpa tienen dentro del contexto clínico, existen pocos instrumentos que sirvan para evaluarlos específicamente y que posean buenas propiedades psicométricas (20).

2.2.3.2. Insomnio

Literalmente es *“falta de sueño a la hora de dormir”* (del latín, *Insomnium*). Sin embargo, en la práctica este término se usa con significados muy diversos, lo que además de introducir cierta confusión en el ámbito clínico, explica la gran disparidad de los resultados de prevalencia de los estudios epidemiológicos. De hecho, no debería confundirse insomnio, tal y como se usa en esta guía, con la privación o falta de sueño voluntaria o impuesta, ni con la *“queja de dormir mal”* en la que no existe una repercusión en el funcionamiento al día siguiente. Las manifestaciones más características del insomnio son las dificultades para iniciar y mantener el sueño y el despertar final adelantado; aunque, como demuestran algunos estudios

epidemiológicos, las personas que refieren padecer estas dificultades no reconocen necesariamente padecer insomnio.

Los pacientes que consultan por insomnio además se quejan de otros síntomas durante el día, como son alteraciones del humor (por ejemplo apatía), cansancio, dificultad para realizar las tareas cotidianas, déficit cognitivos, somnolencia y otros. Pese a la queja, en ocasiones, de somnolencia, las personas con insomnio no pueden dormirse durante el día, algo que está demostrado con registros poligráficos diurnos -como el test de latencias múltiples de sueño- y que reconocen cuando se les pregunta directamente por ello. De hecho, muchos autores consideran el insomnio como un estado de hiperalerta o “trastorno de la vigilancia que dura las 24 horas del día”, convirtiéndose en un problema que afecta a la persona, tanto por la noche como por el día (21).

Aunque en los actuales manuales diagnósticos, no se haga referencia a la dificultad para dormir durante el día, ésta debería incluirse en las definiciones del insomnio; lo que permitiría distinguir el insomnio de aquellas situaciones -frecuentes por otra parte en la clínica-, en las que el sueño nocturno puede estar alterado y el paciente presenta somnolencia diurna, pero si intenta dormir, lo consigue. Tal puede ser el caso de una variedad de enfermedades de distintos aparatos y sistemas. No obstante, hay personas que pueden padecer este tipo de afecciones y desarrollan un estado de excesiva activación que afecta a las horas, tal y como ocurre asociado al insomnio.

El insomnio se considera un estado de hiperalerta o “trastorno de la vigilancia que dura las 24 horas del día”, por lo que es característico la dificultad para dormir también durante el día (21).

- *Somnolencia y fatiga*

Hay que resaltar que mientras los pacientes con insomnio crónico se pueden quejar de somnolencia durante el día, en realidad presentan dificultades tanto para dormir a cualquier hora del día (incluida, por ejemplo, la siesta), como altos niveles de cansancio (es decir, fatiga). Es importante que el profesional diferencie estos dos conceptos, somnolencia y fatiga, no solo para evaluarlos en el insomnio sino también para descartar otros posibles problemas ligados a excesiva somnolencia diurna.

La somnolencia es la sensación subjetiva de cansancio físico y mental que está asociada a un aumento en la propensión al sueño. Es la consecuencia típica de la privación de sueño/sueño insuficiente y se caracteriza por accesos de sueño durante el día.

La fatiga es la sensación subjetiva de cansancio físico y mental que no está asociada a un aumento en la propensión al sueño. Es el estado característico del sueño alterado (insomnio) y se caracteriza por la dificultad para dormir a cualquier hora del día pese al cansancio físico y mental (21).

a. Etiopatogenia del insomnio. Los factores que contribuyen a la aparición, el desarrollo y el mantenimiento del insomnio se agrupan en: predisponentes, precipitantes y perpetuantes. Esta división, basada en el curso clínico del trastorno en el que actúan los diversos factores es orientativa, pues en algunos aspectos pueden solaparse.

- *Factores predisponentes:* -el género, la edad, el nivel socioeconómico y el estado de salud, son factores predisponentes para el insomnio, además de: factores psicológicos, donde destacan, sobre todo, los sentimientos negativos y la tendencia a rumiar, que difícilmente se puede disociar de la tendencia a internalizar las emociones (inhibición de la expresión emocional), lo que desde el siglo pasado se ha relacionado con estados de hiperactivación somática. No obstante, algunos “modelos” separan de forma artificial lo emocional y lo cognitivo en la génesis y desarrollo del insomnio. Múltiples estudios han demostrado que la casi totalidad de los pacientes con insomnio crónico presentan sintomatología y/o rasgos/trastornos de personalidad; siendo los más comunes el trastorno distímico, los trastornos de ansiedad y los rasgos/trastornos de personalidad obsesivos.

Por otra parte, los pacientes con insomnio crónico usan estrategias de afrontamiento del estrés centradas en la emoción que son menos eficaces en la resolución de problemas y típicamente incrementan la activación emocional (21).

- *Factores precipitantes.* Los más comunes para el insomnio crónico son aquellos que se relacionan con las situaciones estresantes. Estudios controlados han

demostrado que el comienzo del insomnio crónico está precedido de un aumento de acontecimientos estresantes.

- *Factores perpetuantes.* Se relacionan, sobre todo, con el miedo a no dormir y con las creencias y comportamientos no adaptativos (con el consiguiente desarrollo de hábitos erróneos) en relación con el sueño (21).

b. Fisiopatología del insomnio

Puede resumirse como la de un estado de hiperactivación psicofisiológica. Esto se ha demostrado de forma objetiva en los ámbitos de la actividad cerebral, vegetativa y endocrina. En conjunto estos estudios han demostrado una hiperactividad de los dos brazos (CRH-ACTH-cortisol y simpático) del sistema de respuesta al estrés y de alteraciones en el ritmo de secreción de las citoquinas proinflamatorias (IL-6 y TNF α). Esto parece ser la base fisiológica de las frecuentes quejas clínicas de las personas con insomnio crónico de no poder dormir durante el día (o dicho de otra forma de no presentar somnolencia diurna) y, en cambio, estar fatigados. En los últimos años se han propuesto varios “modelos” teóricos en este sentido, que ofrecen visiones parciales para fundamentar las técnicas de tratamiento no farmacológico del insomnio (21).

En particular, los pacientes con insomnio ponen en marcha estrategias de afrontamiento del estrés centradas en la emoción, típicamente la tendencia a inhibir la expresión emocional (internalización de la emoción), ante dichos estresores. Esto da lugar a un estado de excesiva activación emocional, la cual provoca una excesiva activación fisiológica antes y durante el sueño que impide dormir, es decir, que produce insomnio. Una vez que aparece el insomnio, se establece un proceso de condicionamiento que contribuye a que el insomnio se haga crónico del siguiente modo: cuando la persona ya tiene la experiencia del insomnio, desarrolla miedo a volver a dormir mal y a sus consecuencias, y por tanto una aprensión al insomnio; a partir de ahí su atención se centra excesivamente en el insomnio.

El miedo al insomnio produce entonces por sí mismo una activación emocional y fisiológica, que pasa a primer plano y agrava la excesiva activación fisiológica preexistente y, en consecuencia, el insomnio de un modo circular y creciente, lo que establece una forma condicionada de insomnio crónico. Esta hipótesis, además de dar un sentido global a la relación entre factores etiológicos (el estrés y su

afrontamiento) y fisiopatológicos (la excesiva activación emocional y fisiológica y el miedo condicionado), tiene un valor clínico ya que se puede utilizar para formular un plan de tratamiento multidimensional de un problema multifactorial como es el insomnio crónico (21).

c. Características clínicas del insomnio.

Aunque los pacientes con insomnio crónico se quejan principalmente de la cantidad y/o calidad del sueño nocturno, el insomnio como trastorno se caracteriza clínicamente por manifestaciones tanto nocturnas como diurnas. Por tanto, Las características clínicas propias del insomnio son:

- *Sueño nocturno:*
 - Dificultades para conciliar el sueño (+++)
 - Dificultades para mantener el sueño (+++)
 - Despertar final adelantado (+++)
 - Sueño no reparador (+++)
- *Funcionamiento diurno:*
 - Fatiga (+++)
 - Síntomas de ansiedad y depresión (+++)
 - Disforia (+++) – Déficits leves de atención / concentración (++)
 - Déficits de memoria (+)
 - Déficits en funciones ejecutivas (+)
 - Excesiva somnolencia (+)
- Otras características asociadas:
 - Rasgos de personalidad tendentes a la preocupación (+++) (21).

d. Clasificación

Existen múltiples clasificaciones del insomnio, pero a efectos prácticos se puede clasificar en función de la etiología, momento de la noche en que se produce y de su duración.

- *En función de la etiología:*
 - Insomnio primario: el que no tiene un factor etiológico claramente identificable o no está asociado a ningún otro cuadro clínico. Puede estar relacionado con ciertos rasgos de personalidad o estilos de afrontamiento.
 - *Insomnio secundario o comórbido:* aparece como consecuencia, o en el contexto, de otro(s) cuadro(s) clínico (s) o de una situación adaptativa
- *En función del momento de la noche en que se produce*
- *Insomnio de conciliación:* las quejas del paciente se refieren a dificultades para iniciar el sueño. Se produce generalmente en jóvenes, siendo la forma más frecuente de insomnio ligado a problemas médicos, consumo de drogas o algunos trastornos psiquiátricos, como los trastornos de ansiedad.
- *Insomnio de mantenimiento:* el paciente presenta problemas para mantener el sueño, apareciendo frecuentes interrupciones y/o períodos de vigilia durante el mismo. Suele ser frecuente en casos de problemas psíquicos y médicos ligados al envejecimiento. - Despertar precoz: el último despertar se produce como mínimo dos horas antes de lo habitual para el paciente (21,22).
- En función de su duración:
 - *Insomnio de tipo transitorio:* su duración es inferior a una semana. Es el más frecuente y generalizado entre la población. En el período de un año, alrededor de 1/3 de la población adulta sufre algún problema de insomnio y, de ellos, aproximadamente la mitad padece lo que se conoce como insomnio transitorio. Suele estar asociado a factores estresantes desencadenantes (por ejemplo, causas medioambientales, cambios bruscos de horario, estrés físico ocasional, crisis emocionales) y cuando éstos desaparecen, el sueño vuelve a la normalidad. - Insomnio de corta duración o agudo: dura de una a cuatro semanas. Se relaciona con factores estresantes, pero más duraderos en el tiempo que en el insomnio de tipo transitorio (21,22).

- *Insomnio clínico*: dura cuatro semanas o más y puede deberse a causas intrínsecas al organismo, por ejemplo, a una enfermedad física o psiquiátrica de larga duración o no tener causa subyacente evidente.
- *Insomnio psicofisiológico*: se define como la dificultad condicionada para dormirse y/o extrema facilidad para despertarse del sueño, durante un periodo superior al mes, expresada por al menos una de las siguientes condiciones: ansiedad o excesiva preocupación por el sueño; dificultad para quedarse dormido al acostarse o en siestas planificadas, pero no en otros momentos del día en los que se llevan a cabo tareas monótonas y en los que no hay intención de dormirse; hiperactividad mental, pensamientos intrusivos o incapacidad para cesar la actividad mental, que mantienen al sujeto despierto; mejoría del sueño fuera del entorno y dormitorio habituales; excesiva tensión somática en la cama, que incapacita la relajación e impide conciliar el sueño (21,22).

2.2.3.3. Vergüenza

a. Definición:

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua la define como: “la turbación del ánimo, que suele encender el color del rostro, ocasionada por alguna falta cometida, o por alguna acción deshonrosa y humillante, propia o ajena”.

La vergüenza está asociada a la necesidad de proteger el “yo” social, y en este sentido es beneficiosa. Tal y como decía Aristóteles: “la vergüenza y el rubor son indicios inequívocos de la presencia del sentimiento ético”. Sin embargo, cuando se trata de establecer un límite que faculte una correcta interrelación con los semejantes la cuestión no es nada sencilla, así como tampoco suele obedecer a la libre elección del individuo (23).

b. La vergüenza adquirida:

La vergüenza puede tener muchos orígenes; algunos no excesivamente graves, como los de carácter innato o los asociados a una cierta educación que, en principio, no deberían causar mayores problemas. Los hay, sin embargo, que obedecen a otros factores más complejos e, indiscutiblemente, más graves. Suelen proceder de la infancia, y entre ellos están los malos tratos, los abusos sexuales o cualquier otra

situación traumática en la que se atente contra la integridad física o psicológica del menor. La vergüenza es el escenario por excelencia donde tienen cabida los secretos ocultos (23).

Este tipo de conducta sitúa al individuo en un estado de alerta permanente. Ya no sólo es la vergüenza dirigida a un objetivo en concreto; la patología alcanza su punto culminante en la sensación de sentir vergüenza.

La vergüenza puede ser hasta cierto punto innata, pero más comúnmente está asociada a las experiencias vividas o a la educación recibida, y es ahí donde puede estar el problema. Implica un auto descalificación global y es una emoción devastadora y dolorosa que la primera.

Por lo general, la culpa y la vergüenza suelen considerarse similares. Son emociones más complejas que el resto, que no surgen hasta los tres años de edad aproximadamente y que requieren que una persona sea consciente de sí misma como individuo y capaz de juzgarse a sí misma y su comportamiento. Ambas se producen cuando se considera que se ha hecho algo mal. Pero existe una diferencia fundamental entre ambas, y es que la culpa se produce cuando la persona se centra en la acción y no en sí misma como persona (24).

La persona que siente vergüenza, en cambio, se centra en sí misma, no en su conducta, y considera que hay algo malo en ella como persona por lo que ha hecho. La vergüenza va acompañada del deseo de desaparecer, de esconderse o de que se te trague la tierra porque no deseas que los demás vean la "horrible" persona que eres. Así pues, la vergüenza está relacionada con la mirada de los demás, aunque también puede sentirse estando a solas, pero siempre se tienen a los demás en mente ("si ellos supieran...") (24).

c. Las principales causas de la vergüenza:

Una de las principales causas de vergüenza tiene que ver con las relaciones con otras personas. Las relaciones conflictivas pueden ser fuente de comportamientos de humillación, rechazo o desprecio que hieren la autoestima de las personas y les hace sentirse avergonzadas y defectuosas.

Las relaciones son tensas, conflictivas e inseguras. Las personas dicen sentirse humilladas, heridas y ofendidas. O pueden expresar sentimientos de estar excluidos o falta de pertenencia, soledad, rechazo, acoso, ser dejado de lado, ser ignorado, sentirse invisible. El rechazo puede generar dudas acerca de uno mismo y de la propia capacidad. Cuando una persona nunca oye ningún comentario agradable, sino tan solo quejas de su comportamiento, puede acabar dudando de sí misma y de su capacidad. Es decir, puede empezar a sentirse inadecuada como persona, con sentimientos de no valer lo suficiente, no estar a la altura, ser un fracaso como persona. Y todo esto es lo que se conoce como vergüenza (24).

Después de un tiempo así, pueden empezar a sentir depresión, miedo, falta de fuerzas, dolores musculares, ira, fatiga crónica... Pueden sentirse irritables y enfadados todo el tiempo, su personalidad va cambiando poco a poco, sin apenas darse cuenta, hasta que dejan de ser la persona que eran.

d. La reacción ante la vergüenza:

Una de las reacciones más frecuentes ante la vergüenza es la ira, que puede estar dirigida hacia los demás, en forma de agresiones, violencia, crítica, etc., o hacia sí mismo, en forma de autodesprecio y odio.

Además, se dan reacciones de retirada y evitación, tendiendo a aislarse de los demás para evitar experiencias que puedan producir vergüenza. No obstante, la vergüenza puede sentirse también estando solo (24).

e. La vergüenza: una emoción oculta:

Contar a una persona de confianza una determinada experiencia y decirle que ha sentido vergüenza es un buen modo de hacer que ese sentimiento disminuya. Pero lo cierto es que no suele hacerse muy a menudo.

Por lo general, la gente tiende a hablar de sus emociones. Cuando cuentan a otros una vivencia o experiencia suelen decirle que se sintieron enfadados, tristes, felices, etc. Pero esto no siempre sucede con la vergüenza, pues se trata de una emoción que la gente prefiere guardarse para sí misma.

La vergüenza juega un papel importante en la regulación de otras emociones como ira, miedo, culpa o amor. Si la persona se avergüenza de sentir determinadas emociones, la probabilidad de expresarlas será más baja.

La vergüenza lleva a las personas a ejercer un autocontrol intenso y gran autocastigo u odio hacia uno sí misma cuando ese autocontrol fracasa (24).

2.2.3.4. Depresión

a. Definición:

Desde el punto de vista etimológico, el término depresión deriva del latín “depressio”, que significa opresión, encogimiento o abatimiento. Desde el punto de vista psicológico es un síndrome caracterizado por tristeza profunda, con inhibición de las funciones psíquicas, y en ocasiones con trastornos neurovegetativos. Según el modelo médico, la psiquiatría describe la depresión como un trastorno del estado de ánimo, cuyo síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser de carácter transitorio o permanente (25).

La depresión puede ser un síndrome, es decir, un conjunto de síntomas, o bien, puede aparecer como síntoma asociado en otra entidad o trastorno, por ejemplo, como consecuencia de una enfermedad (26).

b. Etiología:

Como en todas las diferentes formas de la conducta, al tratar de entender la etiología de la depresión se tiene dos grandes vertientes: por un lado la cuestión endógena (orgánica) y por otro lado la explicación psicológica (inconsciente). Es importante recordar la idea de las series complementarias de Freud, donde indica que ambas irán de la mano siempre, es decir, por un lado se tiene aquello con lo que el sujeto nace, ya sea de orden fisiológico o emocional (por ejemplo, si nace con cierta tendencia depresiva o no) y por otro lado se tiene el impacto que provocará lo ambiental y las circunstancias particulares que rodean a esa persona (26).

Desde una perspectiva clínica, la depresión consiste en un estado de ánimo bajo, con pérdida del interés en casi todas las áreas y actividades, lo que representa un

cambio drástico en la manera de ser de la persona, previo a la aparición de estos síntomas, y con características agregadas como la alteración del apetito, alteraciones del sueño, agitación o enlentecimiento psicomotriz, disminución de energía, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad, sentimientos de culpa, dificultades de pensamiento o de concentración e ideas de muerte o suicidio recurrentes. También se presentan, sentimientos de tristeza, de desamparo, amor propio disminuido, sentimientos de que la seguridad está amenazada debido a la pérdida de algo o alguien que la garantizaba e incapacidad de enfrentarse solo a las diferentes exigencias de la vida.

Desde una perspectiva psicoanalítica, la depresión es básicamente la elaboración de un duelo. Un duelo por algo que se perdió, algo que se tenía y que ya no se tiene. En todas las situaciones algo se está viviendo como inalcanzable, algo se desea tener y no se ha conseguido. Sin embargo, a diferencia de otros trastornos, la depresión no se puede definir fácilmente por su génesis, por lo que pone en marcha, ya que puede estar relacionada con la historia del paciente y no ser una causa directamente relacionada en tiempo y espacio con la presentación de los síntomas.

De lo anterior se concluye que el núcleo de la depresión, en tanto estado, no se puede buscar ni en el llanto, ni en la tristeza, ni en la inhibición psicomotriz, pues todos estos estados pueden o no estar presentes en una persona deprimida. Sin embargo, algo que sí está presente es el tipo de ideas que poseen en común todos aquellos cuadros en los cuales por lo menos una de estas manifestaciones está presente. La no realización de un deseo mediante el cual alcanzaría un ideal, o la consecución de un logro menor que provoca que se sienta arruinado, fracasado, inferior, culpable. Es decir, el núcleo de la depresión lo van a constituir estas ideas de inferioridad, autorreproche, fracaso, e incluso, en algunos casos, ideas de muerte. Otra característica de la depresión es que los afectos están entrecruzados con las ideas aunque se trata de entidades separables (26).

La depresión forma parte de los trastornos del humor o de la afectividad. Lo complicado es que no todos los síntomas deben o pueden estar presentes para que se realice el diagnóstico; es decir, puede haber una depresión sin que haya auto reproches. Al igual que, por ejemplo, la tristeza, puede estar detonada por los auto reproches, pero tampoco se puede explicar sólo por esta causa (26).

c. Clasificación:

La clasificación se basa sobre todo en la presentación y duración de síntomas como: estado de ánimo deprimido, notable disminución de placer o de interés en todas o casi todas las actividades habituales, disminución o aumento significativo del apetito y del peso corporal, insomnio o hipersomnia, fatiga o pérdida de energía, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad, ideas de muerte recurrentes.

- Episodio depresivo leve:

Pautas para el diagnóstico. El ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad, suelen considerarse los síntomas más típicos de la depresión y, como mínimo, 2 de estos 3 deben estar presentes para plantear un diagnóstico definitivo, además de incluirse, al menos, 2 de los síntomas referidos anteriormente. El episodio depresivo debe durar, al menos, 2 semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo sus actividades laborales y sociales, aunque es probable que no las deje por completo (26).

- *Episodio depresivo moderado*

Pautas para el diagnóstico. Deben estar presentes, como mínimo 2 de los 3 síntomas más típicos, descritos para el episodio depresivo, así como al menos 3 (y preferiblemente 4) de los demás síntomas. Es probable que los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos 2 semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando sus actividades social, laboral o doméstica (26).

- *Episodio depresivo grave, sin síntomas psicóticos*

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de la autoestima y los sentimientos de inutilidad o de culpa sean significativos, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente

graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes, casi siempre, durante un episodio depresivo grave.

Pautas para el diagnóstico. Para confirmar el diagnóstico deben estar presentes los 3 síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y por lo menos 4 de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave, sin embargo, si se presentan síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle.

Normalmente, el episodio depresivo debe durar al menos 2 semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido, puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de 2 semanas (26).

2.3. Hipótesis

Existe influencia significativa entre factores de riesgo sociales y los trastornos psicológicos post aborto, en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.

2.4. Variable

2.4.1. Variable independiente

- Factores de riesgo sociales

2.4.2. Variable dependiente

- Consecuencias psicológicas post aborto

2.5. Definición operacional y conceptual de variables

Variable	Definición conceptual	Indicador	Ítems	Escala
Variable independiente				
Factores de riesgo sociales	Condiciones, características o circunstancias de orden social, detectables que predisponen la presencia de un evento (16)	Edad	≤19 años 20 – 34 años ≥35 años	intervalo
		Grado de instrucción	Analfabeta Primaria Secundaria Sup. No Universitaria Sup. Universitaria	Nominal
		Estado civil	Soltera Conviviente Casada	Nominal
		Función Familiar	Disfuncional funcional	Nominal Nominal
Variable dependiente				
Consecuencias psicológicas post aborto	Son hechos resultantes de otros, que se constituye en su causa (31).	Sentimiento de culpa	Normal Leve Moderada Severa	Nominal
		Insomnio	Ausencia Clínico Grave	Nominal
		Vergüenza	Marcada Avergonzada No	Nominal
		Depresión	Si No	Nominal

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

El diseño del presente estudio corresponde a una investigación no experimental de corte transversal. El tipo de estudio es descriptivo, analítico y correlacional:

- *Es no experimental*: porque no se manipuló ninguna variable.
- *Descriptivo*: porque permitió describir y analizar las consecuencias inmediatas post aborto.
- *Correlacional*: porque permitió conocer la influencia de factores sociales en las consecuencias inmediatas post aborto.
- *De corte transversal*: porque el estudio se realizó en un momento determinado sin hacer cortes en el tiempo.

3.2. Área de estudio y población

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, ubicado en el distrito de Cajamarca, el que está ubicado en el Jr. Larry Jhonson S/N, Barrio de Mollepampa. en la zona nor andina del Perú, entre los paralelos 4° 30' y 7° 30' de latitud sur, y los meridianos 77° 47' y 79° 20' de longitud oeste, a 856 Km de la capital del País, Lima, a una altitud de 2,720 m.s.n.m y cuenta con una T^o media anual de 18.9°C.

La población estuvo constituida por todas las pacientes con diagnóstico de aborto incompleto atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia en el año 2016, teniendo como antecedente el dato estadístico de aquellas que fueron atendidas entre enero y setiembre.

N = 650

3.3. Muestra y Muestreo

Para encontrar el tamaño de la muestra se utilizó el muestreo probabilístico estratificado, es decir que todos los elementos tendrán la misma probabilidad de ser elegidos.

3.3.1. Tamaño de muestra

El tamaño de la muestra se calculó para estimar la proporción de mujeres con consecuencias psicológicas inmediatas post aborto ($P = 0.20$) con una confianza del 95% y una precisión en la estimación del 5% y se calculará teniendo en cuenta la siguiente fórmula:

$$n \geq \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2(N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot (0.20) \cdot (0.80) \cdot (650)}{(0.05)^2(650 - 1) + (1.96)^2 \cdot (0.20) \cdot (0.80)}$$

$$n = 178.59$$

$$n = 179$$

Donde:

n= Tamaño de la muestra

N= 650 tamaño de la población

Z= 1.96 (Valor Probabilística de Confiabilidad al 95%)

P= 0.20 (Proporción de mujeres con consecuencias psicológicas inmediatas post aborto)

Q= 0.91 (Complemento de P)

E= 0.05 (Tolerancia de error en las mediciones)

Para mayor precisión se ha considerado una muestra de 180 pacientes.

3.4. Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por cada una de las mujeres con diagnóstico de aborto incompleto, que ingresaron a ser atendidas al Hospital Regional Docente de Cajamarca.

3.5. Criterios de inclusión

Las mujeres en el presente estudio cumplieron con algunos criterios para ser incluidas en el mismo, a saber:

- Ingresar al servicio con diagnóstico de aborto incompleto.
- Aceptar voluntariamente ser parte de la muestra del presente estudio.
- Estar en pleno uso de sus facultades mentales.

3.6. Principios éticos

Esta investigación se fundamentó en principios dirigidos a asegurar la calidad y la objetividad de la investigación, como los siguientes:

- *Autonomía.* En la presente investigación se respetó la opinión de las mujeres.
- *No maleficencia.* La información se obtuvo sin dañar a las mujeres, anteponiendo el beneficio y luego que firme el consentimiento informado para la aplicación de los instrumentos utilizados para investigar las consecuencias psicológicas inmediatas del aborto.
- *Consentimiento informado.* Luego que la mujer fue informada en forma clara y precisa del propósito y modalidad de la investigación firmó una hoja con el consentimiento informado.
- *Privacidad.* Se respetó el anonimato de la mujer, desde el inicio de la investigación, hasta el final.
- La información obtenida de cada mujer no podrá ser revelada, utilizándose sólo para fines de investigación.

3.7. Procedimientos, técnicas y descripción del instrumento

La presente investigación se realizó considerando diferentes pasos en el proceso: primero se solicitó el permiso correspondiente al director del Hospital Regional Docente Cajamarca, informándole previamente la naturaleza e importancia de la

investigación, de igual forma se solicitó el permiso a la Jefe del servicio de Ginecología y Obstetricia para obtener información de las historias clínicas de las pacientes que llegan con diagnóstico de aborto incompleto.

En una segunda fase, se visitó a cada una de las mujeres a su domicilio después de las 24 horas y entre los 7 días posteriores al alta, pudiendo realizar la entrevista y la aplicación de los instrumentos en el mismo hospital si su estancia dura más de 24 horas.

Se utilizó la técnica de la encuesta como instrumentos:

- a. *Un cuestionario de recolección de datos*, donde se consignó datos personales y obstétricos de la gestante y algunos factores sociales como la edad, nivel educativo, estado civil, procedencia, paridad, edad gestacional y desintegración familiar.
- b. *Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)*, el cual consto de 14 reactivos a los cuales se debió contestar como: casi nunca, pocas veces, a veces, muchas veces, casi siempre, se suma el resultado de todos los ítems y se evalúa: Familia funcional de 70-43 puntos; familia disfuncional 42-14 puntos. En cuanto a la confiabilidad los resultados de los mismos sujetos no cambian aún después de transcurrido un tiempo entre las dos aplicaciones: se estudió la estabilidad de la prueba, para lo cual se realizaron aplicaciones con intervalos de 4 semanas. La determinación se realizó a través del "testretest" (Liener^ 1990).

La media del coeficiente de confiabilidad o de correlación r de Pearson fue de 0,42, la relación positiva existe pero no es perfecta (0,50 – 0,60). El Alfa de Crombach fue de 0,91, este resultado reflejaría la validez del instrumento ya que se encuentra dentro de los valores aceptables (28).

- c. *Escala para medir sentimiento de culpa (SC-35)*, adaptación de la escala de Zabalegui (1993), es un instrumento elaborado y validado en una muestra española, que tiene una consistencia interna adecuada y que permite evaluar los sentimientos de culpa de una persona, cada uno de los ítems se evalúan como TF = Totalmente Falso, MBV = Más bien verdadero (más verdadero que falso), MBF = Más bien Falso (Más falso que verdadero) y TV = Totalmente verdadero;

En los dos ítems reproducidos, la valoración de las respuestas sería 1, 2, 3, 4, 5. Excepto en los ítems 1 y 31 que son a la inversa es decir 5, 4, 3, 2, 1. Se suman todos los ítems y luego se procede a la interpretación: Más de 140 puntos: sentimientos severo, más 100 moderado; entre 20 – 90 sentimiento de culpa leve y menos de 20 puntos: no presentan sentimiento de culpa.

La escala de culpabilidad (sc-35) se acredita como instrumento fiable ($= 0.88$) y valido. Al estudio de la validez concurrente (alcanza una correlación de 0.64 con la escala 0 del 16 pf) (29).

d. *ISI (índice de gravedad del insomnio)*, cuestionario breve, sencillo y autoadministrado. Consta de siete ítems. El primero evalúa la gravedad del insomnio (dividido en tres ítems); los demás sirven para medir la satisfacción del sueño, las interferencias del funcionamiento diurno, la percepción del problema del sueño por parte de los demás y el nivel de preocupación del paciente. Para obtener el resultado se suma la puntuación de todos los ítems: (1a + 1b + 1c + 2+3+4+5), el intervalo de la puntuación es de 0-28: la interpretación es: 0-7 ausencia de insomnio; 8-21 = insomnio clínico; 22 – 28 = insomnio clínico (grave).

La escala ISI (índice de gravedad del insomnio) tiene un valor de fiabilidad de consistencia interna igual a 0,91. En cuanto a su validez, el ISI mostró correlaciones estadísticamente significativas de signo positivo con el AIS-5 ($r = 0,93$) y de signo negativo con el MMSE ($r = -0,15$) (30).

e. *Escala para medir vergüenza*, que consta de 5 ítems cuya interpretación es: 12 – 15 puntos: siente un marcado sentimiento de vergüenza; 8 – 11 puntos: se siente avergonzado; 5 – 7 puntos: no siente avergonzado.

Mediante el Alfa de Cronbach se determinó la correlación de los ítems con los puntajes de la escala encontrando los siguientes resultados:

¿Te sentirías avergonzado de ti mismo?	0.69
¿Desearías poder ocultarte? =.	0.63
¿Sentirías vergüenza de ti mismo por lo sucedido?	0.71
¿Pensarías que otros te rechazarían? =	0.68
¿Sentirías que debes buscar arreglar la situación?	0.60

La evidencia de confiabilidad de la escala se estableció mediante el análisis de su consistencia interna a través del Alfa de Cronbach, (0.84) el cual mostró que, de manera general, así como en las subescalas, el instrumento presenta una confiabilidad aceptable (31).

f. *Cuestionario sobre depresión post aborto (Escala de Edimburgo)*, constituido por 10 preguntas a las que la mujer debe contestar con respuestas como a veces, siempre, nunca. A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0) Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión.

Una vez obtenida la información se procedió a realizar un análisis de los resultados de cada variable y cruzando las variables factores de riesgo sociales y consecuencias emocionales.

La Escala de Depresión de Edimburgo fue diseñada y validada por sus autores (Cox, Holden y Sagovsky) para evaluar específicamente sintomatología depresiva durante el periodo post natal. Es un instrumento ampliamente utilizado, validado para la patología emocional que busca detectar y para el grupo al cual se dirige (32).

También se pretende conocer y analizar las vivencias e historias que presentaron las mujeres, antes y después del aborto, para ello se diseñó preguntas directrices, previamente diseñadas, a un número determinado de ellas, hasta agotar el discurso. (preguntas 12,13,14, 15 y 16).

3.8. Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento electrónico de la información se realizó a través del Programa IBM SPSS Versión 21 y Microsoft Excel para Windows, a fin de generar una base de datos. El proceso será orientado a organizar los datos y resumirlos en tablas simples y de contingencia, frecuencias absolutas y relativas, analizando los mismos con indicadores estadísticos.

Para la interpretación y análisis se procedió de la siguiente manera:

- a. *Fase descriptiva.* Consistente en describir los factores de riesgo sociales y las consecuencias psicológicas post aborto, en mujeres que acuden al Hospital Regional Docente Cajamarca.
- b. *Fase inferencial.* Realizada para determinar la confiabilidad con que los resultados observados en la muestra se presentan también en la población correspondiente.

3.9. Control de calidad de datos

La calidad y confiabilidad de la información se determinó de la siguiente manera:

Prueba de operatividad y funcionalidad del instrumento de recolección de datos (cuestionario) en base a una prueba piloto realizada en 10 estudiantes.

Se asume un 95% de confiabilidad en la recolección de datos ya que la información fue recogida por la investigadora.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Características sociales de las mujeres de la muestra

Tabla 1. Características sociales de las mujeres de la muestra atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2016

Factores sociales		
Edad	n°	%
≤19 años	34	18,9
20-34 años	100	55,6
≥ 34 años	46	25,6
Total	180	100,0
Grado de Instrucción		
Analfabeta	22	12,2
Primaria	50	27,8
Secundaria	54	30,0
Superior No Universitaria	30	16,7
Superior. Universitaria	24	13,3
Total	180	100,0
Estado civil		
Soltera	32	17,8
Conviviente	92	51,1
Casada	56	31,1
Total	180	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla se observa que la mayoría de pacientes post aborto perteneció al grupo etáreo de 20-34 años; el 18, 9% fueron menores de 19 años y el 25,6%, mayores de 35 años.

Estos resultados difieren con los de Mendoza, N. (2011), quien en su investigación menciona haber encontrado un grupo poblacional mayoritario de mujeres con antecedente de aborto pertenecientes al grupo etáreo de 16 a 20 años (9).

Es importante tener en cuenta, que contrariamente a lo que se piensa, la incidencia de aborto puede ocurrir en cualquier grupo etáreo, tal como se observa en los resultados, evidenciándose porcentajes significativos en cada grupo poblacional.

Sin embargo, la edad puede influir en la aparición de trastornos psicológicos porque se puede alcanzar una madurez psicológica conforme la edad aumente, esta madurez permite a las mujeres tener un control sobre sus emociones y manifestaciones; sin embargo esto puede no ocurrir en todas las mujeres.

El Ministerio de Ciencia e Innovación de España (2009) señaló que los jóvenes tienen mayor riesgo a tener trastornos psicológicos postaborto porque tienen menor capacidad de controlar sus emociones y miedos (16).

En relación al grado de instrucción el 30,0% de la población tienen estudios secundarios, el 13,3% estudios superiores universitarios y el 12,2% no presentan grado de instrucción.

Estos resultados son disímiles a los encontrados por Mendoza, N. (2011), ya que mencionó que el mayor grupo poblacional en su estudio tenía estudios de superior incompleta (17,4%).

En ese sentido, el 40,0% de la población tienen estudios inferiores a primaria completa, siendo un gran porcentaje que pueden tener mayor riesgo a padecer algún trastorno psicológico postaborto.

Con respecto al estado civil el 51,1% son convivientes, 31,1% casadas y el 17,8% solteras.

Mendoza, N (2011), publicó en su investigación haber encontrado un 36% de solteras, difiriendo notablemente en un 18,2% con la presente investigación; mientras que el grupo poblacional de mujeres convivientes que encontró fue de 33%, difiriendo en 18,1% (9).

Comettant (2016), indicó que el estado civil puede significar un riesgo de 2,538 veces más la probabilidad de padecer un trastorno psicológico. (10).

La experiencia de un aborto afecta a la mujer en el ámbito personal y familiar. Aunado, a que la mujer pueda tener una mala relación con la pareja, estar abandonada o soltera le puede ocasionar mayores dificultades, puesto que estas situaciones significan un estrés emocional adicional al que le provoca haber tenido un aborto, pudiendo generar o complicar un cuadro de depresión o sentimiento de tristeza. La pérdida de un bebé durante la gestación puede afectar y agravar más la situación emocional de la mujer y contribuir a la aparición de trastornos psicológicos post aborto.

Tabla 2. Funcionalidad familiar en las mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2016

Funcionalidad Familiar		
Disfuncional	80	44,4
Funcional	100	55,6
Total	180	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la tabla se observa que 55,6% de la población en estudio tenía una familia funcional y el 44,4% una familia disfuncional.

Gil y cols. (2017), encontraron en su investigación que el 77,7% tenía una familia disfuncional y el 22,2% una familia funcional; difiriendo con los resultados de la investigación en 22,1% y 22,25% respectivamente (33).

De igual manera, Cogollo y cols. (2009), demostró en su investigación que una familia disfuncional aumenta el riesgo de padecer trastornos psicológicos post aborto.

Las consecuencias post aborto pueden generar que las mujeres atraigan pensamientos y sentimientos negativos. A su vez, pueden exteriorizar daños psicológicos antiguos que hayan afectado su niñez o adolescencia, tales como la separación de los padres o el abandono de alguno de ellos.

Por lo tanto, las mujeres que tuvieron una familia disfuncional están más propensas a tener trastornos psicológicos como depresión, ansiedad, sentimiento de culpa, entre otros.

4.2. Consecuencias psicológicas de las mujeres de la muestra

Tabla 3. Consecuencias psicológicas de las mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2016

Consecuencias Psicológicas		
Sentimiento de culpa	n°	%
Normal	46	25,6
Leve	62	34,4
Moderada	48	26,7
Severa	24	13,3
Total	180	100,0

Insomnio		
Ausencia	62	34,4
Clínico	72	40,0
Grave	46	25,6
Total	180	100,0

Vergüenza		
Marcada	52	28,9
avergonzada	92	51,1
No	36	20,0
Total	180	100,0

Depresión		
Si	114	63,3
No	66	36,7
Total	180	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la tabla se observa las consecuencias psicológicas encontradas en las mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca tras haber tenido la experiencia de un aborto.

Encontrando que el 34,4% de la población tiene un sentimiento de culpa leve y el 13,3% un sentimiento de culpa severa.

Estos datos son disímiles con los de Gómez (2017), puesto que en su investigación encontró que un 54% de mujeres post aborto tuvieron un sentimiento de culpabilidad (5), existiendo una diferencia porcentual de 19,6%.

De igual forma difieren con los de Mendoza (2011), quien expuso que el 50,2% de su población tuvo sentimiento de culpa tras haber tenido una experiencia de aborto (9), variando en un 16,2%.

Asimismo, el 40,0% exteriorizó tener un insomnio clínico y el 25,6% un insomnio grave.

Diferentes autores señalan que existen múltiples consecuencias psicológicas del post aborto, que se manifiestan a través de trastornos del sueño como insomnio, pesadillas, sueños recurrentes, etc. (34,35,36)

Es evidente que el porcentaje de insomnio clínico y grave es una cifra alta que demuestra que la experiencia post aborto causa sentimientos y emociones que son somatizados a través de signos y síntomas asociados a trastornos psicológicos.

Chóliz (2009) Refiere que el insomnio es uno de los síntomas comunes en la mayor parte de los trastornos por ansiedad (trastorno por angustia, trastorno por ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático, trastorno por ansiedad excesiva, etc.), de manera que quienes padecen alguna de estas alteraciones ven afectada seriamente su capacidad para conciliar el sueño. (37)

Atravesar experiencias traumáticas o que causen conmoción, como en el caso del aborto, provocará que se presenten estos trastornos que se verán reflejados en la capacidad de dormir y la calidad de sueño.

Otra consecuencia psicológica post aborto estudiada es la vergüenza, encontrando que el 51,1% de la población se sentía avergonzada por haber atravesado un aborto, mientras que el 20% no se sentía avergonzada.

Probablemente esto se relacione más al tipo de aborto que haya experimentado la mujer o a la incapacidad que pueden sentir al no poder continuar con el embarazo. Es decir, pensamientos negativos generados por la dificultad de cumplir con una de las funciones socialmente aceptadas en el mundo de las mujeres: la reproducción.

Estos pensamientos o sensaciones de vergüenza tras un aborto, puede convertirse en un factor que afecte el bienestar de la mujer, llegando a convertirse incluso en un trastorno psicológico que puede agravar su estado emocional.

Por último, otro trastorno psicológico evidenciado tras un aborto es la depresión, observando que el 63,3% de la población en estudio la padece y el 36.7% no.

Estos resultados son similares a los encontrados por Gómez (2012), quien encontró en su investigación que en su población, el 69% manifestó signos de depresión (5). Existiendo una diferencia porcentual mínima de 5,7%.

De igual manera, emociones de pena y tristeza se ven reflejadas en las mujeres tras un aborto por la pérdida que están sufriendo. Así como también por la vinculación que existe entre el embarazo y las funciones biológicas de la mujer.

4.3. Factores de riesgo sociales que influyen en cada una de las consecuencias psicológicas

4.3.1. Factores de riesgo sociales y sentimiento de culpa

Tabla 4. Edad según sentimiento de culpa de las mujeres post aborto atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2016

Edad	Sentimiento de culpa								Total	
	Normal		Leve		Moderada		Severa			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
<19	4	11,8	20	58,8	6	17,6	4	11,8	34	18,9
20 - 34	38	38,0	22	22,0	26	26,0	14	14,0	100	55,6
>35	4	8,7	20	43,5	16	34,8	6	13,0	46	25,6
Total	46	25,6	62	34,4	48	26,7	24	13,3	180	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$X^2= 27,449$

$p = 0,000$

La presente tabla permite evidenciar que del total de mujeres de 20-34 años de edad (55,6%) que tuvieron un aborto el, 22% ha manifestado sentimientos de culpa de forma leve, el 26% en forma moderada y el 14% en forma severa; del total de mujeres mayores de 35 años (25,6) el 43,5% manifestó este mismo sentimiento en forma leve, el 34,8% en forma moderada y el 13% en forma severa; en cambio del grupo de mujeres menores de 19 años (18,9%), solamente el 11,8% tuvo sentimientos de culpa en forma severa, el 17,6% en forma moderada y un alto porcentaje si presentó sentimientos de culpa en forma leve.

Felix (2013) sostiene que “el sentimiento de culpa producido por aborto influye en la vida de la madre” al experimentar sentimientos de tristeza, culpa, furia, vergüenza y arrepentimiento, Mendoza (2011) por su parte encontró que el 48,31% de las mujeres que abortaron presentaron sentimientos de remordimiento, culpa y dolor (8).

Los sentimientos de culpa aparecen post aborto tanto si es un aborto espontáneo como provocado porque en ambos casos, las mujeres, no estaban preparadas para enfrentarse a él. Cuando se produce un aborto espontáneo supone un impacto emocional muy fuerte para la mujer. Es una pérdida muy importante porque se pierde el embarazo y con él, la representación simbólica del bebé que iba a tener y el vínculo con ese futuro bebé que comenzaba a establecerse.

En el caso de un aborto provocado, la mujer decide abortar porque generalmente se encuentra en un estado de pánico, con un sentimiento y una creencia de que no podrá enfrentar la situación del embarazo sola o en situaciones poco convenientes, pero también en poco tiempo empezará a tener remordimiento asociado a un sentimiento de culpa profundo en su psiquis, porque después de todo internamente sabe que la decisión de abortar no era correcta.

Los expertos sostienen que la sensación de culpa está integrada en los valores de la persona cuando ésta reacciona ante una situación de culpa con remordimiento o necesidad de reparar lo dañado sin ser amenazado o controlado por un factor externo. De forma que la propia conciencia es como un vigilante que está en situación de alerta permanentemente y su arma es el sentimiento de culpa (38).

La aparición del sentimiento de culpa está vinculada al desarrollo de la conciencia moral: la mayor o menor intensidad de las respuestas emocionales de culpa deriva de las diferencias individuales y de las pautas educativas; sin embargo debe tenerse en cuenta que el sentimiento de culpa es sano cuando evoluciona del miedo al castigo o al malestar personal, al remordimiento por haber causado daño, lo que incita a la rectificación y a la reparación. Se trata de una culpa sana cuando el sujeto siente pesar y arrepentimiento por las trasgresiones cometidas y plantea subsanarlas para de ese modo, lavar las culpas; el sentimiento de culpa excesivo o inapropiado está muy vinculado a la depresión, como síntoma propio de un episodio depresivo, y al trastorno obsesivo de la personalidad, caracterizado por un nivel alto de exigencia y de perfeccionismo: Esta culpa anómala, referida a conductas que están más allá del control del sujeto, es destructiva e impide al sujeto experimentar alegría por las conductas que realiza de manera correcta y, en último término, disfrutar de la vida (39).

Estadísticamente existe influencia significativa entre las variables edad y sentimientos de culpa según lo indica $p = 0,000$.

Tabla 5. Grado de instrucción según sentimiento de culpa de las mujeres post aborto atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2016

Grado de Instrucción	Sentimiento de culpa									
	Normal		Leve		Moderado		Severo		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Analfabeta	2	9,1	10	45,5	8	36,4	2	9,1	22	12,2
Primaria	6	12,0	24	48,0	16	32,0	4	8,0	50	27,8
Secundaria	18	33,3	16	29,6	10	18,5	10	18,5	54	30,0
Superior No Universitaria	12	40,0	8	26,7	4	13,3	6	20,0	30	16,7
Superior Universitaria	8	33,3	4	16,7	10	41,7	2	8,3	24	13,3
Total	46	25,6	62	34,4	48	26,7	24	13,3	180	100

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$\chi^2=27,340$

$p=0,007$

En la presente tabla se observa que del 12,2% de mujeres iletradas el 45,5% tiene sentimientos de culpa en forma leve, el 36,4% en forma moderada y el 9,1% en forma severa, del 27,8% de mujeres con primaria el 48% tiene sentimientos de culpa en forma leve, el 32% en forma moderada y el 8% en forma severa, mientras que del grupo de mujeres con secundaria (30%) el 29,6% manifestó sentimientos de culpa en forma leve, el 18,5% en forma moderada y severa cada uno, En tanto las mujeres con superior no universitaria (16,7%) el 26,7 tiene sentimientos de culpa en forma leve, el 13,3% en forma moderada y el 20% en forma severa, del 13,3% de mujeres con superior universitaria el 16,7% tiene sentimientos de culpa en forma leve, el 41,7% en forma moderada y el 8,3% en forma severa.

Rondon, M. (2011), señala en su investigación que el mayor nivel educativo se relaciona con menor sentimiento de culpa y riesgo de depresión futura (40).

Probablemente se deba a que las mujeres con mayor nivel de instrucción tienen mayor capacidad de superar episodios traumáticos para que puedan continuar adelante con sus metas iniciales.

En el caso de mujeres con menores niveles educativos, un aborto espontáneo puede significar una incertidumbre que genera un sentimiento de culpabilidad puesto que la mujer desconoce la causa exacta de la pérdida.

En los cuadros de aborto espontáneo, el sentimiento de culpa no tiene fundamento, porque los procesos involucrados en un aborto espontáneo no han sido provocados, incluso se asocia generalmente a problemas cromosómicos que hacen imposible el desarrollo del bebé (41).

Este tipo de consecuencias psicológicas suelen ser superadas poco tiempo después de haberse producido el aborto natural, luego de que las mujeres han sido educadas y orientadas respecto al tema; sin embargo, un mayor nivel de instrucción puede influir ya que habrá mayor nivel de entendimiento de estos procesos y será más fácil desechar el sentimiento de culpa.

Sin embargo, en el caso de mujeres con aborto inducido, se podría evidenciar un sentimiento de culpabilidad con mayor severidad, puesto que se ha provocado el aborto, y se conoce que esto es una mala decisión. Por lo tanto, las mujeres con bajo nivel de instrucción pueden tener menor capacidad y determinación de superación permitiendo que este sentimiento de culpa se desarrolle, sobre todo al ser consciente de ser quién ha provocado el aborto.

Estadísticamente se estableció influencia significativa entre las variables grado de instrucción y sentimiento de culpa en las mujeres con aborto según lo indica el $p = 0,007$

Tabla 6. Estado civil según sentimiento de culpa de las mujeres post aborto atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2016

Estado civil	Sentimiento de culpa									
	Normal		Leve		Moderado		Severo		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Soltera	4	12,5	14	43,8	4	12,5	10	31,3	32	17,8
Conviviente	28	30,4	28	30,4	26	28,3	10	10,9	92	51,1
Casada	14	25	20	35,7	18	32,1	4	7,1	56	31,1
Total	46	25,6	62	34	48	26,7	24	13,3	180	100

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$\chi^2=17,117$

$p=0,009$

En la presente tabla se observa que del 17,8% de mujeres solteras el 43,8% tiene sentimientos de culpa en forma leve, el 12,5% en forma moderada y el 31,3% en forma severa, mientras que las convivientes (51,1%) el 30,4% manifestó sentimientos de culpa en forma leve, el 28,3% en forma moderada y el 10,9% en forma severa, del grupo de las casadas (31,1%) el 35,7% manifestó sentimiento de culpa en forma leve, el 32,1% en forma moderada y el 7,1 en forma severa.

Estos resultados permiten objetivar que son las mujeres solteras las que tienen mayor riesgo de padecer sentimientos de culpa que las mujeres casadas o convivientes, dato que coincide con lo referido por Comettant P.M.(Lima 2016) quien refiere que las mujeres solteras o abandonadas tienen mayor riesgo de trastornos psicológicos post aborto en comparación a las mujeres que tienen el apoyo de su pareja.

En el caso de las mujeres solteras que han tenido un aborto espontáneo, pueden surgir pensamientos negativos, tales como la intención de asociar su situación de soltera y la pérdida del bebé con la incapacidad que puede creer tener para formar una familia, exacerbando el sentimiento de culpabilidad.

Por otro lado, Corani, B. (2012), refiere que entre las consecuencias del síndrome post aborto puede causar en las mujeres que lo provocaron crisis de identidad, sentimiento de culpa y cinismo, entre otros; además en las mujeres casadas o convivientes puede provocar dificultades con la pareja, mientras que en las mujeres solteras puede ocasionar que ya no deseen tener pareja, o por el contrario, se vuelven promiscuas (42).

Esto significaría que el sentimiento de culpabilidad que manifiestan las mujeres post aborto se puede ver influenciado de manera negativa por el estado civil que presenten en ese momento, puesto que puede devenir en otros problemas psicológicos y sociales.

La prueba estadística Chi cuadrado muestra un resultado de $p = 0,009$, el cual indica que sí existe influencia significativa entre el sentimiento de culpa y el estado civil.

Tabla 7. Función Familiar según sentimiento de culpa de las mujeres post aborto atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2016

Función familiar	Sentimiento de culpa									
	Normal		Leve		Moderado		Severo		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Disfuncional	24	30,0	30	37,5	22	27,5	4	5,0	80	44,4
Funcional	22	22,0	32	32,0	26	26,0	20	20,0	100	55,6
Total	46	25,6	62	34,4	48	26,7	24	13,3	180	100

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$$\chi^2=9,041$$

$$p=0,029$$

En la presente tabla se observa que del 55,6% de mujeres que pertenecen a una familia funcional el 32% tiene sentimientos de culpa en forma leve, el 26% en forma moderada y el 20% en forma severa, mientras que del grupo de mujeres con familia disfuncional (44,4%) el 37,5% manifestó sentimientos de culpa en forma leve, el 27,5% en forma moderada y el 5% en forma severa.

Velastegui citado por Gil y cols (2017) menciona que en su estudio las mujeres post aborto manifestaron alteraciones en sus emociones en un 32%, presentando sentimientos de culpa, sensación de futuro incierto, temor por el abandono de la pareja y en menor porcentaje irritabilidad y explosividad, el 46% fueron adolescentes que manifestaron tener padres separados y no tener apoyo de ellos y de sus parejas (33).

Estos resultados son similares a los de Ramírez y Valladares, quienes explican que las mujeres que han tenido un aborto espontáneo en su mayoría suelen ser aquellas que tienen una funcionalidad familiar normal; mientras que las mujeres que han

tenido un aborto inducido, suelen tener familias disfuncionales y por lo tanto son más propensas a tener consecuencias psicológicas (43).

Podemos decir que ser víctima de la carencia de afectividad en una etapa temprana de la vida, sumado al estrés post traumático que se atraviesa después de la experiencia de un aborto, pueden provocar que se manifiesten sentimientos de culpa severos en aquellas mujeres que tienen familias disfuncionales.

Estadísticamente se estableció relación significativa entre las variables función familiar y sentimiento de culpa en las mujeres con aborto según lo indica el $p = 0,029$

4.3.2. Factores de Riesgos sociales e insomnio

Tabla 8. Edad según el tipo de insomnio en las mujeres post aborto atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2016

Edad	Insomnio						Total	
	Sin insomnio		Leve		Grave		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
<19	6	17.6	12	35.3	16	47.1	34	18.9
20 - 34	36	36.0	44	44.0	20	20.0	100	55.6
>35	20	43.5	16	34.8	10	21.7	46	25.6
Total	62	34.4	72	40.0	46	25.6	180	100.0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$$\chi^2 = 12,468$$

$$p = 0,014$$

La presente tabla permite apreciar que las mujeres menores de 19 años que tuvieron un aborto, tienen insomnio clínico en el 17,6%; aquellas entre 20-34 años lo presentan en el 36% y las mujeres mayores de 35 años, también tienen este cuadro en el 43,5%; es decir que a mayor edad, mayor insomnio clínico; dato que coincide con Álvarez y cols. (2016) quienes señalan que el insomnio es un trastorno frecuente en la práctica clínica y su prevalencia aumenta con la edad (44).

Sin embargo el grupo de adolescentes presentaron insomnio grave en el 47,1% dos veces más que los otros grupos de mujeres, ello podría deberse al estrés al que se están enfrentando, estrés que por su limitada madurez psicológica no saben manejar: si ha sido un aborto espontáneo probablemente estén asumiendo que se repetirá nuevamente en otro embarazo y si es provocado puede surgir el temor a la

presencia de complicaciones y esterilidad o inclusive tener un cáncer o inclusive lo que no sucede con los otros grupos de mujeres que podrían tener ya al menos un hijo situación que las puede motivar a disminuir su estrés por el evento sucedido.

López (2011) afirma que el estrés se considera para la mayoría de los expertos del sueño como la primera causa de las dificultades del sueño a corto plazo. Normalmente el problema del sueño desaparece cuando la situación de estrés acaba (45).

De otra parte las mujeres que han abortado están sujetas a cambios hormonales considerables, pues como se sabe la presencia de receptores de estrógeno y progesterona podrían influir directamente en el ritmo circadiano y en los patrones de sueño, es ello precisamente lo que sucede en las mujeres post aborto un descenso abrupto de los valores de estrógenos y progesterona que estarían gatillando el insomnio, igual que lo que sucede en mujeres post parto o perimenopausia.

Mendoza (2012) en su estudio encontró que el 34,2% de mujeres post aborto tenía alteraciones del sueño (9).

Estadísticamente se encontró influencia significativa entre las variables edad e insomnio según lo establece el $p = 0,014$

Tabla 9. Grado de instrucción según tipo de insomnio de las mujeres post aborto. Hospital Regional Docente. Cajamarca – 2016

Grado de instrucción	Insomnio						Total	
	Sin insomnio		Leve		Grave			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Analfabeta	8	36,4	10	45,5	4	18,2	22	12,2
Primaria	18	36,0	18	36,0	14	28,0	50	27,8
Secundaria	14	25,9	26	48,1	14	25,9	54	30,0
Superior no universitaria	14	46,7	10	33,3	6	20,0	30	16,7
Superior universitaria	8	33,3	8	33,3	8	33,3	24	13,3
Total	62	34,4	72	40,0	46	25,6	180	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$X^2 = 5,884$

$p = 0,660$

En los datos de la presente se evidencia que del 30% de mujeres que presentaron un aborto tuvieron grado de instrucción secundaria, el 25,9% no tuvieron insomnio, el 48,1% insomnio leve y el 25,9% insomnio grave; mientras que en el grupo de las mujeres que no tienen ningún nivel educativo ellas no presentaron insomnio en el 36,4%, insomnio leve en el 45,5% e insomnio grave en el 18,2%; sin embargo las mujeres con superior universitaria fueron las que presentaron insomnio grave en mayor porcentaje (33,3%). Este último dato estaría relacionado al conocimiento que pueden tener este grupo de mujeres sobre las consecuencias del aborto ya sea éste espontaneo o provocado con una tendencia a una sobre estimación de estas, además de que por su mismo nivel educativo que tienen mayores posibilidades de buscar información en redes sociales y si no existe una buena interpretación de la información podría llevar a situaciones de estrés el mismo que va alterar el ritmo circadiano y en los patrones del sueño conllevando al insomnio.

Sin embargo, independientemente del grado de instrucción, fisiológicamente cuando se presentan situaciones que provocan estrés como el aborto, el cerebro envía mensajes al córtex de los suprarrenales, que segrega otra hormona del estrés: el cortisol, en cantidades más altas y sobre en la noche que es cuando la mujer se abandona a sus pensamientos y sentimientos de culpa.

El Cortisol es la hormona de respuesta al estrés de nuestro cuerpo. Está determinado por el ritmo circadiano y sus niveles en sangre pueden variar durante el día y la

noche. Los niveles de Cortisol están en su nivel más bajo por la noche, que es cuando generalmente se entra en el sueño para poder dormir y son más altos en la madrugada, antes del amanecer cuando la persona despierta lo que significa que el cuerpo se prepara para estar plenamente activo al levantarse (46).

Estadísticamente no se encontró influencia significativa entre las variables grado de instrucción e insomnio según lo indica el $p = 0,660$

Tabla 10. Estado civil según tipo de insomnio las mujeres post aborto. Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2016

Estado civil	Insomnio						Total	
	Sin insomnio		Leve		Grave		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
Soltera	4	12,5	20	62,5	8	25.0	32	17.8
Conviviente	34	37,0	42	45.7	16	17.4	92	51.1
Casada	24	42,9	10	17.9	22	39.3	56	31.1
Total	62	34,4	72	40.0	46	25.6	180	100.0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$$X^2 = 23,977$$

$$p = 0,000$$

Se logra apreciar que del total de mujeres encuestadas no tuvieron insomnio en mayor porcentaje las casadas (42,9%) frente a un 12,5% mujeres solteras, siendo estas últimas quienes presentaron 62,5% de insomnio leve. Por otra parte el 39%,3 que presentaron insomnio grave fueron casadas.

En el ámbito, sobre todo, emocional, las mujeres casadas y las convivientes, por lo general, tienen menor ansiedad y estrés que las solteras y no es una excepción en el caso de un aborto ya sea espontáneo o provocado. En el caso de un aborto espontáneo es probable que desde los primeros síntomas y signos del aborto la mujer haya tenido el apoyo de su pareja y en el caso de un aborto provocado igualmente es posible que los cómplices sean los dos, compartiendo de esta manera el duelo de la pérdida del hijo; algo que no sucede en el caso de las mujeres solteras si abortan espontáneamente es probable que hayan estado solas cuando e presentó el cuadro clínico y en caso de un aborto provocado también es posible que ella haya tomado sola la determinación de abortar o por presión de la pareja, en cuyos casos el aborto es clandestino sin el conocimiento de familiares y en condiciones muchas

veces inhumanas, situaciones que aumentan la ansiedad y la preocupación en la mujer generando estrés, el cual condicionará el insomnio.

Un dato importante es que las mujeres casadas presentaron insomnio grave en el 39,3% ello probablemente, cuando la mujer tiene otros hijos que cuidar aumentando la preocupación al dolor de haber perdido un hijo pues tanto en un aborto espontáneo como en un provocado, el embarazo potencia a la mujer hacia una donación total de sí misma. El hecho de ser receptáculo de su hijo crea, en ella, un sentimiento de unión muy profunda e intensa, que no querrá separarse jamás de éste. Cuando surge el aborto la madre experimenta que ha perdido algo muy grande y significativo; todo su ser lo sabe y su intuición materna constantemente lo confirma.

Poltawsca, referida por Mendoza (2011) sostiene que todas las mujeres que abortan por aspectos sociales tienen reacciones temerosas y depresivas, no ven otra salida; la tensión creciente empuja a una descarga y, a la mayoría, el aborto le parece ser la única solución, el único camino transitable, pero las consecuencias no tardan en aparecer y muchas veces nunca desaparecerán y las mujeres siempre tendrán problemas entre ellos, no poder conciliar el sueño o despertarse en la madrugada (47).

Ferré (2016) señala por su parte que, las preocupaciones y ansiedades, el estrés, los temores, problemas psicológicos y otras causas difíciles de afrontar, crean tensiones físicas y emocionales, de manera que al concluir el día muchas personas no logran relajarse y conciliar el sueño (46).

Estadísticamente se encontró una influencia altamente significativa entre las variables estado civil e insomnio en las mujeres del estudio según lo señala el $p = 0,000$.

**Tabla 11. Insomnio según funcionalidad familiar de las mujeres post aborto.
Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2016**

Funcionalidad familiar	Insomnio						Total	
	Sin insomnio		Insomnio leve		Insomnio grave			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Disfuncional	36	45.0	24	30.0	20	25.0	80	44.4
Funcional	26	26.0	48	48.0	26	26.0	100	55.6
Total	62	34.4	72	40.0	46	25.6	180	100.0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$$\chi^2 = 0,8275$$

$$p = 0,016$$

Los datos que anteceden permiten observar que del 55,6% de mujeres que han tenido un aborto provenientes de una familia funcional el 48% ha presentado insomnio en forma leve y el 26% en forma grave; cifras menores las han tenido las mujeres provenientes de una familia disfuncional pues el 30% manifestó haber tenido insomnio leve y el 25% insomnio grave.

Es posible que las mujeres procedentes de familias disfuncionales, que han tenido un aborto tengan en menores porcentajes insomnio leve y severo e inclusive que un elevado porcentaje (45%) no lo presente porque para ellas posiblemente el aborto ha sido una solución a los problemas que se suscitan en su hogar característico de las familias disfuncionales. No así las mujeres procedentes de familias funcionales que presentan insomnio leve o severo obviamente es porque para ellas el aborto lleva a un conflicto creado por la oposición del rol materno y el papel que desempeña en la destrucción de la vida de su niño. Una condición por medio de la cual se destruye el vínculo y deja la sensación de que les falta algo. Una negación de la pena y el luto que toda persona tiene que reconocer y expresar ante la muerte de un ser querido (47).

Un error común de las familias disfuncionales es la creencia errónea de que están al borde de la separación y el divorcio. Si bien esto es cierto en algunos casos, a menudo el vínculo matrimonial es muy fuerte ya que las faltas en realidad se complementan entre sí, pero la creencia es más fuerte, en tal sentido para estas mujeres es mejor no estar embarazada.

Estadísticamente se determinó que existe asociación significativa entre las variables funcionalidad familiar e insomnio según lo indica $p = 0,016$.

4.3.3. Factores de Riesgos sociales y vergüenza

Tabla 12. Edad según la vergüenza de las mujeres post aborto. Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2016

Edad	Vergüenza						Total	
	Marcada		Avergonzado		No		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
<19	10	29,4	18	52,9	6	17,6	34	18,9
20 - 34	26	26,0	54	54,0	20	20,0	100	55,6
>35	16	34,8	20	43,5	10	21,7	46	25,6
Total	52	28,9	92	51,1	36	20,0	180	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$X^2 = 1,719$

$p = 0,787$

Se logra apreciar en la presente tabla del 55,6% de mujeres que ha tenido un aborto pertenecientes al grupo etáreo de 20-34 años, el 26% manifestó una marcada vergüenza y el 54% también manifestó vergüenza por el suceso; las mujeres mayores de 35 años también presentaron una marcada vergüenza en 34,8% y las adolescentes manifestaron vergüenza en el 52,9%.

El hecho de sentir vergüenza por parte de las mujeres puede estar ligado a la religión, es esta la que penaliza al aborto manifestando que abortar es sinónimo de matar y una mujer psicológicamente normal luego de tener un aborto provocado se sentirá con un enorme sentimiento de culpa pero sobre todo avergonzada de haberle quitado la vida a su propio hijo; las mujeres mayores de 35 años probablemente sientan vergüenza por su propia edad. La religión también puede influir en el estado emocional de quienes han tenido un aborto espontáneo pues la mujer tal vez piense que ha sido un castigo y que ella no merecía tener un hijo sobre todo las mujeres mayores de 35 años.

En algunas ocasiones, la vergüenza de haber tenido un aborto se suma a la vergüenza de haber tenido un embarazo fruto de la violación sumergiéndola a la

mujer en emociones negativas como la culpa y la vergüenza comprometiendo toda la identidad de la mujer

Ruiz (2013) afirma que cuando la persona está dominada por la vergüenza piensa que hay algo intrínsecamente malo en sí mismo como ser humano; sin embargo, cuando se siente culpa se piensa que se ha hecho algo malo que merece castigarse. No hay duda de que una persona puede sentir a la vez vergüenza y culpa, por ejemplo, como cuando se rompe una norma moral, se puede sentir vergüenza por ser débil y al mismo tiempo sentir culpa por haber hecho algo malo (48).

Lerner (2016) manifiesta: la insistencia en que se trata de un acto inmoral que destruye y “cauteriza” las conciencias e impacta negativamente a la sociedad, busca cargar de culpa y vergüenza a las mujeres que lo practican (49).

Estadísticamente no se encontró influencia significativa entre las variables edad y vergüenza según lo indica $p = 0.787$.

Tabla 13. Grado de instrucción según la vergüenza de las mujeres post aborto. Hospital Regional Docente. Cajamarca – 2016

Grado de instrucción	Vergüenza						Total	
	Marcada		Avergonzada		No		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
Sin grado de instrucción	6	27,3	10	45,5	6	27,3	22	12,2
Primaria	12	24,0	28	56,0	10	20,0	50	27,8
Secundaria	16	29,6	28	51,9	10	18,5	54	30,0
Superior no universitaria	10	33,3	12	40,0	8	26,7	30	16,7
Superior Universitaria	8	33,3	14	58,3	2	8,3	24	13,3
Total	52	28,9	92	51,1	36	20,0	180	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$\chi^2 = 5,101$

$p = 0,747$

La presente tabla permite observar que del total de mujeres post aborto que tenían grado de instrucción secundaria (30%), el 29,6% manifestó una vergüenza marcada, el 51,9% dijo sentirse avergonzada, mientras que solamente el 18,5% dijo no tener este sentimiento. es preciso resaltar que tanto las mujeres que tuvieron un aborto

con grado de instrucción superior no universitaria y superior universitaria en el mismo porcentaje (33,3%) manifestaron sentir vergüenza. Las mujeres sin ningún grado de instrucción dijeron no sentir vergüenza en 27,3%.

El análisis del grado de instrucción en las mujeres que tuvieron un aborto cobra importancia sobre todo, por las implicancias sociales, la sociedad por lo general exige explicaciones, las amigas, vecinas y familiares van a preguntar qué sucedió y por qué sucedió, ello conlleva a una situación de malestar en la mujer que le va a producir vergüenza sobre todo si ha sido un aborto provocado. En el caso de las mujeres con grado de instrucción superior las explicaciones posiblemente tengan que ser dadas a un entorno más amplio incluyendo al jefe si la mujer trabaja, aunque en realidad no tendría por qué hacerlo; sin embargo algo sucede en el interior de la mujer que la resquebraja y la hace vulnerable a las críticas o solicitudes de explicaciones.

De otra parte, es probable que las mujeres sin niveles educativos desconozcan las consecuencias de un aborto ya sea espontáneo o provocado hecho que se constituye en un factor protector de riesgo de sentimientos negativos como la vergüenza. No así las mujeres con mayores niveles educativos que conocen las consecuencias, aunque ambas pertenezcan a un entorno donde el tabú y el estigma social son poderosos, condenando a las mujeres que aborta y haciéndolas que sientan culpa y vergüenza.

La vergüenza resulta de la diferencia percibida entre el sí mismo ideal y el sí mismo real. Esto produce una inmensa decepción de la propia persona, que se siente deficiente, inadecuada o defectuosa. La vergüenza aparece cuando el fracaso y los acontecimientos negativos se atribuyen al sí mismo en oposición a una atribución externa. La vergüenza motivaría el aislamiento, mientras que la culpa, motivaría la reparación (50).

Estadísticamente no existe influencia significativa entre las variables grado de instrucción y vergüenza según lo indica $p= 0,747$

Tabla 14. Estado civil según la vergüenza de las mujeres post aborto. Hospital Regional Docente. Cajamarca – 2016

Estado civil	Vergüenza						Total	
	Marcada		Avergonzada		No			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Soltera	12	37,5	16	50,0	4	12,5	32	17,8
Conviviente	24	26,1	44	47,8	24	26,1	92	51,1
Casada	16	28,6	32	57,1	8	14,3	56	31,1
Total	52	28,9	92	51,1	36	20,0	180	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$\chi^2 = 5,193$

$p = 0,268$

Se puede evidenciar en los datos que anteceden que del total de mujeres convivientes (51,1%), el 26% presentó una vergüenza marcada, el 47,8% solamente estaba avergonzada; del 31,1% de mujeres post aborto casadas, el 28,6% han manifestado una marcada vergüenza y el 57,1% solamente vergüenza; pero del grupo de mujeres solteras, el 37,5% también presentó una vergüenza marcada y el 50% se sintió avergonzada; de este grupo solamente el 12,5% no experimentó este sentimiento.

El problema de las mujeres solteras es que se suman dos tipos de vergüenza uno del de haber tenido un embarazo sin previo matrimonio o en todo caso sin tener una pareja que la respalde y de otra parte el aborto que habiendo sido espontáneo o provocado siempre va a desencadenar críticas y reclamos por parte de los miembros de su familia e inclusive en algunas veces de los vecinos más cercanos; muchas personas tal vez le sugieran que ha sido mejor dada su condición de soltería.

Las casadas y convivientes también han experimentado sentimientos de vergüenza tal vez debido a una baja autoestima pensando que han defraudado a su pareja si el aborto fue espontáneo y si fue provocado el sentimiento de vergüenza posiblemente se asocie a la culpa de haber hecho algo que era incorrecto.

El aborto toca tres aspectos del concepto de la mujer sobre sí misma: su sexualidad, su moralidad y su identidad maternal. La pérdida de un hijo tiene que ser confrontada, meditada y llorada para que la mujer pueda llegar a entenderla. Por esto el

sentimiento inmediato de alivio no significa que los problemas no vayan a venir luego (51).

Burke (2012) manifiesta: hablamos de un “duelo bloqueado” cuando una persona experimenta una amargura secreta, que no puede ser ni compartida ni confrontada. La persona se niega el permiso necesario para exteriorizarlo. Este dolor puede terminar integrándose en la personalidad de la persona y afectar a todos y cada uno de sus aspectos. Sienten vergüenza, piensan que las consideran mala y sucia. “No tenemos derecho a estar tristes, tomamos la decisión de abortar, debemos sufrir”. Sienten que no tienen derecho a llorar por sus abortos pasados. Tienen la idea errónea de que la única forma de honrar la memoria de su hijo es el dolor y la culpa en los corazones (51).

En conclusión: las mujeres después de un aborto luchan contra sentimientos de dolor, vergüenza y de sentirse juzgados por los demás.

Estadísticamente no existe influencia significativa entre las variables estado civil y vergüenza según lo indica $p= 0,268$.

Tabla 15. Funcionalidad familiar según la vergüenza de las mujeres post aborto. Hospital Regional Docente. Cajamarca – 2016

Funcionalidad familiar	Vergüenza						Total	
	Marcada		Avergonzado		No		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
Disfuncional	14	17,5	50	62,5	16	20,0	80	44,4
Funcional	38	38,0	42	42,0	20	20,0	100	55,6
Total	52	28,9	92	51,1	36	20,0	180	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$\chi^2 = 10,120$

$p = 0,006$

Puede apreciarse en los presentes datos que del 55,6% de mujeres post aborto pertenecientes a una familia funcional, el 38% manifestaron una marcada vergüenza y el 42% manifestaron vergüenza, mientras que del 44,4% de mujeres post aborto provenientes de una familia disfuncional, solamente el 17,5% también presentaron una marcada vergüenza, pero el 62,5% manifestó sentirse avergonzada.

Puede observarse que las mujeres post aborto se sienten avergonzadas ya sea que vengan de una familia funcional o disfuncional, el tema es que el aborto no es objeto de conversación frecuente, y menos aún con adultos porque abortar lleva implícito un sentimiento de culpabilidad y de estigma social sobre todo si el embarazo se produjo sin ser deseado y por no utilizar un método anticonceptivo o porque éste falló.

Existe una marcada tendencia a que las mujeres que abortan se sientan sucias e indignas, manifestándose a través de la vergüenza. Según expertos en el tema, manifiestan que este sentimiento se presenta porque la mujer que aborta no pasa el duelo real, no se les permite expresar toda la emoción negativa que experimentan luego del aborto para después sentirse totalmente culpables y avergonzadas (51).

De otra parte, los sentimientos de vergüenza en una mujer post aborto pueden ser reforzados por el aprendizaje social y los patrones familiares transgeneracionales. Las familias tienen reglas que determinan lo que se permite ver, oír, sentir, hacer y hablar que tienen la función de protegerla de temas vergonzosos (48).

Estadísticamente existe una influencia significativa entre las variables funcionalidad familiar y vergüenza según lo indica $p= 0,006$.

4.3.4. Factores de riesgo sociales y Depresión

Tabla 16. Edad según la depresión en las mujeres post aborto atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2016

Edad	Depresión					
	Si		No		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%
≤19 años	22	64,7	12	35,3	34	18,9
20 – 34 años	68	68,0	32	32,0	100	55,6
≥35 años	32	69,6	14	30,4	46	25,6
Total	122	67,8	58	32,2	180	100

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$$\chi^2=0,216$$

$$p=0,897$$

En la presente tabla observamos que del 18,9% de mujeres menores de 19 años el 64,7% manifestaron depresión y el 35,3% no presentaron depresión, de las mujeres entre 20 – 34 años (55,6%) el 68% presentaron depresión y el 32% no presentaron depresión, Mientras que del 25,6% de mujeres mayores de 35 años el 69.6% presentaron depresión y el 30,4% no presentaron depresión.

Para la investigación, no se encuentra relación entre la edad y la depresión post aborto, puesto que en todos los grupos etáreos se evidencia porcentajes significativos de mujeres post aborto con depresión.

Estos resultados se contraponen a los de Marín y cols (2014), quienes encontraron mayor ansiedad y depresión en las adolescentes con abortos voluntarios y espontáneos (36).

La depresión subsecuente a un aborto, también se la conoce como síndrome post aborto, y acarrea una serie de signos y síntomas que pueden afectar incluso la vida de las mujeres, esto se puede presentar indistintamente en mujeres con aborto espontáneo o provocado; sin embargo los expertos refieren que hay mayor frecuencia del síndrome en mujeres con aborto provocado (34).

Si se tiene en cuenta que una mujer está esperando con ansias la llegada de un bebé, pero por diferentes circunstancias se produce un aborto espontáneo, entonces dicha mujer puede desarrollar un cuadro de depresión, sin importar el grupo étnico al que pertenezca.

En el caso de los abortos espontáneos, las mujeres se tornan ansiosas y empiezan a cuestionarse cuál fue el motivo de la pérdida, qué problemas genéticos o de salud pueden tener que ocasione la pérdida del bebé y si será posible que se vuelvan a embarazar; todas estas manifestaciones pueden ocasionar que las mujeres, en cualquier edad reproductiva, desarrollen una depresión.

Por otra parte, las mujeres que se han inducido el aborto pueden presentar depresión, ya sea a corto o largo plazo, principalmente esto se debe al sentimiento de culpa que puedan tener, el cual se manifestará a través de autocríticas sobre la decisión que habían tomado; además, constantemente estarán cuestionándose qué hubiera pasado si continuaban con el embarazo, cómo estaría su bebé si hubiera nacido, entre otras cosas.

Asimismo, el tener un aborto, ya sea espontáneo o inducido, pueden tener consecuencias de salud graves; entre ellas se puede mencionar que existen casos en que se vuelve imprescindible realizar una histerectomía por la necesidad de detener una hemorragia incontrolable y mantener la vitalidad; por lo tanto, éstas mujeres no tendrán la oportunidad de ser madres nuevamente. Esta situación puede ser desoladora para las mujeres que no tienen hijos, e incluso, para las que ya han tenido pero deseaban embarazarse nuevamente, conllevándolas al desarrollo de una depresión post aborto.

Estadísticamente no se estableció una relación significativa entre las variables edad y depresión en las mujeres con aborto según lo indica el $p = 0,897$

Tabla 17. Grado de instrucción según la depresión en las mujeres post aborto atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca - 2016

Grado de instrucción	Depresión					
	Si		No		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%
Analfabeta	14	63,3	8	36,4	22	12,2
Primaria	30	60,0	20	40,0	50	27,8
Secundaria	44	81,5	10	18,5	54	30,0
Superior no universitaria	16	53,3	14	46,7	30	16,7
Sup. Universitaria	18	75,0	6	25,0	24	13,3
Total	122	67,8	58	32,2	180	100

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$\chi^2=9,640$

$p=0,047$

En la tabla se evidencia que del 12,2% de mujeres iletradas el 63,3% manifestó depresión, el 36,4% no manifestó depresión, del 27,8% de mujeres con primaria el 60% manifestó depresión y el 40% no presentó depresión, asimismo de las mujeres con secundaria (30%) el 81,5% no manifestó depresión, del 16,7% de mujeres con superior no universitaria el 53,3% manifestó depresión y el 46,7 no presentó depresión, y del 13,3% de mujeres con grado universitario el 75% manifestó depresión y el 25% no presentó depresión.

El nivel de instrucción, es un factor que puede intervenir en la aparición de depresión en las mujeres post aborto; puesto que indistintamente, todos los grupos poblacionales clasificados según el nivel de instrucción, tienen porcentajes significativos de depresión post aborto.

Estos resultados similares a los de Cabrera y Riera (2017) quienes mencionan en su investigación, que el 43,1% de mujeres que tiene un nivel de instrucción superior y el 30,1% de mujeres con secundaria completa atraviesan un proceso de duelo, caracterizado por ansiedad, depresión, sentimientos de culpa, alteraciones de conducta, entre otros tras haber tenido un aborto (52).

El grado de instrucción se torna importante en las mujeres post aborto, puesto que tienen mayor capacidad de discernimiento respecto a reconocer algunos síntomas que pueden manifestarse a consecuencia de la depresión post aborto. Asimismo,

suelen ser las que mayormente buscan ayuda de profesionales para poder salir del cuadro de depresión en el que se encuentran (53).

En ese sentido, el grado de instrucción influye en la aparición de depresión en las mujeres post aborto, puesto que, a menor grado de instrucción, será más difícil encontrar oportunidades que les permitan sobresalir y enfrentar los síntomas y pensamientos negativos que puedan tener como consecuencia de ésta patología.

Estadísticamente se estableció influencia significativa entre las variables grado de instrucción y depresión en las mujeres con aborto según lo indica el $p = 0,047$

Tabla 18. Estado civil según la depresión en las mujeres post aborto atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2016

Estado Civil	Depresión					
	Si		No		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%
Soltera	22	68,8	10	31,3	32	17,8
Conviviente	58	63,0	34	37,0	92	51,1
Casada	42	75,0	14	25,0	56	31,1
Total	122	67,8	58	32,2	180	100

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$\chi^2=2,296$

$p=0,317$

En la presente tabla se observa que del 17,8% de mujeres solteras el 68,8% manifestó depresión y el 31,3% no manifestó depresión, del 51,1% de las mujeres convivientes el 63% manifestó depresión y el 37% no manifestó depresión, asimismo las mujeres casadas (31,1%) el 75% manifestó depresión y el 25% no manifestó depresión.

Esto se diferencia a lo expuesto por Sánchez y cols. (2014) quienes señalaron en su investigación acerca del estado civil de las mujeres post-aborto entrevistadas, el grupo que presentó mayor síntoma depresivo fueron las mujeres casadas con un 70% comparado con las mujeres solteras (54).

De acuerdo a nuestros resultados podemos decir que el estado civil no tiene influencia en la aparición de la depresión post aborto, puesto que tanto mujeres solteras, casadas y convivientes muestran índices altos de depresión.

Probablemente esto se deba a que al atravesar por una experiencia de aborto, se puede experimentar múltiples consecuencias psicológicas que, de una u otra manera, las mujeres tratan de superar; estas consecuencias psicológicas se pueden presentar en mujeres con aborto espontáneo o inducido, sin importar el estado civil que tengan.

Estadísticamente no se estableció una influencia significativa entre las variables estado civil y depresión en las mujeres con aborto según lo indica el $p = 0,317$

Tabla 19. Función familiar según la depresión en las mujeres post aborto atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2016

Función Familiar	Depresión				Total	
	Sí		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Disfuncional	56	70,0	24	30,0	80	44,4
Funcional	66	66,0	34	34,0	100	55,6
Total	122	67,8	58	32,2	180	100,

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$$X^2=0,326$$

$$p=0,568$$

En la presente tabla se muestra que del 44,4% de mujeres que pertenecen a familias disfuncionales el 70% presentó depresión y el 30% no presentó depresión, mientras las mujeres con familias funcionales (55,6%) el 66% presentó depresión y el 34% no presentó depresión.

Estos resultados se contraponen a los expuestos por Cáceres y Campos (2010), quienes encontraron un alto índice de disfuncionalidad familiar, en las familias de adolescentes post aborto que tuvieron consecuencias emocionales como depresión (55).

La depresión en las mujeres post aborto, tampoco se asocia con la función familiar; esto quiere decir que tanto las mujeres provenientes de familias funcionales y disfuncionales tienen porcentajes altos de depresión.

La depresión se define en general por sus síntomas que pueden parecer enfermedades somáticas (dolores, cansancio, etc.) asociadas a pensamientos negativos acerca del yo, el mundo y el futuro. Por lo tanto se trata de un trastorno psicológico mayor (56).

Esto significa que, si bien algunos factores sociales influyen en algunas consecuencias psicológicas post aborto, el estado de depresión ya queda fuera de contexto puesto que es un trastorno psicológico propiamente dicho; es decir, que las mujeres post aborto no han llegado a desarrollar esta patología, a pesar de haber tenido algunos de sus síntomas.

Probablemente, esto se deba a que existen otros factores que fortalecen a las mujeres y las impulsa a superar la pérdida del bebé y el trauma que esto representa para su vida.

Estadísticamente no se estableció influencia significativa entre las variables función familiar y depresión en las mujeres con aborto según lo indica el $p = 0,568$.

CONCLUSIONES

- Las características sociales que se identificó en mujeres con postaborto son: estar en el grupo etario de 20 – 34 años, tener un nivel educativo secundario, ser conviviente y presentar una familia funcional.
- Dentro de las consecuencias psicológicas de las pacientes encuestadas encontramos que el 74,4% presentan sentimiento de culpa, 65,6% insomnio, sienten vergüenza un 80% y presentan tendencia depresiva un 63,3%.
- Los factores de riesgo sociales que influyen en las consecuencias Psicológicas son:
 - Sentimiento de culpa: la edad, grado de instrucción, estado civil y Función familiar.
 - Insomnio: la edad, estado civil y función familiar.
 - Vergüenza: función familiar.
 - Depresión: grado de instrucción.
- Corroborando así la hipótesis planteada ya que existe influencia significativa entre factores de riesgo sociales y consecuencias psicológicas.

RECOMENDACIONES

Al Establecimiento de Salud

- Fortalecer la contrareferencia para el seguimiento respectivo de toda paciente con diagnóstico de post aborto por el personal de salud.

A la Dirección Regional De Salud - Cajamarca

- Promover la información y comunicación dirigida a las mujeres en edad fértil para prevenir los embarazos no deseados y abortos mediante la difusión de spots publicitarios en los medios de comunicación: televisión y radio; mensajes alusivos a la problemática relacionada a los embarazos no deseados y aborto.
- Capacitación a los profesionales de salud para la adecuada atención de las pacientes con diagnóstico de aborto

A Los alumnos de Obstetricia

- Realizar trabajos de investigación relacionados con este tema con la finalidad de mejorar, reforzar o ampliar los conocimientos descritos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Casasco G, Di Pietrantonio E. Aborto: guía de atención. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 2008; 27(1): p. 33-41.
2. Omicrono. Efectos psicológicos del aborto[Online]. Setiembre del2013. Disponible en: <http://www.omicrono.com/2013/09/efectos-psicologicos-del-aborto/>.
3. Rosado R. Caracterización epidemiológica clínica del aborto en pacientes ingresadas en el servicio de complicaciones prenatales del Hospital de Cobán, durante enero 2012 a diciembre 2014. Tesis de grado. Quetzaltenango: Universidad Rafael Landívar; 2015.
4. La Republica.pe. Más de mil mujeres abortan diariamente en Perú. Noticia. Lima; 2012.
5. Gómez G. ¿Qué dice la literatura acerca de la existencia, consecuencias y efectos del síndrome post aborto. Tesis. Colombia: Universidad de la Sabana; 2009
6. ACIPrensa. La mujer, una vixtima del aborto [Online].; 2012. Disponible en: <https://www.aciprensa.com/aborto/mujer-victim.htm>.
7. Ministerio de Salud. La mortalidad materna en el Perú. 2002 - 2011 Lima: Gráfica GIANLUD PRINT. E.I.R.L.; 2013.
8. Félix N. Aborto y sentimiento de culpa. Informe previo a conferirle el título de psicóloga. Guatemala: Universidad Rafael Landívar. Quetzaltenango; 2013.
9. Mendoza N. Síndrome post aborto y repercusiones en la mujer, familia y sociedad. Informe. Arequipa - Perú; 2014.
10. Comettant P.M. Factores que intervienen en la decisión de abortar en adolescentes, Instituto Nacional Materno Perinatal, enero 2015 - marzo 2016. Tesis (Para optar el título de Licenciada en Obstetricia). Lima 2016. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/4846/Comettant_pm.pdf?sequence=1
11. Gary F. Obstetricia de Williams. 24A° Edicion. México.Mc Graw Hill 2014.
12. Rodríguez A, León H. Guía de atención del aborto Bogotá; 2009.

13. Ruiz A. El aborto. In Social MdIP. Guías para el manejo de urgencias. Tercera edición ed. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2009.
14. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. Tercera edición ed. Quito; 2013.
15. Atencio S. Factores de riesgo para la depresión post parto en madres adolescentes atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión, durante abril - junio - 2015. Tesis para optar el título de Licenciada en obstetricia. Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
16. Ministerio de Ciencia e Innovación. Guía de Práctica Clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia España: Artes Gráficas, S.A.; 2009.
17. Zuazo N. Causas de la desintegración familiar y ss consecuencias en el rendimiento escolar y conducta de las alumnas de segundo año de la Institución Educativa Nustra Señora de Fátima de Piura. Tesis. Piura - Perú: Universidad de Piura; 2013.
18. Silva C.V. Factores asociados al aborto en mujeres atendidas en emergencia obstétrica del Hospital I Edmundo Escomel EsSalud Arequipa 2016. Tesis (para optar el título de segunda especialidad profesional en alto riesgo y emergencias obstétricas). Juliaca-Perú. 2016. Disponible en: http://repositorio.uancv.edu.pe/bitstream/handle/UANCV/780/TESIS%20T036_29550010_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Cogollo Z, Gómez E, De Arco O, Ruiz I, Campo A. Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2009 Octubre - diciembre; 38(4).
20. Echeburúa E, Corral P, Amor P. Estrategias de afrontamiento ante los sentimientos de culpa. 2001; 27(116).
21. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con insomnio en Atención Primaria Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009.
22. Irado O. Características del insomnio en el adulto mayor en pacientes ambulatorios del HRL - Iquitos. Iquitos – Perú. Tesis[para optar el título de medico cirujano]. Iquitos 2015. Disponible en: http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3788/Oscar_Tesis_Titulo_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y

23. Lozoya J. ¿Qué es la vergüenza?. Lima: Universidad ESAN; 2013.
24. Muñoz A. Humillación y vergüenza. Técnico. Madrid; 2016.
25. Fernández J, Iturriza A, toro J, Valbuena R. Depresión post parto valorada mediante la escala de Edimburgo. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 2014; 74(4).
26. Pintado Y, Jiménez YPM, Guerra J, Antelo M. Trastornos psicológicos en los adolescentes: una visión general. Revista de psicología y psiquiatría del niño y del adolescente. 2010; 9(1): p. 11-27.
27. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Pobreza Lima - Perú; 2016.
28. Fuentes A, Merino J. Validación de un instrumento de funcionalidad familiar. Trabajo de tesis para obtener el grado de Magister en Investigación Social y Desarrollo. Chile: Universidad de Concepción; 2016.
29. Delgado A. proyectosfindecarrera. [Online].; 2012. Available from: <http://www.proyectosfindecarrera.com/>.
30. Sierra J, Guillén P, Iglesias S. Insomnia Severity Index: algunos indicadores acerca de su fiabilidad y validez. Revista de Neurología. 2008 Diciembre; 47(11): p. 566-570.
31. Valde´s C, Martínez W, Ramírez Z. Propiedades psicométricas e una escla para medir a Gestão Da Vergonha em adolescentes (MOSS-SAST). México; 2014.
32. Oquendo M, Iartigue T, González I, Méndez S. Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgh como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. Revista de Perinatología y Reproducción Humana. 2008 Julio - septiembre; 22(3): p. 195-202.
33. Gil T.E., Gonzales G.O y cols. Aborto y funcionalidad familiar en mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Apoyo Iquitos César Garayar García, 2016 [Online]. [trabajo de investigación de especialidad]. Universidad Peruana Unión, Lima 2017. Disponible en: http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/471/Emilia_Tesis_especialidad_2017.pdf?sequence=4
34. Fernández D.E. El aborto, ¿Una cuestión de decisión personal en búsqueda de un bien? Secuelas psicológicas y morales [Online]. Revista del cuerpo médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Chiclayo 2016. Disponible en: <file:///C:/Users/Lucero/Downloads/357-1297-1-PB.pdf>

35. Hernández G.J, Aznar M.I., Echevarria P.P.. Hablan las madres. La parte menos Contada del aborto voluntario [Online]. Cuaderno de biblioteca. Enero 2017. p. 55-70. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/875/87550119005.pdf>
36. Marín O.L., Rios G.J., Díaz F.V. Significación de la experiencia de aborto decidido en algunas mujeres de la ciudad de Medellín [Online]. Institución Universitaria de Envigado. Colombia 2014. Disponible en: <http://www.iue.edu.co/revistas/iue/index.php/Psicoespacios/article/view/303>
37. Chóliz M.M. Ansiedad y trastornos del sueño. Emociones y Salud. p. 159-182. España 1999. Disponible en: <https://www.uv.es/=cholz/SuenoAnsiedad.pdf>
38. Rojas, L. El sentimiento de culpa. Lima, Perú: Editorial Aguilar. Recuperado el 06 de Diciembre de 2017. Disponible en: <https://www.megustaleer.com.pe/libro/el-sentimiento-de-culpa/ES0132257/fragmento/>
39. Echeburúa, E., De Corral, P., & Amor, P. Estrategias de afrontamiento ante los sentimientos de culpa. Análisis y modificación de conducta. Vasco, España: Universidad del Vasco. Recuperado el 06 de Diciembre de 2017. Disponible en: <http://www.ehu.eus/echeburua/pdfs/3-estrafrenta.pdf>
40. Rondón M. Resultados de la investigación sobre las consecuencias emocionales y psicológicas del aborto inducido [Online]. Centro de promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos. Lima 2009. Disponible en: <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/122/saludmentalmartarondon.pdf?sequence=1>
41. MedlinePlus. Aborto espontáneo (Online). 05 diciembre 2017. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001488.htm>
42. Radio Programa del Perú. El síndrome post aborto afecta a la mujer y genera crisis de identidad (Online). 20 de marzo. Lima - 2012 Disponible en: <http://rpp.pe/lima/actualidad/el-sindrome-post-aborto-afecta-a-la-mujer-y-genera-crisis-de-identidad-noticia-462982>
43. Ramirez Ch.A., Valladares Q.P. Factores predisponentes de embarazo no deseado y aborto en mujeres atendidas en el HOSPITAL II-1 ESSALUD TUMBES, junio-agosto 2016. (Online). Tesis para optar el título de licenciado en obstetricia. Universidad Nacional de Tumbes. Tumbes –

Perú 2016. Disponible en:

<http://renati.sunedu.gob.pe/bitstream/sunedu/129410/1/TESIS%20-%20RAMIREZ%20Y%20VALLADARES.pdf>

44. Álvarez, D. e. (Julio - setiembre de 2016). *Insomnio: actualización en estrategias y terapéuticas*. *Neurología Argentina*, 8(3). Recuperado el 08 de Diciembre de 2017. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-articulo-insomnio-actualizacion-estrategias-diagnosticas-terapeuticas-S1853002816300027>
45. López, R. (2011). *Insomnio: detrás está el estrés*. México. Recuperado el 08 de Diciembre de 2017, disponible en: <http://www.revista60ymas.es/InterPresent1/groups/revistas/documents/binario/s299calidad.pdf>
46. Ferré, A. *Insomnio agudo y crónico*. Artículo original , Barcelona - España. Recuperado el 09 de Diciembre de 2017. Disponible en: <http://www.doctorferre.com/insomnio>
47. Mendoza, N. (s.f.). *Síndrome post aborto y repercusiones en la mujer, familia y sociedad*. Universidad Católica San pablo. Arequipa: Universidad Católica San pablo. Recuperado el 09 de Diciembre de 2017, de http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo49/files/Acompa-amiento_pastoral_post_aborto.pdf
48. Ruiz, J. (2012). *Verguenza y culpa* . México.
49. Lerner, s. G. (2016). *Realidades y falacias en torno al aborto: salud y derechos humanos*. México: El Colegio de México A.C.
50. Crempien, C., & Martínez, V. (2010). El sentimiento de verguenza en ujees sobrevivientes de abuso sexual infantil. Implicaciones clínicas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XIX(3), 237-246. Recuperado el 10 de Diciembre de 2017, de <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281921798005.pdf>
51. Burke, T. (2012). *Mujeres silenciadas*. Informe técnico , Madrid. Recuperado el 10 de Diciembre de 2017.
52. Cabrera B.G., Riera R.A. evaluación de percepciones, actitudes y conducta sexual en mujeres post- aborto atendidas en el “HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA”. CUENCA. 2016 (Online). Proyecto de investigación previa la obtención del título de médico. Universidad de Cuenca. Ecuador 2017. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28271/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20C3%93N.pdf>

53. Mendoza C.N. Síndrome post aborto y repercusiones en la mujer, familia y sociedad. Instituto para el Matrimonio y la Familia. Disponible en: http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo49/files/Acompamiento_pastoral_post_aborto.pdf
54. de los Santos M, Martínez N, Perdomo A, Sánchez JJ, Jasmin H, Matar R. Comparación de Sintomatología Depresiva entre Mujeres Post-Aborto y Mujeres de la Consulta de Ginecología. 2014. Disponible en: http://investigare.pucmm.edu.do:8080/xmlui/bitstream/handle/20.500.12060/1745/AMP_20140401_59-65.pdf?sequence=1
55. Cáseres D.G., Campos L.L. Impacto emocional del aborto en las adolescentes con y sin pareja sexual, Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello, León, Abril-Octubre del 2007 (Online). Tesis para optar al título de doctor en medicina y cirugía general. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Nicaragua 2010. Disponible en: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/2412/1/216302.pdf>
56. García H.J. La depresión. Psicoterapeutas.com. 2013. Disponible en: <http://www.cop.es/colegiados/M-00451/depre.htm>

Anexos

CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS GENERALES Y FACTORES SOCIALES

1. Edad:

≤ 19 años () 20 – 34 años () ≥ 35 años ()

2. Nivel educativo

Analfabeta () Primaria ()

Secundaria completa () Superior técnica ()

Superior universitaria ()

3. Estado civil

Soltera () Conviviente () Casada ()

4. Funcionalidad Familiar

Familia disfuncional () Familia funcional ()

5. Sentimiento de culpa

Normal ()

Leve ()

Moderada ()

Severa ()

6. insomnio

Ausencia de insomnio clínico ()

Clínico ()

Grave ()

7. Vergüenza

Siente un marcado sentimiento de vergüenza ()

Se siente avergonzado ()

No siente vergüenza ()

8. Depresión

Probabilidad de tener una depresión ()

No depresión ()

12. ¿Cuáles son los sentimientos que tuvo al enterarse de su embarazo?

13. ¿Cuáles son los sentimientos y emociones que experimenta una mujer después del aborto?

14. ¿De qué manera enfrenta la situación?

15. ¿Cómo es la relación de pareja después de haber pasado por dicho episodio, así como también en el entorno familiar?

PRUEBA DE PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Situaciones	Casi Nunca	Pocas Veces	A veces	Muchas Veces	Casi Siempre
Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia					
En mi casa predomina la armonía					
En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades					
Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
No expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes					
Cuando alguien en la familia tiene un problema los demás ayudan					
Se distribuyen las tareas de forma que nadie esta sobrecargado					
Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
Podemos conversar diversos temas sin temor					
Ante una situación familia difícil somos capaces de buscar ayuda entre otras personas					
Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

Interpretación

Familia funcional: 70 -43 puntos: Familia disfuncional: 42- 14 puntos

ESCALA PARA MEDIR EL SENTIMIENTO DE CULPA (SC-35)

Cada frase expresa algo que en su caso puede ser:

TF = Totalmente Falso
falso)

MBV = Más bien verdadero (más verdadero que

MBF = Más bien Falso (Más falso que verdadero) TV = Totalmente verdadero

	TF	MBF	MBV	TV
1. No me preocupa nada lo que otras personas pueden pensar de mis acciones	5	4	2	1
2. En ocasiones de gran felicidad, me asalta la duda de estar gozando de algo que no merezco.	1	2	4	5
3. No merezco tener gente que me quiera.	1	2	4	5
4. Cuando cometo algún error, por pequeño que sea, lo paso muy mal.	1	2	4	5
5. Cuando me acusan injustamente, me sigue atormentando la duda de que quizá tengan razón.	1	2	4	5
6. Me sentiría feliz si pudiera arreglar de alguna manera el mal que he hecho.	1	2	4	5
7. A lo largo de mi vida he tenido muchas meteduras de pata que me pesan lo indecible.	1	2	4	5
8. Cuando me dicen que un superior quiere hablar conmigo, me siento mal y comienzo a temer haber hecho algo mal.	1	2	4	5
9. Hay cosas en mi pasado de las que no quiero acordarme	1	2	4	5
10. A veces me quedo perplejo viendo cómo la gente es tan inconsciente de sus acciones, siendo así que yo me preocupo de continuo por las mías.	1	2	4	5
11. No sé por qué, pero el sexo sigue siendo para mí algo no limpio.	1	2	4	5
12. Cuando tengo que recibir cuidados de otras personas, me siento culpable.	1	2	4	5
13. Cuando pierdo un amigo, pienso: "Ya habré metido otra vez la pata".	1	2	4	5
14. Tengo la sensación de estropear todo aquello que toco.	1	2	4	5
15. Cuando no me doy a conocer como realmente soy, me queda a sensación de haber engañado a los demás.	1	2	4	5
16. Me moriría de vergüenza si tuviera que ser encarcelado.	1	2	4	5
17. Hay acciones que dejan manchado por mucho tiempo.	1	2	4	5
18. No es extraño que mis amigos me olviden.	1	2	4	5
19. La causa de mis fracasos está en mí misma.	1	2	4	5
20. Cuando noto que un amigo me habla con frialdad, empiezo a pensar qué le habré podido hacer yo.	1	2	4	5
21. Si pudiera limpiarme de toda culpa, me quitaría un peso de encima.	1	2	4	5
22. La mayor felicidad es comportarse correctamente.	1	2	4	5
23. A veces me siento culpable por acontecimientos o desgracias en los que objetivamente no estoy implicado.	1	2	4	5
24. Echo de menos la inocencia que tenía cuando era niño.	1	2	4	5
25. Hay muchas cosas que la gente piensa que están bien, pero yo siento en mi interior que conmigo no van.	1	2	4	5
26. Temo que me ocurran desgracias, aunque no he hecho nada malo.	1	2	4	5
27. En alguna ocasión me han venido ganas de escupirme cuando me miraba en el espejo.	1	2	4	5

28. Cuando tengo éxito en algo, me queda la sospecha de no merecerlo.	1	2	4	5
29. Siento un peso cuando me pongo a pensar en mi padre.	1	2	4	5
30. Comprendo y justifico fácilmente a los demás. Sin embargo, a mí mismo no me perdono una.	1	2	4	5
31. No me siento peor que la mayoría.	5	4	2	1
32. Cada vez que me sale algo mal, pienso que cada uno recibe lo que merece.	1	2	4	5
33. Es imperdonable por mi parte no corresponde a aquellos que me quieren.	1	2	4	5
34. A veces he sentido asco de mí mismo.	1	2	4	5
35. Hay pensamientos y deseos que te infectan como si fueran un foco de suciedad.	1	2	4	5

Fuente: Zabalegui (1993) Sc - 35

Interpretación:

Más de 140 puntos: sentimientos de culpa extremadamente agobiantes

Más de 100 puntos: sentimiento de culpa moderado.

Entre 20 – 40 puntos: sentimiento de culpa Leve

Menos de 20 puntos: carencia de sentimientos de culpa. Insensibilidad emocional.

ISI: ÍNDICE DE GRAVEDAD DEL INSOMNIO

1. Indica la gravedad de tu actual problema(s) de sueño	Nada		Leve		Grave
a. Dificultad para quedarse dormida					
b. Dificultad para permanecer dormida					
c. Despertarse muy temprano					
2. ¿Cómo estás de satisfecha en la actualidad con tu sueño?					
	Muy satisfecho		Moderadamente satisfecho		Muy Insatisfecho
	0	1	2	3	4
3. ¿En qué medida consideras que tu problema de sueño interfiere con tu funcionamiento diario (fatiga, estado de ánimo, etc.)					
	Nada (0)	Un poco (1)	Algo (2)	Mucho (3)	Muchísimo (4)
4. ¿En qué medida crees que los demás se dan cuenta que tu problema de sueño afecta tu calidad de vida?					
	Nada (0)	Un poco (1)	Algo (2)	Mucho (3)	Muchísimo (4)
5. ¿Cómo estás de preocupada por tu actual problema de sueño?					
	Nada (0)	Un poco (1)	Algo (2)	Mucho (3)	Muchísimo (4)

Fuente. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Corrección

Sumar la puntuación de todos los ítems: (1a + 1b + 1c + 2+3+4+5)

El intervalo de la puntuación es de 0-28

Interpretación:

0 - 7 = ausencia de insomnio

8-21 = insomnio clínico

22 – 28 = insomnio grave

ESCALA PARA MEDIR VERGÜENZA

	Siempre	A veces	Nunca
¿Te sientes avergonzado de ti mismo?			
¿Desearías poder ocultarte?			
¿Sientes vergüenza de ti mismo por lo sucedido?			
¿Piensas que otros te pueden rechazar?			
¿Sientes que debes buscar arreglar la situación?			

Fuente: Escala modificada por Valdés A; de (MOSS-SAST)

Interpretación

12 – 15 puntos: siente un marcado sentimiento de vergüenza

8 – 11 puntos: se siente avergonzado

5 – 7 puntos: no siente avergonzado

CUESTIONARIO SOBRE DEPRESIÓN POSTNATAL EDIMBURGO (EPDS)

Dirección: _____ fecha de Nacimiento: _____

Fecha de pérdida del bebé:
_____ Teléfono: _____

Queremos saber cómo se siente al haber perdido a su bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy. Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana.

Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas

Tanto como siempre ()

No tanto ahora ()

Mucho menos ()

No, no he podido ()

2. He mirado el futuro con placer

Tanto como siempre ()

Algo menos de lo que solía hacer ()

Definitivamente menos ()

No, nada ()

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien

Sí, la mayoría de las veces

Sí, algunas veces

No muy a menudo

No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

No, para nada Casi nada Sí, a veces

Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

Sí, bastante

Sí, a veces

No, no mucho

No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian

Sí, la mayor parte de las veces

Sí, a veces

No, casi nunca

No, nada

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir

Sí, la mayoría de las veces

Sí, a veces

No muy a menudo

No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada

Sí, casi siempre

Sí, bastante a menudo

No muy a menudo

No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

Sí, casi siempre

Sí, bastante a menudo

Sólo en ocasiones

No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

Sí, bastante a menudo

A veces

Casi nunca

No, nunca

Interpretación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0) Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión,



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Académico Profesional de Obstetricia



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación:

“FACTORES DE RIESGO SOCIALES QUE INFLUYEN EN LAS CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS POST ABORTO. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA - 2016 ”

Investigadora:

Llanos Cerquín, Judith

Propósito de Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: “Factores de riesgo sociales que influyen en las consecuencias psicológicas post aborto. Hospital Regional Docente Cajamarca - 2016”. Se aplicará un cuestionario de preguntas por parte de la investigadora tendrá como finalidad recolectar información sobre los factores de riesgo que influyen en la morbilidad materna extrema.

Confidencialidad:

La información obtenida a través de este cuestionario que se le aplicará será mantenida bajo estricta confidencialidad. No se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento

Riesgos:

No existe ningún riesgo al participar de este trabajo de investigación.

Beneficios:

No existe beneficio directo para usted por participar de este estudio. Se prevé que los resultados de este estudio ayuden a la detección de los factores de riesgo sociales que influyen en las consecuencias psicológicas post aborto.

Consentimiento:

Yo....., he sido informada de los beneficios de esta investigación para mí, del carácter confidencial de las respuestas, he podido hacer preguntas, he disipado mis dudas y he recibido información sobre el mismo a través de la investigadora.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme cuando lo desee, sin que ello interfiera o tenga alguna consecuencia en mis cuidados médicos.

Voluntariamente presto mi conformidad para participar en esta investigación.

Firma de la Paciente
DNI N°:.....
Fecha:

Firma del Testigo
DNI N°:.....
Fecha:

Firma del Investigador
DNI N°:.....
Fecha:

FACTORES DE RIESGO SOCIALES QUE INFLUYEN EN LAS CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS POST ABORTO. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA – 2016

¹Judith, Llanos Cerquín ²Obsta. Elena Soledad Ugaz Burga (Asesora)

¹Bachiller en Obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca

²Docente principal a tiempo completo en la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca

RESUMEN: el objetivo del presente estudio es determinar la influencia de factores de riesgo sociales en las consecuencias psicológicas post aborto. Metodología: investigación no experimental de corte transversal. El tipo de estudio es descriptivo, analítico y correlacional. Resultados: dentro de los factores de riesgo estar en un grupo de edad de 20 – 34 años (55,6%), tener un nivel educativo secundaria (30.0%), ser conviviente (51.1%), provenir de una tener una familia funcional (55.6%), dentro de las consecuencias psicológicas en el grupo de estudio se observó que el 34.4% presentaron un sentimiento de culpa leve, un insomnio clínico (40%), se siente avergonzada (51.1%) y llegaron a deprimirse (63.3%). Dentro de los factores de riesgo sociales que influyen en las consecuencias psicológicas son: para el sentimiento de culpa son la edad ($p=0.000$), grado de instrucción ($p=0.007$), estado civil ($p=0.009$), y función familiar ($p=0.029$). Para el insomnio son: la edad ($p=0.014$), estado civil ($p=0.000$) y la función familiar ($p=0.016$), la vergüenza se encuentra la función familia ($p=0.006$). Y en la depresión solo se encuentran el grado de instrucción ($p=0.047$). Conclusión: Las características sociales de las mujeres de la muestra son: tener entre 20 – 34 años, tener un nivel educativo secundario, conviviente y presentar una familia funcional. Dentro de las consecuencias psicológicas de las mujeres de la muestra presentan un sentimiento de culpa leve, un insomnio clínico, se sienten avergonzadas y presentan tendencia depresiva.

Palabras clave: Aborto, sentimiento de culpa, Vergüenza, depresión, insomnio.

ABSTRACT: The objective of the present study is to determine the influence of risk factors on post-abortion psychological consequences. Methodology: non-experimental cross-sectional research. The type of study is descriptive, analytical and correlational. Results: within the risk factors be in an age group of 20 - 34 years (55.6%), have a secondary educational level (30.0%), be a cohabiter (51.1%), come from a having a functional family (55.6%), within the psychological consequences in the study group it was observed that 34.4% presented a feeling of slight guilt, a clinical insomnia (40%), felt ashamed (51.1%) and became depressed (63.3%). Among the social risk factors that influence the psychological consequences are: for the feeling of guilt are age ($p= 0.000$), degree of instruction ($p = 0.007$), marital status ($p = 0.009$), and family function ($p = 0.029$). For insomnia are: age ($p = 0.014$), marital status ($p = 0.000$) and family function ($p = 0.016$), shame is the family function ($p = 0.006$). And in depression, only the level of education is found ($p = 0.047$). Conclusion: The social characteristics of the women in the sample are: to be between 20 - 34 years old, have a secondary level of education, live together and present a functional family. Within the psychological consequences of the women in the sample they present a feeling of slight guilt, a clinical insomnia, they feel ashamed and present a depressive tendency.

Key words: Abortion, guilt, shame, depression, insomnia

INTRODUCCIÓN:

Se estima que, a nivel mundial, cada año, quedan embarazadas 208 millones de mujeres. Entre ellas, el 59% (o 123 millones) tiene un embarazo planificado que culmina en un nacimiento con vida, un aborto espontáneo o una muerte fetal intrauterina. El 41% restante (85 millones) de los embarazos no es deseado (1). En América Latina y el Caribe ocurren anualmente 182 millones de embarazos, de éstos, 36% no fueron planeados, y un 20% termina en un aborto (2).

En el Perú, diariamente más de 1000 mujeres abortan, 94 son atendidas por abortos incompletos y 2 mueren por complicaciones (3), constituyéndose en un grave problema de salud pública; pero más allá de las repercusiones biológicas que trae consigo el aborto, el impacto psicológico es mucho mayor; afecta la vida de las mujeres en todos los niveles; pese a que inmediatamente después de que se presenta el aborto, la mujer puede experimentar un aumento de los niveles de ansiedad, presentando consecuencias psicológicas (4), que afectan la vida cotidiana de la mujer y se concretan de múltiples formas, perjudicando e interfiriendo en sus relaciones interpersonales (especialmente las conyugales o de pareja), su capacidad de trabajo o estudio, el interés por las cosas y por las otras personas, etc).

En Cajamarca, específicamente, el Hospital Regional Docente Cajamarca, la situación no es diferente, en el año 2015 se registraron 890 abortos incompletos y en lo que va del año 2016, ya han sido atendidas 650 mujeres con este diagnóstico, sin llegar a investigar las causas que lo provocaron, y mucho menos las repercusiones psicológicas que puede traer consigo este hecho.

El efecto que el aborto produce en la salud mental de la mujer que lo vivencia, sobre todo si es provocado, es un tema preocupante para la comunidad científica, toda vez que numerosas investigaciones y experiencias clínicas demuestran que las reacciones psicológicas varían de una mujer a otra. Reacciones que pueden ser ansiosas, depresivas, sentimientos de vacío y dolor, hasta un síndrome específico o síndrome post-aborto, el cual posee todas las características del estrés post-traumático.

De alguna manera se conocen las consecuencias psicológicas, pero no se conocen los factores que inciden en estas, sobre todo los sociales, es por ello que se pretende la realización del presente trabajo de investigación cuyo objetivo es determinar la influencia de algunos factores de riesgo sociales y las consecuencias psicológicas post aborto, en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.

Los resultados constituirán un aporte a la ciencia, al mismo tiempo que permitirá realizar alguna propuesta para atenuar el daño en la mujer, de tal forma que luego de ser dada de alta se reincorpore a la sociedad como una persona productiva y capaz de continuar con una vida saludable tanto física como emocionalmente, de hecho, este beneficio no solamente será para la mujer sino para toda su familia y por ende para la sociedad.

METODOLOGÍA:

El diseño y tipo de estudio fue no experimental, descriptivo, correlacional, de corte transversal. La unidad de análisis estuvo constituida por cada una de las mujeres con diagnóstico de aborto incompleto, que ingresaron a ser atendidas al Hospital Regional Docente de Cajamarca. Para encontrar el tamaño de la muestra se utilizó el muestreo probabilístico estratificado, es decir que todos los elementos tendrán la misma probabilidad de ser elegidos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

En la tabla 1 y 2 se observa las características sociales de las mujeres en estudio.

Tabla 20. Características sociales de las mujeres de las mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2016

Factores sociales		
Edad	n°	%
≤19 años	34	18,9
20-34 años	100	55,6
≥ 34 años	46	25,6
Total	180	100,0
Grado de Instrucción		
Analfabeta	22	12,2
Primaria	50	27,8
Secundaria	54	30,0
Superior No Universitaria	30	16,7
Superior. Universitaria	24	13,3
Total	180	100,0
Estado civil		
Soltera	32	17,8
Conviviente	92	51,1
Casada	56	31,1
Total	180	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Tabla 21. Funcionalidad familiar en las mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2016

Funcionalidad Familiar		
Disfuncional	80	44,4
Funcional	100	55,6
Total	180	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la tabla 3 se observa las consecuencias Psicológicas de las mujeres en estudio.

Tabla 22. Consecuencias psicológicas de las mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2016

Consecuencias Psicológicas		
Sentimiento de culpa	n°	%
Normal	46	25,6
Leve	62	34,4
Moderada	48	26,7
Severa	24	13,3
Total	180	100,0
Insomnio		
Ausencia	62	34,4
Clínico	72	40,0
Grave	46	25,6
Total	180	100,0
Vergüenza		
Marcada	52	28,9
avergonzada	92	51,1
No	36	20,0
Total	180	100,0
Depresión		
Si	114	63,3
No	66	36,7
Total	180	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

El las tablas 4, 5, 6 y 7 se observa los factores de riesgo sociales que influyen en el sentimiento de culpa de las mujeres post aborto.

Tabla 23. Edad según sentimiento de culpa de las mujeres post aborto atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2016

Edad	Sentimiento de culpa								Total	
	Normal		Leve		Moderada		Severa			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
<19	4	11,8	20	58,8	6	17,6	4	11,8	34	18,9
20 - 34	38	38,0	22	22,0	26	26,0	14	14,0	100	55,6
>35	4	8,7	20	43,5	16	34,8	6	13,0	46	25,6
Total	46	25,6	62	34,4	48	26,7	24	13,3	180	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$\chi^2 = 27,449$
0,000

p =

Tabla 24. Grado de instrucción según sentimiento de culpa de las mujeres post aborto atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2016

Grado de Instrucción	Sentimiento de culpa									
	Normal		Leve		Moderado		Severo		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Analfabeta	2	9,1	10	45,5	8	36,4	2	9,1	22	12,2
Primaria	6	12,0	24	48,0	16	32,0	4	8,0	50	27,8
Secundaria	18	33,3	16	29,6	10	18,5	10	18,5	54	30,0
Superior No Universitaria	12	40,0	8	26,7	4	13,3	6	20,0	30	16,7
Superior Universitaria	8	33,3	4	16,7	10	41,7	2	8,3	24	13,3
Total	46	25,6	62	34,4	48	26,7	24	13,3	180	100

Fuente: cuestionario de recolección de datos
 $\chi^2=27,340$

p=0,007

Tabla 25. Estado civil según sentimiento de culpa de las mujeres post aborto atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2016

Estado civil	Sentimiento de culpa									
	Normal		Leve		Moderado		Severo		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Soltera	4	12,5	14	43,8	4	12,5	10	31,3	32	17,8
Conviviente	28	30,4	28	30,4	26	28,3	10	10,9	92	51,1
Casada	14	25	20	35,7	18	32,1	4	7,1	56	31,1
Total	46	25,6	62	34	48	26,7	24	13,3	180	100

Fuente: cuestionario de recolección de datos
 $\chi^2=17,117$

p=0,009

Tabla 26. Función Familiar según sentimiento de culpa de las mujeres post aborto atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2016

Función familiar	Sentimiento de culpa									
	Normal		Leve		Moderado		Severo		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Disfuncional	24	30,0	30	37,5	22	27,5	4	5,0	80	44,4
Funcional	22	22,0	32	32,0	26	26,0	20	20,0	100	55,6
Total	46	25,6	62	34,4	48	26,7	24	13,3	180	100

Fuente: cuestionario de recolección de datos
 $\chi^2=9,041$

p=0,029

En las tablas 8, 9 y 10 Se observa los factores de riesgo sociales que influyen en el insomnio de las mujeres post aborto.

Tabla 27. Edad según el tipo de insomnio en las mujeres post aborto atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2016

Edad	Insomnio						Total	
	Sin insomnio		Leve		Grave		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
<19	6	17,6	12	35,3	16	47,1	34	18,9
20 - 34	36	36,0	44	44,0	20	20,0	100	55,6
>35	20	43,5	16	34,8	10	21,7	46	25,6
Total	62	34,4	72	40,0	46	25,6	180	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos
 $\chi^2= 12,468$

p = 0,014

Tabla 9. Estado civil según tipo de insomnio las mujeres post aborto. Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2016

Estado civil	Insomnio						Total	
	Sin insomnio		Leve		Grave		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
Soltera	4	12,5	20	62,5	8	25,0	32	17,8
Conviviente	34	37,0	42	45,7	16	17,4	92	51,1
Casada	24	42,9	10	17,9	22	39,3	56	31,1
Total	62	34,4	72	40,0	46	25,6	180	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos
 $\chi^2 = 23,977$

p = 0,000

Tabla 10. Insomnio según funcionalidad familiar de las mujeres post aborto. Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2016

Funcionalidad familiar	Insomnio						Total	
	Sin insomnio		Insomnio leve		Insomnio grave		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
Disfuncional	36	45,0	24	30,0	20	25,0	80	44,4
Funcional	26	26,0	48	48,0	26	26,0	100	55,6
Total	62	34,4	72	40,0	46	25,6	180	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos
 $\chi^2=0,8,275$

$p = 0,016$

En la tabla 11 observa los factores de riesgo sociales que influyen en la vergüenza de las mujeres post aborto.

Tabla 28. Funcionalidad familiar según la vergüenza de las mujeres post aborto. Hospital Regional Docente. Cajamarca – 2016

Funcionalidad familiar	Vergüenza						Total	
	Marcada		Avergüenzado		No		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
Disfuncional	14	17,5	50	62,5	16	20,0	80	44,4
Funcional	38	38,0	42	42,0	20	20,0	100	55,6
Total	52	28,9	92	51,1	36	20,0	180	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos
 $\chi^2= 10, 120$

$p = 0,006$

En la tabla 12 se observa los factores de riesgo sociales que influyen en la depresión de las mujeres post aborto.

Tabla 12. Grado de instrucción según la depresión en las mujeres post aborto atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca - 2016

Grado de instrucción	Depresión					
	Si		No		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%
Analfabeta	14	63,3	8	36,4	22	12,2
Primaria	30	60,0	20	40,0	50	27,8
Secundaria	44	81,5	10	18,5	54	30,0
Superior no universitaria	16	53,3	14	46,7	30	16,7
Sup. Universitaria	18	75,0	6	25,0	24	13,3
Total	122	67,8	58	32,2	180	100

Fuente: cuestionario de recolección de datos
 $\chi^2=9,640$

$p=0,047$

DISCUSIÓN:

El aborto ya sea natural o provocado, como tal, representa un riesgo para el bienestar de las mujeres; muchas de ellas sufren en silencio los efectos psicológicos del mismo, de una parte el aborto espontáneo es muy frecuente entre las mujeres, más de lo que se piensa, pues la biología de un embarazo es muy complicada y son muchos los casos en los que el proceso es interrumpido por sí mismo o no llega a su finalización, lo que supone un golpe muy duro para la mujer y para la pareja (5).

La experiencia de un aborto afecta a la mujer en el ámbito personal y familiar. Aunado, a que la mujer pueda tener una mala relación con la pareja, estar abandonada o soltera le puede ocasionar mayores dificultades, puesto que estas situaciones significan un estrés emocional adicional al que le provoca haber tenido un aborto, pudiendo generar o complicar un cuadro de depresión o sentimiento de tristeza. La pérdida de un bebé durante la gestación puede afectar y agravar más la situación emocional de la mujer y contribuir a la aparición de trastornos psicológicos post aborto.

Los pensamientos o sensaciones de vergüenza tras un aborto, puede convertirse en un factor que afecte el bienestar de la mujer, llegando a convertirse incluso en un trastorno psicológico que puede agravar su estado emocional.

El trastorno psicológico evidenciado tras un aborto es la depresión, observando que el 63,3% de la población en estudio la padece y el 36.7% no. Estos resultados son similares a los encontrados por Gómez (2012), quien encontró en su investigación que en su población, el 69% manifestó signos de depresión (4). Existiendo una diferencia porcentual mínima de 5,7%. De igual manera, emociones de pena y tristeza se ven reflejadas en las mujeres tras un aborto por la pérdida que están sufriendo. Así como también por la vinculación que existe entre el embarazo y las funciones biológicas de la mujer.

Podemos decir que ser víctima de la carencia de afectividad en una etapa temprana de la vida, sumado al estrés post traumático que se atraviesa después de la experiencia de un aborto, puede provocar que se manifiesten sentimientos de culpa severos en aquellas mujeres que tienen familias disfuncionales.

Dentro de los factores sociales de riesgo, provenir de una familia funcional (p -valor = 0,029) es estadísticamente significativo coincidiendo con los estudios realizados por Ramírez y Valladares, quienes explican que las mujeres que han tenido un aborto espontáneo en su mayoría suelen ser aquellas que tienen una funcionalidad familiar normal; mientras que las mujeres que han tenido un aborto inducido, suelen tener familias disfuncionales y por lo tanto son más propensas a tener consecuencias psicológicas (6).

El nivel de instrucción, es un factor que puede intervenir en la aparición de depresión en las mujeres post aborto; puesto que indistintamente, todos los grupos poblacionales clasificados según el nivel de instrucción, tienen porcentajes significativos de depresión post aborto.

Estos resultados similares a los de Cabrera y Riera (2017) quienes mencionan en su investigación, que el 43,1% de mujeres que tiene un nivel de instrucción superior y el 30,1% de mujeres con secundaria completa atraviesan un proceso de duelo, caracterizado por ansiedad, depresión, sentimientos de culpa, alteraciones de conducta, entre otros tras haber tenido un aborto (7).

El grado de instrucción se torna importante en las mujeres post aborto, puesto que tienen mayor capacidad de discernimiento respecto a reconocer algunos síntomas que pueden manifestarse a consecuencia de la depresión post aborto. Asimismo, suelen ser las que mayormente buscan ayuda de profesionales para poder salir del cuadro de depresión en el que se encuentran (8).

En ese sentido, el grado de instrucción influye en la aparición de depresión en las mujeres post aborto, puesto que, a menor grado de instrucción, será más difícil encontrar oportunidades que les permitan sobrellevar y enfrentar los síntomas y pensamientos negativos que puedan tener como consecuencia de ésta patología.

Estadísticamente se estableció influencia significativa entre las variables grado de instrucción y depresión en las mujeres con aborto según lo indica el $p = 0,047$

CONCLUSIONES:

- Las características sociales que se identificó en mujeres con postaborto son: estar en el grupo etario de 20 – 34 años, tener un nivel educativo secundario, ser conviviente y presentar una familia funcional.
- Dentro de las consecuencias psicológicas de las pacientes encuestadas encontramos que el 74,4% presentan sentimiento de culpa, 65,6% insomnio, sienten vergüenza un 80% y presentan tendencia depresiva un 63,3%.
- Los factores de riesgo sociales que influyen en las consecuencias Psicológicas son:
 - Sentimiento de culpa: la edad, grado de instrucción, estado civil y Función familiar.
 - Insomnio: la edad, estado civil y función familiar.
 - Vergüenza: función familiar.
 - Depresión: grado de instrucción.
- Corroborando así la hipótesis planteada ya que existe influencia significativa entre factores de riesgo sociales y consecuencias psicológicas.

Bibliografía:

1. Rosado R. Caracterización epidemiológica clínica del aborto en pacientes ingresadas en el servicio de complicaciones prenatales del Hospital de Cobán, durante enero 2012 a diciembre 2014. Tesis de grado. Quetzaltenango: Universidad Rafael Landívar; 2015.

2. Casasco G, Di Pietrantonio E. Aborto: guía de atención. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 2008; 27(1): p. 33-41.
3. La Republica.pe. Más de mil mujeres abortan diariamente en Perú. Noticia. Lima; 2012.
4. Gómez G. ¿Qué dice la literatura acerca de la existencia, consecuencias y efectos del síndrome post aborto. Tesis. Colombia: Universidad de la Sabana; 2009
5. Omicrono. Efectos psicológicos del aborto[Online]. Setiembre del2013. Disponible en: <http://www.omicrono.com/2013/09/efectos-psicologicos-del-aborto/>
6. Ramirez Ch.A., Valladares Q.P. Factores predisponentes de embarazo no deseado y aborto en mujeres atendidas en el HOSPITAL II-1 ESSALUD TUMBES, junio-agosto 2016. (Online). Tesis para optar el título de licenciado en obstetricia. Universidad Nacional de Tumbes. Tumbes – Perú 2016. Disponible en: <http://renati.sunedu.gob.pe/bitstream/sunedu/129410/1/TESIS%20-%20RAMIREZ%20Y%20VALLADARES.pdf>
7. Cabrera B.G., Riera R.A. evaluación de percepciones, actitudes y conducta sexual en mujeres post-aborto atendidas en el "HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA". CUENCA. 2016 (Online). Proyecto de investigación previa la obtención del título de médico. Universidad de Cuenca. Ecuador 2017. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28271/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20C3%93N.pdf>
8. Mendoza C.N. Síndrome post aborto y repercusiones en la mujer, familia y sociedad. Instituto para el Matrimonio y la Familia. Disponible en: http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo49/files/Acompañamiento_pastoral_post_aborto.pdf