



ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

ANÁLISIS COMPARATIVO DE SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CALIDAD DE VIDA CENTRADA EN LA SALUD ENTRE MUJERES EMBARAZADAS CON Y SIN ANTECEDENTES DE ABORTO:
CASO ÁREA DE SALUD N° 1 INGAHURCO, AMBATO.

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica

Línea de investigación:

Desarrollo Humano y Salud Mental

Autora:

ANA MABEL GRANDA GÓMEZ

Directora:

Psc. Cl. Mg. SANDRA ELIZABETH SANTAMARÍA GUISAMANA

**Ambato – Ecuador
Septiembre 2017**

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
SEDE AMBATO

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

ANÁLISIS COMPARATIVO DE SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CALIDAD DE VIDA CENTRADA EN LA SALUD ENTRE MUJERES EMBARAZADAS CON Y SIN ANTECEDENTES DE ABORTO:
CASO ÁREA DE SALUD N° 1 INGAHURCO, AMBATO.

Línea de investigación:

Desarrollo Humano y Salud Mental

Autora:

Ana Mabel Granda Gómez

Sandra Elizabeth Santamaría Guisamana Psc. Cl. Mg.

CALIFICADOR

F. _____

Carlos Rodrigo Moreta Herrera Psc. Cl. Mg.

CALIFICADOR

F. _____

Lucía Almeida Márquez Dra. Mg

CALIFICADOR

F. _____

Aitor Larzabal Fernández, Lcdo. Mg.

DIRECTOR DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

F. _____

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr.

SECRETARIO GENERAL PUCESA

F. _____

Ambato – Ecuador
Septiembre 2017

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, Ana Mabel Granda Gómez portadora de la cédula de ciudadanía No. 180348735-2 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo a la obtención del título de PSICÓLOGA CLÍNICA, son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Ana Mabel Granda Gómez

CI: 180348735-2

AGRADECIMIENTO

Gracias Dios mío, por bendecir mi camino y acompañarme frente a cada obstáculo y éxito, porque nunca me dejaste sola y me impulsaste cuando creía todo perdido. A mis padres, por su ejemplo y sacrificio para que logre cada meta de mi vida, por su apoyo y amor incondicional; mis hermanos quienes son mi motivación para salir adelante. En fin a toda mi familia quienes siempre estuvieron al pendiente de que pueda culminar mi carrera. Mi compañero y cómplice a cada hora, Damián gracias por tanto, son tantas cosas vividas, que este es el reflejo de una meta más que cumplimos juntos y el sentimiento más lindo que nos une. A mi querida Universidad, por contar por docentes de excelente nivel que no solo compartieron sus conocimientos sino también una amistad sincera. Muchas gracias Sandrita, por brindarme su colaboración total para el desarrollo de este proyecto e incentivar me cada momento. Como no decirles gracias a mis compañeros y amigos que hicieron de la etapa universitaria, una de las mejores de mi vida.

Infinitamente agradecida con la vida...

DEDICATORIA

A todos quienes hicieron posible y me acompañaron en el trayecto de mi formación académica, algunos de ellos ahora no están ya conmigo físicamente. Pero esto es el reflejo de años de sacrificio, dedicación, esfuerzo mío y de todos los que están conmigo, porque simplemente Amo lo que hago.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo establecer las semejanzas y diferencias de los síntomas psicológicos y calidad de vida centrada en la salud entre embarazadas con y sin antecedentes de aborto, que acuden al Área de Salud N° 1 en Ingahurco-Ambato. Se realizó un estudio descriptivo-comparado de corte transversal no experimental a 44 mujeres que acuden por servicios de salud, a las mismas que se dividió en dos grupos: ESA gestantes sin antecedentes y ECA gestantes con antecedentes de aborto. Para la evaluación se usó una ficha sociodemográfica, el test SCL-90-R que evalúa patrones de síntomas psicológicos y el cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud SF-36. Los resultados mostraron la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos evaluados así; las mujeres embarazadas con antecedentes de aborto tienen pareja y se encuentran en el nivel socio-económico de medio-bajo a medio-alto, en cuanto a síntomas psicológicos son más marcados la hostilidad y el psicoticismo, mientras que su calidad de vida centrada en la salud registra mayor vitalidad y mejor función social. A diferencia de las embarazadas sin antecedentes en su mayoría son solteras y de un nivel socioeconómico medio-bajo a bajo. Las semejanzas encontradas entre los grupos, demuestran que las gestantes presentan riesgo en las dimensiones de somatización, depresión, ansiedad y ansiedad fóbica; además, su calidad de vida centrada en la salud es considerada a nivel global como buena, sin embargo al analizar las áreas individuales de su salud física y mental su cualificación es regular.

Palabras clave: embarazo, aborto, síntomas psicológicos, calidad de vida relacionada con la salud

ABSTRACT

The following investigation aimed to establish the similarities and differences in psychological symptoms and health-centered quality of life among pregnant women with and without a history of abortion, who were attended in the Health Area No° 1 Ingahurco-Ambato. This is a descriptive-comparative non-experimental cross-sectional study that was carried out on 44 women attending health services. They were divided into two groups: group 1 pregnant women without history of abortion and group 2 pregnant women with a history of abortion. In order to achieve the goal, a socio-demographic record was used for the evaluation, the SCL-90-R test to evaluate psychological symptom patterns and the SF-36 Health Quality Questionnaire. The results showed that there are statistically significant differences between the groups; pregnant women with a history of abortion have a couple and they are in the socio-economic level of medium-low to high, as far as psychological symptoms are more marked hostility and psychoticism. On the other hand, ESA are single and their socioeconomic level is low to medium-low. While their quality of life centered in health registers greater vitality and better social function. The similarities found between the groups, show that pregnant women are at risk in the dimensions of somatization, depression, anxiety and phobic anxiety; In addition, their quality of life focused on health is considered at a global level as good, however when analyzing the individual areas of their physical and mental health their qualifications are regular.

Key words: pregnancy, abortion, psychological symptoms, quality of health.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRELIMINARES.....	iii
DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD.....	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	viii
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I.....	3
PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA DE TRABAJO	3
1.1 Antecedentes	3
1.2 Problema.....	7
1.2.1 Descripción del problema.....	7
1.2.2 Preguntas básicas.....	8
1.3 Justificación.....	9
1.4 Objetivos	9
1.4.1 Objetivo general	9
1.4.2 Objetivos específicos.....	10
1.5 Hipótesis de Trabajo.....	10
1.6 Variables.....	10

1.7	Delimitación funcional	11
CAPITULO II		12
2. MARCO TEÓRICO		12
2.1	Psicología de la salud	12
2.1.1	Perspectiva Biopsicosocial de la salud.....	13
2.1.2	La calidad de vida	14
2.1.2.1	La calidad de vida centrada en la salud.....	16
2.1.2.2	Dimensiones de la calidad de vida relacionada en la salud.....	18
2.2	Sintomatología Clínica	20
2.2.1	Síntoma y Signo	20
2.2.2.	Síndrome	21
2.2.3	Conducta anormal	22
2.2.4	Síntomas de mayor importancia a nivel psicológico.....	23
2.3	Sucesos Traumáticos	24
2.4	Crisis.....	26
2.5	Embarazo.....	28
2.5.1	Etapas del embarazo	31
2.5.2	Desarrollo mensual del bebé	32
2.5.3	Cambios en la mujer durante el embarazo	33
2.6	Aborto.....	38

2.6.1 Consecuencias del aborto	40
CAPÍTULO III.....	44
METODOLOGÍA	44
3.1 Metodología de la investigación	44
3.2 Método aplicado.....	46
3.3 Técnicas e instrumentos aplicados	47
3.3.1 Técnicas.....	47
3.3.2 Instrumentos.....	48
3.4 Participantes	51
3.5 Procedimiento	52
CAPITULO IV	54
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	54
4.1 Análisis de la muestra y características sociodemográficas.....	54
4.1.1 Área social.....	55
4.1.2 Área Salud.....	60
4.1.3 Área familiar	66
4.1.4 Área Económica.....	70
4.1.5 Área Académico-Laboral.....	72
4.2 Análisis de los síntomas psicológicos a través del instrumento SCL-90R	77
4.2.1 Fiabilidad del instrumento	77

4.2.2 Sintomatología presentada por las participantes	78
4.2.3 Diferencias entre grupos de estudio	82
4.2.4 Índices del test SCL-90R	85
4.3 Análisis de la calidad de vida centrada en la salud según el test SF-36.....	88
4.3.1 Fiabilidad del instrumento	88
4.3.2 Calificación global de la calidad de vida centrada en la salud.....	89
4.3.3 Dimensiones de la calidad de vida relacionada en la salud según el SF-36	92
4.3.4 Gráfico comparativo entre las participantes.....	97
CAPITULO V	100
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	100
5.1 Conclusiones	100
5.2 Recomendaciones.....	104
BIBLIOGRAFÍA.....	107
ANEXOS	121

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Tablas

Tabla 2.1 Definiciones de Calidad de Vida.....	15
Tabla 2.2 Definiciones de Calidad de Vida Relacionados con la Salud.....	17
Tabla 2.3 Signos: Presumibles y Probables	30
Tabla 2.4 Etapas del Embarazo.....	31
Tabla 3.1 Ítems del Test SCL-90	49
Tabla 3.2 Ítems de Test SF-36	51
Tabla 4.1 Distribución de Grupos en Función del Factor Social	56
Tabla 4.2 Distribución de Grupos en Función del Factor Estado Salud	60
Tabla 4.3 Asistencia Médica.....	62
Tabla 4.4 Distribución de Grupos en Función Área Familiar.....	66
Tabla 4.5 Calidad de las Relaciones con la Pareja.....	68
Tabla 4.6 Análisis del Factor Económico	70
Tabla 4.7 Nivel Socioeconómico y Estado Civil	72
Tabla 4.8 Nivel de Estudios.....	73
Tabla 4.9 Área Académica en la que se formó	75
Tabla 4.10 Área Laboral y Tipo de Empleador.....	76
Tabla 4.11 Validez del Instrumento a través del Coeficiente Alfa de Cronbach.....	77
Tabla 4.12 Análisis Comparativo Síntomas Psicológicos según SCL-90R.....	79
Tabla 4.13 Diferencias Estadísticas por la T de Student.....	82
Tabla 4.14 Análisis Comparativo de los Índices del SCL-90R mediante la Prueba T	85
Tabla 4.15 Consistencia Interna del Test SF-36	88

Tabla 4.16 Análisis Comparativo del Estado Global según el SF-36.....91

Tabla 4.17 Análisis Comparativo de la Calidad de Vida según el SF-36.....92

Gráficos

Gráfico 2.1 Subdimensiones de calidad de vida relacionados con la salud.....19

Gráfico 2.2 Signos y síntomas.....23

Gráfico 2.3 Tipos de Crisis.....27

Gráfico 2.4 Desarrollo del bebé mes a mes.....33

Gráfico 2.5 Cambios Físicos en la Mujer Embarazada.....34

Gráfico 2.6 Cambios Psicológicos en la Mujer Embarazada.....35

Gráfico 2.7 Cambios en el Ambiente Externo en la Mujer Embarazada37

Gráfico 2.8 Consecuencias Físicas y Psicológicas del Aborto40

Gráfico 4.1 Distribución Étnica de las Participantes57

Gráfico 4.2 Estado Civil.....59

Gráfico 4.3 Presencia de Enfermedades.....61

Gráfico 4.4 Amenazas de Aborto.....63

Gráfico 4.5 Edad Gestacional64

Gráfico 4.6 Tipo de Aborto.....66

Gráfico 4.7 Tipo de relación afectiva con la pareja.....69

Gráfico 4.8 Total de Participantes y Nivel de Estudios Culminados73

Gráfico 4.9 Análisis Comparativo de Síntomas Psicológicos según SCL-90R.....75

Gráfico 4.10 Puntos de Riesgo según SCL-90R80

Gráfico 4.11 Áreas Diferentes y Puntos de Riesgo.....81

Gráfico 4.12 Índices de Severidad y Malestar	86
Gráfico 4.13 Total de Síntomas	87
Gráfico 4.14 Estado Global según SF-36.....	90
Gráfico 4.15 Calificación de las Escalas.....	94
Gráfico 4.16 Comparación con otras poblaciones	96
Gráfico 4.17 Diferencias encontradas en el Estudio	98

INTRODUCCIÓN

El embarazo es una etapa de cambios significativos en la mujer tanto a nivel físico como psíquico; por lo cual tiende a la inestabilidad emocional, cambios en la anatomía y fisiología de su cuerpo así como en su entorno personal, familiar y laboral. Autores como Gómez, Aldana, Carreño y Sánchez (2006) afirman que: “Mientras que muchas madres disfrutan en gran medida estos cambios, como la experiencia del embarazo o el agregar un nuevo miembro a la familia, algunas no comparten estos sentimientos” (p.30). Muchos de estos síntomas pueden ser agravados a causa de antecedentes que no han sido afrontados sanamente, en el caso de la presente investigación se toma en cuenta al antecedente de aborto; ya que este puede ser un suceso traumático que deja secuelas a corto, mediano y largo plazo en la calidad de vida. Urzúa (2010), afirma que la calidad de vida relacionada en la salud evalúa “los efectos físicos, mentales y sociales de la enfermedad en la vida diaria y el impacto de estos efectos en los niveles de bienestar subjetivo, satisfacción y autoestima” (p. 359). Es así que los síntomas psicológicos más comunes en esta etapa son la ansiedad y la depresión, lo cual interfiere en su salud mental y por otro lado el cambio anatómico puede afectar su salud física

El propósito de la investigación es analizar las semejanzas y diferencias entre las gestantes con y sin antecedentes de aborto presentan en cuanto a síntomas psicológicos y calidad de vida relacionada con la salud. Para esta investigación se utilizará una metodología descriptiva y comparada de corte transversal, con el fin de generar un gráfico explicativo de los resultados. Para este propósito el proyecto está dividido en

cinco capítulos, organizados de la siguiente manera: El primer capítulo, es el planteamiento de la propuesta de trabajo consta del planteamiento de la propuesta del trabajo de investigación, detallando aspectos generales del problema, antecedentes, justificación, variables y objetivos a alcanzar. En el segundo capítulo se presenta el marco teórico, para fundamentar conceptos relacionados con el embarazo, cambios que este presenta, síntomas para su detección, aborto y sus consecuencias, sintomatología psicológica que toma como referencia a las 9 dimensiones del test SCL-90R, y calidad de vida relacionada con la salud que se divide en dos áreas importantes salud física y psicológica.

En el tercer capítulo se encuentra la metodología de investigación utilizada, se explica que tipo y método se empleó, y cuál fue el procedimiento a realizarse, además refiere los datos más importantes de los reactivos y población. El cuarto capítulo, plantea el análisis e interpretación de resultados en donde se explica detalladamente los valores que arrojó el estudio, determinando semejanzas y diferencias entre los grupos, así como con otros estudios fiables analizados. El quinto capítulo, está destinado a las conclusiones y recomendaciones obtenidas de la investigación. Finalmente, se muestran dos apartados en los cuales constan referencias y anexos los cuales respaldan el trabajo de disertación

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA DE TRABAJO

1.1 Antecedentes

Al área de Salud N° 1, en Ingahurco-Ambato, acuden alrededor de 40 embarazadas por mes por diferentes motivos de consulta, especialmente para asistencia médica de su embarazo; se observó que varias de estas manifiestan presentar dolencias físicas, sentirse tristes o preocupadas por el estado en que se encuentran. Se realizó una indagación preliminar acerca de síntomas psicológicos y calidad de vida relacionada con la salud, tomando en cuenta artículos académicos, tesis de grado, libros y otros recursos bibliográficos que exponen los resultados de las investigaciones sobre el embarazo, síntomas psicológicos y calidad de vida centrada en la salud publicados en los últimos 20 años, así como la localización de la investigación tomando como referencia poblaciones con las cuales se tiene similitudes.

En la investigación de Guarino (2010) en Venezuela, se estudió a una población de 94 embarazadas, en el primer trimestre de gestación. Se evaluó su sensibilidad egocéntrica negativa, afrontamiento al embarazo, salud global y calidad de vida percibida, afirmando lo siguiente: “las embarazadas que exhiben una mayor sensibilidad emocional negativa

(egocéntrica), reportan durante su primer trimestre de embarazo significativamente más síntomas físicos y mayor deterioro psicológico (mayor depresión, angustia, ansiedad y disfunción social)” (p. 179). Además se determina que hay un deterioro en la calidad de vida de la mujer embarazada por el aumento de síntomas físicos y psicológicos.

Por otro lado, Faisal y Menezes (2007) quienes realizaron un estudio en Sao Paulo, para estimar la prevalencia de factores de riesgo en la ansiedad prenatal y depresión prenatal. Se estudia a 432 embarazadas que no presenten cuadros depresivos actuales o pasados, tratamiento psiquiátrico y abuso de sustancias o alcohol. Los resultados muestran la prevalencia de ansiedad y depresión como altas cuando se asocian a factores de riesgo de tipo socio-demográficas, socio-económicas y factores de estrés ambientales.

Así mismo, en el estudio de Aktas y Calik (2015) indagaron la frecuencia de los síntomas de depresión y sus factores de riesgo. Estudiaron la correlación entre el apoyo social y la depresión en el embarazo en Turquía en el 2008. Se recurrió a una muestra de 266 embarazadas y se obtuvieron los como resultados que el 46,2% de las embarazadas no tenían síntomas de depresión, el 34,59% de ellos tenían síntomas leve, el 13,91% tenían síntomas moderados y el 4.89% tienen niveles severos de síntomas depresivos. Se determina que factores tales como: el nivel educativo de las embarazadas y sus esposos, tener un embarazo no deseado, que sufre de una enfermedad crónica antes del embarazo, la presencia de problemas relacionados con el embarazo, tener un hijo con discapacidad o tener familiares cuyos hijos tenían discapacidad, y fumar durante el embarazo fueron

los factores de riesgo que afectan a la severidad de la depresión. Por otro lado, las embarazadas recibieron el mayor apoyo social de sus maridos.

Rodríguez (2005) en la ciudad de Quito-Ecuador, realizó una investigación en adolescentes embarazadas y dividió a su población en dos grupos A y B. Las adolescentes primerizas, solteras, de 12 a 18 años y de clase económica baja fueron parte del grupo A. Y para formar el grupo de control o B, se incluyeron adolescentes de clase baja que se encuentren en la misma edad. Utilizó el test de Rorschach para la evaluación psicológica, dando como resultado que las participantes del grupo A atraviesan graves disturbios emocionales relacionados con ansiedad y depresión, lo cual interfiere en sus procesos cognitivos y limitan sus capacidades: abstractas, perceptuales, integradoras, imaginativas, entre otras.

La investigación de Ávila (2014) realizada en la ciudad de Quito, con el objetivo de identificar niveles de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas, empleó la observación clínica, entrevistas y aplicación los reactivos: Test de Hamilton, Test de Beck, Test psicológico para ansiedad, Prueba de ansiedad y Test de ansiedad (cuestionario de GADI). Concluyendo, que en el primer trimestre de embarazo el nivel de ansiedad es común y más elevado al tercer mes, esto implica cambios fisiológicos. Además que la prevalencia de ansiedad es mayor a la depresión expresado por síntomas como el miedo y la sudoración seguido por insomnio y algunas molestias musculares, a diferencia de la depresión en la que los síntomas son enmascarados y los que se pueden

reconocer son los que se presentan a nivel fisiológico siendo estos la pérdida de memoria a corto plazo, atención y concentración.

Para observar el impacto del aborto inducido ilegal sobre la salud mental de las mujeres, Ramírez, Palacios y Jaramillo (2000), realizaron una investigación en 32 mujeres con aborto inducido (AI) y 53 mujeres con aborto espontáneo (AE) ; a quienes se les evaluó con el test SCL-90-R tres días posteriores al evento y después de tres y seis meses. No se encontraron diferencias significativas en la evolución global sintomática de las dos cohortes, sin embargo en las mujeres con AE se encontraron niveles significativamente más altos en somatización, ansiedad y ansiedad fóbica a través del tiempo. Cada grupo tuvo igual tendencia a estar más sintomático en los días cercanos al evento, para después al tercer y al sexto mes, presentar una recuperación completa. Se discute si el impacto de la pérdida por aborto depende más de lo contingencial del evento que de la pérdida vital. Se concluye que el aborto inducido ilegal en nuestro medio no parece ser factor de riesgo para la salud mental de las mujeres.

De acuerdo a las investigaciones antes señaladas, se obtiene que los síntomas principales que se presentaron en la etapa de gestación son la ansiedad y depresión, estos generaron cambios a nivel físico y psicológico influyendo en la calidad de vida. Además se tomó en cuenta que otros factores psicosociales como: clase económica, fuentes de apoyo, presencia del padre del hijo, estudios, entre otros también pueden afectar a la mujer embarazada, ya que fueron determinantes en el desarrollo sano. Otro punto importante fue que algunas investigaciones coinciden en que existen cambios a nivel emocional

negativos, presentes como irritabilidad o extrema sensibilidad que afectan en la percepción de la etapa de gestación. En cuanto al aborto, aparentemente después de tres y seis meses del evento su sintomatología parecía desaparecer; aunque a los días del evento tanto en abortos inducidos como espontáneos los síntomas se agudizaban.

1.2 Problema

1.2.1 Descripción del problema

La mujer durante la etapa de gestación experimenta varios cambios, tanto a nivel físico como psicológico que producen alteraciones en el curso de su vida. Sin embargo, no todas las mujeres perciben la etapa del embarazo de la misma manera debido a que el estado de salud que varía; es así que autores como Gómez y otros (2006) afirman que: “las manifestaciones emocionales se encuentran las de tipo depresivo como reacciones de ajuste a la situación transitoria a través de fluctuaciones en el estado de ánimo, mayor labilidad e hipersensibilidad emocional, pesimismo, preocupación e interés significativo por su salud” (p. 29). Algo similar se observó en las embarazadas con antecedentes de aborto que acuden por chequeos médicos al Área de Salud N° 1 Ingahurco, Ambato, ya que presentan de manera inusual sintomatología ansiosa, depresiva, temor excesivo a perder a su hijo, ideas catastróficas acerca de la terminación del embarazo, entre otros. Mientras que las mujeres en etapa gestacional sin antecedentes pueden presentar estos síntomas en menor grado o no presentarlos.

La calidad de vida centrada en la salud se refiere principalmente a la condición de la salud física y mental. Por ello la salud se define como la habilidad de enfrentarse a situaciones consideradas para el sujeto como difícil, pero manteniendo sistemas fuertes de apoyo social, integración en la comunidad, bienestar psicológico y físico (Moreno & Ximénez, 1996). Es así que la calidad de vida relacionada con la salud se ve afectada por los cambios físicos como es el embarazo y también psicológicos que implican el estado de salud mental con el apareamiento de síntomas.

1.2.2 Preguntas básicas

- ¿Cómo aparece el problema que se pretende solucionar?

La mujer durante la etapa de gestación presenta cambios a nivel psicológico y físico que influyen en la calidad de vida centrada en la salud. Pero, las mujeres que han tenido antecedentes de aborto presentan mayor cantidad de síntomas como depresión, ansiedad, somatizaciones entre otros; que influyen en el curso del embarazo. Sin embargo, las mujeres que no tienen antecedentes pueden o no presentar estos síntomas pero en menor grado.

- ¿Por qué se origina?

Se cree que se origina porque no ha superado el aborto, dando como consecuencia que la sintomatología psicológica y la calidad de vida centrada en la salud se agraven.

- ¿Dónde se detecta?

En embarazadas que acuden al Área de Salud N° 1 Ingahurco, Ambato

1.3 Justificación

Dado los antecedentes expuestos se considera necesario comparar los síntomas psicológicos que estén manifiestos y en los niveles que se presentan tanto en un grupo de mujeres con antecedentes de aborto como en un grupo sin antecedentes, mismo en las mujeres que se encuentran embarazadas se relaciona con mayores niveles de síntomas psicológicos y disminución de la calidad de vida.

Cabe mencionar que la base de la salud está en la prevención, y la presente investigación servirá a las entidades respectivas como base para programas preventivos orientados asegurar una elevada calidad de vida, disminuyendo los síntomas psicológicos de riesgo, además podrá ser utilizada como base para futuras investigaciones.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Determinar las semejanzas y diferencias de los síntomas psicológicos y calidad de vida centrada en la salud entre el grupo de embarazadas con antecedentes de aborto y el grupo de embarazadas sin antecedentes de aborto que acuden al Área de Salud N° 1 Ingahurco, Ambato.

1.4.2 Objetivos específicos

- Fundamentar bibliográficamente los aspectos desarrollados en la investigación relacionados con el embarazo, síntomas psicológicos y calidad de vida centrada en la salud.
- Diagnosticar las dimensiones sintomáticas, índices globales de malestar psicológico y calidad de vida centrada en la salud que tienen los grupos de estudio por medio del cuestionario de salud SF-36 y el test SCL-90R.
- Desarrollar un análisis comparado acerca de los síntomas psicológicos y calidad de vida centrada de la salud en las participantes con antecedentes de aborto y sin antecedentes.
- Sintetizar a través de un cuadro comparativo las semejanzas y diferencias de dimensiones sintomáticas y calidad de vida de los grupos en estudio

1.5 Hipótesis de Trabajo

Las embarazadas con antecedentes de aborto presentan mayor cantidad de síntomas psicológicos y menor calidad de vida centrada en la salud en relación con las embarazadas sin antecedentes de aborto.

1.6 Variables

Variable 1: Embarazadas con antecedentes de aborto

Variable 2: Sintomatología psicológica

Variable 3: Calidad de vida centrada en la salud

1.7 Delimitación funcional

- ¿Qué será capaz de hacer el producto final del proyecto de titulación?

Al final de esta investigación se determina la información detallada acerca del problema, se describe las semejanzas y diferencias que presentaron las embarazadas con y sin antecedentes de aborto en cuanto a las dimensiones sintomáticas, índices de malestar psicológico y calidad de vida centrada en la salud; plasmadas en el modelo explicativo. Esto sirve para futuras investigaciones y planes de intervención.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Psicología de la salud

Por una aproximación teórica y clínica diferente al modelo médico de enfermedad, se inclina el interés hacia la Psicología de la Salud poniendo énfasis en la calidad de vida para lo cual da importancia a factores psicológicos, sociales, culturales a más de los biológicos propios de la enfermedad. Algunas de las disciplinas de la Psicología como: clínica, social, experimental, fisiológica, etcétera, con un interés común en cuestiones relacionadas con la salud, se reúnen en 1978 para formar la división de la Psicología de la salud de la American Psychological Association (APA), en donde nace formal, institucional y profesionalmente (Oblitas, 2008). Es desde ese instante en donde se agrupan diferentes argumentos para formalizarla como disciplina reconocida por la APA, lo cual beneficiará a futuras investigaciones en esta rama.

El término de Psicología de la salud es fundamentada por Stone (1988), quien hizo una revisión teórica, para definirla como “el desarrollo y la aplicación de la teoría y la competencia psicológicas a las acciones del sistema de salud” (p. 20), esto permite destacar que se ha incluido este término varias décadas atrás para mejorar del sistema de

salud pública para una atención integral y de calidad, sin embargo es Stone quien formaliza su definición.

En una revisión actual, Oblitas (2008) realiza un aporte de la Psicología de la salud en donde afirma que “está orientada en la promoción de estilos de vida más sanos, prevención de enfermedades, modificación los hábitos insanos asociados a enfermedades; así como en el tratamiento de enfermedades específicas donde se combina aspectos médicos y psicológicos” (p. 12); este autor ha realizado investigaciones desde el año 2004, por lo que se tomó su última publicación para sustento de esta investigación. La ciencia de la Psicología enfocada en la salud tiene como objetivo preservar la calidad de vida de las personas sanas o con alguna enfermedad, tomando una perspectiva biopsiosocial, en donde el ser humano es integral porque sus esferas biológicas, psicológicas y sociales están en interacción continua.

2.1.1 Perspectiva Biopsicosocial de la salud

La perspectiva biopsicosocial de la salud fue propuesta por Engel en 1977 quien afirmó que el origen de la enfermedad es multicausal, es así que al abordar el diagnóstico y tratamiento es necesario analizar los factores biológicos, psicológicos y sociales (Oblitas, 2008). A pesar de los esfuerzos de Engel para teorizar la perspectiva biopsicosocial, sus argumentos no eran desarrollados con detalles, por lo que Sperry (2008), aporta en que ésta es una propuesta integradora, comprensiva y sistémica. Y finalmente Juárez (2011), concluye que los factores que interactúan son: biológicos,

psicológicos y sociales. De acuerdo a las aportaciones de los autores antes mencionados se puede deducir, que este modelo permite explorar las dificultades de la salud desde varias causas y permite analizar cuáles son los factores que generan, desencadenan y mantienen la enfermedad, que pueden estar asociados a problemas en el ambiente familiar-escolar-social, alteraciones biológicas o disfunciones psíquicas. Al tomar al sujeto como un ser integral, se toman en cuenta todos los factores que pronostiquen una calidad de vida óptima que se teoriza en los siguientes párrafos.

2.1.2 La calidad de vida

El interés por la calidad de vida se hace evidente en los últimos años del siglo XX, ante la satisfacción de las necesidades de las personas de primer mundo (Ardila, 2003). Es así que nace la necesidad de valorar la calidad de vida, y posterior se extenderá a los demás países para generar políticas de salud que fortalezcan la calidad de vida de los habitantes. Para lograr una calidad de vida se requieren de comportamientos saludables como: ejercicio físico, nutrición adecuada, desarrollo de un estilo de vida minimizado de emociones negativas, creatividad y adherencia al tratamiento (Oblitas, 2008). Por lo mencionado, se puede determinar que la calidad de vida implica varios aspectos en la vida del ser humano que concuerdan con el modelo biopsicosocial. A continuación en la tabla N° 2.1, se encuentran las principales definiciones de la calidad de vida que se han realizado desde el año 1980:

Tabla N° 2.1*Definiciones de Calidad de Vida*

Definiciones	
Autor	Postulado
Levy y Anderson, 1980	Es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo.
Szalai, 1980	Evaluación subjetiva del carácter bueno o satisfactorio de la vida como un todo
Celia y Tulskey, 1990	Apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el posible como posible o ideal
Chaturvedi, 1991	Sensación subjetiva de bienestar del individuo

Fuente: Ardila, R. (2003); Celia, D. & Tulskey, D. (1990); Chaturvedi, S. (1991); Levy, L y Anderson, L. (1980); Quintero, G. (1992).

De acuerdo a esta tabla, se sintetiza que la calidad de vida aborda el bienestar físico, mental y social, en base a la perspectiva de cada persona y su sensación de bienestar. Las definiciones mencionadas han sido perfeccionadas por medio de varios estudios y se toma cuenta la cultura de cada persona. Es por ello, que se propone una definición que integra los aspectos más relevantes:

Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la

productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida. (Ardila, 2003, p. 163).

La calidad de vida está centrada tanto en aspectos concretos como abstractos; al hablar de aspectos concretos se agrupa el ambiente físico y bienestar que se obtiene de un techo seguro, sistemas de salud accesibles, y relaciones con la comunidad. Además, toma en cuenta aspectos abstractos que están relacionadas con nuestra salud mental y percepción de salud física. El propósito de la investigación es indagar acerca del bienestar físico y psicológico, los cuales se pueden agrupar en la calidad de vida centrada en la salud.

2.1.2.1 La calidad de vida centrada en la salud

Para la investigación se considera a la calidad de vida relacionada en la salud (CVRS) como parte de la calidad de vida (CV). El interés por *CVRS* surge desde la perspectiva de que en el tratamiento de los pacientes es necesario considerar su bienestar (Urzúa, 2010), para verificar si existe o no una percepción de bienestar es necesario una evaluación objetiva como subjetiva (Fernández, Hernández y Siegrist, 2001). La calidad de vida relacionada con la salud toma en cuenta la percepción de como la enfermedad o tratamiento ha afectado en su salud física y mental. En la tabla N° 2.2, se realiza una acotación acerca de las definiciones de la CVRS, durante el tiempo:

Tabla N° 2.2

Definiciones de Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Definiciones	
Autor	Postulado
Etcheld, Van Elderen y Van Der Kamp, 2003	Resultado cognitivo y afectivo del afrontamiento a estresores y disturbios percibimos contra los objetivos de la vida, tales como la enfermedad específica y elementos generales.
Burke, 2001	Evaluación subjetiva del paciente de los dominios de su vida que son percibidos como importantes
Awad, Voruganti y Heselgrave, 1997	Percepción subjetiva de los resultados de la interacción entre la severidad de los síntomas psicóticos, efectos colaterales de la medicación y nivel de desarrollo psicosocial
Shumaker y Naughton, 1995	Evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud actual, el cuidado de la salud y las actividades promotoras de la salud, en la habilidad para alcanzar y mantener niveles funcionales.

Fuente: Awad, A., Voruganti, L., y Heselgrave, R. (1997); Burke, C. (2001); Etcheld, M., Van Elderen, T. y Van Der Kamp, L. (2003); Schipper, H. (1996); Urzúa, M (2010); Shumaker, S y Naughton, M. (1995)

De acuerdo a la tabla N° 2.2, la calidad de vida relacionada con la salud es una evaluación desde la vivencia de cada persona, que toma en cuenta los factores percibidos como importantes y que permiten mantener niveles funcionales. Se preocupa por el estado de salud y las implicaciones del cuidado para la mantención del bienestar.

2.1.2.2 Dimensiones de la calidad de vida relacionada en la salud

La calidad de vida relacionada con la salud evalúa el estado físico y psicológico del ser humano, Vilagut, y otros, 2008 realizan un análisis de la dimensionalidad y afirman que:

Varios estudios sobre la dimensionalidad de los instrumentos de medida de la salud, como el Medical Outcomes Study (MOS)-Functioning and Well-Being Profile, el Sickness Impact Profile (SIP) y el Health Insurance Experiment Medical History Questionnaire, que han confirmado empíricamente la existencia de 2 dominios principales de salud: el dominio físico y el mental. (p. 726).

El dominio físico está relacionado en como el ser humano se limita o no para realizar un actividad debido a un estado de deterioro en su cuerpo, malestar físico a causa de dolores, desgaste muscular, entre otras disfunciones físicas. En cambio el dominio psicológico se encarga se indaga acerca de cómo el estado emocional-afectivo puede afectar su CV (Urzúa, 2010). Autores como Fernández, Hernández, & Siegrist (2001) añaden al dominio social como parte de la CVRS, porque una característica del hombre es vivir en comunidad, razón por la cual el ambiente puede ser determinante en la vida del sujeto, condición necesaria para ser parte de una sociedad. La calidad de vida relacionada con la salud agrupa a las tres dimensiones: física, psicológica y social, para asegurar que el ser humano reciba un tratamiento que aborde integralmente a la enfermedad y su tratamiento.

Para la presente investigación se toma en cuenta a las dimensiones físicas, psicológicas y sociales. De acuerdo al test de calidad de vida relacionada con la salud SF-36 clasifica a la CVRS, en 8 subdimensiones: función física, rol físico, rol emocional, función social, salud mental, salud general, dolor corporal y vitalidad, (Alonso, Prieto, & Anto, 1995); para detallar su definición se ha realizado el gráfico N° 2.1, en la que se describe el punto central de cada subdimensión y ejemplos de signos y síntomas que el paciente y terapeuta pueden observar.

Función Física (FF)	•Limitaciones para realizar todo tipo de actividad física, tales como, bañarse, vestirse, caminar, agacharse, subir escaleras, levantar pesos y los esfuerzos moderados e intensos
Rol Físico (RF)	•Problemas en el trabajo y otras actividades diarias como el resultado de la salud física
Dolor Corporal (DC)	•Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto en el hogar como fuera de casa
Salud General (SG)	•Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse
Vitalidad (VT)	•Sensación de energía y vitalidad, en contraposición a la sensación de cansancio y agotamiento
Función Social (FS)	•Interferencia con la vida social habitual debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional (RE)	•Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como consecuencia de problemas emocionales
Salud Mental (SM)	•Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general

Gráfico N° 2.1: Subdimensiones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Fuente: Awad, A., Voruganti, L., y Heselgrave, R. (1997); Burke, C. (2001); Etcheld, M., Van Elderen, T. y Van Der Kamp, L. (2003); Schipper, H. (1996); Urzúa, M (2010); Shumaker, S y Naughton, M. (1995)

Como se menciona en párrafos anteriores existen tres dominios principales: físico, psicológico y social. Dentro del dominio físico se encuentra el nivel de dolor corporal,

vitalidad, función y rol físico, mientras que el dominio psicológico engloba a la salud mental y rol emocional; y la función social propiamente mencionada. Una vez analizada la calidad de la salud y cuáles son los factores que interfieren en el curso de la enfermedad y tratamiento, es necesario dar paso a la sintomatología clínica que permite conocer las manifestaciones de la enfermedad.

2.2 Sintomatología Clínica

2.2.1 Síntoma y Signo

La enfermedad se determina por medio de la identificación de signos y síntomas presentes en el ser humano, que son importantes para un diagnóstico y ayuda diferenciar una enfermedad de otra. Es así que se define al síntoma como un hecho, dato, expresión directa de la afectación de una parte del cuerpo, ésta es dicha por el paciente (Desviat, 2010). Además, es importante resaltar que es la persona quien desde su percepción manifiesta su dolencia.

La medicina no solo se centra en el discurso del paciente sino también utiliza otros métodos para verificar detectar anomalías. Es por ello que el signo se atañe a la evidencia física observable (Mayorga, 2014). Se remite al resultado de pruebas psicométricas, exámenes clínicos entre otros recursos de la medicina moderna. Por la similitud, entre los términos signo y síntoma, es importante aclarar sus diferencias específicas para verificar la veracidad de los dolores, traumas, entre otros.

La diferencia principal radica en la percepción; los síntomas son descritos en base a la experiencia y aprendizaje del sujeto. Mientras que el signo se basa en indicadores que han sido comprobados para determinar una patología. El desarrollo del ser humano es integral es así que es un ser bio-psico-social, y cuando el paciente describe qué es lo que pasa, su discurso está influenciado por estas esferas (síntoma). El signo puede ser constatado gracias al avance de la ciencia y tecnología que permite que constatar la certeza del discurso del paciente en base a los resultados de los instrumentos aplicados (Desviat, 2010; Mayorga, 2014). Más bien se conoce la diferencia conceptual entre ambos, y se puede agrupar la relación de los mismos en el concepto de síndrome.

2.2.2. Síndrome

Al hablar de signos y síntomas, no se puede apartar un término de otro ya que siempre van a estar ligados por el síndrome. Es así que Consuegra, (2011) lo define como: “Agrupación de signos y síntomas basada en su frecuente co-ocurrencia, que puede sugerir una patogenia, una evolución, unos antecedentes familiares o una selección terapéutica comunes” (p. 243). Con esta definición se puede ampliar el alcance de signo y síntoma, que se describen en la anamnesis personal y familiar de un individuo; el síndrome da la presencia de una patología quiere decir que la conducta presente no está de acuerdo a la norma.

2.2.3 Conducta anormal

Como se menciona anteriormente, la sintomatología está relacionada con signos y síntomas, que refieren a una versión subjetiva acerca del estado de salud. Además que, al hablar de conducta anormal nos acercamos hacia la presencia de estos que principalmente causan malestar y deterioro en diferentes áreas del paciente (Barlow & Durand, 2003). Una conducta anormal puede ser detectada mediante la observación y ratificada mediante la evaluación y diagnóstico, es así que Mayorga, (2014) menciona que la conducta anormal debe cumplir los siguientes criterios:

Guardar una frecuencia, intensidad y duración significativas (que puede ir desde varios minutos a varios días dependiendo de cada trastorno), ser percibida como irracional o incomprensible, ser perjudicial o dañina para quien la despliega y/o para los demás, impedir la correcta adaptación o transgredir las normas de convivencia socialmente aceptadas y aunque no es necesario que todas las conductas descritas se exhiban paralelamente, resulta imprescindible que más de una de ellas se encuentre presente para adquirir significación. (p. 14).

De los indicadores mencionados, es necesario que la intensidad y frecuencia puedan determinar la normalidad o no de una conducta. Por otro lado, es necesario analizar el contexto que origina una conducta anormal, ya que esta se pudo originar por la presencia de una patología o como respuesta aprendida. Una de las variables del estudio es la

sintomatología psicológica que puede partir de una conducta anormal y convertirse en patología, por ello es necesario describir que síntomas son más concurrentes en la población de estudio.

2.2.4 Síntomas de mayor importancia a nivel psicológico

Varias fuentes bibliográficas que coinciden en que los síntomas principales son: ansiedad, depresión, somatización, obsesiones, hostilidad, ansiedad fóbica. En el gráfico N° 2.2, se explica cuáles son las formas en que estos síntomas se expresan, que son el comportamiento visible y detectable (signos).

Ansiedad)	• Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.
Depresión	• Problemas en el trabajo y otras actividades diarias como el resultado de la salud física
Somatización	• Evalúa la presencia de varios malestares que la persona percibe relacionadas con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorias).
Obsesiones y compulsiones:	• Incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre: Pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.
Hostilidad	• Hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo
Ansiedad fóbica.	• Este malestar alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca.
Ideación Paranoide	• Evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía

Gráfico N° 2.2: Signos y Síntomas
Fuente: Gonzáles de Rivera, 2002

Para evaluar los síntomas mencionados, actualmente se puede realizarlo por medio de escalas psicométricas que acompañan la observación clínica, por ejemplo el cuestionario SCL-90R adaptada por Gonzáles (2002), en donde explica que la ansiedad puede manifestarse por nerviosismo, temblores, tener miedos, taquicardia, ataques de pánico, estar inquieto, no poder estar sentado sin moverme, entre otros. A la depresión se describe por la presencia de falta de interés, anhedonia, falta de energía, ideación suicida, llanto fácil, sentimientos de tristeza y soledad. Mientras que la somatización se traduce por medio de dolores, jaquecas, sensación de mareo o desmayo, dificultades para respirar, calambres, falta de control del cuerpo o debilidad. Las obsesiones y compulsiones se observan cuando la persona muestra pensamientos desagradables e intrusos, dificultad para memorizar cosas, no poder terminar las cosas, repetir varias veces una acción para cerciorar que lo ha hecho. La hostilidad se muestra cuando hay sentimientos de enojo, no poder controlar su reacción, necesidad de agredir o lastimas a alguien/cosas. La ansiedad fóbica, se exhibe cuando hay la presencia de miedos por ejemplo a espacios abiertos, salir de casa, enfermar, estar en público. Y por último, alguien que experimente ideación paranoide, puede tener pensamientos ligados a ser espionado, sensación de que alguien los vigila, perder la confianza en otras personas.

2.3 Sucesos Traumáticos

El sufrir un evento traumático no es momentáneo deja secuelas post al evento, así como durante el suceso se experimentan crisis que afectan el desarrollo emocional, social e interpersonal del individuo. Nadie puede asegurar una vida sin crisis, sin eventos

traumáticos ya que estos, son adversos al control del ser humano y suelen ser inesperados por la persona. Por ello es necesario generar estrategias que permitan intervenir a las personas que han experimentado situaciones que generan crisis. Además es importante que dichas estrategias permitan al individuo generar herramientas de afrontamiento y sobrellevar al evento traumático. Se considera que este proceso de acompañamiento no lo puede realizar cualquier persona, ya que necesita tener un bagaje teórico sobre crisis y técnicas que ayuden a sobrellevarlo.

Se define un evento traumático como un suceso inesperado que causa desequilibrio en el ser humano. Echeburúa & De Corral, (2007) mencionan que: “Lo más habitual es que los sucesos traumáticos desborden la capacidad de respuesta de una persona, que puede sentirse sobrepasada para hacer frente a las situaciones que se ve obligada a afrontar” (p. 374). Al no tener estrategias que el sujeto pueda afrontarlos, sus respuestas ante la situación pueden generar aún más crisis y desequilibrio que pueden llevarlo a afrontar peores problemas. En el sujeto se presentan sentimientos de inferioridad, pérdida de la esperanza en el futuro, indefensos, consumo de sustancias y malestar a nivel personal y social.

El alcance del daño psicológico está mediado por la gravedad del suceso, el carácter inesperado del acontecimiento y el daño físico o grado de riesgo sufrido, la mayor o menor vulnerabilidad de la víctima, la posible concurrencia de otros problemas actuales (a nivel familiar y laboral) y pasados (historia de victimización), el apoyo social existente y los recursos psicológicos de afrontamiento disponibles. Todo ello configuran

la mayor o menor resistencia de la víctima al estrés (Echeburúa & De Corral, 2007). Es importante considerar estos factores previo a la intervención, porque influirán en como el sujeto asuma el trabajo terapéutico y la capacidad de análisis que posee la víctima.

Hay personas que han sufrido un suceso traumático y sin embargo, no necesitaron un tratamiento psicológico o farmacológico. El equilibrio psicológico previo, el transcurso del tiempo, la atención prestada a los requerimientos de la vida cotidiana y el apoyo familiar y social contribuyen muchas veces a digerir el trauma. Por el contrario, otras personas se encuentran atrapadas por el suceso sufrido, no recuperan sus constantes biológicas en relación con el sueño y el apetito, viven atormentadas con un sufrimiento constante, tienen dificultades para controlar sus emociones y sus pensamientos, se aíslan socialmente y se muestran incapaces de hacer frente a las exigencias de la vida cotidiana y son estas las que acuden a consulta o buscan una intervención en crisis.

2.4 Crisis

El atravesar una situación no esperada puede generar un estado de crisis, Slakeu a criterio personal es uno de los pioneros analizar este tema, con su experiencia en dichas situaciones. Slakeu, (1984) define a la crisis como “un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo” (p. 11). Ocurre principalmente cuando el evento sobrepasa la capacidad de

una persona para poder solventar la situación; dichas situaciones pueden tener dos orígenes evolutivos o circunstanciales.

Las crisis del desarrollo son más predecibles y sobrevienen cuando una persona va cumpliendo etapas en su vida desde la niñez a la senectud, presentan una conducta indiferenciada y marcan un trastorno en el área intelectual y afectiva. Mientras que las crisis circunstanciales son inesperadas, accidentales y dependen sobre todo de factores ambientales. Abarca alteraciones emocionales y de la conducta ante pérdidas o amenaza de pérdidas de los aportes básicos físicos, psicosociales y socioculturales que están interrelacionados (Erickson, 2000 & Slakeu 1984). A continuación en el gráfico N° 2.3, se detallan ejemplos de los tipos de crisis.

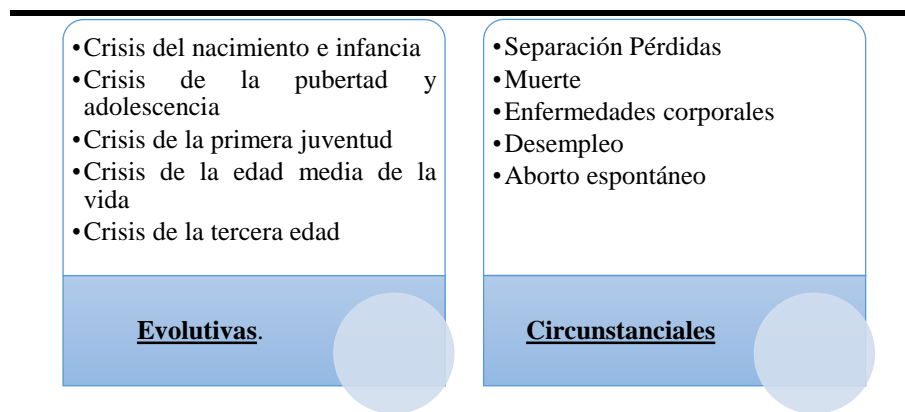


Gráfico N° 2.3: Tipos de Crisis
Fuente: Erickson, E. (2000)

Las crisis se dividen en dos tipos de acuerdo al gráfico 2.3: evolutivas, que son propias del desarrollo que van desde la niñez hasta la senectud, y circunstanciales, que se presentan de manera inesperada dependiendo de factores externos y alteraciones emocionales frente a la amenaza de la pérdida. Dentro de las crisis evolutivas, las crisis

se producen en consecuencia de los cambios físicos y psicológicos propios de la edad que marcan el inicio y terminación de una etapa;

Al tratarse de una investigación con una población netamente femenina, las crisis evolutivas están relacionadas con los cambios físicos y psicológicos adquiridos, pero hay una característica esencial que marca la diferencia con las crisis masculinas y es la maternidad. A nivel social y cultural, la mujer es el único ser bien visto para ejercer el rol de ser madre (Vaquiro & Stieповich, 2010). Por lo tanto se puede considerar que la mujer entra en un estado de crisis al asumir el rol materno, que puede ser al enterarse de su embarazo o nacimiento del bebé. Análogamente, se puede hablar de una crisis al atravesar un proceso abortivo independientemente del tipo; este asociado a una crisis circunstancial o inesperada. En el siguiente tema se analiza los factores que influyen en el embarazo.

2.5 Embarazo

Se puede definir al embarazo como un período transicional y opcional dentro de la vida de una mujer, considerándose desde el momento en que el óvulo es fecundado por un espermatozoide (fecundación) y se producen cambios físicos, fisiológicos y psicológicos en la mujer, los cuales en su mayoría son visibles y pueden ser notados por las personas que la rodean (Cisneros, 2012). Se considera como un período transicional, ya que la mujer puede regresar a su condición física inicial, aunque psicológicamente ha adoptado un nuevo rol permanente; a su vez es opcional porque muchas mujeres han optado por

no ser madres. Los cambios físicos pueden ser confundidos con los síntomas de otra enfermedad por lo cual es necesario precisarlos para el diagnóstico del embarazo.

El que una mujer se dé cuenta de que está embarazada puede tardar semanas o meses, esto depende de la manifestación, frecuencia e intensidad de síntomas dado que los síntomas pueden ser subjetivos. Pero si se considera cuidadosamente, la mayoría de mujeres pueden experimentar la mayoría de signos y síntomas a describirse adelante.

Se va a referir brevemente los signos y síntomas desde la perspectiva de Alcolea y Mohamed (2012), en su guía de cuidados en el embarazo detallan que las náuseas y vómitos, se desarrollan por lo general en la mañana y estos suelen aparecer en la sexta semana; también refieren a los trastornos urinarios, la mujer puede tener la necesidad de orinar con más frecuencia esto suele suceder durante el primer trimestre debido a que el útero hace presión sobre la vejiga por su aumento de tamaño. Incluso se menciona alteraciones en el sueño, aumento de cansancio que puede alterar el estado emocional que predomina la irritabilidad y labilidad afectiva. Enfatizan que el signo más importante que determina el embarazo es la amenorrea, es decir la ausencia de la menstruación por más de 13 días. Por consiguiente, se recomienda ante la presencia de estos signos y síntomas la consulta con un médico.

Para el diagnóstico clínico, los signos se consideran dos tipos: presumibles y probables; como signo presumible se entiende que son de tipo subjetivo y que tanto embarazadas como las que no pueden padecerlos, mientras que los signos probables se relacionan con

cambios en los genitales externos y órganos reproductores internos como el útero que necesitan de mayor análisis (Cisneros, 2012). Para ello, es necesario asegurar el diagnóstico mediante exámenes y ecografías para definir el estado y tiempo de gestación. Es importante señalar que las ecografías se recomiendan realizar a partir de las 6 semanas de embarazo, en la tabla N° 2.3 se exponen los signos más frecuentes.

Tabla N° 2.3

Signos presumibles y probables

División de signos para diagnóstico clínico	
Presumibles	Probables
Suspensión del ciclo menstrual	Exploración física
Desequilibrio neurovegetativo con predominio vagal	Signo de Goodell
Cambios en las mamas	Coloración cianótica y la turgencia de la mucosa vaginal
Cambios en la coloración de la vulva y vagina	Aumento de volumen del cuerpo uterino

Fuente: Botero, Júbiz & Henao (2004)

Por lo expuesto en la tabla N° 2.3, los signos presumibles más frecuentes son la suspensión del ciclo menstrual siempre y cuando los anteriores períodos han sido normales; el desequilibrio neurovegetativo se manifiesta por náuseas, atracción por ciertas comidas, vómitos matutinos, pérdida o aumento del apetito; las mamas presentan mayor sensibilidad y volumen; los cambios en la coloración de la vagina se tornan púrpuras. Por otro lado, los signos probables requieren de la exploración física y manual para detectar un reblandecimiento del cuello uterino (signo de Goodell), anomalías en la mucosa vaginal y aumento del tamaño del útero (Botero et. al. 2004). Los signos

mencionados son los más recurrentes que suelen alertar a la mujer del embarazo, es así que ante la presencia de estos es importante complementar con otros exámenes, además de que los síntomas pueden variar de acuerdo a la edad gestacional, por ello es importante revisar las etapas del embarazo.

2.5.1 Etapas del embarazo

Para el análisis académico de las etapas del embarazo se toma como referencia la formación de tejidos, órganos, aparatos y sistemas, que marca el inicio de cada etapa. Además, la formación anatómica que el bebé adopta en cada trimestre. En la tabla N° 2.4, se describen las tres etapas principales: Pre-embrionario, embrionario y fetal, que van desde la primera semana de formación hasta el noveno mes, tiempo adecuado para el alumbramiento.

Tabla N° 2.4

Etapas del Embarazo

	Características	Duración
Pre-embrionario	Desde la fertilización hasta la formación de las tres capas germinales	1° a 3° semana
Embrionario	Organogénesis	4° a 8° semana
Fetal	Crecimiento y la maduración de los órganos y sistemas.	9° semana al término

Fuente: Cisneros, I. (2012)

El periodo pre-embrionario inicia con la unión de las células sexuales femeninas y masculinas (fecundación), para dar paso a la segmentación e implantación del blastocisto en la pared uterina y al finalizar esta etapa se forman las tres capas germinativas: ectodermo, mesodermo y endodermo que permitirán la formación de órganos e iniciar el periodo embrionario a la 4° semana. Organogénesis, es el proceso en el cual los órganos se forman y diferencian, este proceso dura hasta la 9° semana, que dará lugar a la etapa fetal para que los órganos maduren y funcionen conjuntamente en aparatos y sistemas (Cisneros, 2012). La diferencia entre cada etapa es la formación de tejidos, órganos, aparatos y sistemas, que se desarrolla mes a mes. En la etapa pre-embrionaria, se dan los procesos de implantación del embrión al útero, que permite la fijación del nuevo ser; en el periodo embrionario, empieza el desarrollo a nivel macro (órganos) que posterior darán a lugar a los aparatos y sistemas. Y la etapa fetal, que se encarga de la maduración y fisiología de los órganos, aparatos y sistemas. Lo más destacado, es el proceso de organogénesis, que mes a mes varía en el feto y por ello es necesario realizar una revisión a su desarrollo.

2.5.2 Desarrollo mensual del bebé

La formación anatómica y fisiológica del ser humano en su inicio presenta una evolución rápida, debido a que órganos, aparatos están en formación continua, en el gráfico N° 2.4 se encuentra un resumen de los principales hitos del desarrollo mes a mes.

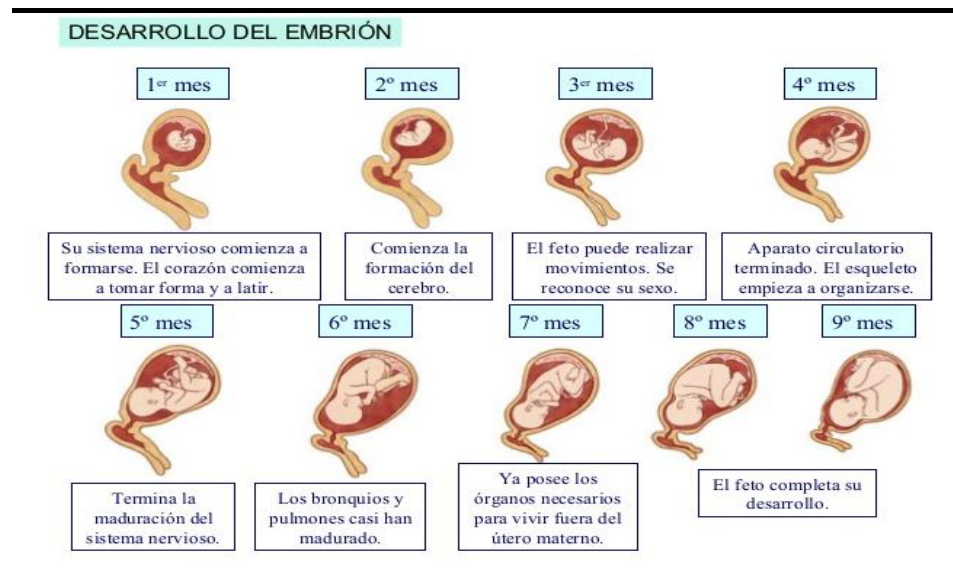


Gráfico N° 2.4: Desarrollo del bebé mes a mes
Fuente: Cisneros, I (2012)

Como se observa en el gráfico anterior se enlistan los principales cambios que se dan cada mes, es así que todo empieza con la fecundación hasta que el desarrollo ha culminado y forma un nuevo ser listo para una vida extrauterina. Ya enunciados los cambios que se dan en el niño, hay que mencionar que sucede con la madre durante este proceso y sus diferentes manifestaciones durante la gestación debido a que el alojar un nuevo ser en el vientre implica mayor esfuerzo, cambios en la anatomía y fisiología de la mujer que necesita sobrellevar en el embarazo.

2.5.3 Cambios en la mujer durante el embarazo

El embarazo produce cambios físicos, psicológicos y en el entorno en el que se desenvuelve la mujer. Por ejemplo, a nivel físico se precisan las modificaciones anatómicas, fisiológicas y estéticas producto de este proceso, que son analizados en el gráfico 2.5. En el ámbito psicológico se analizan los cambios que se pueden dar a nivel

emocional y cognitivo. Y por último los cambios que se dan en el entorno familiar y social que pueden afectar el desarrollo de la nueva madre.

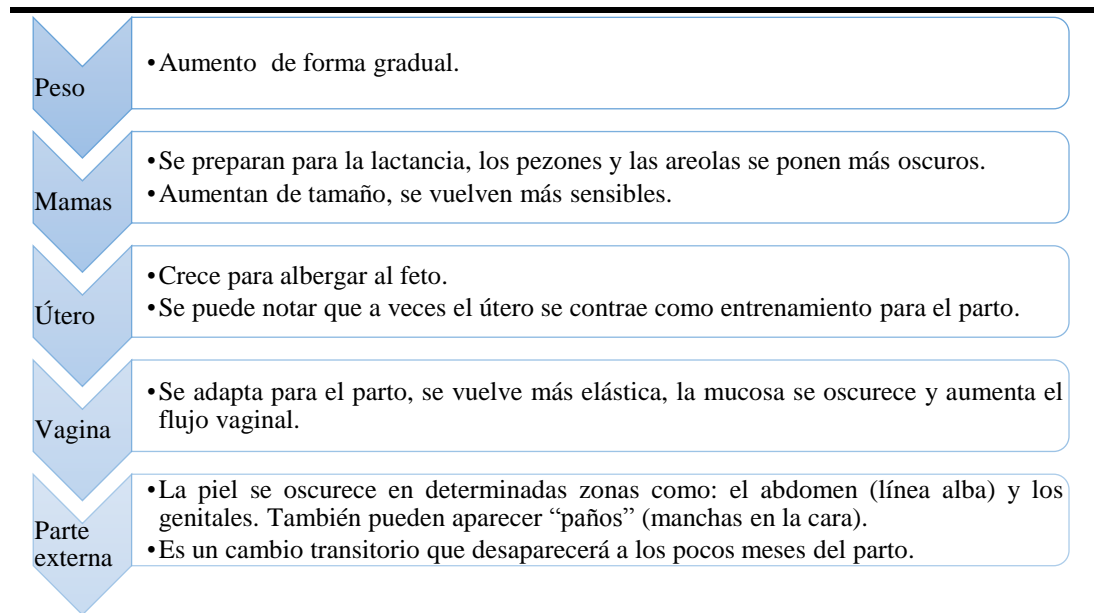


Gráfico N° 2.5: Cambios físicos en la mujer embarazada

Fuente: Rocha, F. (2006)

Los cambios físicos dependen de la evolución del feto dentro de la madre, es así que de acuerdo al incremento del tamaño será la expansión del útero, aumento de peso. Y cuanto más próximo esté la fecha del parto las mamas podrán alojar la leche para el neonato. Al igual que la elasticidad de la vagina, que es primordial en la hora del parto. A continuación, se explican los cambios psicológicos que presenta la madre durante la gestación.

Por lo general experimenta la mujer embarazada, es característico que su humor sea cambiante y se encuentre más sensible; especialmente se da como una reacción ante el suceso que atraviesa y adaptación a su nuevo rol de madre. Resulta, que cuando la mujer no tiene las herramientas y aprendizaje necesario, desde su subjetividad la preocupación

puede aumentar. A su vez influyen los cambios hormonales que incrementan el cambio de humor.

Los cambios psicológicos pueden variar con el curso del embarazo como resultado del cambio físico, se habla que durante el primer trimestre las gestantes pueden experimentar sentimientos ambivalentes, cambios en sus expectativas personales, en su conformación corporal y en su relación con el entorno, además de las preocupaciones por malformaciones congénitas que pudiera tener su hijo (Vidal et. al., 2012). Estos cambios se pueden dar por la impresión que causa la noticia del embarazo y los acontecimientos que debe enfrentar durante la maternidad; a su vez los síntomas físicos son más notorios tales como náuseas, vómitos, cansancio, entre otros.

Hacia el segundo trimestre, varios autores lo llaman “luna de miel” debido a la disminución de los síntomas iniciales-visibles del embarazo que permiten su diagnóstico. La madre proyecta sus deseos y fantasías del bebé que espera, aparentemente los síntomas psicológicos y físicos se apaciguan y esto le ayuda a la preparación para el inicio de la maternidad (Maldonado, Saucedo & Lartigue, 2008); la conexión madre e hijo se intensifica porque mediante los ultrasonidos la mujer realiza una imagen del feto e inicia con un ritual de preparación del nombre, ropa y habitación. Es importante del apoyo de la pareja durante la etapa de preparación porque representa un soporte que da contención a la mujer, y en caso de ser madre soltera otro miembro de la familia puede suplir este rol.

Al entrar al el tercer trimestre la mujer adquiere un aspecto físico propio de gestante por el volumen de su vientre, lo que puede afectar su salud física, Maldonado y otros (2008) mencionan que “predomina la ansiedad y el temor aumentado al pensar en los dolores del parto o la posibilidad de morir durante él, motivos por los cuales es necesario que el equipo básico de salud brinde orientación y apoyo psicológico” (p. 8). El fin de la gestación se acerca lo que da paso a que la mujer asuma por completo un nuevo rol, esto puede originar ansiedad debido a la falta de experiencia o alteración en los factores sociales que generan preocupación en la grávida.

En cuanto al vínculo que establece el bebé con su mamá es preciso mencionar que el mismo comienza desde que el pequeño/a es concebido, o sea desde lo prenatal, pasando por lo peri natal e intensificándose más aún en momentos post natales. El recién nacido constituye una unidad psicosomática con su madre. Cabe destacar que dicha unidad dual tiene su punto de partida biológico en la vida intrauterina. Rey (2014), menciona a la hipersomnia como un síntoma característico en el embarazo y afirma que: “esta refleja el estado regresivo en el cual ingresa la futura mamá. Esta siente que necesita dormir más, y esa necesidad se corresponde desde el punto de vista psicológico con la regresión” (p.13). Dicha regresión asume las características de una identificación fantaseada con el feto. La regresión en sí es inducida por los cambios orgánicos y hormonales.

En relación a los momentos de ansiedad por los cuales transitará la mamá en el curso de su embarazo se describen los siguientes: ansiedad en el comienzo de la gestación, durante la formación de la placenta (2y3er mes), ante la percepción de los movimientos

fetales (4to mes aprox), por la instalación franca de los movimientos (5to mes), por la versión interna (6 ½ meses), el comienzo del noveno mes y los últimos días antes del parto. Por ello que estos cambios psicológicos puedan acrecentarse o disminuir, el entorno socio-familiar puede contribuir en el aumento o disminución de los mismos.

Las personas que están en el entorno de la gestante también experimentan cambios significativos, denominados cambios sociales. Para recapitular los cambios sociales, en el gráfico 2.6 se encuentran los factores de mayor importancia como: el apoyo de la pareja, sistema familiar, entorno laboral, recursos económicos son factores que se incluyen dentro de los cambios en el ambiente externo.

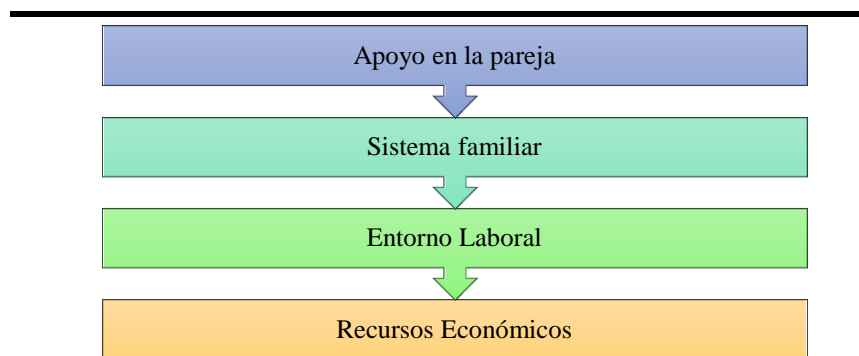


Gráfico N° 2.6: Cambios en el ambiente externo en la mujer embarazada
Fuente: Alcolea, S. & Mohamed, D. (2012)

En el gráfico N° 2.6, Alcolea & Mohamed (2012), nombran cuatro áreas en las que se producen cambios, por ejemplo, la relación con la pareja puede verse alterada, porque también experimenta sentimientos contradictorios con respecto al embarazo y futuro hijo/a, es así que puede sentirse en segundo plano, que no le presta atención. Por ello es necesario mantener una buena comunicación y compartan la llegada del nuevo miembro

de la familia. Dentro del Sistema familiar, se pueden provocar alteraciones cuando ya existen más hermanos y la llegada de uno nuevo miembro pueden percibir menor atención.

El Entorno Laboral, se disminuye su productividad debido a los cambios físicos y si la madre no trabaja y piensa en conseguir uno esto puede ser aplazado y desertado debido a la nueva responsabilidad que debe afrontar. Los recursos económicos, son una situación de preocupación por los padres para sustentar un nuevo miembro como medicamentos, vestuario, comida, entre otros y ante los nuevos gastos la madre puede sentirse desplazada como un aporte económico en el hogar. Se finaliza la explicación de los cambios que la mujer experimenta dentro de la gravidez, estos son reacciones normativas que se espera que sucedan. Sin embargo, las mujeres pueden experimentar síntomas psicológicos más específicos y complejos durante el embarazo que van a ser explicados en los siguientes párrafos.

2.6 Aborto

Se entiende como aborto a la interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo antes de que el embrión o el feto estén en condiciones de vivir fuera del vientre materno (De la Torre, 2012). Por lo general, se da hasta la 8^o semana de gestación, y en caso de que sea posterior a esta la mujer corre mayor peligro durante el proceso. En nuestro contexto, el Código Orgánico Integral Penal vigente (2014), en su artículo 150 menciona el aborto no punible:

El aborto practicado por un médico u otro profesional de la salud capacitado, que cuente con el consentimiento de la mujer o de su cónyuge, pareja, familiares íntimos o su representante legal, cuando ella no se encuentre en posibilidad de prestarlo, no será punible en los siguientes casos:

1. Si se ha practicado para evitar un peligro para la vida o salud de la mujer embarazada y si este peligro no puede ser evitado por otros medios.
2. Si el embarazo es consecuencia de una violación en una mujer que padezca de discapacidad mental. (p. 71).

Salvo las dos excepciones, el aborto es penado tanto para los profesionales y la mujer embarazada. No obstante, esto no quiere decir que el aborto no sea practicado en nuestro país y se recurre al aborto inseguro, conocido así por la falta de salubridad y transparencia en el proceso del legrado, estos casos no son registrados por las entidades de salud salvo a que la mujer recurra por las consecuencias que el aborto pudo haber provocado tales como hemorragias, infecciones, esterilidad, entre otros.

Los principales tipos de aborto son espontáneos e inducidos, que se diferencia en la participación del ser humano para interrupción del embarazo. Es así que el aborto espontáneo o natural, se da como consecuencia de deficiencias físicas o fisiológicas que impiden la continuidad de la vida uterina del embrión o feto. Mientras que en el aborto inducido, el hombre utiliza varios métodos gineco-obstétricos para la realización de

aborto, este es frecuente en América Latina, sin embargo por ser ilegal no se cuenta con datos confiables de su incidencia (Langer, 2003). Dentro del aborto inducido, se habla de varias causas como un embarazo no deseado, falta de recursos económicos, problemas de aceptación ligados al ámbito familiar, problemas de salud que ponen en riesgo la vida de la madre.

2.6.1 Consecuencias del aborto

En general sin importar el tipo de aborto, este puede dejar varias consecuencias a nivel físico y psicológico, aunque en el aborto inducido suelen ser más profundas o graves. Por otro lado, Hernández, (2010) menciona que las reacciones pueden depender de las semanas de embarazo, creencias religiosas, respaldo familiar, carácter legal o ilegal del aborto y circunstancias sociales acerca de la aceptación del aborto. A continuación en el gráfico N° 2.8, se describen las categorías de las consecuencias físicas y psicológicas.

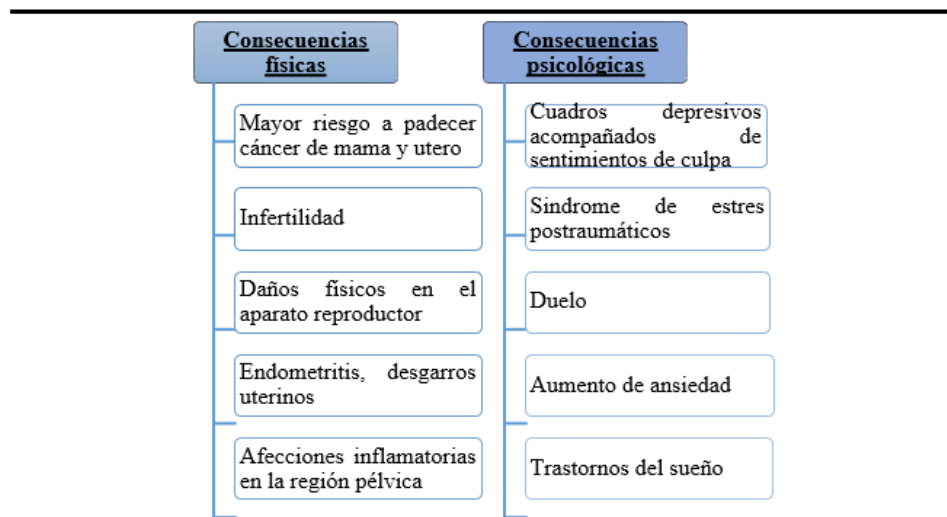


Gráfico N° 2.8: Consecuencias físicas y psicológicas del Aborto

Fuente: Alcolea, S. & Mohamed, D. (2012); Botero, Júbiz, & Henao, (2004); Gómez, C (1994).

Las consecuencias físicas abarcan daños a nivel del aparato reproductor especialmente cuando este es inducido y en su mayoría inseguro, por ejemplo las complicaciones inmediatas más frecuentes del aborto inseguro son la perforación del útero, la hemorragia y la infección. A mediano plazo, la infertilidad es una secuela posible. (Langer, 2003), y es considerada la más grave e irreversible debido a que no tiene cura. La endometritis representa un riesgo post-aborto para todas las mujeres, pero en especial para las adolescentes, las cuales tienen una probabilidad 2.5 veces mayor de contraer endometritis después de un aborto que las mujeres con edades entre 20 y 29 años (Burkman, 2007). Lamentablemente, no se cuenta con datos sistemáticos y precisos para cuantificar esta morbilidad excepto en los casos en los que la mujer acude a un centro hospitalario por complicaciones durante o posteriores a un aborto inducido.

Las consecuencias psicológicas se caracterizan principalmente por presentar malestar e interferir en el curso normativo de la mujer, aunque es importante mencionar que al abordar el tema del aborto se engloban también las manifestaciones de la sociedad al considerarse un tabú. Es por ello, que el ambiente influye directamente en las consecuencias psicológicas que se pueden desencadenar. Las consecuencias más comunes son la presencia de síntomas depresivos que en su mayoría pueden presentar sentimientos de culpa y arrepentimiento (Gómez, 1994). La incidencia psiquiátrica puede llegar a que la mujer experimente un cuadro depresivo mayor, pero este debe estar acompañado por otros factores externos que agraven el cuadro clínico como falta de recursos económicos o percepción de falta de apoyo.

Las experiencias emocionales complejas caracterizan la narrativa de las mujeres: arrepentimiento, culpa, distrés, ansiedad, dolor, pérdida, vacío y sufrimiento. Algunas mujeres también reportaron el temor a la muerte o a la esterilidad. Las experiencias emocionales se asocian con la edad gestacional, siendo menos negativa en los abortos tempranos (Rondón, 2009). Dentro de los trastornos del sueño, se menciona a la hipersomnia e insomnio como consecuencia de un trastorno depresivo, además de alteraciones en el sueño y pesadillas. Los trastornos ansiosos como incidencia psiquiátrica no se mencionan en literatura confiable, pero si se describen aumento en los niveles de ansiedad ante una situación de diestrés patológico.

Es importante mencionar que las consecuencias pueden agruparse en el cuadro clínico del Síndrome Postaborto, es un cuadro que puede surgir tanto luego e inmediatamente al aborto como permanecer latente por un largo tiempo, manifestándose sus síntomas en modo diferido. Se considera que al cabo de 5 o 6 años se puede observar su manifestación clínica de modo. En los años 90 Speckhard y Rue acuñaron el término síndrome post aborto (SPA) para describir un síndrome similar al trastorno de estrés post traumático, que se caracteriza por re-experimentación, alteraciones cognitivas, embotamiento emocional, abuso de sustancias y conductas de evitamiento y falta de control de la ira. Se basaron en las descripciones de un grupo de treinta (30) mujeres con antecedentes de aborto hasta 25 años antes de la entrevista, 46% de quienes tuvieron los abortos en el segundo trimestre, 4% en el tercer trimestre y algunas en condiciones de clandestinidad. (Rue & Speckhard, 1996). Pese a que las investigaciones han llevado varias décadas, este no ha sido incluido en un Manual estadístico por falta de estudios

que validen la presencia de SPA, y frente a un cambio de visión sobre los derechos de la mujer que pueden incluir la legalización del aborto.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Metodología de la investigación

La investigación tiene un alcance descriptivo, tipo comparado de síntomas psicológicos y calidad de vida centrada en la salud entre dos grupos de embarazadas: con y sin antecedentes de aborto, es un diseño no experimental de corte transversal con un enfoque cuantitativo. La investigación descriptiva para Hernández, Fernández, y Baptista (2014), “pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan estas” (p. 92). Por lo cual, la investigación permite que se describan las variables de estudio y esto sirve como base para el análisis comparado entre grupos.

Un estudio comparado tiene el fin de establecer las semejanzas y diferencias que poseen los grupos en cuanto a síntomas psicológicos y calidad de vida centrada en la salud; el objeto de estudio en investigaciones comparadas se basa en analizar las similitudes y diferencias que presentan las embarazadas con y sin antecedentes de aborto. Hernández et. al. (2014) establecen que en estas investigaciones “se asocian variables mediante un patrón predecible para un grupo o población” (p. 93). Al final de esta investigación se

llega a tener información detallada acerca del problema, se describen sus propiedades, rasgos y características importantes; comparar las similitudes y diferencias que presentaron las embarazadas con y sin antecedentes de aborto. Estos resultados sirvieron para dar indicadores de la predicción de síntomas psicológicos y calidad de vida centrada en la salud, que son sintetizados en un cuadro para una mejor comprensión de los datos encontrados.

El diseño empleado es no experimental de corte transversal, debido a que el investigador no manipulará intencionalmente las variables de estudio, para lo cual se investiga en su medio natural sin influir sobre las participantes. Por lo tanto, no se genera ninguna situación únicamente se basa en las ya existentes, las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas, no se tiene control directo sobre dichas variables ni se puede influir en ellas, porque ya sucedieron, al igual que sus efectos (Hernández et. al, 2014). En otras palabras, la variable independiente como la dependiente ya aconteció antes que el investigador comience su análisis.

El enfoque que se utilizó fue cuantitativo, las variables en estudio son medidas estadísticamente y adquieren la característica de ser nominales y ordinales. Se aplicó el método científico, Shaughnessy, Zechmeister y Zechmeister, (2007) define como “los medios por los cuales se formulan las preguntas, y la lógica y los métodos empleados para obtener respuestas” (p. 5). Es así que la presente investigación consta de pasos sistematizados que están descritos en el procedimiento, con el fin de demostrar la secuencia y orden que el estudio posee.

3.2 Método aplicado

El método utilizado en la investigación fue el Método Clínico el cual se utiliza en las ciencias Sociales y Psicología, este proviene del método científico; por lo cual tiene una sucesión de pasos ordenados y coherentes que permiten realizar un procedimiento fiable (Arteaga & Hernández, 2010). En este estudio se plantearon los siguientes pasos:

- Identificación del problema de investigación
- Realización del consentimiento informado para las participantes
- Fundamentación bibliográfica del embarazo, síntomas psicológicos y calidad de vida centrada en la salud.
- Establecimiento de la población
- Selección de las embarazadas participes del estudio.
- Difusión del proyecto de investigación
- Aplicación de reactivos psicológicos que evalúen las dimensiones sintomáticas e índices globales de malestar psicológico y calidad de vida centrada en la salud.
- Depuración de la información obtenida mediante la aplicación de reactivos
- Tabulación y análisis estadístico de datos obtenidos, en donde se desarrolle un análisis comparado acerca de los síntomas psicológicos y calidad de vida centrada de la salud en las participantes con antecedentes de aborto y sin antecedentes, utilizando el programa SPSS.v.20.
- Síntesis de la información encontrada por medio de un cuadro comparativo, enlisten las semejanzas y diferencias entre ambos grupos de estudio.

3.3 Técnicas e instrumentos aplicados

3.3.1 Técnicas

La primera técnica que se empleó en el proyecto de investigación fue la observación científica con la finalidad de identificar el problema de estudio e identificar las variables: síntomas psicológicos y calidad de vida centrada en la salud. Además, que esta técnica apporto para la realización de los grupos de estudio y el comportamiento de las participantes.

Para lograr la obtención de la información, se utilizó la entrevista clínica de tipo semi-estructurada y uno de los principios es manejar un ambiente de confianza, lo que permitió aumentar la veracidad de las respuestas de las participantes. Este proceso requirió del apoyo de una ficha sociodemográfica e instrumentos psicométricos para un análisis estadístico fiable.

Finalmente, para la evaluación y diagnostico se utilizó la técnica psicométrica que permite determinar la presencia y gravedad de los síntomas, esta se apoya en los baremos y pruebas psicométricas que permiten conocer que los test estén adaptados a nuestro medio. Argibay (2006) afirma que las pruebas psicométricas se analizan la validez y confiabilidad referidas a las pruebas psicométricas y se comentan los distintos aspectos de la confiabilidad, ya sea en lo que hace a su consistencia interna, como a la estabilidad de las mismas y a cuestiones de equivalencia. Para la investigación fue importante aplicar esta técnica porque permitió obtener datos confiables.

3.3.2 Instrumentos

Ficha sociodemográfica: está dividida en 5 factores que describen a las participantes (Anexo N° 1):

- Social: sexo, género, edad, etnia, estado civil y sector en el que vive.
- Salud: edad gestacional, condición física y mental percibida
- Familiar: relaciones familiares, números de hijos, personas con las que convive.
- Económica: nivel económico de acuerdo a los centiles del INEC.
- Académico-Laboral: nivel de estudios, estado laboral, tipo de empleo y horarios.

Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) Adaptación española de González de Rivera, J. y cols, 1988. Cuestionario de los 90 síntomas revisado: Es un instrumento de auto informe, fue creado por Leonard Derogatis y asociados en 1977, con el objetivo de explorar síntomas psicológicos del individuo y ser utilizado para lograr un diagnóstico clínico (Anexo N° 2). Está compuesta de 90 ítems, agrupados en nueve dimensiones clínicas primarias: Somatización, Obsesiones-Compulsiones, Sensitividad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide, Psicoticismo, y dispone de tres índices globales: Índice de Severidad o Gravedad Global, Total de Síntomas Positivos e Índice de Malestar Positivo. Para responder el instrumento se basa en una escala de Likert, a cual ofrece cinco opciones asignadas a un valor numérico "Nada" (0), "Muy poco" (1), "Poco" (2), "Bastante" (3) y "Mucho" (4) (Gempp, & Avendaño, 2008).

Con respecto al Índice de Severidad o Gravedad Global, es un indicador del nivel de severidad del malestar general actual percibido, lo cual se realiza al sumar los síntomas con el grado severidad respondida en el cuestionario. Dentro del Total de Síntomas Positivos, se obtiene al sumar todos los ítems marcados con un valor mayor a 0. Por último el Índice de Malestar Positivo, permite detectar inconsistencias como la tendencia a minimizar o exagerar el estado de malestar (Oscar & Ledesma, 2009).

La fiabilidad del instrumento se ha comprobado en un sin número de investigaciones, al ser éste un instrumento básico en diagnóstico psicológico y psiquiátrico. Por ejemplo, en la investigación de Caparrós, Villar, Jaume y Viñas (2007), mencionan que el “análisis de la estructura factorial y la fuerte interdependencia entre las escalas primarias cuestionan la multidimensionalidad del SCL-90-R y refuerzan la idea de que el instrumento proporciona una medida de distrés general” (p. 790), es decir, permite identificar diferentes indicadores sobre el malestar psicológico de manera unidimensional más que dimensiones psicopatológicas en sí y se comprueba que fue cumple con los objetivos de su evaluación.

Tabla 3.1
Ítems del test SCL-90R

Dimensiones	Número	Ítems
Somatización	12 ítems	1-4-12-27-40-42-48-52-53-56-58
Obsesión-Compulsión	10 ítems	3-9-10-28-38-45-46-51-55-65
Sensitividad	9 ítems	6-21-34-36-37-41-61-69-73
Depresión	13 ítems	5-14-15-20-22-26-29-30-31-54-71-79
Ansiedad	10 ítems	2-17-23-33-39-57-72-78-80-86
Hostilidad	6 ítems	11-24-63-67-74-81
Ansiedad Fóbica	6 ítems	13-25-47-50-75-82
Ideación Paranoide	6 ítems	8-18-43-68-76-83
Psicotismo	10 ítems	7-16-35-62-77-84-85-87-88-90
Total del instrumento		90 ítems

Fuente: González de Rivera, J. y cols, 1988

Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con Salud Short Form-36 (SF-36) adaptada por Alonso y otros (2003) (ver anexo N° 3) es un instrumento genérico de medición de CVRS, que consta de 36 preguntas diseñado a principios de los noventa (Ware y Sherbourne 1992; Ware *et al.*, 1993). El SF-36 proporciona un perfil del estado de salud que cubre 8 dimensiones: funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental del evaluado. Las puntuaciones de las 8 dimensiones del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor valor mejor es el estado de salud. Para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala con un rango de 0 (el peor estado de salud) a 100 (el mejor estado de salud). Además, el cuestionario permite el cálculo de dos puntuaciones resumen, física y mental, mediante la suma ponderada de las puntuaciones de las ocho dimensiones principales (Arostegui & Nuñez, 2008). El cuestionario SF-36 ha sido traducido en más de 50 países como parte del *International Quality of Life*

Assessment (IQOLA) Project y la adaptación validada y publicada en castellano es de Alonso y otros en 1995. La fiabilidad del instrumento en la adaptación española tuvo un alfa de Cronbach equivalente a 0,937 (Alonso et. al, 2003), lo que indica que el instrumento tiene una validez alta y mide a la calidad de vida relacionada con la salud y sus 8 dimensiones.

Tabla 3.2
Ítems del test SF-36

Dimensiones	Número	Ítems
Salud Física		
Función Física	10 ítems	3a-3b-3c-3d-3e-3f-3g-3h-3i-3j
Rol Físico	4 ítems	4a-4b-4c-4d
Dolor Corporal	2 ítems	7 y 8
Salud General	5 ítems	1-11a-11b-11c-11d
Salud Mental		
Vitalidad	4 ítems	9a-9e-9g-9i
Función Social	2 ítems	6 y 10
Rol Emocional	3 ítems	5a-5b-5c
Salud Mental	5 ítems	9b-9c-9d-9f-9h
Total del instrumento		36 ítems

Fuente: Alonso et al. (2003)

3.4 Participantes

En el periodo que se realizó la investigación, el Área de Salud N° 1 “Ingahurco-Ambato” no se contaba con un número específico de cuantas embarazadas acuden a consulta, esto se da porque en este Sub Centro de Salud no existía un departamento de estadísticas; es así que realizó una consulta a los especialistas de Medicina General y Odontología de una aproximación del número de gestantes que acuden al

establecimiento, conjuntamente se hizo una estimación que asisten entre 40 y 60 mujeres cada trimestre a su consulta. Para la selección de las participantes se utilizó la técnica de muestreo por conveniencia con el criterio de inclusión el embarazo, se eligió este tipo de muestreo debido a que no todas las mujeres estaban dispuestas a participar en la investigación, mencionando la falta de tiempo como una razón. Es así que se escogió un total de 44 embarazadas, estableciendo la muestra de la investigación, se procedió a formar los grupos de estudio, se dividió a la muestra en dos grupos con 22 participantes cada uno: embarazadas sin antecedentes de aborto, con criterio de inclusión no tener un antecedente de aborto y se las denominó ESA y embarazadas con antecedentes de aborto con criterio de inclusión tener un antecedente de aborto nombrándolas ECA.

3.5 Procedimiento

La investigación se inició al identificar el problema de la investigación, para posteriormente realizar una indagación bibliográfica se recopiló información acerca de las variables de estudio y categorías superiores e inferiores de: embarazo, síntomas psicológicos y calidad de vida centrada en la salud. Para valorar lo estudiado, se seleccionó los instrumentos con los cuales se pretendió evaluar a las variables.

Mencionado anteriormente, la selección de la muestra de estudio se realizó por medio de un muestreo por conveniencia dando un total de 44 participantes que acudieron en el periodo de Julio-Noviembre que posterior fueron divididas en dos grupos, el primero de embarazadas sin antecedentes de aborto ESA y el segundo con antecedentes ECA. Se

realizó un contacto con las participantes y se aplicaron: ficha sociodemográfica, test de síntomas psicológicos SCL-90R y escala de calidad de vida SF-36.

Para el análisis estadístico, fue necesario depurar la información y verificar el número de participantes válidas. En base a esto, se procedió a la realización de la matriz de resultados utilizando la herramienta tecnológica SPSSv.20, para consiguiente proceder a la tabulación y análisis estadístico de datos obtenidos, se desarrolló un análisis comparado acerca de la ficha sociodemográfica dividida en 5 factores, los síntomas psicológicos y calidad de vida centrada de la salud en las participantes con antecedentes de aborto y sin antecedentes. Para finalizar, se realizó una síntesis de la información encontrada por medio de un cuadro comparativo, en donde se enlistan las semejanzas y diferencias entre ambos grupos de estudio.

CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Análisis de la muestra y características sociodemográficas

La población estuvo conformada por 44 embarazadas que acudieron al área de Salud N° 1 Ingahurco-Ambato durante el período Julio-Noviembre 2016. Se tomó en cuenta a las participante mediante un muestreo por conveniencia, se dividió en dos grupos de estudio con n= 22 mujeres cada uno; el grupo ESA corresponde a embarazadas sin antecedentes de aborto y el grupo ECA a embarazadas con antecedentes de aborto.

Dentro de las variables sociodemográficas se analiza en cinco áreas o factores, en el primero se toma en cuenta la edad, etapa del desarrollo humano, etnia y estado civil denominado como variable social. El segundo, es la variable salud que describe el estado de salud física y mental percibido por las participantes, presencia de enfermedades actuales, frecuencia de asistencia médica, edad gestacional, y tipo de aborto. El tercero, es el área familiar compuesta por las variables: nivel de cercanía en las relaciones familiares, número de hijos, lugar del bebé, personas con las que convive. El cuarto, factor abarca las variables económicas como: nivel económico y dependencia económica. Y por último, el área académica y formación laboral: nivel de estudios,

estado laboral, horas dedicadas al trabajo; para realizar los cálculos estadísticos se utilizó el programa SPSSv.20 que arrojaron los resultados que se analizan consecuentemente.

4.1.1 Área social

Dentro del factor social se analizó: sexo, género, edad, etapa (adolescente, adulta joven, adulta), etnia, estado civil y sector en el que viven; que son consideradas para describir a las participantes. El sexo y género es una constante en donde $n=44$, son femeninas que viven en el sector urbano. Las variables etapa en las que se encuentra, etnia y estado civil, se muestran a través de la frecuencia (f) y el porcentaje correspondiente (%) de mujeres de acuerdo a cada grupo (embarazadas sin antecedentes de aborto y embarazadas con antecedentes); por su parte, la variable edad está representada a través de la media (M) y la desviación estándar (Ds) (Ver tabla 4.1).

Tabla 4.1:
Distribución de grupos en función del factor social

Variables	Embarazadas sin antecedentes: n=22		Embarazadas con antecedentes: n=22		Contraste X^2 $p < 0,05^*$ $p < 0,01^{**}$
	f	%	f	%	
Etapa en la que se encuentra					
Adolescente	3	13,6%	4	18,2%	0,060
Adulta Joven	5	22,7%	0	0,0%	
Adulta	14	63,6%	18	81,8%	
Etnia					
Mestiza	21	95,5%	17	77,3%	0,040*
Indígena	0	0,0%	5	22,7%	
Blanca	1	4,5%	0	0,0%	
Estado Civil					
Soltera	8	36,4%	4	18,2%	0,010**
Casada	5	22,7%	12	54,5%	
Unión libre	2	9,1%	6	27,3%	
Separada	4	18,2%	0	0,0%	
Viuda	3	13,6%	0	0,0%	
	<i>M</i>	<i>Ds</i>	<i>M</i>	<i>Ds</i>	
Edad	21,14	7,87	24,36	3,93	1,477

Nota: 44 observaciones. Grados de significacias: * = sig. p < 0,05*; ** = sig. p < 0,01**; *** = sig. p < 0,001***

De acuerdo a la etapa en la que se encuentran, las adolescentes son menores de edad desde los 15 años hasta antes de los 18 años, las participantes adultas jóvenes están entre los 18 y 22 años y las adultas de 23 años en adelante; de acuerdo a la comparación de los dos grupos no existe una diferencia estadísticamente significativa $X^2 = 0,06$; $p > 0,05$; aunque, se observa que la embarazada adulta joven no presenta antecedentes de aborto.

En la edad se encontraron valores de $M_{(sin\ ant.)} = 21,14$ años; $Ds = 7,87$ y $M_{(con\ ant.)} = 24,36$ años; $Ds = 3,93$; por lo tanto la edad promedio en las embarazadas con abortos previos es ligeramente mayor a las que tienen antecedentes, sin embargo, la diferencia no se

considera estadísticamente significativa $t= 1,477$; $p > 0,05$. De acuerdo al Censo de Población y Vivienda realizado en el 2010, las mujeres son madres entre los 20 y 29 años en un 21,9%, y entre los 30 y 39 años en un 24%, siendo estos los porcentajes más altos en comparación a las otras edades (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos Ecuador INEC, 2012); es así que refleja que las edades medias de la investigación se encuentran acorde a la población general del país.

Por otro lado, en el factor social se analizó la distribución de acuerdo a la etnia/raza que se considera, en donde se obtienen datos en tres categorías mestiza, indígena y blanca; de acuerdo a la afluencia de pacientes no se presentaron embarazadas de raza afroecuatoriana. Mayoritariamente, las participantes son mestizas, seguidas de una minoría indígena y blanca, se observó un contraste de $X^2=0,04$; $p < 0,05^*$ lo que quiere decir que si presentan diferencias los grupos de estudio (Ver gráfico N° 4.1).

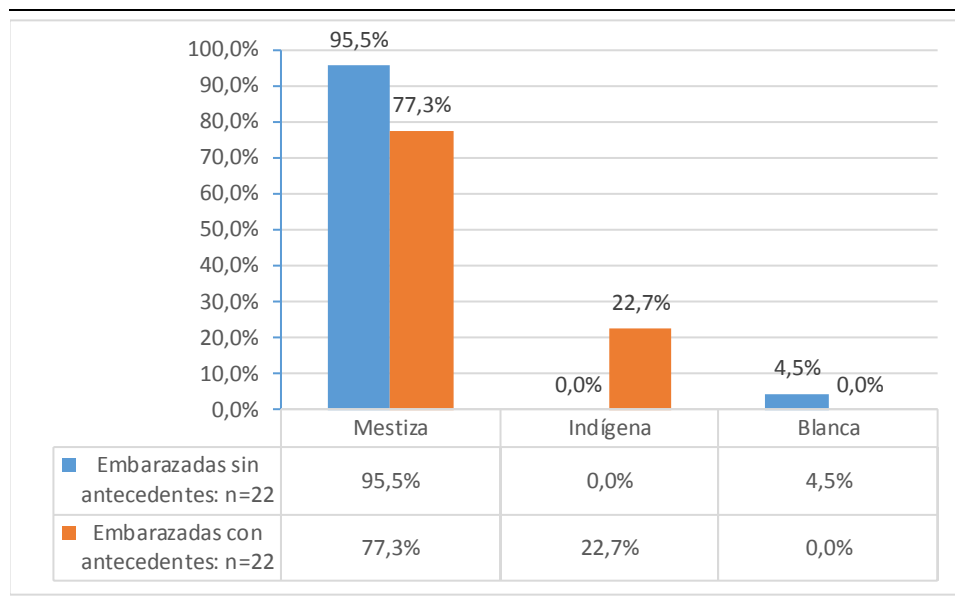


Gráfico N° 4.1: Distribución étnica de las participantes

Nota: 44 observaciones

De acuerdo al gráfico N° 4.1, la etnia/raza mestiza es la que predomina en los dos grupos de estudio, aunque existe una diferencia significativa entre ambos grupos $X^2=0,04$; $p < 0,05$. Las embarazadas sin antecedentes de $n=22$; son 21 participantes que se consideran mestizas y 1 de raza blanca. Mientras que en las mujeres con antecedentes de aborto, hay una brecha estadísticamente significativa $X^2=0,04$; $p < 0,05$ y es que según los datos de la investigación, las mujeres indígenas son más propensas a tener antecedentes de aborto ya sea espontáneo o inducido. En México, se realizó un estudio a comunidades indígenas demostrando que la presencia del aborto en dichas comunidades está en aumento, pero por cuestiones de reglas y tradiciones se mantienen ocultos (Candela & Santa, 2014). En nuestro contexto, en Zamora se realizó un análisis de los factores de riesgo en amenaza de aborto, en donde la mayoría de la población atendida fue mestiza, sin embargo se presenta un 20% de población indígena (Herráez, 2016); similar a la población de esta investigación con antecedentes de aborto (ver gráfico 4.1).

El estado civil es el siguiente punto de análisis del factor social, en donde se evidencia una relación entre el estado civil y los antecedentes de aborto, obteniendo un contraste de $X^2=0,010$; $p < 0,05$; estadísticamente significativo. El estado civil actual predominante en las embarazadas con antecedentes de aborto es casada; mientras que en las participantes sin antecedentes es soltera (Ver gráfico N° 4.2).

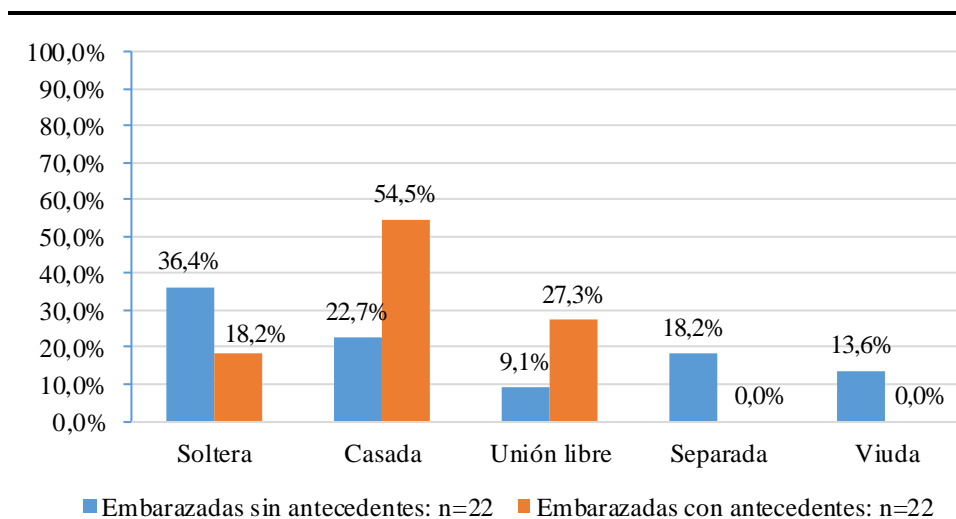


Gráfico N° 4.2: Estado Civil

Nota: 44 observaciones

Es importante mencionar que no toma en cuenta el estado civil que la madre tenía cuando pasó por un aborto sino el actual. Las diferencias entre grupos están presentes en todos los estados civiles considerados para el estudio: soltera, casada, unión libre, separada o viuda. Aunque se muestra la diferencia más notoria en que las participantes con antecedentes de aborto tienen pareja (estado civil casada y unión libre) en un mayor porcentaje que las madres sin antecedentes. El perfil de las madres en Ecuador, determina que el 71% de embarazadas se encuentran casadas o en unión libre (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos Ecuador INEC, 2012). Las cifras de esta investigación reflejan concordancia con los datos obtenidos a nivel de todo el país; el estado civil de cuando las mujeres abortaron se desconoce.

4.1.2 Área Salud

El segundo factor, es la variable salud que describe el estado de salud física y mental percibido por las participantes, presencia de enfermedades actuales, y tipo de aborto. Para la salud física y mental, se pidió a las participantes que califiquen del 1 al 5, siendo 1 como malo y 5 como excelente; en la tabla 4.2 las variables estados de salud física y mental están representadas a través de la media (M) y la desviación estándar (Ds) y se empleó la prueba estadística *t de student* para verificar la diferencia entre grupos (ver tabla 4.2)

Tabla 4.2:
Distribución de grupos en función del factor estado de salud

Variables	Embarazadas sin antecedentes: n=22		Embarazadas con antecedentes: n=22		Contraste
	M	Ds	M	Ds	t
Estado de Salud física	3,68	0,839	3,64	0,492	0,219
Estado de Salud mental	3,91	1,444	2,73	1,579	2,590

Nota: 44 observaciones. Grados de significacias: * = sig. p <0,05*; ** = sig. p <0,01**; *** = sig. p <0,001***

En cuanto a la salud física, las participantes de ambos grupos perciben su condición como muy buena y no se reflejan diferencias entre ambos grupos consideradas significativas. Por otro lado, la salud mental varía entre cada grupo; es así que las mujeres sin antecedentes tienen una condición muy buena y las que sí tienen antecedentes como buena, pero de acuerdo al contraste de $t = 2,590$; $p > 0,05$ no es estadísticamente significativo. Esta información se apoya en que las participantes de

ambos grupos no presentan alguna enfermedad actual en su mayoría (ver gráfico N° 4.3). Las mujeres que si reportaron enfermedades mencionaron a la hipertensión, alteraciones hormonales, infecciones y preeclampsia. Herráez (2016) en su estudio encontró que “los estados hipertensivos durante el embarazo son muy comunes durante las 20 semanas de gestación lo cual se evidenció que la hipertensión arterial a igual que la preeclampsia gestacional se representó con el 21,39%” (p. 37). En la presente investigación de las 9 embarazadas, 4 reportaron padecer dificultades con el incremento de la presión arterial, es decir el 44,45% de las gestantes.

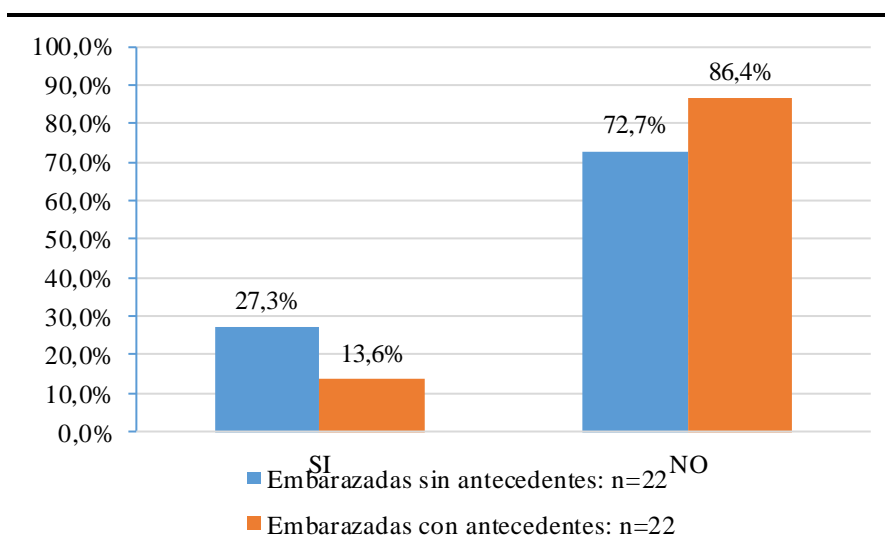


Gráfico N° 4.3: Presencia de enfermedades

Nota: 44 observaciones

El gráfico N° 4.3, a más de mostrar que la mayoría percibe un estado de salud en ausencia de enfermedades; también indica que las embarazadas sin antecedentes presentan alguna enfermedad en mayor porcentaje al grupo ECA, con un contraste de $X^2=0,262$; $p>0,05$ que no revela una diferencia significativa entre ambos grupos. También es importante comparar la frecuencia de controles médicos (semanales,

mensuales, trimestrales), se muestra a través de la frecuencia (f) y el porcentaje correspondiente (%) de mujeres de acuerdo a cada grupo (embarazo sin antecedentes de aborto y embarazo con antecedentes) (Ver tabla 4.3).

Tabla 4.3

Asistencia médica

Variables	<i>Embarazadas sin antecedentes: n=22</i>		<i>Embarazadas con antecedentes: n=22</i>		Contraste X^2
	f	%	f	%	
<i>Frecuencia de controles médicos</i>					
Semanal	3	13,6%	5	22,7%	0,119
Mensual	19	86,4%	14	63,6%	
Trimestral	0	0,0%	3	13,6%	

Nota: 44 observaciones. Grados de significacias: *= sig. $p < 0,05$ *; **= sig. $p < 0,01$ ** ; ***= sig. $p < 0,001$ ***

La prueba de chi cuadrado dio un $X^2=0,119$; $p > 0,05$ es decir, no hay validez para verificar una diferencia entre grupos, además se dio una constante en el tipo de asistencia en que todas acudían a asistencia de tipo gineco-obstétrica. El grupo ECA (embarazadas con antecedentes) acude con mayor frecuencia a controles médicos que puede estar asociada a mayor cantidad de amenazas de aborto durante el embarazo actual (ver gráfico 4.4). Es así que el grupo ECA conformado por $n=22$, ha presentado amenazas de aborto en un 63,6% que duplica el porcentaje de las participantes del grupo ESA; la diferencia en términos estadísticos es de $X^2=0,015$; $p < 0,05$ equivalente a una diferencia marcada entre ambos grupos. La causa puede estar asociada a que los antecedentes de abortos y más aún cuando se han realizado legrados debilitan la pared interna del útero volviéndola delgada, y débil para alojar a un nuevo feto muchos más si no existe un periodo de recuperación adecuado (Herráez, 2016).

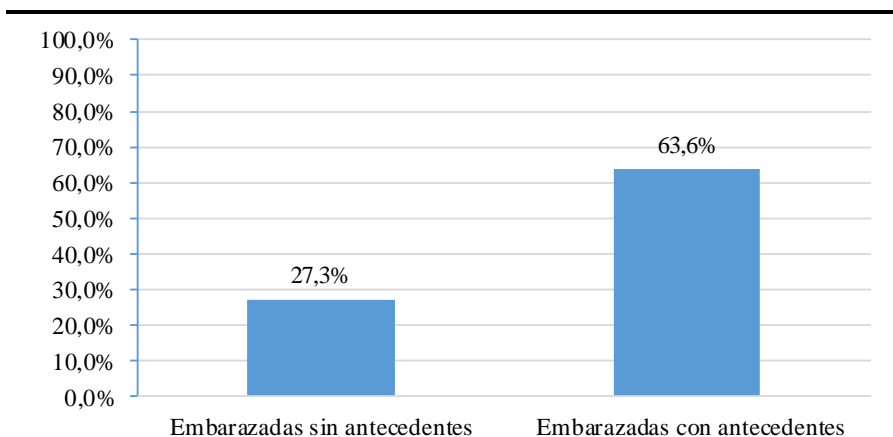


Gráfico N° 4.4: Amenazas de aborto

Nota: 22 observaciones

La edad gestacional es un dato importante representado en el gráfico N° 4.5, a nivel general $n=44$ la mayoría de la población se concentra en una edad gestacional entre los 5 y 6 meses; el grupo ESA $n=22$ predominan las gestantes de 5 meses con un 27,3%, seguido de una edad gestacional de 6 meses en un porcentaje de 22,7%. En el grupo ECA $n=22$, la mayoría de participantes se encuentran en el sexto mes del embarazo en un 36,4% y en el 8 mes con un 27,3%. La cantidad de madres que están en el cuarto y séptimo mes son equivalentes con un 13,6% de cada mes. En el grupo ECA, no se contó con participantes con 3 y 5 meses de gestación; y en el grupo ESA no participaron embarazadas de 9 meses (ver gráfico 4.5). Existe un $X^2=0,069$; $p>0,05$ que no señala una diferencia entre ambos grupos, más bien estos datos nos permiten describir a las participantes. Investigadores como Herráez (2010) y López (2015), recomiendan realizar estudios del desarrollo del embarazo mes a mes, ya que de esta forma se pueden observar cuales son los meses que presentan más cambios que otros.

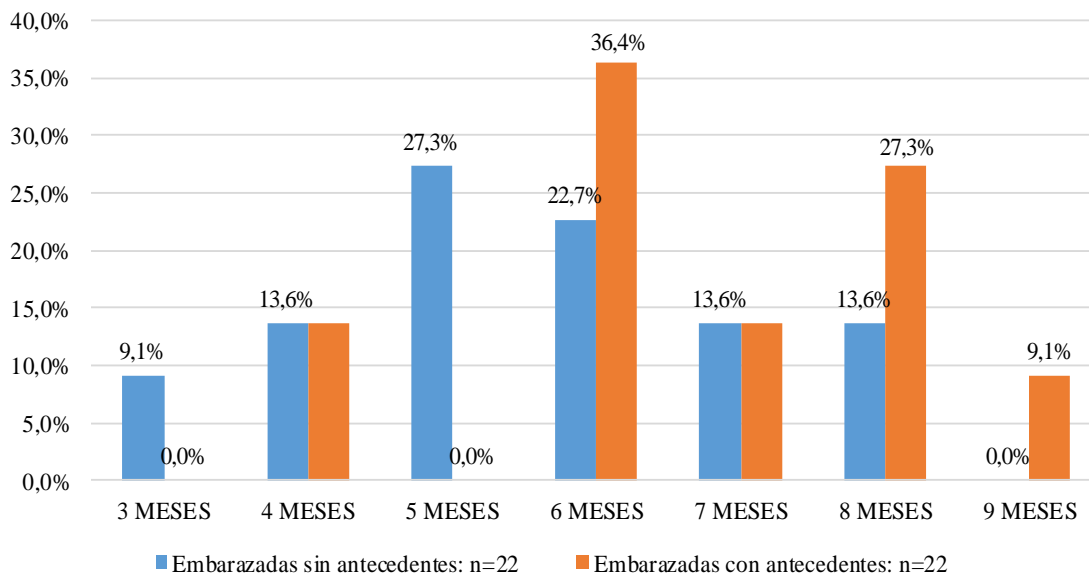


Gráfico N° 4.5: Edad gestacional

Nota: 44 observaciones

La edad gestacional media de las participantes se encuentre entre 5 y 7 meses, es decir que cursan el segundo trimestre de la gestación. Su aspecto físico es más de una mujer embarazada y el aumento de peso es significativo en comparación a meses anteriores. De igual manera, es el punto medio del proceso que indica que ha superado la noticia de ser mamá y puede proyectar sus sentimientos en la adaptación de su nuevo rol.

El grupo de gestantes con antecedentes de aborto compartieron información acerca del tipo de aborto que experimentó, que se divide en espontáneo e inducido. En el gráfico N° 4.6 se encuentran los porcentajes de aborto encontrados: un 59,1% fueron espontáneos y un 40,9% inducidos.

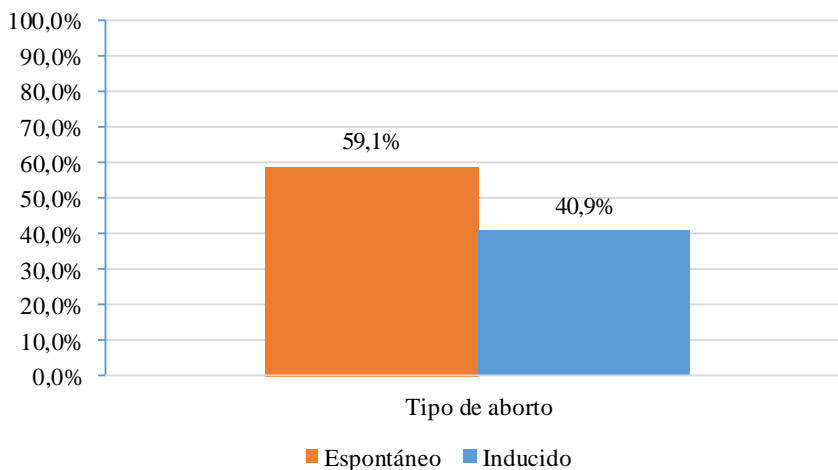


Gráfico N° 4.6: Tipo de aborto

Nota: 20 observaciones

Cuando el aborto pudo haber sido de manera ilegal, éste pudo tener características de un aborto inseguro que puede conllevar consecuencias físicas a largo plazo. Las mujeres que presentaron antecedentes de aborto (espontáneo e inducido) fueron quienes más amenazas de legrado durante esta investigación. Lafaurie (2005), menciona que “aplicando el método de proyección de la OMS, el número de abortos por año que se produce en Ecuador bordea los 95.000” (p. 8). Esta cifra contempla que los abortos legales se dan en mínimas cantidades y estos no son punibles cuando la salud de la mujer está en riesgo de muerte, o cuando una mujer con discapacidad mental ha sido violada (Código Orgánico Integral Penal, 2014), en esta investigación no se contó con mujeres embarazadas con discapacidad.

4.1.3 Área familiar

Para estudiar el área familiar fue necesario indagar con quien convive la participante, número de hijos y la calidad de la relación con la pareja. Las variables con quien vive y número de hijos, se muestran a través de la frecuencia (*f*) y el porcentaje correspondiente (%) de mujeres de acuerdo a cada grupo (embarazo sin antecedentes de aborto y embarazo con antecedentes) (ver tabla N° 4.4). Al describir las personas con las que vive, la categoría familia incluye pareja, hijos, padres u otros familiares que es el predominante en ambos grupos; mientras que se considera sola cuando la gestante vive completamente sola que es superior en el grupo ESA en un porcentaje mínimo, es por ello que el contraste $X^2=0,294$; $p>0,05$, no se toma en cuenta para verificar una diferencia entre ambos grupos.

Tabla 4.4:

Distribución de grupos en función de el área familiar

Variables	Embarazadas sin antecedentes: n=22		Embarazadas con antecedentes: n=22		Contraste X^2
	f	%	f	%	
<i>Con quien vive</i>					
Familia	19	86,4%	21	95,5%	0,294
Sola	3	13,6%	1	4,5%	
<i>Número de hijos</i>					
Ninguno	12	54,5%	8	36,4%	0,493
1	6	27,3%	6	27,3%	
2	2	9,1%	6	27,3%	
3	2	9,1%	2	9,1%	

Nota: 44 observaciones. Grados de significacías: *= sig. p <0,05*; **= sig. p <0,01**;

= sig. p<0,001

Además, al analizar el número de hijos la mayoría son madres primerizas, en segundo lugar las madres tienen ya un hijo; ambas categorías representan el porcentaje

mayoritario. De acuerdo al INEC, el 44,5% de las madres en el país tienen entre 1 a 2 hijos mientras que el 31,2% de 3 a 4 hijos (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos Ecuador INEC, 2012). La prueba estadística de chi cuadrado no señaló una diferencia significativa entre grupos $X^2=0,294$; $p>0,05$ (ver tabla N° 4.4). En nuestro contexto más cercano en un estudio realizado en Ambato, en las gestaciones previas en las madres, se observa que la categoría con el mayor porcentaje es primípara (66%), mientras que el (34%) corresponde a las madres multíparas, lo que demuestra un predominio de las madres primíparas sobre las madres multíparas (López, 2015); se reflejan porcentajes similares en a los estudios encontrados con los de esta investigación.

Por otro lado, el área familiar también indaga acerca de cómo las participantes perciben la relación con su pareja (ver tabla 4.5). Se definió como relación económica cuando el padre del niño ayuda con los gastos médicos, paga controles prenatales, colabora para la alimentación (gastos prenatales), ya sea impuesta por un juez o voluntariamente; los resultados arrojan que la mayoría de padres con un 72,7% (grupo ESA) y 81,8% (grupo ECA) respaldan económicamente a la madre, es importante verificar este dato para que se asegure la salud gestacional. El contraste estadístico $X^2=0,472$; $p>0,05$ significa que tanto las gestantes con antecedentes como sin antecedentes de aborto tienen apoyo económico por igual.

Tabla 4.5*Calidad de la relación con la pareja*

Variables	Embarazadas sin antecedentes: n=22		Embarazadas con antecedentes: n=22		Contraste X^2
	f	%	f	%	
<i>Relación económica</i>					
Si	16	72,7%	18	81,8%	0,472
No	6	27,3%	4	18,2%	
<i>Relación afectiva</i>					
Si	13	59,1%	18	81,8%	0,099
No	9	40,9%	4	18,2%	
<i>Calidad de relación afectiva</i>					
No tengo relac	6	27,3%	4	18,2%	0,006*
Conflictiva	8	36,4%	0	0,0%	
Distante	0	0,0%	3	13,6%	
Cercana	5	22,7%	12	54,5%	
Muy cercana	3	13,6%	3	13,6%	

Nota: 44 observaciones. Grados de significancias: *= sig. p <0,05*; **= sig. p <0,01**;
= sig. p <0,001

En cuanto la relación afectiva, las gestantes tienen una relación afectiva en su mayoría con los padres que mostraron conductas como: estar pendiente de su estado de salud y del bebé, acompañamiento durante el embarazo, cumple el rol como pareja y futuro padre, sin embargo se observa diferentes tipos de relación afectiva: conflictiva, distante, cercana y muy cercana (ver gráfico 4.7). Según la tabla 4.5, existe diferencia de $X^2=0,006$; $p>0,05$ entre las relaciones afectivas; es así que las madres del grupo ECA tienen una relación cercana en un 54,5%, a diferencia de las madres del grupo ESA que tienen un porcentaje mayor.

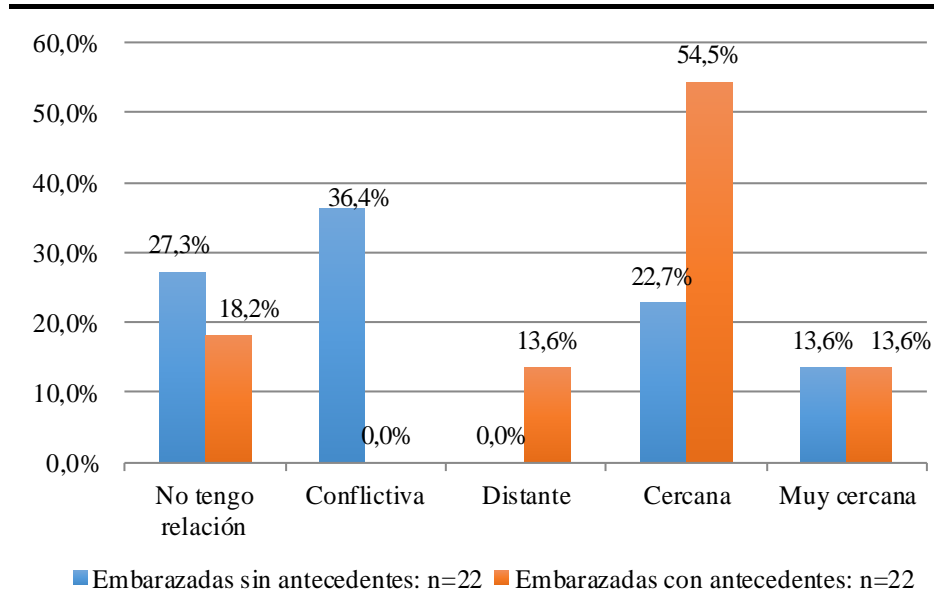


Gráfico N° 4.7: Tipo de relación afectiva

Nota: 44 observaciones

Esto se podría interpretar que la calidad de las relaciones es mejor o más cercana en las embarazadas con antecedentes de aborto. Esto se complementa con el estado civil que las diferencia (ver gráfico 4.2), en resumen se interpreta que las embarazadas con antecedentes de aborto tienen una pareja con una relación cercana. En un estudio longitudinal con 9 parejas en Murcia, las madres perciben muy satisfactoriamente su relación con pareja, mientras que los padres su calificación era menor (Rodrigues & López, 2004). Sin embargo, la APA menciona, no existen estudios científicos que aborden las relaciones afectivas futuras en un embarazadas con antecedentes de aborto, ya que también existen más factores que interfieren en las mismas (American Psychological Association APA, 2008).

4.1.4 Área Económica

Dentro del área económica se analizó el nivel socio-económico que se considera, la que se le presentó cinco alternativas: bajo, medio-bajo, medio, medio-alto y alto, basadas en las cinco categorías que el INEC utiliza. En la tabla 4.6, se encuentran las frecuencias (f) y su porcentaje (%), y la prueba de contraste estadístico. Se observa que la mayoría de las participantes se consideran de un nivel medio-bajo.

Tabla 4.6

Análisis del factor económico

Variables	Embarazadas sin antecedentes: n=22		Embarazadas con antecedentes: n=22		Contraste X^2
	f	%	f	%	
<i>Nivel socioeconómico</i>					
Bajo	0	0%	1	4,5%	
Medio-Bajo	10	45,5%	11	50,0%	
Medio	9	40,9%	5	22,7%	0,037*
Medio-Alto	0	0,0%	5	22,7%	
Alto	3	13,6%	0	0,0%	

Nota: 44 observaciones. Grados de significancias: * = sig. p <0,05*; ** = sig. p <0,01**;

*** = sig. p <0,001***

De acuerdo a la tabla 4.6, las embarazadas sin antecedentes: 45,5% son de nivel medio-bajo, 40,9% nivel medio y el 13,6% nivel alto; en contraste con las embarazadas con antecedentes de aborto: 4,5% son de nivel bajo, 50% nivel medio-bajo, 22,7% medio y el 22,7% restante de nivel medio-alto. De acuerdo al análisis que se realizó se puede mencionar lo siguiente: existe una diferencia estadísticamente significativa $X^2=0,037 < p < 0,05$; entre las embarazadas con y sin antecedentes de aborto, especialmente la brecha está en las clases medias y media-alta. La mayoría de la población está en la categoría

media y media-baja. Por ello, se puede decir que las características de la clase media-baja o de estrato “C-”, la mitad de ellas tienen un seguro social de salud, utiliza internet, tienen teléfono convencional y tiene varios electrodomésticos como: refrigeradora, cocina, lavadora, equipo de sonido y corresponde al 49.3% de la población en el país. La otra categoría dominante en la clase media o estrato “C+”, tiene varias comodidades como acceso a internet, electrodomésticos, teléfono convencional, seguro social de salud en un porcentaje más alto que el estrato “C-” (INEC, 2015).

Tabla 4.7*Nivel socioeconómico y Estado Civil*

Variables	Nivel Socioeconómico					Contraste X^2
	Bajo	Medio-Bajo	Medio	Medio-Alto	Alto	
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	
<i>Estado civil de embarazadas sin antecedentes de aborto</i>						
Soltera	0	4	2	0	2	
Casada	0	2	3	0	0	
Unión libre	0	0	1	0	1	0,202
Separada	0	1	3	0	0	
Viuda	0	3	0	0	0	
<i>Estado civil de embarazadas con antecedentes de aborto</i>						
Soltera	0	2	2	0	0	
Casada	0	9	0	3	0	0,025*
Unión libre	1	0	3	2	0	

Nota: 44 observaciones. Grados de significancias: * = sig. $p < 0,05$ *; ** = sig. $p < 0,01$ **;
*** = sig. $P < 0,001$ ***

También, se consideró una relación entre el nivel socioeconómico (tabla 4.7) y estado civil (tabla 4.1), como se analizó en el área social existe una diferencia de $X^2=0,010$; $p < 0,05$ dando como resultado que las embarazadas con antecedentes de aborto tienen una relación afectiva es decir tienen pareja; aparentemente un mejor nivel

socioeconómico puede estar ligado a tener un estado civil casada, esto se comprueba en que el $X^2=0,025$; $p<0,05$ aprueba la diferencia entre estados civiles para las embarazadas con antecedentes. Herrera, Salinas y Valenzuela (2011) afirman que: “Las familias en que la pareja está casada ofrecen mayores opciones de bienestar a sus miembros que aquellas que se constituyen en torno a la convivencia o las familias uniparentales” (p. 1-2). Por lo consiguiente, las mujeres con antecedentes de aborto están casadas en su mayoría y tienen un nivel socioeconómico media-baja y media.

4.1.5 Área Académico-Laboral

Para en análisis del área académica se considera el nivel de estudios culminados y el área en que se formó y se procedió a comparar la información encontrada entre los grupos de estudio. Para describir a la población de acuerdo a su nivel de estudios se utilizaron las variables: primaria, secundaria, tecnólogos o estudios superiores, carreras universitarias culminadas y maestrías o postgrados. A nivel global, la mayoría de embarazadas tienen una carrera profesional ya se obtenida por medio de un tecnólogo, universidad o maestría (gráfico 4.8), en mínimo porcentaje tienen estudios primarios culminados.

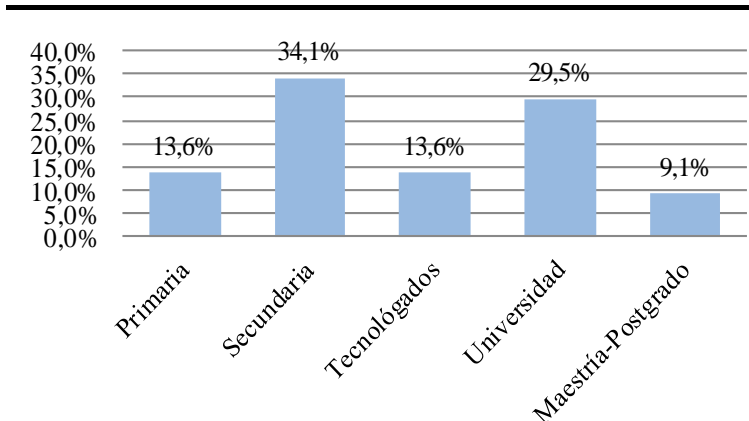


Gráfico N° 4.8: Total de participantes y nivel de estudios culminados

Nota: 44 observaciones

En base a los datos anteriores, las variables se expresan por una frecuencia (f) y su porcentaje (%); es necesario conocer si existe una diferencia significativa (X^2), esta información se encuentra a continuación en la tabla 4.8. En el primer grupo se observa que el 45,5% tiene estudios universitarios culminados, mientras que en el segundo grupo las participantes tienen en mayor porcentaje 45,5% estudios secundarios.

Tabla 4.8

Nivel de estudios

Variables	Embarazadas sin antecedentes: n=22		Embarazadas con antecedentes: n=22		Contraste X^2
	f	%	f	%	
<i>Nivel de estudios culminados</i>					
Primaria	3	13,6%	3	13,6%	0,006*
Secundaria	5	22,7%	10	45,5%	
Tecnólogos	3	13,6%	3	13,6%	
Universidad	10	45,5%	3	13,6%	
Maestría-Postgrado	1	4,5%	3	13,6%	

Nota: 44 observaciones. Grados de significancias: * = sig. p <0,05*; ** = sig. p <0,01**;
*** = sig. p <0,001***

Recordemos que la edad *Media* de las participantes oscila entre los 21 y 24 años de edad (tabla 4.1), por lo que el nivel de estudios puede estar entre los estudios superiores y universitarios y la mayoría de la población del estudio se concentra. De acuerdo a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) 2011, el promedio de años de estudio de la mujer ecuatoriana entre 25 a 29 años para el 2010 era de 8.5 años, situación que pone en claro que una baja escolaridad está asociada con el inicio temprano de la vida sexual, situación que dentro de este estudio muestra que la mujer ha prolongado su maternidad logrando tener un mejor nivel de estudios, y dando como resultado que la educación se convierte en un factor protector para un embarazo a edad temprana (ver tabla 4.8 y gráfico 4.8). La prueba estadística si muestra que exista una diferencia significativa entre los grupos $X^2=0,006$; $p>0,05$.

Las participantes han realizado sus estudios en las siguientes áreas: salud, contable, ingenierías, social y también se incluyó a quienes no tienen una área de estudio y son amas de casa, en la tabla 4.9 se encuentra su frecuencia (*f*) y porcentaje (%). Las embarazadas se encuentran distribuidas de manera similar, destaca el área contable pero no muestra mayoría; se toman en cuenta estas variables para conocer a la población que es estudiada, ya que no demuestran diferencias entre ambos grupos $X^2=0,949$; $p>0,05$. Además, su ocupación está relacionada con lo que estudiaron en un 40,9% del total de las participantes, las mujeres del grupo en un porcentaje más alto que las del segundo (ver tabla 4.9). En cuanto, a las embarazadas que se dedican a ser amas de casa únicamente una de ellas era remunerada que consideró su ocupación; las restantes

optaron por esta opción como una condición al no poseer un trabajo pese a que el 60% de ellas tenían una formación académica.

Tabla 4.9

Área académica en la que se formó

Variables	Embarazadas sin antecedentes: n=22		Embarazadas con antecedentes: n=22		Contraste X^2
	f	%	f	%	
<i>Área académica en la que se formó</i>					
Salud	4	18,2%	4	18,2%	0,949
Contable	6	22,7%	7	31,8%	
Ingenierías	3	13,6%	4	18,2%	
Social	5	22,7%	3	13,6%	
Ama de casa	4	18,2%	4	18,2%	
<i>Trabaja en el área académica que se formó</i>					
Si	10	45,5%	8	36,4%	0,641
No	2	9,1%	4	18,2%	
Ama de casa	10	45,5%	10	45,5%	

Nota: 44 observaciones. Grados de significancias: * = sig. p <0,05*; ** = sig. p <0,01**;
*** = sig. P <0,001***

Actualmente, de las 44 participantes el 54,8% trabaja, que es equivalente a 25 mujeres; de las cuales 12 corresponden al grupo ESA y 13 al grupo ECA (tabla 4.10), no existe una diferencia entre grupos ya que la diferencia es mínima $X^2=0,641$; $p>0,05$. El 45,5% de las embarazadas sin antecedentes trabajan una jornada de 8 a 10 horas diarias, y las embarazadas con antecedentes el 40,9%. El tipo de empleador dominante en el grupo ESA es el sector público en un porcentaje de 22,7, seguido del sector privado 18,2% y negocio propio 13,6%. En el grupo ECA, el porcentaje mayor es de 27,3% de las que tienen un negocio propio, luego están con 18,2% cada uno el sector público y privado.

Tabla 4.10*Área laboral y tipo de empleador*

<i>VARIABLES</i>	<i>Embarazadas sin antecedentes: n=22</i>		<i>Embarazadas con antecedentes: n=22</i>		<i>Contraste</i> X^2
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	
<i>Trabaja actualmente</i>					
Si	12	54,5%	13	59,1%	0,545
No	10	45,5%	9	40,9%	
<i>Horas que trabaja</i>					
0 horas	10	45,5%	9	40,9%	0,316
5 a 7 horas	2	10,0%	1	4,5%	
8 a 10 horas	10	45,5%	9	40,9%	
Más de 11 horas	0	0,0%	3	13,6%	
<i>Tipo de empleador</i>					
Público	5	22,7%	4	18,2%	0,721
Privado	4	18,2%	4	18,2%	
Negocio Propio	3	13,6%	6	27,3%	
Ninguno	10	45,5%	8	36,4%	

Nota: 44 observaciones. Grados de significancias: * = sig. p <0,05*; ** = sig. p <0,01**;
*** = sig. P <0,001***

El área laboral ha tomado relevancia en las embarazadas, debido a que las políticas de estado pretenden protegerla por su condición temporal y asegurar su estabilidad laboral, de acuerdo al Código de Trabajo vigente (2012), en su artículo 154:

La mujer embarazada no podrá ser objeto de despido intempestivo ni de desahucio, desde la fecha que se inicie el embarazo, particular que justificará con la presentación del certificado médico otorgado por un profesional del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, y a falta de éste, por otro facultativo. (p. 47).

Los porcentajes de mujeres que dejaron de trabajar a causa de su embarazo. El 18,2% equivalente a 8 participantes del total, abandonaron su trabajo y al indagar las razones específicas mencionan que el estado de salud, embarazados de riesgo y el desempeñar eficazmente el rol de madre son los principales motivos que hicieron que tomen esta decisión.

4.2 Análisis de los síntomas psicológicos a través del instrumento SCL-90R

4.2.1 Fiabilidad del instrumento

Para la determinar la fiabilidad y consistencia interna del instrumento SCL 90-R en las participantes, se utilizó el coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach (α) en el instrumento total y sus nueve dimensiones; con el objetivo de verificar si la escala logró evaluar lo que pretendía medir, esto se expone en la tabla 4.11. Es importante mencionar que cuando los valores son inferiores a 0,750 pierde fiabilidad la investigación.

Tabla 4.11

Validez del instrumento a través del coeficiente Alfa de Cronbach

Dimensiones	Ítems	Alpha Estadístico
Somatización	12 ítems	0,912
Obsesión-Compulsión	10 ítems	0,869
Sensitividad	9 ítems	0,827
Depresión	13 ítems	0,954
Ansiedad	10 ítems	0,921
Hostilidad	6 ítems	0,901
Ansiedad Fóbica	6 ítems	0,964
Ideación Paranoide	6 ítems	0,865
Psicotismo	10 ítems	0,884
Total del instrumento	90 ítems	0,900

Nota: 44 observaciones

Por otro lado, cuando el coeficiente se acerca más a uno la confiabilidad aumenta y asegura que el instrumento si cumple con los objetivos del test, para ello es necesario analizar las nueve dimensiones (Aiken, 2003). En el área de somatización se obtuvo un resultado de $\alpha = 0,912$, obsesión-compulsión $\alpha = 0,869$; en sensibilidad $\alpha = 0,827$; en depresión $\alpha = 0,954$; ansiedad $\alpha = 0,921$; hostilidad $\alpha = 0,901$; ansiedad fóbica $\alpha = 0,964$; ideación paranoide $\alpha = 0,865$ y psicoticismo $\alpha = 0,884$. Todas las dimensiones muestran un adecuado nivel de fiabilidad y consistencia, es así que se asume que la investigación presenta una validez interna alta. A su vez, se analizó la fiabilidad tomando en cuenta al instrumento en su totalidad que da como resultado una Alfa de Cronbach equivalente a $\alpha = 0,900$, muy próxima a uno; en investigaciones en población de la ciudad de Ambato el test SCL-90R arrojó un coeficiente de $\alpha = 0,947$ (Mayorga, 2014 & Barrionuevo, 2017), por lo tanto el instrumento muestra fiabilidad y validez interna muy acertada ante la detección de síntomas psicológicos.

4.2.2 Sintomatología presentada por las participantes

Partiendo de la agrupación de las muestras embarazadas sin antecedentes $n = 22$ y con antecedentes $n = 22$, se exponen los resultados obtenidos de acuerdo al test SCL-90R que contiene 9 dimensiones: somatización, obsesión y compulsión, sensibilidad, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Las mismas variables que se expresan por su media (M), desviación típica (Ds) y error típico ($Err. Tp.$) (Ver tabla 4.12).

Tabla 4.13*Análisis comparativo de síntomas psicológicos según el SCL-90R mediante la prueba t*

Variables	Embarazadas sin antecedentes: n=22			Embarazadas con antecedentes: n=22			Contraste t	Grados Libertad sig. p <0,05*
	M	Ds	Err. Tp.	M	Ds	Err. Tp.		
<i>Síntomas Psicológicos de acuerdo al SCL-90R</i>								
Somatización	1,231	0,502	0,107	1,347	0,609	0,430	-0,687	0,496
Obsesión-Compulsión	1,027	0,468	0,998	1,300	0,638	0,135	-1,618	0,113
Sensitividad	1,045	0,464	0,990	1,353	0,598	0,127	-1,907	0,060
Depresión	1,386	0,409	0,872	1,608	0,794	0,169	-0,022	0,455
Ansiedad	1,272	0,845	0,180	1,200	0,534	0,113	-0,341	0,335
Hostilidad	0,810	0,589	0,125	1,257	0,654	0,139	-2,385	0,022* ECA>ESA
Ansiedad Fóbica	0,964	0,496	0,105	1,136	0,742	0,158	-0,954	0,345
Ideación Paranoide	0,765	0,461	0,984	1,181	0,790	0,168	-2,136	0,039* ECA>ESA
Psicotismo	0,818	0,382	0,815	1,009	0,475	0,101	-1,468	0,149

Nota: 44 observaciones. Grados de significancias: * = sig. p <0,05*; ** = sig. p <0,01**; *** = sig. P <0,001***

En los resultados encontrados, se observa que las embarazadas presentan significativamente varios síntomas psicológicos en ambos grupos destacando: depresión, sensitividad, somatización y ansiedad. Las embarazadas con antecedentes tienen valores más altos en depresión $M_{(con\ ant.)}=1,608$, sensitividad $M_{(con\ ant.)}=1.353$, somatización $M_{(con\ ant.)}=1,347$ y hostilidad $M_{(con\ ant.)}=1,257$ en comparación de las embarazadas sin antecedentes. Por su parte, es importante mencionar que las gestantes del grupo ESA presentan mayor ansiedad $M_{(sin\ ant.)}= 1,272$ (ver tabla 4.12 y gráfico 4.9). La depresión es el trastorno psiquiátrico más prevalente durante el embarazo y se asocia con factores obstétricos psicosociales y clínicos (Pereira, Lovisi, Pilowsky, Lima, & Legay, 2009).

Dado los resultados, es necesario analizar que síntomas están en punto de riesgo a nivel de los dos grupos ya que de acuerdo al gráfico 4.10, se encontró que las embarazadas con antecedentes están por encima del punto de riesgo en somatización, depresión, ansiedad fóbica y ansiedad, mientras que las embarazadas sin antecedentes presentan riesgo en

somatización, depresión, ansiedad y psicotismo. Para iniciar la interpretación de los resultados, se puede decir que las embarazadas independientemente del grupo al que pertenecen presentan riesgo en: somatización, depresión y ansiedad; y las embarazadas con antecedentes a más de las áreas mencionadas presentan riesgo en ansiedad fóbica y psicotismo.

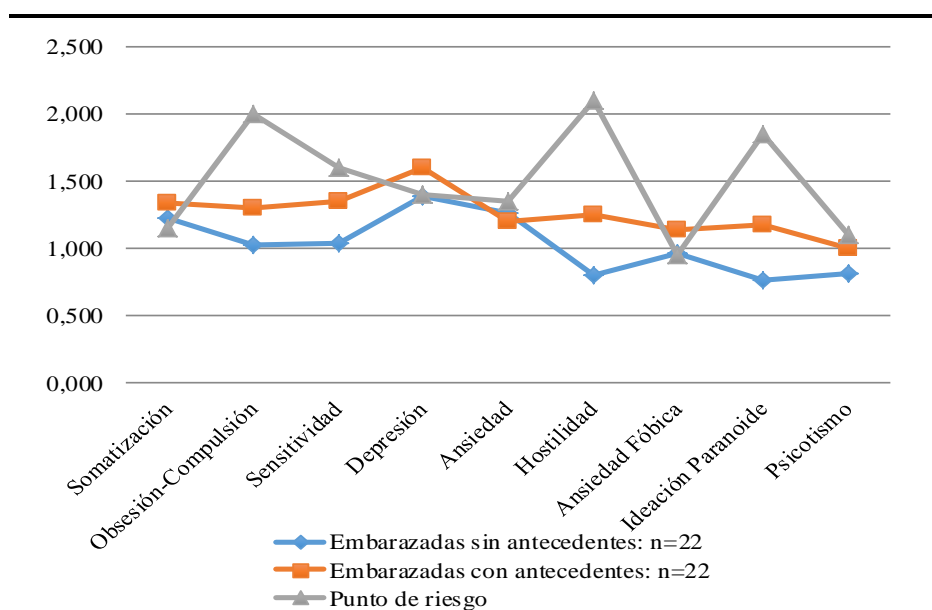


Gráfico N° 4.10: Puntos de riesgo según el SCL-90R

Nota: 44 observaciones

En cuanto a la somatización, en Venezuela en un estudio exploratorio a 94 embarazadas menciona que los indicadores de salud con mayor reporte durante esta etapa son la somatización, depresión, angustia y ansiedad debido a una sensibilidad emocional negativa (Guarino, 2010). Centrándose en la somatización, la grávida puede acudir a con varias quejas somáticas por lo que ponen excesiva atención a sus síntomas y se preocupan con las menores disfunciones; y pese a decirles que no existe un problema

grave su intranquilidad continua (Maldonado, Lartigue & Lecannelier, 2008). En Latinoamérica, la falta de estudios a este tipo de población ha hecho que los estudios sean exploratorios y empíricos, con el fin de dejar evidencia científica para promover una cultura de prevención en este tipo de población.

Otro síntoma importante es la depresión, Díaz et al. (2013), evaluó a mujeres en etapa de gestación mediante la escala de Hamilton, en donde el 66,1% presentó algún nivel de depresión y un 19,4% un cuadro de depresión severa o muy severa; lo que significa que las embarazadas tienden al deterioro mental. De acuerdo al presente estudio, la depresión es un síntoma de riesgo en ambos grupos pero es más marcado en grávidas con antecedentes de aborto. Así mismo, el riesgo de presentar ansiedad estaba relacionado con un estado de inconformidad o rechazo hacia el embarazo en curso, pues así también en el mismo estudio el 67,3% presentó algún nivel de ansiedad.

Las áreas en que las embarazadas con antecedentes tienen riesgo en ansiedad fóbica y psicotismo. Ramírez, Palacio & Jaramillo (2000), realizaron un estudio para identificar la morbilidad psiquiátrica en mujeres con un aborto ilegal en Colombia y mencionan que “La cohorte no expuesta, que sufre un imprevisto aborto espontáneo, tiene índices más altos de somatización, ansiedad y ansiedad fóbica, todos del espectro sintomático ansioso, reacción común y explicable frente a un evento contingencial de impacto negativo” (p. 210). Entonces, la presencia de ansiedad fóbica únicamente en este grupo puede ser explicada por los resultados del estudio No existen estudios que precisen como el psicotismo está presente en mujeres en etapa de gestación.

4.2.3 Diferencias entre grupos de estudio

Para realizar las comparaciones se requirió aplicar la prueba estadística *t de student*, con el objetivo de conocer las diferencias estadísticas significativas. Esta prueba arroja un valor *t*, de acuerdo a las medias encontradas y los grados de libertad *sig. p*; estos están divididos en tres $p < 0,05^*$, $p < 0,01^{**}$ y $p < 0,001^{***}$; cuando los grados de libertad son inferiores a estos valores, la diferencia es más marcada cuando el valor se acerca más a 0,001. En la investigación, los grados de libertad con significancia están por dejadeo de $p < 0,05^*$; en las áreas de hostilidad e ideación paranoide como se expone en la tabla 4.13.

Tabla 4.13

Diferencias estadísticas por la t de student

Variables	Contraste	Grados Libertad
	<i>e</i>	<i>sig. p < 0,05*</i>
	<i>t</i>	
<i>Síntomas Psicológicos de acuerdo al SCL-90R</i>		
Somatización	-0,687	0,496
Obsesión-Compulsión	-1,618	0,113
Sensitividad	-1,907	0,060
Depresión	-0,022	0,455
Ansiedad	-0,341	0,335
Hostilidad	-2,385	0,022* ECA>ESA
Ansiedad Fóbica	-0,954	0,345
Ideación Paranoide	-2,136	0,039* ECA>ESA
Psicotismo	-1,468	0,149

*Nota: 44 observaciones. Grados de significancias: * = sig. p < 0,05*; ** = sig. p < 0,01**; *** = sig. P < 0,001****

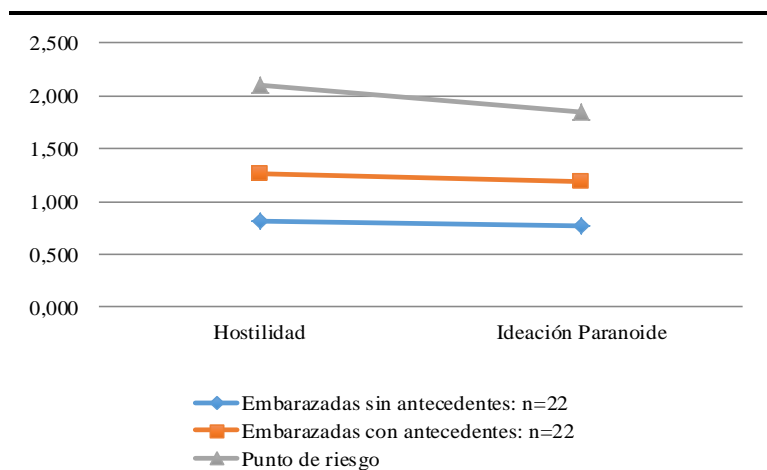


Gráfico N° 4.11: Áreas diferentes y punto de riesgo

Nota: 44 observaciones

Las grávidas con antecedentes de aborto presentan mayor hostilidad, es decir mayor cantidad de pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo. La diferencia estadísticamente significativa es de $t=0,022$; $p<0,05$. Una hipótesis puede estar ligada a la concepción religiosa del aborto que la gestante tiene; Mayo (2002) analizó los factores sociales del aborto y expone que: “Si desde el principio del cristianismo se observó una sobria hostilidad frente al aborto, esto se debió al criterio de que se trataba de la muerte de un inocente” (p. 10). Parte de ello, relaciona las creencias religiosas que pueden ser parte de la presencia de hostilidad y ser una causal de la misma, no obstante esto debe ser investigado con más profundidad, ya que este se trata de un estudio descriptivo. Asimismo, Rondón (2009) expone:

Utilizando un puntaje compuesto de la escala de bienestar positivo del SCL-90 y cuatro otras sub escalas (ansiedad, depresión, hostilidad y somatización) en un estudio de 650 mujeres un mes post aborto, Major y

cols. (1997) encontraron que los niveles de bienestar positivo eran “moderadamente altos”. (p. 23).

Aparentemente, la hostilidad se mantiene posterior al aborto y en la investigación este síntoma está presente mayormente en las grávidas con antecedentes, aunque no está en el punto de riesgo. Un factor protector para la presencia de hostilidad podría ser el trabajo, esto puede disminuir la presencia de la misma (Morales, 2014).

El segundo síntoma, en el que hay diferencia es en ideación paranoide las medias no presentan que estén en riesgo, pero en el grupo de embarazadas con antecedentes de aborto es superior a las del otro grupo ESA (gráfico 4.12). Retamal & Cantillano (2001), trataron a una embarazada con enfermedad bipolar y uno de sus síntomas es la ideación paranoide, además tiene como antecedente un aborto espontáneo; recomiendan que el tratamiento debe ser continuo con dosis reguladas durante el embarazo y posterior, sin embargo recomiendan aún más que el embarazo sea planificado en este tipo de patología. Todo lo contrario, Ramírez y otros (2000), al estudiar la morbilidad psiquiátrica en mujeres con aborto inducido ilegal mediante el test SCL-90R, concluyen que no hay evidencia estadísticamente significativa de ideación paranoide a los tres y seis meses posteriores al evento. Así como en esta investigación las puntuaciones obtenidas por las embarazadas con antecedentes no califican como riesgo o presencia de ideación paranoide.

4.2.4 Índices del test SCL-90R

El test SCL-90R da la oportunidad de describir tres índices globales: índice de severidad global, total de síntomas positivos y malestar sintomático positivo, se calculó la media (M), desviación típica (Ds) y error típico ($Err. Tp.$), que sirven como referencia para determinar si hay malestar o no. Además, es necesario comparar a los grupos de estudio ocupando la prueba t , y en este caso se observó que el malestar sintomático presenta un grado de libertad igual a $p < 0,001^{**}$, lo que se interpreta que la diferencia es más amplia (tabla 4.14).

Tabla 4.14

Análisis comparativo de los índices del SCL-90R mediante la prueba t

Variables	Embarazadas sin antecedentes: $n=22$			Embarazadas con antecedentes: $n=22$			Contraste t	Grados de Libertad $sig. p < 0,001^{**}$
	M	Ds	$Err. Tp.$	M	Ds	$Err. Tp.$		
Índices del test SCL-90R								
Índice de Severidad Global	1,074	0,038	0,081	1,288	0,502	0,107	-1,590	0,119
Malestar Sintomático Positivo	1,514	0,241	0,051	1,823	0,305	0,652	-3,719	0,001 ^{**}
Total de Síntomas Positivos	61,090	13,341	2,844	62,950	19,155	4,084	-0,374	0,710

*Nota: 44 observaciones. Grados de significancias: * = sig. $p < 0,05$; ** = sig. $p < 0,01$; *** = sig. $P < 0,001$*

El índice de severidad global (ISG) es superior en las embarazadas con antecedentes sobre las sin antecedentes, y ambas están sobre la media de mujeres establecida (ver tabla 4.14 y gráfico 4.14). No hay diferencia entre grupo, pero las medias encontradas son muy altas así como en el estudio realizado por Vélez & Jansson (2010), en embarazadas que padecen de síndrome de estrés postraumático y abusadoras de drogas, su *Media* era de 1,58. Ramírez, Palacio & Jaramillo (2000), el efecto de la exposición a

aborto inducido o aborto espontáneo y se encontró que la evolución del malestar psicológico global fue similar en las dos cohortes al momento del aborto, a los tres meses y a los seis meses, sin diferencias significativas en la evolución global sintomática medida por el Índice Global de Severidad (IGS), estas superiores a la media.

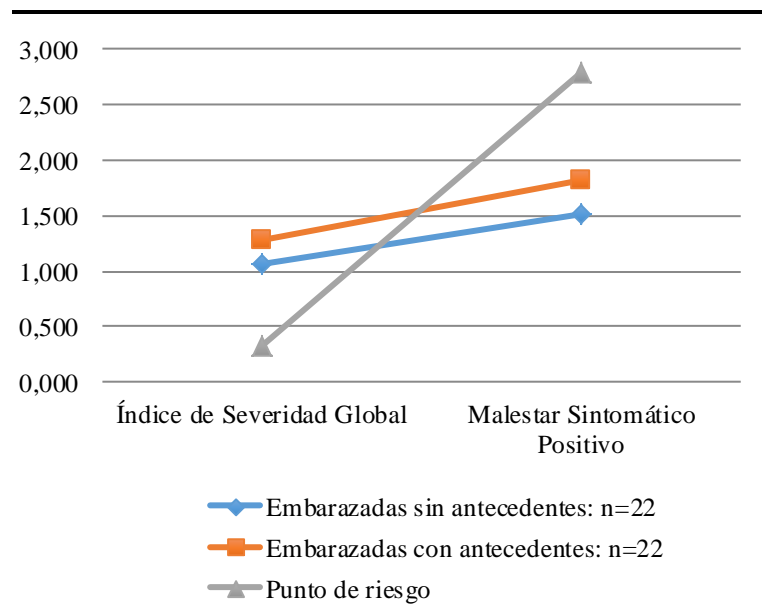


Gráfico N° 4.12: Índices de Severidad y Malestar Positivo

Nota: 44 observaciones

El malestar sintomático positivo pretende evaluar si las embarazadas tienden a exagerar o minimizar los malestares que padece, en este caso si hay una diferencia amplia de $p < 0,001^{**}$, esto se interpreta que las mujeres del grupo dos presentan mayor malestar de los síntomas que padecen; esto concuerda en que en todas las dimensiones del test obtuvieron puntuaciones mayores a la del grupo uno (tabla 4.12). Cabe mencionar que, los valores que arrojó el estudio están por debajo de 2,80, que indica ausencia de

malestar (González de Rivera, 2002). Por ejemplo, en el estudio de Vélez & Jansson (2010), el índice se encontró en 2,24; aun así es inferior para indicar positivo.

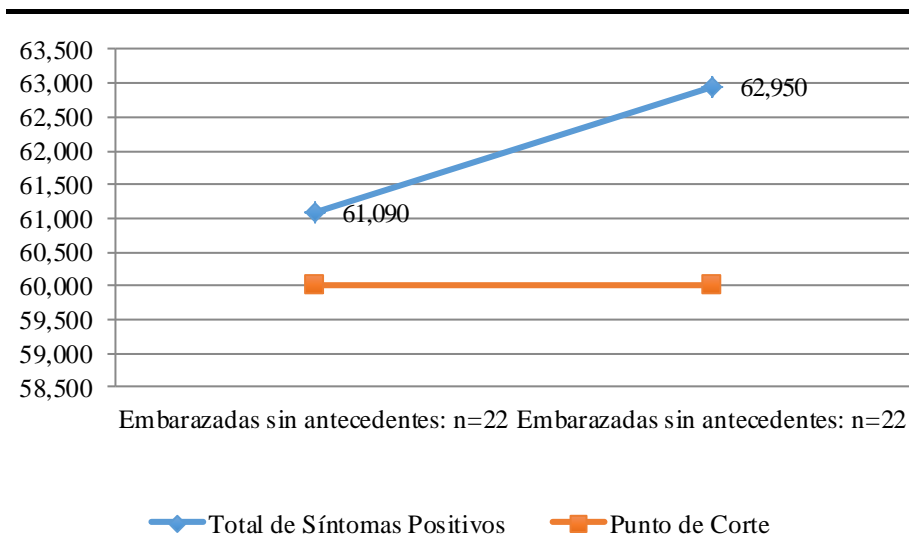


Gráfico N° 4.13: Total de síntomas positivos

Nota: 44 observaciones

En el gráfico 4.13, se exponen la media de los síntomas positivos dan una media en el grupo ESA de $M_{(sin\ ant.)}=61,090$ y en el 2 $M_{(con\ ant.)}=62,950$ conjuntamente el punto de riesgo es de 60 puntos. No hay diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, pero si indica la presencia de síntomas positivos, cuyo cálculo fue la sumatoria de los ítems diferentes de 0 y dividido para el número de respuestas que fueron contestadas de esta manera. El indicar que las mujeres presentan síntomas concuerda con las puntuaciones que pueden estar en riesgo (tabla 4.11), ya que esto otorga consistencia a la evaluación registrada.

4.3 Análisis de la calidad de vida centrada en la salud según el test SF-36

4.3.1 Fiabilidad del instrumento

Para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud se utilizó el test SF-36, que se divide en dos áreas fundamentales: salud mental y física, y cada una se divide en cuatro dimensiones. Es así, que se utilizó el coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach (α) para determinar la fiabilidad y consistencia interna del instrumento, es decir que este debe evaluar para lo que fue creado. En la tabla 4.15, se explica las dos áreas fundamentales y sus dimensiones con el número de ítems y el alfa obtenido, es de vital importancia mencionar que si es inferior a 0,750 la investigación pierde fiabilidad.

Tabla 4.15

Consistencia interna del test SF-36

Dimensiones	Número	Alpha Estadístico
Salud Física		0,905
Función Física	10 ítems	0,918
Rol Físico	4 ítems	0,884
Dolor Corporal	2 ítems	0,896
Salud General	5 ítems	0,921
Salud Mental		0,919
Vitalidad	4 ítems	0,886
Función Social	2 ítems	0,982
Rol Emocional	3 ítems	0,941
Salud Mental	5 ítems	0,866
Total del instrumento	36 ítems	0,912

Nota: 44 observaciones

En contraste, cuando el coeficiente es más cercano a uno la fiabilidad del instrumento cumple con los objetivos del test. Se analizó la fiabilidad tomando en cuenta al instrumento en su totalidad que da como resultado una Alfa de Cronbach equivalente a α

=0,912, próxima a uno, lo que se interpreta como una fiabilidad muy alta del instrumento y cuenta como un aspecto positivo para la investigación. El área de salud física obtuvo un resultado de $\alpha = 0,905$; este se divide en función física $\alpha = 0,918$, en rol físico $\alpha = 0,884$, en dolor corporal $\alpha = 0,896$, y en salud general $\alpha = 0,921$. La segunda área es salud mental con un $\alpha = 0,919$; cuyas dimensiones son vitalidad $\alpha = 0,886$, función social $\alpha = 0,982$, rol emocional $\alpha = 0,941$ y salud mental $\alpha = 0,866$. Todas las dimensiones muestran un adecuado nivel de fiabilidad y consistencia, es así que se asume que la investigación presenta una validez interna alta.

4.3.2 Calificación global de la calidad de vida centrada en la salud

La calidad de vida durante el embarazo puede ser interferido por la nueva condición física y mental que la mujer adquiere durante los nueve meses, el SF-36 nos permite tener una calificación global de su salud que incluye el estado físico y mental. El valor arrojado es sobre 100, a mayor puntuación su condición es mejor; es por ello que esta va desde excelente (100), muy buena (84), buena (61), regular (25) y mala (0), el resultado se da por el promedio de todos los ítems el cual para dar una calificación se toma como referencia el valor obtenido y a la puntuación más cercana del calificador. En el estudio de las 44 participantes 15,9% se encuentran con una calificación buena y el 84,1% su CVRS es regular.

La calificación del estado de salud de las 44 participantes se encuentra en $M=63,311$ sobre 100 con una edad gestacional de $M=6,1$ meses y calificada como buena. En

contraste, en el estudio de 94 venezolanas en estado de gestación mostró que en el primer trimestre su calidad de vida se deteriora debido a la presencia de síntomas físicos y el afrontamiento del rol materno, los cuales mejoran conforme el estado gestacional avanza (Guarino, Borrás, & Scremín, 2012); dados los resultados se puede observar que debido a la edad gestacional promedio de las embarazadas la calidad de vida mejora. En el gráfico 4.15, se expone las medias obtenidas en las participantes, las embarazadas sin antecedentes de aborto tienen una CVRS buena, así como las embarazadas con antecedentes; sin embargo, la media del grupo dos es superior no significativa.

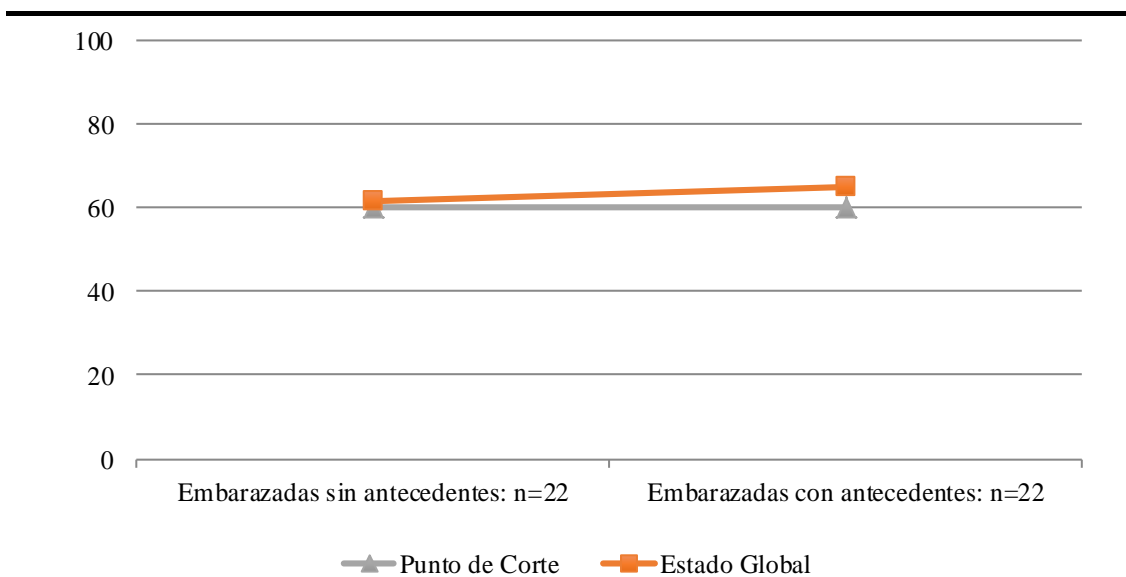


Gráfico N° 4.14: Estado Global según SF-36

Nota: 44 observaciones

Al tratarse de un estudio comparativo se procedió al análisis de los grupos por medio de la prueba estadística *t de student*, que reveló que no hay diferencia estadísticamente

significativa entre los grupos porque $t= 0,122$; $p>0,05$ (ver tabla 4.16). La CVRS en el grupo dos la media es de $M_{(con\ ant.)}=65,019$ es considerada como buena, y es levemente superior a las participantes del grupo uno con una media de $M_{(sin\ ant.)}=61,603$; ambas son consideradas como buenas (gráfico 4.15). En una muestra de 588 mujeres embarazadas y puérperas su CVRS se comparó con ancianos, estudiantes universitarios estadounidenses y españoles; la media que las mujeres obtuvieron fue superior ante los demás (Martínez et. al., 2004).

Tabla 4.16

Análisis comparativo del Estado Global según SF-36

Variables	Embarazadas sin antecedentes: n=22			Embarazadas con antecedentes: n=22			Contraste <i>t</i>	Grados Libertad <i>sig. p <0,05*</i>
	<i>M</i>	<i>Ds</i>	<i>Err. Tp.</i>	<i>M</i>	<i>Ds</i>	<i>Err. Tp.</i>		
Estado Global	61,603	4,456	0,950	65,019	9,123	1,945	1,578	0,122

*Nota: 44 observaciones. Grados de significancias: *= sig. p <0,05*; **= sig. p <0,01**; ***= sig. P <0,001****

El estado de salud en las embarazadas es importante porque es una etapa de transición, es así que Canaval, González, Martínez, Tovar & Valencia (2014), realizó un estudio en 35 mujeres de Cali en etapa prenatal y posnatal con el fin de indagar la influencia de apoyo social y su correlación con la calidad de vida, lo cual mostró que su CVRS es adecuada en su etapa prenatal; aunque en el postparto esta se deterioró y en varios casos se presentaron síntomas depresivos. Conjuntamente en este estudio estos síntomas sí eran un factor de riesgo en las embarazadas con antecedentes de aborto. Es por ello, que es necesario analizar los factores individuales de cada participante para que sus cuidados prenatales y posnatales sean eficientes para una adecuada CVRS.

4.3.3 Dimensiones de la calidad de vida relacionada en la salud según el SF-36

Como se menciona anteriormente el cuestionario de CVRS SF-36 se divide en dos categorías: salud física y mental. En la tabla 4.17, se encuentran las medias (M) obtenidas por las participantes de ambos grupos, seguidas de la desviación estándar (Ds) y error típico ($Err Tp$); estos valores nos permiten conocer el estado actual de las pacientes en cada dimensión. Para la comparación, se dieron dos casos $p < 0,01^{**}$; $p < 0,001^{***}$, en vitalidad y función social respectivamente, siendo en este último la diferencia más marcada.

Tabla 4.17

Análisis comparativo de calidad de vida según el Test SF-36

Variables	Embarazadas sin antecedentes: n=22			Embarazadas con antecedentes: n=22			Contraste <i>t</i>	Grados Libertad <i>sig. p < 0,05*</i> <i>p < 0,01**</i> <i>p < 0,001***</i>
	<i>M</i>	<i>Ds</i>	<i>Err. Tp.</i>	<i>M</i>	<i>Ds</i>	<i>Err. Tp.</i>		
Salud Física	37,60	17,206	3,668	38,08	8,702	1,855	-0,116	0,908
Función Física	42,73	29,590	6,300	48,41	32,960	7,020	-0,602	0,551
Rol Físico	22,27	39,271	8,373	22,27	31,725	6,764	0,000	1,000
Dolor Corporal	48,77	11,385	2,427	43,18	15,813	3,371	1,346	0,186
Salud General	31,64	9,394	2,003	33,45	9,840	2,098	-0,627	0,534
Salud Mental	37,82	14,996	3,197	45,67	14,947	3,187	-1,739	0,089
Vitalidad	37,27	12,977	2,767	47,05	10,196	2,174	-2,778	0,008** ECA>ESA
Función Social	46,02	10,484	2,235	60,80	16,500	3,518	-3,544	0,001*** ECA>ESA
Rol Emocional	31,82	44,218	9,427	30,30	44,732	9,537	0,113	0,911
Salud Mental	36,18	11,074	2,361	44,55	16,849	3,592	-1,946	0,058

*Nota: 44 observaciones. Grados de significancias: * = sig. p < 0,05*; ** = sig. p < 0,01**; *** = sig. P < 0,001****

De acuerdo a la tabla 4.17, en la escala general de salud física obtienen una $M_{(sin ant)}=37,60$ y $M_{(con ant)}=38,08$ ligeramente superior en el segundo grupo; la misma que se divide en: función física con $M_{(sin ant)}=42,73$ y $M_{(con ant)}=48,41$, en el grupo ESA es

inferior pero no significativa que el grupo ESA; rol físico con $M_{(sin\ y\ con\ ant)}=22,27$ ambos grupos distribuidos de la misma manera; dolor corporal con $M_{(sin\ ant)}=48,77$ y $M_{(con\ ant)}=43,18$ los dolores han sido más frecuentes e interferido en las tareas habituales en el grupo ESA; salud general con $M_{(sin\ ant)}=31,82$ y $M_{(con\ ant)}=45,67$, las grávidas del grupo ECA tienen mejor salud general porque en la mayoría de escalas puntúan mayor que las gestantes sin antecedentes de aborto. Es importante mencionar, que las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas en ninguna área.

En la escala general de salud mental (ver tabla 4.17) obtienen una $M_{(sin\ ant)}=37,82$ y $M_{(con\ ant)}=45,67$ ligeramente superior en el segundo grupo no significativo; la misma que se divide en: vitalidad con $M_{(sin\ ant)}=37,27$ y $M_{(con\ ant)}=47,05$ en el grupo ESA es inferior con una diferencia significativa de $t=0,008 < p\ 0,01^{**}$; de igual manera en función social puntúan $M_{(sin\ ant)}=46,02$ y $M_{(con\ ant)}=60,80$ con una diferencia muy amplia $t=0,001 < p\ 0,001^{***}$; rol emocional con $M_{(sin\ ant)}=31,82$ y $M_{(con\ ant)}=30,30$, los grupos están distribuidos de manera similar; por último salud mental con $M_{(sin\ ant)}=36,18$ y $M_{(con\ ant)}=44,55$, las grávidas del grupo ECA tienen mejor salud mental porque en la mayoría de escalas puntúan mayor que las gestantes sin antecedentes de aborto.

Se puede observar que en todas las áreas, la puntuación es inferior a las medias establecidas y calificadas como regulares: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, rol emocional, vitalidad y salud mental en todas las participantes independientemente del grupo al que pertenezcan. Con excepción de función social en el grupo dos de embarazadas con antecedentes. El establecimiento de las medias de la

población femenina sana da una expectativa de CVRS muy alta, por lo que no puede ser comparada con el estado actual de las participantes, con esto no se pretende calificar el embarazo como una patología sino todo lo contrario como una etapa de transición que implica grandes cambios físicos y psicológicos (ver gráfico 4.15).

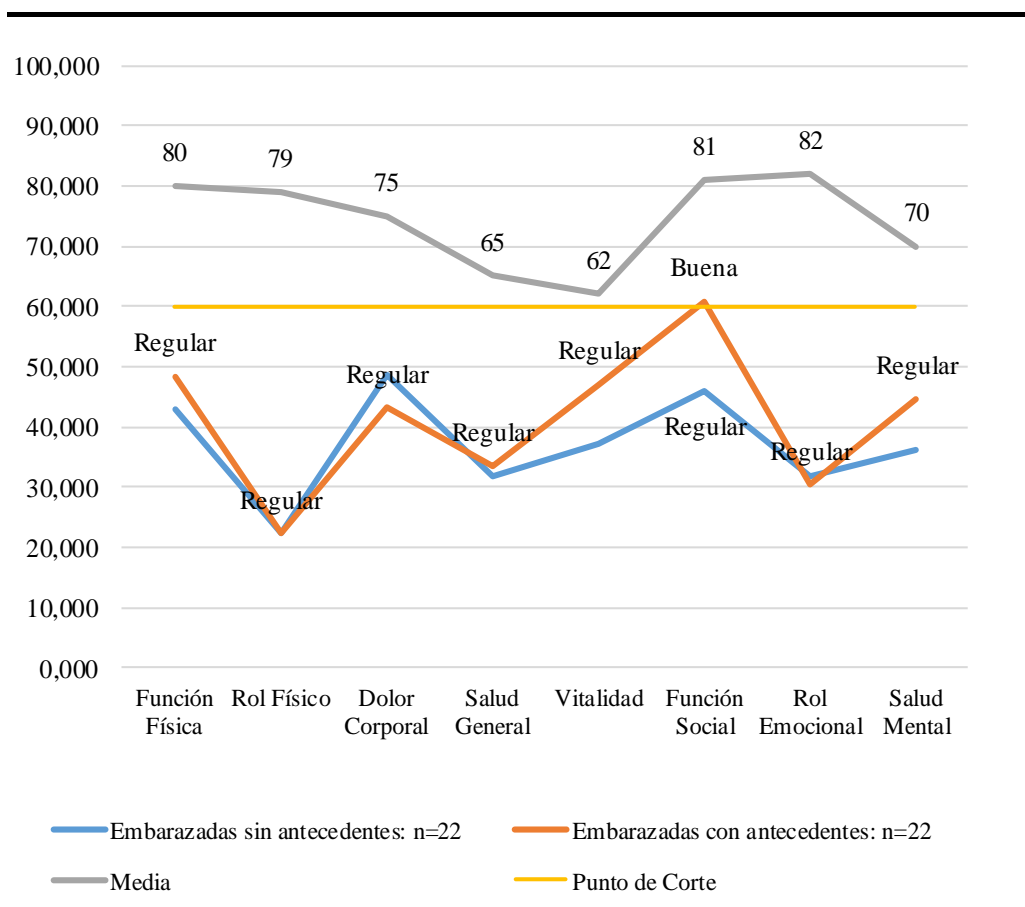


Gráfico N° 4.15: Calificación de las escalas

Nota: 44 observaciones

Al analizar cada dimensión se observa un deterioro en la salud física y mental, que no refleja el estado global de las participantes. En el aspecto físico este está influenciado por la sintomatología propia del embarazo: dolores musculares, infecciones de las vías

urinarias, dolor en músculos y articulaciones debido al aumento de peso, dificultades gastrointestinales, embarazos de riesgo a causa de problemas uterinos e hipertensión, los cuales afectan directamente en el área personal y laboral, que impide que las embarazadas realicen actividades que lo hacían antes de su estado actual (Berenzo et. al., 2014). Y en cuanto a su salud mental, el malestar se centra en el aspecto emocional ya que presentan labilidad afectiva, inestabilidad emocional, conflictos internos para asumir la maternidad, malas relaciones interpersonales o conflictivas que influyen en su esfera afectiva, falta de estilos de afrontamiento sanos, ideas irracionales, ansiedad y depresión (Alcolea & Mohamed, 2012; Gil, 2010; Guarino, 2010).

Es conveniente analizar los resultados con otro tipo de población, en este caso se tomará como referencia a pacientes con trastornos alimentarios (TA) porque la media de edad es $M=23,10$ años es similar a la media de edad y género de este estudio, y pacientes con Histerectomía debido a que concuerda con el género y procedimiento quirúrgico similar al parto (gráfico 4.16). El punto de corte utilizado es 60, es decir que puntuaciones inferiores a 60 son consideradas regulares o en riesgo.

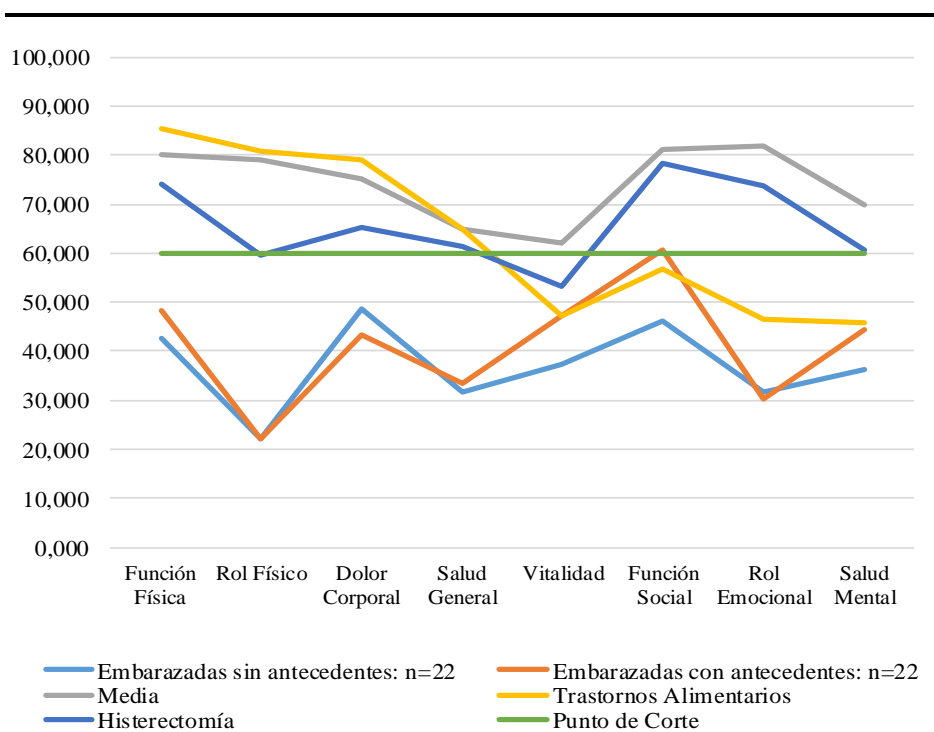


Gráfico N° 4.16: Comparación con otras poblaciones

Nota: 44 observaciones

Al comparar con las pacientes de trastorno alimentario, se observa que la salud mental tiene puntuaciones similares a las embarazadas con antecedentes de aborto, especialmente en vitalidad, función social y salud mental. Mientras que con las mujeres con una histerectomía lo más allegado es la vitalidad. Es interesante, que el estado físico de las embarazadas de ambos grupos está muy por debajo del punto de corte por las razones expuestas en párrafos anteriores, lo que es todo lo contrario a las pacientes con TA e histerectomía (Madariaga & Antón 2008).

4.3.4 Gráfico comparativo entre las participantes

En el gráfico 4.17, se resumen las diferencias y datos importantes encontrados en la investigación. Es así que las Embarazadas con antecedentes de aborto tienen como característica un 22% de ser indígenas, el 81,8 tiene una pareja, su nivel socioeconómico es medio con tendencia a bajar, presentan riesgo es somatización, depresión, ansiedad, ansiedad fóbica y psicotismo, pero tienen mayor vitalidad y mejor función social.

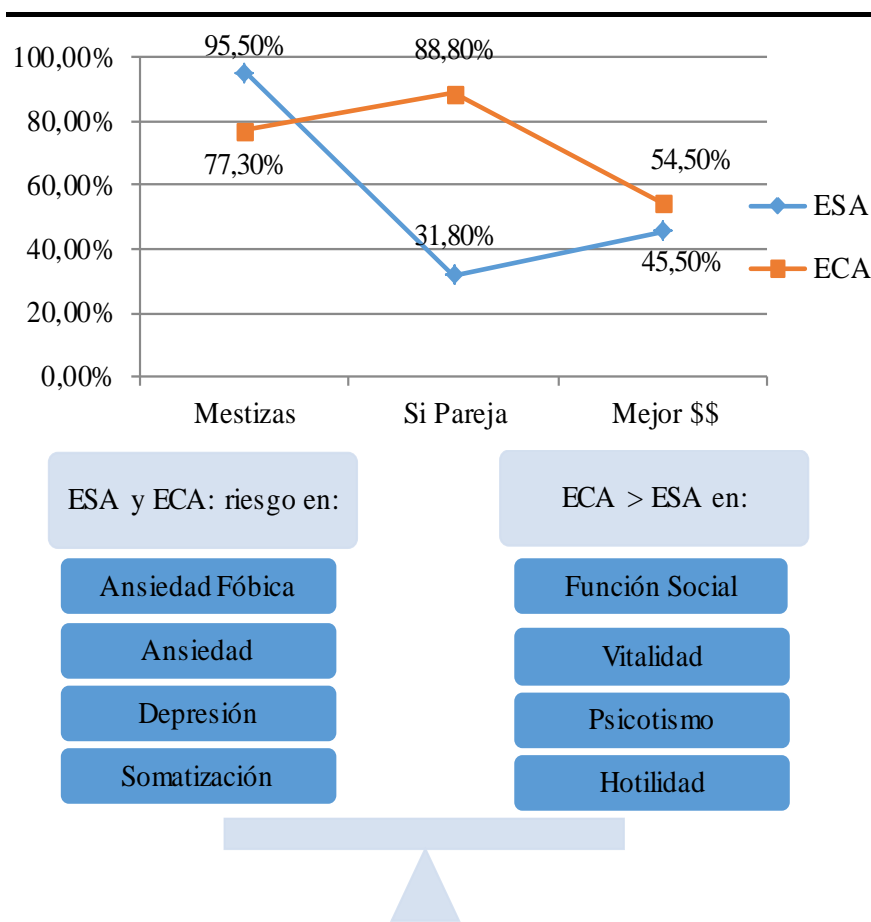


Gráfico N° 4.17: Semenanzas y Diferencias encontradas en el estudio

Se han utilizado las siguientes abreviaturas: Embarazadas sin antecedentes de aborto (ESA), Embarazadas con antecedentes de aborto (ECA), Indígenas (Ind), Sí tiene pareja (Si P.), Mejor nivel socioeconómico (Mejor \$\$)

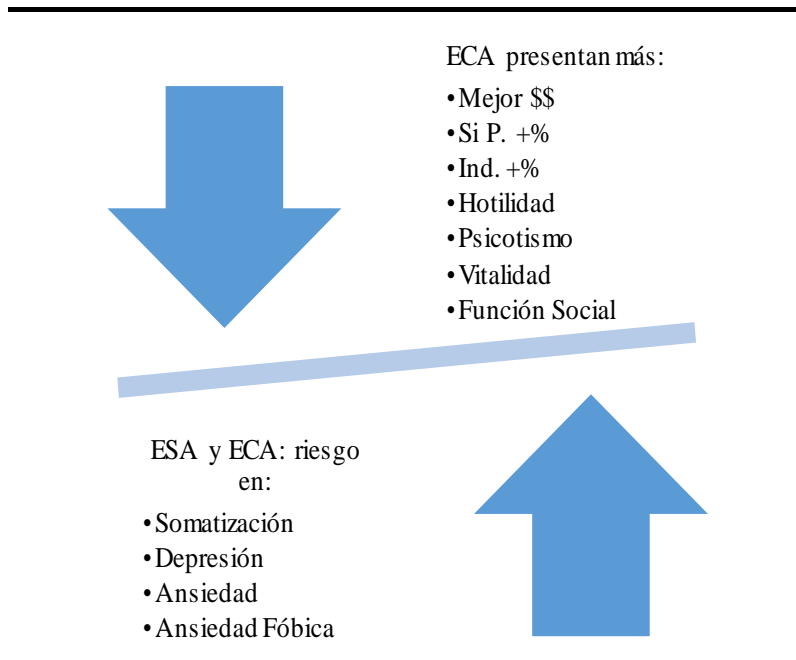


Gráfico N° 4.17: Semejanzas y Diferencias encontradas en el estudio

Se han utilizado las siguientes abreviaturas: Embarazadas sin antecedentes de aborto (ESA), Embarazadas con antecedentes de aborto (ECA), Indígenas (Ind), Sí tiene pareja (Si P.), Mejor nivel socioeconómico (Mejor \$\$)

Las embarazadas independientemente del grupo al que pertenecen comparten estas características sociodemográficas: son de género femenino, etnia mayoritaria es mestiza, son adultas jóvenes, acuden a controles médicos mensuales, tienen una edad gestacional entre los 5 y 7 meses, viven con sus familias, son amas de casa y trabajan en el área académica en la que se formaron. Los síntomas psicológicos que se encuentran en riesgos son: somatización, depresión, ansiedad y ansiedad fóbica; esto síntomas indican que hay la presencia de severidad a nivel global y síntomas positivos. En cuanto, a la calidad de vida relacionada con la salud, las gestantes tienen una calificación buena; no obstante al analizar las dimensiones de la CVRS presentan deterioro en las áreas de función física, rol físico, dolor corporal, salud general, rol emocional y salud mental. De

acuerdo a lo analizado, si la mujer está embarazada puede presentar estas características sin importar sus antecedentes de aborto.

Por otro lado, las características sociodemográficas únicamente de las gestantes con antecedentes de aborto son: pueden ser indígenas, tener una pareja (unión libre-casada), tener una edad media de 24 años, presentan amenazas de aborto con más frecuencia ya que su cuerpo ha desarrollado una condición física a causa de un debilitamiento de las paredes uterinas, es más frecuente que hayan sufrido un legrado espontáneo que un inducido. La relación con su pareja es cercana o muy cercana, tienen un nivel socioeconómico medio a medio-alto, han culminado sus estudios secundarios o superiores. Los síntomas psicológicos que presentaron en mayor puntuación fueron hostilidad e ideación paranoide aunque no son dimensiones que estén en riesgo; a diferencia de las escalas antes mencionadas en todas las medias indicaron mayor riesgo que las embarazadas sin antecedentes, es así que el malestar positivo es mayor en este grupo. De acuerdo a la calidad de vida relacionada con la salud, tiene mejor vitalidad y función social que las embarazadas sin antecedentes de aborto.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

De acuerdo a la realización del presente trabajo de investigación y análisis de resultados obtenidos, se puede concluir que:

- El embarazo es un estado transitorio en la mujer, que implican cambios a nivel anatómico, fisiológico, hormonal, psicológico, social y laboral. La calidad de vida relacionada con la salud se determina por la percepción del estado de la salud física y mental, en interacción con la esfera social porque cuando la mujer no cuenta con el apoyo necesario en esta etapa, su salud física y mental se ven alteradas. Por otro lado, presentar antecedentes de aborto influye en el mismo, por ser más propensas a sufrir amenazas de aborto, tener mayor hostilidad e ideación paranoide.
- La ficha sociodemográfica permitió conocer a las participantes en 5 factores: social, salud, familiar, económico y académico/laboral. En el factor social se apreció que las 44 participantes son de sexo y género femenino que viven en el sector urbano. En su mayoría son adultas jóvenes con un 63,6% en las embarazadas sin antecedentes y 81,8% en las embarazadas con antecedentes. La

edad media es de 21 años en el primer grupo y 24 años en el segundo, que de acuerdo al perfil de las madres del país se encuentra dentro de la norma.

- Los grupos presentaron diferencia estadísticamente significativa $X^2=0,040$; $p<0,05$, en su etnia, el 22,7% de las mujeres del grupo ECA se identifican como indígenas, este grupo étnico es más propenso a sufrir abortos que puede estar asociado a una falta de promoción de la salud física y mental. Las gestantes con antecedentes tienen pareja sentimental, en mayor porcentaje que aquellas que no presentan antecedentes, con una diferencia de $X^2=0,010$; $p<0,05$, esto significa que están casadas o en unión libre en mayor porcentaje.
- El factor salud describió que las participantes perciben su salud como muy buena y su edad gestacional media está entre los 5 y 6 meses. Las embarazadas con antecedentes tienen mayor amenazas de aborto $X^2=0,015$; $p<0,05$, es así que sus controles prenatales son más frecuentes, aparentemente las paredes uterinas son delgadas y débiles posteriores a un legrado. Los tipos de aborto fueron en 59,1% espontáneos y 40,9% inducidos.
- En el área familiar, se analizó que las grávidas viven con su familia, tienen en promedio de 0 a 1 hijo y perciben apoyo económico de su pareja, quien se encarga de los gastos prenatales. El 68,1% de las embarazadas con antecedentes calificaron la calidad de su relación afectiva con su pareja como cercanas y muy cercanas, mientras que el 63,7% de las embarazadas sin antecedentes no tienen

relación con su pareja o esta es conflictiva en un 63,7%, dando así una diferencia significativa $X^2=0,006$; $p<0,05$.

- El nivel socioeconómico, las participantes en el grupo ESA se distribuyeron: 45,5% nivel medio-bajo, 40,9% medio y 13,6% alto, en contraste con las mujeres del grupo dos: 4,5% bajo, 50,1% medio-bajo, 22,7% medio y 22,7% medio-alto. Existe una diferencia de $X^2=0,037$; $p<0,05$, que muestra que las gestantes con antecedentes tienen mejor status económico, debido a que por su estado civil (casada-unión libre) tienen más ingresos; sustentada estadísticamente con un chi-cuadrado de $X^2=0,025$; $p<0,05$.
- Dentro del área académica, el 27,2% de las mujeres tienen estudios primarios. Frente al 45,5% de las embarazadas sin antecedentes de aborto terminaron sus estudios universitarios, sin embargo, el 45,5% de las gestantes con antecedentes culminaron sus estudios secundarios. En el ámbito laboral, el 45,5% son amas de casa en cada grupo, el 18,2% dejaron de trabajar a causa de un estado de salud deteriorado que provoca embarazos de alto riesgo y el 54,6% de las gestantes trabajan; no presentan diferencias en esta área.
- Las mujeres fueron evaluadas mediante el test SCL-90R con una fiabilidad de $\alpha=0,945$, que indicó que las embarazadas presentan riesgo en somatización, depresión y ansiedad. Las mujeres del grupo ESA tienen riesgo en psicotismo a diferencia de las embarazadas del grupo ECA en ansiedad fóbica. Se aplicó la

prueba *t de student* para identificar las diferencias entre los grupos, es así que las grávidas con antecedentes muestran mayor hostilidad e ideación paranoide $t=0,022$; $p<0,05$ y $t=0,039$; $p<0,05$ respectivamente.

- Los índices globales del test SCL-90R apreciaron que; el Índice de Severidad Global indica que las gestantes presentan síntomas que deterioran salud mental, y que de acuerdo al Malestar de Síntomas Positivos ellas no tienden a exagerar. Del Total de Síntomas Positivos, revela la cantidad de síntomas manifiestos en las grávidas es de igual manera superior a la media esperada en población femenina.
- Para valorar la calidad de vida relacionada con la salud se utilizó el test SF-36 con una fiabilidad de $\alpha=0,945$, las grávidas tienen un estado global calificado como buena con medias de $M_{(sin\ ant)}= 61,603$ y $M_{(con\ ant)}= 65,019$. Aunque, en las dimensiones salud física y salud mental dieron como resultado regulares. Por otro lado, las embarazadas con antecedentes tienen mayor vitalidad y función social estadísticamente significativo $t=0,008$; $p<0,05$ y $t=0,001$; $p<0,05$.

5.2 Recomendaciones

- Incentivar la investigación científica que aborde al embarazo, debido a los cambios que este produce en la mujer y su entorno; especialmente se recomienda realizar estudios del desarrollo del embarazo con el fin de identificar la sintomatología específica en cada mes y que la gestante busque asistencia psicológica de acuerdo a sus necesidades. Igualmente, estudiar al aborto y sus consecuencias a corto, mediano y largo plazo con sustento verídico que ayude a promocionar la salud mental y física.
- Al ser el embarazo una etapa de transición es importante promover la salud física y mental, para lo que es necesario implementar programas de capacitación en donde proporcionen información acerca de los cuidados prenatales. Además, en las embarazadas con antecedentes tienen que ser orientadas para recibir atención psicológica con el fin de disminuir los síntomas presenten en el embarazo.
- La edad óptima para que la mujer esté embarazada es entre los 24 y 27 años, lo que ayuda a evitar embarazos adolescentes. Conjuntamente, al ser jóvenes adultas su cuerpo puede adaptarse de mejor manera a los cambios propios del embarazo. Es oportuno, que las relaciones de pareja proporcionen apoyo afectivo y económico para estabilidad en el hogar.

- La población indígena es más propensa a tener como antecedente un legrado, por lo que se recomienda enfatizar la educación sexual en esta población con el fin de instruir a la población sobre métodos anticonceptivos, desarrollo del embarazo y cuidados prenatales.
- Las gestantes con antecedentes de aborto deben acudir al médico con mayor frecuencia para asegurar un embarazo con éxito. Y en general, las mujeres que han sufrido un aborto culminar los tratamientos para evitar debilidad en las paredes uterinas y que el próximo embarazo sea mínimo después de 6 meses hasta que el útero sea capaz de alojar una nueva vida.
- Para tener un hijo se recomienda que los futuros padres tengan un nivel socioeconómico estable, para propiciar bienestar al niño que viene en camino. Es así, que de acuerdo a esta investigación el tener una pareja beneficia la esfera económica y afectiva en el hogar.
- Proponer programas que protejan de prevención y promoción de salud en la embarazada para que ella pueda culminar sus estudios, es importante recalcar que cuando el área académica es buena sus ingresos económicos mejoran. Asimismo, las políticas laborales deben seguir asegurando la estabilidad laboral y evitar que el estar embarazada sea un motivo de no contratación.

- Formar grupos de apoyo para embarazadas para que puedan encontrar orientación y mejorar sus cuidados prenatales. Dentro de este grupo terapéutico las mujeres pueden encontrar medios para canalizar sus síntomas psicológicos y estabilizar su salud mental.
- Los cambios hormonales en el embarazo son recurrentes por lo que pueden experimentar labilidad afectiva e irritación, por lo tanto se recomienda propiciar un ambiente tranquilo para que los síntomas no sean exagerados y no aumenten su ansiedad. Además, que ante cualquier síntoma físico que llame la atención recurrir a la asistencia médica de inmediato.
- El mejorar la función social por medio de la interacción con sus semejantes, contribuye a que las embarazadas se descarguen emocionalmente y se sientan escuchadas, lo que asegura su salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

Aiken, L. (2003). *Tests psicológicos y evaluación*. Pearson Educación.

Aktas, S., & Calik, K. (2015). Factors affecting depression during pregnancy and the correlation between social support and pregnancy depression. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(9) doi:10.5812/ircmj.16640. Obtenido de <http://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84941331310&origin=resultslist&sort=plf&src=s&st1=psychological+symptoms+in+pregnancy>

Alcolea, S., & Mohamed, D. (2012). *Guía de cuidados en el embarazo*. Madrid: Editorial de publicaciones INGESA. Obtenido de: http://www.ingesa.mssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia_1actancia_materna.pdf

Alonso, J., Prieto, L., & Anto, J. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Sauld SF-36 para la medidad de los resultados clínicos). *Med Clin*, 104, 771-776.
Obtenido de: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007

American Psychological Association APA. (2008). Mental health and abortion. *APATask Force onMental Health and Abortion*, 3-107. Obtenido de: <http://www.apa.org/about/gr/issues/women/mental-health-and-abortion.aspx>

- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164. Obtenido de: http://sgpwe.izt.uam.mx/files/users/uami/love/Gestion_12P/80535203_calidad_de_vida_conceptos_redalyc.pdf
- Arostegui, I., & Nuñez, V. (2008). Aspectos estadísticos del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud short form-36. *Estadística Española*, 147-192. Obtenido de: https://www.researchgate.net/publication/28214889_Aspectos_estadisticos_del_cuestionario_de_calidad_de_vida_relacionada_con_salud_Short_Form-36_SF-36
- Arteaga, J. & Hernández J. (2010). Método clínico. *Revista electrónica de ciencias médicas*. LibrosEnRed Obtenido de: medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/download/1338/6092
- Ávila, S. (2014). *Prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas de edades comprendidas de entre 12 y 18 años que se encuentran en riesgo y sin apoyo familiar del proyecto especial Adole – Isis*. Informe Final Del Trabajo De Titulación De Psicóloga Clínica. Carrera de Psicología Clínica. Quito: UCE. 149 p. Obtenido de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/3676>
- Awad, A., Voruganti, L., & Heselgrave, R. (1997). A conceptual model of quality of life in schizophrenia: description and preliminary clinical validation. *Qual Life Res*, 6, 21-26. Obtenido de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9062438>

- Barlow, D., & Durand, V. (2003). *Psicopatología*. Madrid: Thompson.
- Barrionuevo, D. (2017) “*Sintomatología clínica y subclínica en estudiantes beneficiarios de becas: Caso PUCESA*” (Bachelor's thesis, Pontificia Universidad Católica del Ecuador). Obtenido de: repositorio.pucesa.edu.ec/handle/123456789/185
- Berenzon, S., Galván, J., Saavedra, N., Bernal, P., Mellor-Crummey, L., & Tiburcio, M. (2014). Exploración del malestar emocional expresado por mujeres que acuden a centros de atención primaria de la Ciudad de México: Un estudio cualitativo. *Salud mental*, 37(4), 313-319.
- Botero, J., Júbiz, A., & Henao, G. (2004). Cuidados en el embarazo y postnatales. *Obstetricia y Ginecología* (7° edición ed.). Bogotá: Quebecor World. Obtenido de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5461215.pdf>
- Burke, C. (2001). Testing an Asthma quality of life model. *Journal of theory construction & testing*, 5, 38-44.
- Burkman, A. (2007). Morbidity risk among young adolescents undergoing elective abortion. *Contraception*, 99-105.
- Canaval, E., González, C., Martínez, L., Tovar, C., & Valencia, C. (2014). Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali. *Revista Colombiana Médica* 31 (1). Obtenido de: <http://hdl.handle.net/10893/6914>
- Caparrós, B., Villar, E., Jaume, J., & Viñas, F. (2007). Symptom Check-List-90-R: fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 781-794.

- Celia, D., & Tulskey, D. (1990). Measuring the quality of life today: methodological aspects. *Oncology*, 4, 29-38.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL. (2011). *Panorama social de América Latina*. Editorial CEPAL. Obtenido de: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/1/45171/PSE2011- Panorama-Social-de-America-Latina.pdf>
- Cozzarelli, C., & Major, B. (1994). The effects of anti-abortion demonstrators and pro-choice escorts on women's psychological responses to abortion. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13, 404-427.
- Cozzarelli, C., Sumer, N., & Major, B. (1998). Mental models of attachment and coping with abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74,453-467.
- Chaturvedi, S. (1991). What is important for quality of life to Indians in relation to cancer? *Social Science and Medicine*, 33, 91-94.
- Chatziandreu, M., Madianos, M., & Farsaliotis, V. (2003). Los factores psicológicos y de personalidad y el tratamiento de la fertilización "in vitro" en la mujer. *Eur. J Psychiat*, 17(4), 210-219.
- Cisneros, I. (2012). *Factores psicosociales que producen riesgo de padecer estrés durante el período de gestación en las mujeres que acuden al Hospital Enrique Garcés*. Quito: UCE.
- Consuegra, N. (2011). *Diccionario de Psicología*. Bogotá: ECOE Ediciones.

- De la Torre, J. (2012). *Bioética, vulnerabilidad y responsabilidad al inicio de vida*. Madrid: Dykinson, SL.
- Desviat, M. (2010). Síntoma, signo e imaginario social. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(1), 125-133.
- Díaz, M., Amato, R., Ramírez, M., Rangel, S., Rivera, L., & López, J. (2013). Depresión y ansiedad en embarazadas. *Salud*, 13, 32-40.
- Echeburúa, E., & De Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de suceso traumáticos: cuando, como y para que? *Psicología Conductual*, 15(3), 373-387. Obtenido de <http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/04%20Echeburua%20373-387.pdf>
- Ecuador. Leyes y Decretos. (2012). *Código del trabajo*. 17e. Quito: Jurídica del Ecuador.
- Ecuador. Leyes y Decretos. (2014). *Código Orgánico Integral Penal*. 17e. Quito: Jurídica del Ecuador.
- Engel, G. (1977). The need for new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Etcheld, M., Van Elderen, T., & Van Der Kamp, L. (2003). Modeling predictors of quality of life after coronary angioplasty. *Annals of Behavioral Medicine*, 26, 49-60.

- Faisal, A., & Menezes, P. (2007). "Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample". *Archives of Women's Mental Health*, 10(1), 25-32. doi: 10.1007/s00737-006-0164-6
- Fernández, J., Hernández, R., & Siegrist, J. (2001). El perfil de calidad d vida para enfermos crónicos (PECVEC): un método para evaluar bienestar y funcionalismo en la práctica clínica. *Atención Primaria*, 28, 680-689.
- Gempp, R., & Avendaño, C. (2008). Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia psicológica*, 26(1), 39-58. Recuperado en 02 de mayo de 2016, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000100004&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0718-48082008000100004.
- Gil, A. (2008). Embarazo: diagnostico, edad gestacional y fecha del parto. *MEDISAN*, 12(4).
- Gómez, C. (1994). Consecuencias psicopatológicos del aborto en la mujer. *Cuadernos de Bioética*, 1-3.
- Gómez, M., Aldana, E., Carreño, J., & Sánchez, C. (2006). "Alteraciones psicológicas en la mujer embarazada". *Psicología Iberoamericana*, 14(2), 28-35. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133920321004>

- González, J., Benitez, H., Monterrey, A., & Rodriguez, F. G. (1991). “Análisis factorial de la versión española del SCL-90-R en la población general”. *Anales de Psiquiatría*, 7(3), 93-96. Obtenido de http://www.psicoter.es/art/91_A098_20.pdf
- González de Rivera, J. (2002). *Cuestionario de Síntomas (SCL- 9 0- R) de L. Derogatis*. Madrid: TEA Ediciones.
- Guarino, L. (2010). “Sensibilidad emocional, afrontamiento, salud y calidad de vida percibida durante el embarazo”. *Psicología y Salud*, 20(2), 179-188. Obtenido de <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-20-2/20-2/leticia-guarino.pdf>.
- Guarino, L., Borrás, S., & Scremín, F. (2012). Diferencias individuales como predictores de la salud y calidad de vida percibida en embarazadas. *Pensamiento Psicológico*, 10(2), 135-148. Retrieved May 31, 2017, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612012000200012&lng=en&tlng=es.
- Hernández, J. (2010). Consecuencias psicológicas del aborto: mitos y realidades. *Grupo de Información en Reproducción Elegda GIRE*, 1-4.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, L. (2014). “*Metodología de la investigación*” (Sexta edición ed.). México D.F.: McGraw-Hill.
- Herráez, J. (2016). *Factores de riesgo en amenaza de aborto de las gestantes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital General Julius Doepfner de Zamora*. Zamora: Universidad Nacional de Loja. Tesis de grado previo a la obtención del título en Enfermería

- Herrera, S., Salinas, V. & Valenzuela, E. (2011). Familia, pobreza y bienestar en Chile: un análisis empírico de las relaciones entre estructura familiar y bienestar. *Instituto de Sociología*. (44). Obtenido de: <http://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2015/02/familia-pobreza-y-bienestar-en-chile.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos Ecuador INEC. (2012). Características de las madres en Ecuador. *Ecuador en cifras*, 1-43.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos Ecuador INEC. (2015). Reporte sobre la clase media latinoamericana del Banco Mundial. *Ecuador en cifras*, 1-65.
- Jaramillo, A., & Rincón, D. (15 de Junio de 2015). Las leyes sobre el aborto se endurecen a escala regional. *El Comercio*, págs. <http://www.elcomercio.com/tendencias/leyes-aborto-endurecen-americalatina.html>.
- Juarez, F. (2011). El concepto de salud: una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 70-79. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3699537>
- Lafaurie, M. (2005). *El aborto con medicamentos en América Latina; las experiencias en México, Colombia, Ecuador y Perú*. México: PubliStudio.
- Langer, A. (2003). Embarazo no deseado y el aborto inseguro: su impacto sobre la salud de México. *Gaceta Médica de México*, 139(1), 3-7.
- Levy, L., & Anderson, L. (1980). *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida*. México: Manual Moderno.

- López, G. (2015). *Análisis de los niveles de bienestar psicológico en las madres durante el período neonatal*. Ambato: PUCESA-Disertación de grado previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica.
- Madariaga, I., & Antón, V. (2008). Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form-36 (SF-36). *Estadística española*, 50 (167), 147-192.
- Maldonado, J., Lartigue, T., & Lecannelier, F. (2008). Dificultades psicosomáticas en la etapa perinatal. *Perinatol Reprod Hum*. 22 (1) 47-57.
- Maldonado, M., Saucedo, M., & Lartigue, T. (2008). Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22(1), 5-14.
- Martínez, C., Martínez, M., García, J., Cortés, M., Ferrer, A., & Herrero, B. (2004). Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y púerperas. *Psicothema*, 16(3), 448-455.
- Mayo, D. (2002) Algunos aspectos histórico-sociales del aborto. *Rev Cubana Obstet Ginecol*, 28 (2). Obtenido de:
<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013800X2002000200012&lng=es&nrm=iso>.
- Mayorga, M. (2014). *Sintomatología sub-clínica y el rendimiento académico del estudiantado que presenta índice promedial condicionado: caso PUCESA*.

Ambato: Tesis (Magister en Ciencias de la Educación) - Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Departamento de Investigación y Posgrados.

Morales, D. (2014). *Influencia de la personalidad y las variables cognitivo-afectivas en el embarazo y puerperio*. Doctoral dissertation, Universidad Rey Juan Carlos.

Obtenido de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/dctes?codigo=101463>

Moreno, M. (1967). Psicoterapia preventiva en el embarazo. *Revista de Psicología*, 5, 87-96. Obtenido de

http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.888/pr.888.pdf

Navarro, C., Navarrete, L. & Lara, M. (2011). Factores asociados a la percepción de eficacia materna durante el posparto. *Salud mental*, 34(1), 37-43. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000100005&lng=es&tlng=es.

Oblitas, L. (2008). Psicología de la Salud: una ciencia del bienestar y la felicidad. *Avances en Psicología*, 16(1). Obtenido de <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf>

Oscar, R., & Ledesma, R. (2009). Análisis Psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en Población Clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 265-274.

Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2009). *Psicología del Desarrollo de la Infancia a la Adolescencia* (Undécima edición ed.). México: Mc Graw Hill.

- Pereira, P., Lovisi, G., Pilowsky, D., Lima, L. & Legay, L. (2009). Depression during pregnancy: prevalence and risk factors among women attending a public health clinic in Rio de Janeiro, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(12), 2725-2736. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001200019>
- Ramírez, F. (2012). *Las mujeres inmigrantes y su respuesta psicológica en el puerperio inmediato. Diferencias obstétricas y sociodemográficas*. Doctoral dissertation, Universidad de Granada
- Ramírez, L., Palacio, B. & Jaramillo, L. (2000). Morbilidad psiquiátrica en mujeres con aborto inducido ilegal. *VERTEX Rev. de Psiquiatría* 11, 206-2011
- Retamal C. & Cantillano A. (2001). Tratamiento de la enfermedad bipolar durante el embarazo y puerperio: Caso clínico. *Revista médica de Chile*, 129(5), 556-560. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872001000500013>
- Rey, L. (2014). La importancia del Vínculo Temprano: díada madre e hijo. *Universidad de la República*. Obtenido de: http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/trabajo_final_de_grado_3_laura_rey_2.pdf
- Rocha, F. (2006). Emabrazo, parto y puerperio: recomendaciones para madres y padres. (D. G. Participación, Ed.) *Consejería de Salud*, 134.
- Rodriguez, S. (2005). “*Los indicadores Rorschach en adolescentes primerizas solteras de clase económica baja, que se encuentran entre el segundo y tercer trimestre de su período de gestación*”. Informe Final Del Trabajo De Titulación De

Psicóloga Clínica. Carrera de Psicología Clínica. Quito: Pontificia Universidad del Ecuador. Obtenido de: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/405>

Rodrigues, A., & López, J. (2004). La vinculación afectiva prenatal y la ansiedad durante los últimos tres meses del embarazo en las madres y padres tempranos. Un estudio preliminar. *Anales de Psicología*, 20 (1), 93.

Rondón, M. (2009). *Resultados de la investigación sobre las consecuencias emocionales y psicológicas del aborto*. Lima: Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos PROMSEX.

Rue, V., & Speckhard, A. (1996). Sintomi da trauma conseguente ad aborto volontario. Un analisi preliminar dei dati russi e americani. En S. Gindro, *Aborto volontario. Le conseguenze psichiche* (págs. 95-119). Roma: CIC.

Schipper, H., Clinch, J., & Olweny, C. (1996). Quality of life and pharmaeconomics in clinic trials. *Lippincott-Raven*, 11-23.

Shaughnessy, J., Zechmesiter, E., & Zechmeister, J. (2007). *Métodos de Investigación en Psicología*. México: McGraw-Hill.

Shumaker, S., & Naughton, M. (1995). The international assement of health related quality of life: a theoretical perspective. . *Rapid Communication*, 3-10.

Slakeu, K. (1984). *“Intervención en crisis. Manual Moderno”*. México: Manual Moderno.

- Sperry, L. (2008). The biopsychosocial model an chronic illness: Psychoterapeutic implications. *The Journal of Individual Psychology*, 64(3), 369-376.
- Stone, G. (1988). Psicología de la Salud: una definición amplia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20(001), 15-26. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80520102.pdf>
- Urzúa, M. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 138, 358-365.
- Vaquiroy, S & Stiepovich, J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y enfermería*, 16(2), 17-24. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000200002>
- Vélez, M. L., & Jansson, L. M. (2010). Síndrome de estrés postraumático en mujeres embarazadas abusadoras de drogas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39, 84S-92S.
- Vidal, A., Reyes, M., Fernández, Y., González, G., Acosta, T. & Yero, L. (2012). Preparación psicofísica para el Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000100003&lng=es&tlng=es.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer, G., Quintana, J., Valdera, J. (2005). “El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos”. *Gac Sanit*, 19(2), 135-150. Obtenido de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es.

Vilagut, G., Valderasa, J., Ferrer, M., Garin, O., López, E., & Alonso, J. (2008). Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físicos y mental. *Medicina Clínica*, 130(19), 726-735. doi:10.1157/13121076

Ware, J & Sherbourne, C. (1992). "The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection". *Medical Care* 30(6), 473-483.

Ware, J., Snow, K., Kosinski, M. & Gandek, B. (1993). "SF-36 Health Survey, Manual and Interpretation Guides". *The Health Institute, New England Medical Center*: Boston, MA.

ANEXOS

Anexo N° 1

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Tema de investigación: “Análisis comparativo de síntomas psicológicos y calidad de vida centrada en la salud entre mujeres embarazadas con y sin antecedentes de aborto”

1. Datos Informativos:

Código asignado:

- Lugar y fecha de nacimiento:.....
- Edad:.....
- Etapa:
 - Adolescente
 - Joven
 - Adulta
- Fecha de la entrevista: ____/____/____
- Dirección:.....Sector: Urbano Rural
- Se considera:
 - Mestiza
 - Indígena
 - Blanca
 - Afrodescendiente
 - Otra:.....

2. Datos acerca del área académica y laboral

- Nivel de estudios culminado:
 - Primaria
 - Secundaria
 - Tecnológico/Estudios Superiores
 - Universitaria
 - Maestrías/Postgrados
 - Ninguno
- En qué área se formó académicamente / Profesión:.....
- Ocupación:.....
- Actualmente trabaja: Si No En qué trabaja:.....
- Cuántas horas están destinadas a su trabajo?

- 1-4 5-7 8-10 11 o más
- Hace cuánto tiempo deja de trabajar?
 - No he trabajado nunca Mencione el tiempo

3. Datos acerca de estado civil-socio-económico

- Señale: Estado civil:
 - Soltera
 - Casada
 - En unión libre
 - Separada
 - Divorciada
 - Viuda
- Número de hijos: Lugar que ocupa el bebé en espera: 1 2 3 4 5
- Señale: De qué nivel socio-económico se considera?
 - Bajo
 - Medio-Bajo
 - Medio
 - Medio-Alto
 - Alto
- Señale con que personas actualmente con quien vive:
 - Pareja Hijos (as) Padre/Madre Abuelos (as)
 - Hermanos (as) Tíos (as) Sola Otro:.....
- Mantiene relación económica con el padre de su hijo (a), por ejemplo le ayuda con los gastos médicos, paga controles prenatales, colabora para alimentación, entre otros:
 - Sí No Otra:.....
- Mantiene relación afectiva con el padre de su hijo (a), por ejemplo está al pendiente de su estado de salud y del bebé, acompañamiento durante el embarazo, cumple el rol como pareja y futuro padre, entre otras:
 - Sí Otra:.....
 - No
- Cómo considera su relación afectiva con el padre del hijo (a):
 - No tengo relación Conflictiva Distante Cercana Muy cercana

4. Datos acerca de la etapa gestacional:

- Edad gestacional:.....
 - Primer trimestre Segundo Trimestre Tercer trimestre
- Presenta alguna enfermedad actualmente que influya sobre el embarazo?
 - Sí No Qué enfermedad:.....
- Frecuencia de controles médicos:

- Semanales Mensuales Trimestrales
 Ninguno
- Ha presentado amenazas de pérdida del bebé:
 Sí No Cuántas amenazas ha padecido:.....
 - Ha tenido algún aborto
 Sí No Número:.....
 - Tipo de legrado
 Ninguno Espontáneo Inducido
 - Cómo percibe su estado emocional:
 Me siento decaída
 Me siento más irritable
 Me siento ansiosa
 Me siento triste
 Me siento tranquila
 Me siento feliz
 - Mi salud física se encuentra: Califique del 1 al 5, siendo uno el estado menos saludable y 5 un estado de completa salud.
 1 2 3 4 5
 - De los siguientes aspectos ¿Cuáles me preocupan más?

<input type="checkbox"/> Ausencia de mi pareja	<input type="checkbox"/> Donde vivir
<input type="checkbox"/> Falta de recursos económicos	<input type="checkbox"/> Aceptación social
<input type="checkbox"/> Inestabilidad laboral	<input type="checkbox"/> Imagen corporal
<input type="checkbox"/> Tiempo para el cuidado de mi hijo	<input type="checkbox"/> Si mi hijo puede estar enfermo
<input type="checkbox"/> Afrontar la noticia de que voy a ser mamá	<input type="checkbox"/> Tipo de parto o tener alguna complicación
<input type="checkbox"/> Terminar mis estudios o tener una profesión	<input type="checkbox"/> Vida de pareja
<input type="checkbox"/> Disminución de mi vida social	<input type="checkbox"/> Aceptación del nuevo bebé por parte de los hermanos
 - ¿Qué tipo de atención recibe:

<input type="checkbox"/> Ginecológica-obstétrica	<input type="checkbox"/> Pediátrica	<input type="checkbox"/> Psicológica
<input type="checkbox"/> Estimulación temprana	<input type="checkbox"/> Espiritual/Religiosa	<input type="checkbox"/> Otra:.....

“La curva más hermosa de una mujer, es la de su pancita cuando está embarazada”

Anónimo

Gracias por su colaboración

Anexo N° 2**CUESTIONARIO DE 90 SÍNTOMAS (SCL – 90 – R)**

Derogatis, L., 1977

Adaptación española de González de Rivera, J. y cols, 1988

Código asignado:

Fecha: ____/____/____

Instrucciones

Lea atentamente la lista que presentamos en las páginas siguientes. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre alguna vez. Piense si a usted le ha pasado en las últimas semanas, incluyendo el día de hoy.

Rodeo con un círculo el cero (0) si no ha tenido esa molestia en absoluto; el uno (1) si la ha tenido un poco presente; el dos (2) si la ha tenido moderadamente; el tres (3) si la ha tenido bastante y el cuatro (4) si la ha tenido mucho o extremadamente.

HASTA QUE PUNTO SE HA SENTIDO MOLESTO POR EL SÍNTOMA				
0	1	2	3	4
Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho o extremadamente

RODEE CON UN CIRCULO LA ADVERTENCIA ELEGIDA

1	Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
2	Nerviosismo o agitación interior	0	1	2	3	4
3	Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente	0	1	2	3	4
4	Sensaciones de desmayo o mareo	0	1	2	3	4
5	Pérdida de deseo o placer sexual	0	1	2	3	4
6	Ver a la gente de manera negativa, encontrar siempre faltas	0	1	2	3	4
7	La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
8	La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	0	1	2	3	4
9	La dificultad para recordar las cosas	0	1	2	3	4
10	Preocupación acerca del desaseo, el descuido o la desorganización.	0	1	2	3	4
11	Sentirse fácilmente molesto, irritado o enfadado	0	1	2	3	4
12	Dolores en el corazón o en el pecho	0	1	2	3	4
13	Sentir miedo de los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4
14	Sentirse bajo de energías o decaído	0	1	2	3	4
15	Pensamientos suicidas o ideas de acabar con su vida	0	1	2	3	4
16	Oír voces que otras personas no oyen	0	1	2	3	4
17	Temblores	0	1	2	3	4

18	La idea de que uno no se puede fiar de la gente	0	1	2	3	4
19	Falta de apetito	0	1	2	3	4
20	Llorar fácilmente	0	1	2	3	4
21	Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto	0	1	2	3	4
22	La sensación de estar atrapado o como encerrado	0	1	2	3	4
23	Tener miedo de repente o sin razón	0	1	2	3	4
24	Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	0	1	2	3	4
25	Miedo a salir de casa solo/a	0	1	2	3	4
26	Culparse a sí mismo/a de todo lo que pasa	0	1	2	3	4
27	Dolores en la parte baja de la espalda	0	1	2	3	4
28	Sentirse incapaz de hacer las cosas o terminar las tareas	0	1	2	3	4
29	Sentirse solo	0	1	2	3	4
30	Sentirse triste	0	1	2	3	4
31	Preocuparse demasiado por todo	0	1	2	3	4
32	No sentir interés por nada	0	1	2	3	4
33	Sentirse temeroso	0	1	2	3	4
34	Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad	0	1	2	3	4
35	La impresión de que los demás se dan cuenta de lo que está	0	1	2	3	4

	pasando.					
36	La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso	0	1	2	3	4
37	La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta	0	1	2	3	4
38	Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien.	0	1	2	3	4
39	Que su corazón palpite o vaya muy deprisa	0	1	2	3	4
40	Náuseas o malestar en el estómago	0	1	2	3	4
41	Sentirse inferior a los demás	0	1	2	3	4
42	Dolores musculares	0	1	2	3	4
43	Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted.	0	1	2	3	4
44	Dificultad para conciliar el sueño.	0	1	2	3	4
45	Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace	0	1	2	3	4
46	Dificultad en tomar decisiones	0	1	2	3	4
47	Sentir temor de viajar en coche, autobuses, metros o trenes	0	1	2	3	4
48	Ahogos o dificultad para respirar.	0	1	2	3	4
49	Escalofríos, sentir calor o frío de repente.	0	1	2	3	4
50	Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo.	0	1	2	3	4
51	Que se le quede la mente en blanco.	0	1	2	3	4

52	Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
53	Sentir un nudo en la garganta	0	1	2	3	4
54	Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	0	1	2	3	4
55	Tener dificultad para concentrarse	0	1	2	3	4
56	Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
57	Sentirse tenso o con los nervios de punta	0	1	2	3	4
58	Pesadez en los brazos o en las piernas	0	1	2	3	4
59	Ideas sobre la muerte o el hecho de morir	0	1	2	3	4
60	El comer demasiado	0	1	2	3	4
61	Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted.	0	1	2	3	4
62	Tener pensamientos que no son suyos.	0	1	2	3	4
63	Sentir el impulso de pegar, golpear o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
64	Despertarse de madrugada	0	1	2	3	4
65	Impulsos a tener que hacer las cosas de manera repetida (tocar algo, lavarse...)	0	1	2	3	4
66	Sueño inquieto o perturbado	0	1	2	3	4
67	Tener ganas de romper o estrellar algo	0	1	2	3	4
68	Tener ideas o creencias que los demás no comparten	0	1	2	3	4

69	Sentirse muy cohibido o vergonzoso entre otras personas	0	1	2	3	4
70	Sentirse incómodo entre mucha gente, por ejemplo en el cine, tiendas, etc.	0	1	2	3	4
71	Sentir que todo requiere un gran esfuerzo	0	1	2	3	4
72	Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
73	Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público	0	1	2	3	4
74	Tener discusiones frecuentes	0	1	2	3	4
75	Sentirse nervioso cuando se queda solo	0	1	2	3	4
76	El que otros no le reconozcan adecuadamente sus méritos	0	1	2	3	4
77	Sentirse solo aunque esté con más gente	0	1	2	3	4
78	Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo	0	1	2	3	4
79	La sensación de ser inútil o no valer nada	0	1	2	3	4
80	Presentimientos de que va a pasar algo malo	0	1	2	3	4
81	Gritar o tirar cosas	0	1	2	3	4
82	Tener miedo de desmayarse en público	0	1	2	3	4
83	La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de ud. si se lo permitiera	0	1	2	3	4
84	Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante	0	1	2	3	4
85	La idea de que debería ser castigado por sus pecados o errores.	0	1	2	3	4

86	Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo	0	1	2	3	4
87	La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo.	0	1	2	3	4
88	Sentirse siempre distante, sin sensación de intimidad con nadie	0	1	2	3	4
89	Sentimientos de culpabilidad	0	1	2	3	4
90	La idea de que algo anda mal en su mente.	0	1	2	3	4

FIN DE LA PRUEBA, COMPRUEBE QUE HA VALORADO TODAS LAS FRASES

Anexo N° 3**Cuestionario de Salud SF-36***Health Survey © 1996, 2000*

Adaptación española de J. Alonso y cols 2003

Código asignado:

Fecha: ____/____/____

Instrucciones

Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras pero cada una es diferente.

Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con una la casilla que mejor describa su respuesta.

¡Gracias por contestar a estas preguntas!

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

1. Excelente	2. Muy buena	3. Buena	4. Regular	5. Mala
--------------	--------------	----------	------------	---------

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1. Mucho mejor ahora que hace un año	2. Algo mejor ahora que hace un año	3. Más o menos igual que hace un año	4. Algo peor ahora que hace un año	5. Mucho peor ahora que hace un año
--------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

		1. Sí, me limita mucho	2. Sí, me limita poco	3. No, no me limita nada
a	Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.	1	2	3
b	Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	1	2	3
c	Coger o llevar la bolsa de las compras.	1	2	3
d	Subir varios pisos por la escalera	1	2	3
e	Subir un sólo piso por la escalera	1	2	3
f	Agacharse o arrodillarse	1	2	3
g	Caminar un kilómetro o más	1	2	3
h	Caminar varios centenares de metros.	1	2	3
i	Caminar unos 100 metros.	1	2	3
j	Bañarse o vestirse por sí mismo.	1	2	3

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

		1. Siempre	2. Casi siempre	3. Algunas veces	4. Sólo alguna vez	5. Nunca
a	¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2	3	4	5
b	¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2	3	4	5
c	¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2	3	4	5
d	¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	1	2	3	4	5

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

		1. Siempre	2. Casi siempre	3. Algunas veces	4. Sólo alguna vez	5. Nunca
a	¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?	1	2	3	4	5
b	¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?	1	2	3	4	5
c	¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?	1	2	3	4	5

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1. Nada	2. Un poco	3. Regular	4. Bastante	5. Mucho
---------	------------	------------	-------------	----------

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1. No, ninguno	2. Sí, muy poco	3. Sí, un poco	4. Sí, moderado	5. Sí mucho	Sí, muchísimo
----------------	-----------------	----------------	-----------------	-------------	---------------

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1. Nada	2. Un poco	3. Regular	4. Bastante	5. Mucho
---------	------------	------------	-------------	----------

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

	1. Siempre	2. Casi siempre	3. Algunas veces	4. Sólo alguna vez	5. Nunca
--	------------	-----------------	------------------	--------------------	----------

a	Se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5
b	Estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5
c	Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	1	2	3	4	5
d	Se sintió calmado y tranquilo	1	2	3	4	5
e	Tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5
F	Se sintió desanimado y deprimido?	1	2	3	4	5
g	Se sintió agotado?	1	2	3	4	5
h	Se sintió feliz?	1	2	3	4	5
i	Se sintió cansado?	1	2	3	4	5

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1. Siempre	2. Casi siempre	3. Algunas veces	4. Sólo alguna vez	5. Nunca
------------	-----------------	------------------	--------------------	----------

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

		1. Totalmente cierta	2. Bastante cierta	3. No lo sé	4. Bastante falsa	5. Totalmente falsa
a	Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5

b	Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5
c	Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
d	Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

“Ningún lenguaje puede expresar el poder, la belleza y el heroísmo del amor de una madre”

Muchas gracias por su colaboración!

Anexo N° 4**Carta de Consentimiento Informado****Tema de la Investigación:**

“Análisis comparativo de síntomas psicológicos y calidad de vida centrada en la salud entre mujeres embarazadas con y sin antecedentes de aborto: Caso Centro de Salud N° 1 – Ingahurco, Ambato”

Objetivo:

Determinar las semejanzas y diferencias de los síntomas psicológicos y calidad de vida centrada en la salud entre el grupo de mujeres embarazadas con antecedentes de aborto y el grupo de mujeres embarazadas sin antecedentes de aborto.

Consentimiento de Evaluación:

Doy mi consentimiento para que se me administre la batería de pruebas psicológicas correspondiente a la disertación de grado: “ANÁLISIS COMPARATIVO DE SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CALIDAD DE VIDA CENTRADA EN LA SALUD ENTRE MUJERES EMBARAZADAS CON Y SIN ANTECEDENTES DE ABORTO”. Me doy por enterada del tema de investigación, como del objetivo general de la misma; sé que los datos obtenidos serán de tipo anónimo, por lo que no recibiré a cambio ningún resultado ni explicación.

Firma de la participante
C.I.....

Srta. Ana Mabel Granda
Investigadora Responsable

Código:

Fecha de Evaluación: ____/____/____