



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**Estudio Comparativo de algunas Reacciones
Psicologicas en Mujeres de Aborto
Espontaneo y Mujeres de Parto
a Terminio**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :

MONICA A. VERGARA DIAZ

MEXICO, D. F.

1979



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

VAM
979
i: 2



M- 23274
Lps. 424

A mis padres

1826

Reconocimientos

Al Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro,
por su valiosa dirección en esta investigación.

Al Lic. Francisco de la Puerta Mange, quien
con sus conocimientos contribuyó a lo largo de la presente.

A los Directivos y Médicos del Área de Gineco-
obstetricia del Hospital General del ISSSTE "Lic. Adolfo López
Mateos" por su colaboración para la realización de la investiga-
ción.

A todas aquellas personas que en alguna forma
intervinieron para la realización de esta meta.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	1
Capítulo I. ABORTO	4
a) Definiciones	4
b) Incidencia	6
c) Etiología	7
d) Mecanismo y patología del aborto	9
Capítulo II. FACTORES PSICOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL ABORTO ESPONTÁNEO	11
- a) Alteraciones psicósomáticas del sistema reproductor femenino	11
b) Personalidad de la mujer que aborta espontáneamente	12
c) Psicogénesis del aborto espontáneo	13
d) Secuelas psicológicas posteriores al aborto espontá neo	17
e) La depresión en el aborto espontáneo	19
- Capítulo III. DEPRESION	21
Capítulo IV. DISEÑO	24
Resultados	41
Conclusiones	66
Discusión	66
REFERENCIAS	69

I N T R O D U C C I O N

El aborto espontáneo y los factores psicológicos relacionados a éste, han sido, hasta la fecha, poco estudiados.

Los investigadores del tema (Simon, Rothman, Goff y Senturia, 1969., Flack, 1970., Corney y Horton, 1974., Ekblad, 1955., Freundt, 1964, etc), han originado, generalmente sus análisis, en la relación estrecha de este suceso con la aceptación de la identidad femenina, preocupándose principalmente por analizar dos situaciones: la primera, relacionada a la génesis psicológica del aborto espontáneo, y la segunda, relacionada con las secuelas psicológicas posteriores al mismo.

La raíz, en muchas ocasiones, del estudio de las situaciones antes mencionadas, ha sido el hecho de no encontrar las causas orgánicas aparentes del aborto espontáneo, además de la psicopatología presentada posteriormente a éste, aunque últimamente, los estudios sobre el tema se han ido generalizando, omitiendo en muchas ocasiones el hecho de no encontrar las causas orgánicas aparentes, para analizar en general, los factores psicológicos.

Los resultados de las investigaciones han aportado, por un lado, la correlación del aborto espontáneo principalmente con el rechazo del rol biológico femenino de parte de la mujer, sugiriendo así, la posibilidad de existencia de un aborto espontáneo

debido a factores psicológicos (Javert, 1987), y por otro, la existencia de diversas secuelas psicológicas posteriores a ésta, asignando ^{asímente} a las reacciones depresivas, el primer lugar por su elevada frecuencia.

Va que el aborto espontáneo, es un suceso de importancia clínica en la vida y personalidad de la mujer, y habiendo sido, poco analizado en el área de la psicología, sobre todo en nuestro país, el presente estudio, ha tenido dos finalidades. La primera, considerada como finalidad primaria, consistió en investigar la existencia o no de depresión posterior al aborto espontáneo, motivada por la afirmación de los investigadores acerca de que la depresión, es la secuela psicológica encontrada con mayor frecuencia, siendo ésta, por lo tanto, la más importante. La segunda, considerada como finalidad secundaria, consistió en obtener datos psicológicos y socioeconómicos, para investigar la posible existencia de áreas de conflicto relacionadas al aborto espontáneo, tales como: sexualidad, conflictos conyugales, y con texto socioeconómico en general.

Para la obtención de datos, se utilizó una muestra de 60 personas divididas en 2 grupos de 30 sujetos cada uno. El primero, constituido por mujeres casadas que habían abortado espontáneamente, y el segundo, por mujeres casadas que habían parido normalmente, con el objeto de comparar en los dos grupos, las posibles diferencias en los resultados. Los materiales, utilizados para la obtención de datos fueron dos: el primero, una Escala de Automedición de la Depresión, y el segundo, una Entrevista

Estandarizada.

CAPITULO I

A B O R T O

Definiciones

En general, se entiende por aborto, a la terminación del embarazo antes que el feto haya alcanzado un estadio de viabilidad, comprendiendo ésta, una edad fetal de 20 semanas aproximadamente, contando a partir del primer día de la última menstruación, y con un peso de 400 grs.

Algunos autores, consideran como "viabilidad", a una edad fetal de 28 semanas, con un peso de 1,000 grs. Sin embargo, la definición más aceptada, es la que anteriormente se menciona, teniendo como base el descubrimiento de Monro (1939), cuando publicó un caso de un feto con un peso de 397 grs. que sobrevivió.

El aborto puede dividirse en dos: Aborto provocado y Aborto espontáneo.

1) Aborto provocado

Entendemos por aborto provocado, a la interrupción propositiva del embarazo, debida a medidas físicas, quirúrgicas o químicas, pudiendo ser éste, terapéutico o criminal.

a) Terapéutico. Es la terminación artificial del embarazo por indicaciones médico-terapéuticas.

b) Criminal. Es la terminación del embarazo sin justificación médico-legal.

2) Aborto espontáneo

Es la terminación del embarazo debida a causas naturales, sin intervención de medidas quirúrgicas, medicamentosas, o de cualquier otra índole. Este puede ocurrir únicamente durante dos veces consecutivas, llamándosele a éste, aborto espontáneo de repetición, ya que cuando ocurre en más de dos ocasiones consecutivas, se llama aborto habitual.

De acuerdo al grado de desarrollo del embrión, el aborto espontáneo puede clasificarse en diversos grupos, (Friedberg, 1971).

a) Aborto ovular. Es un aborto precoz que se produce dentro de las primeras seis semanas después de la última menstruación.

b) Aborto embrionario. Es el aborto dentro de la séptima y décimosexta semana del embarazo.

c) Aborto fetal. Es la interrupción del embarazo después de la décimosexta semana.

d) Aborto sin signos clínicos. Es el aborto que ocurre entre el momento de la implantación ovular y la semana después de la presunta fecha de la próxima menstruación. Únicamente en algunos casos se puede establecer un diagnóstico seguro, por lo que se habla también de aborto subclínico (ésto está en base a los estadios del aborto espontáneo).

e) Aborto inminente o amenaza de aborto. Se caracteriza por la existencia de espasmos similares a los de la menstruación, y que pueden presentarse aisladamente o ir acompañados de expulsión de moco y pérdida hemática.

f) Aborto inicial o aborto incipiente. Es aquel caracterizado por hemorragias muy intensas y prolongadas, dolores violentos y dilatación inicial del conducto servical.

g) Aborto incompleto. Es aquel en el que se eliminan únicamente algunas partes del producto de la concepción.

h) Aborto completo. Es cuando se expulsa totalmente el huevo.

i) Aborto séptico. Caracterizado por manifestaciones sépticas en el organismo materno.

j) Aborto retenido. Es cuando el producto ha muerto pero se encuentra retenido en el útero.

k) Aborto parcial. Se trata de un embarazo múltiple, donde se ha expulsado sólo un huevo (ocurre sólo en casos excepcionales).

I n c i d e n c i a

El aborto espontáneo constituye la complicación más frecuente del embarazo, ocupando el primer lugar entre las causas de fracaso del embarazo, (Novak, 1970).

La mayoría de los investigadores dedicados a la incidencia del aborto espontáneo, han tomado al 15% de los embarazos, como el promedio general de aborto espontáneo en los diversos países estudiados (EEUU y Europa), concluyendo además, (de acuerdo a los estudios hechos por Ostergaard, 1947, y Oran, 1948), la suposición de que los abortos espontáneos son más frecuentes en las ciudades que en las regiones rurales.

El mayor número de abortos ocurre entre la octava y décimo-segunda semana, siendo la fecha de expulsión promedio de 10,2 semanas (de acuerdo con Hertig 1943).

E t i o l o g í a

Los conocimientos acerca de los factores que intervienen en el aborto espontáneo son limitados debido, más que nada, a las pocas posibilidades de experimentación en el campo de la reproducción humana; sin embargo, los factores etiológicos sospechosos y más frecuentes al parecer de que se produzca un aborto espontáneo se mencionarán a continuación.

Generalmente, durante los primeros meses del embarazo, la expulsión espontánea del huevo se encuentra precedida por la muerte del feto. La muerte fetal puede deberse a anomalías del huevo, del aparato reproductor, de alguna enfermedad general de la madre y, a veces, del padre.

Las principales causas de aborto debidas al feto se localizan en:

- a) el embrión
- b) trofoblasto
- c) cordón umbilical

Las causas de aborto debidas a la madre se localizan en:

- a) trastornos genitales
- b) trastornos generales

Las causas del aborto debidas al padre se localizan en:

- a) el espermia

La existencia de óvulos defectuosos es una de las causas más importantes, sino es que la más importante, del aborto espontáneo, y gracias a las investigaciones (Hertig y Dol. 1956) se sabe que un porcentaje muy alto de los óvulos fecundados muestran alguna alteración patológica.

La placenta puede presentar también alteraciones patológicas importantes, y en un 20% aproximadamente de los abortos espontáneos se encuentra una placenta circunvalada (Hertig, 1945).

También es raro que se encuentren malformaciones del cordón umbilical, así como anomalías cromosómicas (Thiade y Salm, 1964), enfermedad catarral (infecciones agudas), infecciones crónicas, infecciones crónicas consuntivas, sífilis, alteraciones endocrínicas, laparatomía, anomalías de los órganos reproductores, traumas físicos y psíquicos, edad demasiado joven o demasiado avanzada de la madre, antecedentes de muertes perinatales, desnutrición, esfuerzos prolongados durante el período de la concepción,

defectos anatómicos del canal generativo, enfermedades de los anexos y de la pelvis, incompatibilidad sanguínea entre madre y feto, y factores sicogenéticos (Nesbitt, 1970) como neurosis, aprensiones, hostilidad, inseguridad, infortunio, etc.

Las alteraciones en los espermatozoides del hombre también son de importancia y deben considerarse como causas de embarazos trastornados (Roszkowski y Groka, 1962).

Mecanismo y Patología del Aborto

Prescindiendo de la causa primaria, el mecanismo del aborto es un conjunto de alteraciones regresivas de la decidua basal, necrosis, hemorragias y desprendimiento de la placenta.

La lesión más frecuentemente encontrada es la hemorragia en la decidua basal, seguida de las alteraciones necróticas en los tejidos adyacentes a la hemorragia. Después de esto puede sobrevenir una reacción inflamatoria. Debido a la hemorragia y la necrosis el huevo se desprende en parte, o en su totalidad y actúa así como un cuerpo extraño en el útero, e inicia las constricciones a consecuencia de las cuales se produce la expulsión.

Como ya se mencionó anteriormente, en la mayoría de los casos, las lesiones histopatológicas halladas son secundarias a la muerte del feto.

La clasificación de todos los llamados huevos patológicos (Mall y Meyer, 1921), la cual es a menudo denominada como clasi-

ficación de Carnegie y que modificada, (Hertig 1944, pag. 797) es la comprendida por seis grupos, llamados: Grupo I sólo vellosidades, Grupo II vesícula coriónica vacía, Grupo III corion que contiene omnios vacío, Grupo IV corion y omnios conteniendo un embrión nodular, Grupo V corion y omnios conteniendo un embrión cilíndrico y Grupo VI corion y omnios conteniendo un embrión atrófico.

CAPITULO II
FACTORES PSICOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL
ABORTO ESPONTÁNEO

Alteraciones Psicosomáticas del Sistema Reproductor Femenino

Las alteraciones psicosomáticas del sistema reproductor de la mujer presentan una amplia variedad y frecuencia. Encontrándose el aparato reproductor tan ligado al concepto que cada mujer tiene de sí misma, representa, en muchas ocasiones, el medio ideal para manifestar el rechazo o la aceptación de la sexualidad.

Muchos han sido los investigadores que han afirmado el hecho de que si la mujer ha tenido una buena identidad de su rol, ha aceptado los cambios de la sexualidad (embarazo, menstruación, maternidad, etc), reforzando con esto, las funciones sexuales que posee y su autoevaluación como mujer, podrá entonces desarrollarse normalmente (con aceptación), ante los cambios que se presentan en las diferentes etapas de su vida. Pero, si esto no ocurra de esta manera, el rechazo a la sexualidad será entonces la respuesta, utilizando para expresarla manifestaciones psicosomáticas, tales como vómitos, náuseas, "antojos", dolores, incapacidades en la producción de leche y de logro de orgasmo, ansiedad, esterilidad sin causa conocida, pseudociesis, amenorrea, aborto espontáneo, etc. (Bardwick, 1971, Klein y Col., 1950), con

cluyendo entonces, y en el caso específico del aborto espontáneo, que la mujer que lo presenta puede ser aquella que no ha tenido una buena identificación con su rol biológico femenino, ya que como lo menciona Benedek (1959), la aceptación de la maternidad depende tanto del nivel hormonal, como de las características de personalidad de la mujer. Sin embargo, algunos autores, como Hellman y Pritchard (1977), consideran algunos de estas molestias, sobre todo durante determinado período del embarazo, como normales, debido a su alta frecuencia, basándose en los cambios biológicos producidos por el organismo durante el embarazo.

Personalidad de la mujer que aborta espontáneamente

Según algunos autores, aunque no existen estudios suficientes que lo corroboren en forma definitiva, la personalidad de la mujer en este caso es siempre similar, presentando antecedentes estereotipados, tales como:

1) La mayoría de las mujeres son casadas, inmaduras, con intensas necesidades afectivas, y en las cuales, el embarazo ha desbordado su sistema de defensa y su femineidad, sobre todo, la maternidad se vuelve problemática, peligrosa e insoportable, (Mann, 1956).

2) La madre de estas mujeres es generalmente vista y descrita como dominante; las hijas, dependientes y con mejor identificación con el padre; éste, con frecuencia, desaparecido a temprana edad de la hija, ya sea por muerte, separación, divorcio, o

psicológicamente inexistente por pasividad, alcoholismo o problemas conyugales, provocando en la hija un estancamiento en la maduración psicosexual.

3) La niñez de estas mujeres generalmente fué infeliz, donde la madre expresaba en forma abierta, sentimientos hostiles hacia el embarazo y la maternidad, ocasionando la no aceptación del cuerpo grávido y la deformación del abdomen por parte de la hija, surgiendo en ella temores de abandono de parte del esposo, debidos a éso, (Kaij, Malmquist y Nilsson, 1969., Mann, op.cit., pag. 589).

Psicogénesis del aborto espontáneo

El deseo de tener un hijo puede deberse a distintos motivos, (Calandra, Del Valle y Olivares, 1973):

- 1) El mandato biológico de cumplir con el último fin de la relación sexual que sería la procreación.
- 2) El deseo de proyectarse y continuarse a través de los hijos.
- 3) La culminación del logro genital de la pareja realizado a través del amor.
- 4) El deseo de maternidad y paternidad, como deseo de proteger, cuidar y brindar su amor al hijo.

El embarazo presenta aspectos gratificantes y frustrantes, condicionando las relaciones de la pareja que tendrá que adaptar

se a una nueva situación; pero, si todas las condiciones para el embarazo son óptimas, éste será deseado y aceptado, llegando a su término normalmente; por lo que casi todos los investigadores están de acuerdo en que un aborto espontáneo es definitivamente un rechazo al hijo (Bourgeois y Labrousse, 1975., Calandra, op.cit., pag. 234., Simon, Rothman y Senturia, 1970), haciendo responsables a los factores emocionales, de alteraciones físicas tales como contracciones de los vasos de las arterias, necrosis y hemorragias retroplacentarias (Javert, op.cit., pag. 356), sugiriendo que el embarazo y el aborto pueden ser el camino de afluencia de los signos sadomasoquistas inconscientes (Simon, Rothman y Senturia op.cit., pag. 804).

Los estudios realizados para investigar la génesis del aborto, y en especial la del aborto espontáneo, han sido llevados a cabo principalmente por psicoanalistas, ya que los demás autores derivan sus afirmaciones sobre las posibles causas, de los estudios psicoanalíticos, reportándoles en forma muy superficial.

Debido a que cuerpo y mente son dos niveles de expresión de una misma estructura, (Calandra, op.cit., pag. 229) no pueden existir los abortos psicógenos "puros", ni los abortos orgánicos "puros".

Cada caso de aborto tiene su historia propia, donde influyen desde la estructura física y psíquica de la mujer, hasta el contexto sociohistórico en el que vive, así como la relación con el hombre, ya que el aborto espontáneo no debe verse únicamente

como problema femenino, sino de pareja.

De acuerdo a las afirmaciones hechas, puede concluirse que hay mujeres que desean inconscientemente deshacerse del embarazo, provocando psicológicamente un aborto espontáneo. De acuerdo a esto, los conflictos inconscientes más frecuentemente encontrados en el aborto espontáneo, de acuerdo a la síntesis realizada por Galandra, (op.cit., pags. 235-236), son los siguientes:

1. El embarazo puede ser vivido por la mujer como una realización edípica incestuosa (tener un hijo con el padre) y reactivar sentimientos de culpa y de persecución por la imago materna (la madre internalizada).
2. Mucho más conflictiva es la reactivación de fantasías infantiles de haber robado a la madre los contenidos valiosos de su vientre y envidiados por la niña. La acción retaliativa de la madre interna es siempre una amenaza pendiente sobre la femineidad de la mujer, y la integridad de sus órganos genitales y funciones, especialmente la procreativa.
3. La realización simbólica de la ecuación que planteara Freud: feto-pene generalmente es el camino adecuado en muchas mujeres para compensar su falta de pene, pero si la envidia fálica es intensa se pueda vivir el embarazo como una castración del hombre, con la consiguiente culpa persecutoria.
4. El hombre puede embarazarse a una mujer impulsado inconscientemente por su envidia a la maternidad, haciendo depositario a la mujer de sus aspectos femeninos y procurando identificarse con ella. El proceso de esta identificación, el incremento de la envidia, llevarían al hombre a procurar el aborto.
5. El embarazo puede resultar de un coito de fondo sádico cuya motivación inconsciente es destruir el interior de la mujer representante de la madre. Esa agresión inconsciente se continúa en el embarazo y también puede llevar a que el hombre induzca al aborto a la mujer.
6. Cualquiera de los integrantes de la pareja puede vivir en su fantasía al feto como heces o heridas peligrosas de las

- que es necesario desprenderse. Julio Aray ha encontrado en el psicoanálisis de mujeres con abortos espontáneos repetidos, rasgos anales expulsivos y sobre todo uretrales exagerados.
7. Es bastante común vivir el embarazo como se vivió el de la madre reactivándose entonces todos los celos e impulsos fratricidas que inspirara el hermanito esperado. Julio Aray ha señalado también que cuanto menor es la diferencia de edad del hombre con un hermano menor, mayor es la tendencia a hacer abortar a sus compañeras.
 8. En todo embarazo, aún normal, se produce un cierto grado de regresión, sobre todo en la mujer, que la lleva a identificarse con el feto. Si esta identificación es muy acentuada, la mujer puede por ejemplo sentir su hijo como un monstruo voraz que la ataca y devora por dentro como ella siente que vació o devoró a su madre cuando niña.
 9. Otras veces el embarazo se vive como una tentativa de regresión fetal de volver al claustro intrauterino identificándose con el feto para recrear el propio embarazo: el feto se convierte en un doble del Yo, cargado de todos los aspectos siniestros inherentes a la posición fetal.
 10. También se ven embarazos al servicio de una reparación omnipotente frente a un duelo (una pérdida) patológico, es decir no elaborado intentando recrear el objeto perdido. Es común por ejemplo observar embarazos en mujeres poco después de la pérdida de un ser querido, uno de los padres, otro hijo. También en parejas al borde de la ruptura, como una tentativa de recrear el amor perdido. Se corre así el riesgo de que se incrementan ansiedades persecutorias frente al objeto muerto o perdido con el que se identifica el feto, motivándose un aborto para librarse de él.
 11. También se ven embarazos reiterados en el caso de mujeres o de hombres que buscan compulsivamente reasegurarse de su fertilidad, amenazada interiormente a causa de sus respectivos complejos de castración. Pasado el alivio momentáneo, se decide el aborto -pues el hijo no es deseado o no es posible- pero el aborto intensifica nuevamente la angustia de castración, y se requiere un nuevo embarazo para comprobar la integridad de órganos y funciones genitales. De este modo se genera un círculo vicioso que explica muchos casos de embarazos injustificables con abortos reiterados.
 12. Pero sin lugar a dudas el motivo inconsciente que impulsa más a menudo al aborto es la identificación yoica o super-yoica con imagos de madres y/o padres filicidas. (Calandra, *ibid*, pp s. 235-236)

Secuelas Psicológicas Posteriores al Aborto Espontáneo

Las investigaciones realizadas con respecto a las secuelas psicológicas posteriores al aborto espontáneo, son pocas, además de presentar muchas fallas que impiden el conocimiento de mayores datos, debido especialmente a que son reportadas muy superficialmente.

Las investigaciones del tema afirman la existencia de secuelas psicológicas posteriores al aborto espontáneo clínicamente significativas, que pueden variar desde leves alteraciones de conducta, hasta las psicosis post-aborto.

A pesar de que no existen normas estandarizadas con respecto a la metodología que debe aplicarse a este tipo de investigaciones, casi todas éstas tienen características en común. Generalmente, el estudio ha sido realizado en diversos países de Europa y E.E.U.U., con un mínimo de 32 mujeres de edades que fluctúan entre los 20 y los 35 años, quienes, en su mayoría, han expresado conscientemente el deseo de tener un hijo.

Estas investigaciones analizan ocasionalmente la existencia de antecedentes psiquiátricos, utilizando para la obtención de datos, pruebas psicológicas y entrevistas semiestructuradas, empleándose con mayor frecuencia, inventarios de personalidad tales como el MMPI, analizando principalmente las áreas de Hipocondriasis, Depresión, Desviación psicopática, Identidad de Roles Sexuales, y pruebas del tipo de Loewinger Family Problems Scale

que mide en parte el rol biológico femenino, así como las actitudes de la mujer con respecto a la crianza, el embarazo, el cuidado de los niños, etc.

Los resultados presentados por todos los investigadores son muy similares, diferenciándose únicamente en los porcentajes expuestos, pero describiendo los mismos síntomas y reacciones psicológicas de los sujetos.

En general, por lo que respecta a las escuelas psicológicas, no se encontraron síntomas distintos entre las pacientes con antecedentes psiquiátricos, y las que no los tienen, diferenciándose únicamente en que aquéllas los presentaron en un tiempo más amplio y tuvieron reacciones psicóticas más frecuentemente.

Los síntomas a que nos referimos, en escala de frecuencia, fueron:

- 1) Reacciones neuróticas clínicamente significativas,
- 2) Disturbios de personalidad, y
- 3) Reacciones psicóticas ocasionales.

Dentro de las reacciones neuróticas, las más comúnmente encontradas fueron; en primer lugar, la depresión, siendo ésta temporal (semanas o meses), o de larga duración (años), con necesidad de hospitalización psiquiátrica, en algunas ocasiones. En segundo término, conflictos en el área de identidad sexual, en la identidad del rol femenino y sadomasoquismo, presentando, la

mayoría de las mujeres, rechazo a su rol biológico femenino, sentimientos de culpa aún por muchos meses después del aborto, sentimientos de pérdida acompañados de síntomas somáticos, agotamiento, pérdida de apetito, de fuerzas, baja actividad, irritabilidad, aislamiento social, hostilidad, sentimientos de vacío, angustia, enojo e remordimientos, (Sourgeois y Labrousse, op.cit., 1975., Alexander, 1962., Landra, op.cit., 1973., Corney y Horton, op.cit., 1974, Ekblad, op.cit., 1955., Fleck, op.cit., 1970., Freundt, op.cit., 1964., Jansson, 1965., Pasini y Stockhammer, 1970., Simon, Rothman, Goff y Senturia, op.cit., 1969).

Por otra parte, en algunos estudios se ha reportado el estado de ánimo posterior al aborto, expresado por las pacientes, encontrándose dentro de las tres siguientes categorías:

- 1) La mayoría de las mujeres expresaban sentirse deprimidas, desilusionadas,
- 2) Otras, en cambio, expresaban alegría y alivio, y
- 3) Unas últimas, expresaban tener sentimientos mixtos de desilusión y alivio. (Simon y Rothman, op.cit., pag. 801).

La Depresión en el Aborto Espontáneo

Las reacciones depresivas parecen ser las secuelas psicológicas más frecuentes y por lo tanto, las más importantes en este caso.

La depresión (de acuerdo a lo expuesto a través de este es-

tudio) podría aparecer sólomente en aquellas mujeres que desearan (consciente e inconscientemente) el tener un hijo, ya que en este caso, el aborto constituiría una pérdida, y la no realización de la mujer dentro de su rol femenino; sin embargo, ocurre que la depresión aparece aún en mujeres que rechazaban abiertamente el embarazo y la maternidad.

Las posibles explicaciones en este caso podrían ser dos:

1) Siendo el embarazo un suceso que atañe al núcleo de la femineidad de la mujer, la pérdida y la no realización de la mujer en esta área, ocasionaría, aún en el caso de presentar rechazo al embarazo, una reacción depresiva, o

2) El que la depresión sea debida a los cambios hormonales sufridos en el embarazo y el aborto, de la misma forma como sucede después del parto, (Weissman, 1978).

CAPITULO III

DEPRESION

"La depresión es un tono afectivo de tristeza. Puede variar desde un abatimiento ligero o sentimientos de indiferencia, hasta una desesperación en grado extremo", [Noyes, 1976].

En el síndrome depresivo ligero, el paciente se encuentra pesimista, inhibido, cohibido, con desprecio hacia sí mismo, sensación de lasitud, insuficiencia, falta de ánimo y desesperanza, siendo incapaz de tomar decisiones, con dificultad en la ejecución de actividades mentales que habitualmente no se le dificultaban, así como preocupación exagerada.

En la depresión un poco más profunda, se encuentra tensión desagradable constantemente, toda experiencia se acompaña de dolor mental, pudiendo llegar a tener alteración de la atención, concentración y memoria. El paciente se siente rechazado, a menudo con sensación de irrealidad o incapacidad para pensar, con síntomas de cefalalgia, fatiga, pérdida de apetito, constipación, insomnio causado por un despertar demasiado temprano, ideas delirantes que expresan autoacusación, ideas frecuentes de suicidio, pérdida de la iniciativa, movimientos y respuestas retardadas.

Siendo las depresiones uno de los padecimientos más complejos y que con mayor frecuencia aquejan al ser humano, consideramos de suma importancia el mencionar en esta síntesis, la clasi-

ficación internacional de la Organización Mundial de la Salud, 9a. revisión, con respecto a la depresión, dándole este nombre a una amplia variedad de síndromes, diferenciándolos entre tres grupos: 1) Depresión Somatogénética, 2) Depresión Endógena, y 3) Depresión Psicogénética, (Symposia Medica Hoechst, 1977).

Atendiendo a su patogénesis, los estados depresivos pueden ser divididos en los siguientes subgrupos:

1) Depresiones Somatogénéticas. (De acuerdo a enfermedades somáticas).

- a) Depresión orgánica
- b) Depresión sintomática
- c) Depresión en la esquizofrenia

2) Depresiones Endógenas

- a) Depresión cíclica bipolar. (Enfermedad maniaco-depresiva, tipo bipolar).
- b) Depresión periódica unipolar. (Enfermedad maniaco-depresiva, con fase depresiva únicamente).
- c) Depresión Involucional tardía.

3) Depresiones Psicogénéticas

- a) Depresión neurótica
- b) Depresión exhaustiva
- c) Depresión reactiva

d) Depresión psicótica

Esta clasificación nosológica de los estados depresivos, ha probado ser muy útil en la práctica, basándose el diagnóstico fenomenológico en cuatro grupos de síntomas:

- 1) Tristeza, sentimientos de opresión y rechazo.
- 2) Ansiedad, aprensividad y agitación ansiosa.
- 3) Lentificación, torpeza del pensamiento, pérdida del impulso y apatía.
- 4) Síntomas somáticos, desórdenes del sistema autónomo, y trastornos orgánicos de tipo funcional.

Las definiciones mencionadas anteriormente en esta síntesis fueron incluidas debido a que contienen las características de la depresión de acuerdo a la Escala de Automedición de la Depresión utilizada en este estudio.

CAPITULO IV
D I S E Ñ O

Preguntas de Investigación

- 1) Existe o no depresión posterior al aborto espontáneo?
- 2) Existen "conflictos" en las áreas de sexualidad, relaciones conyugales y aspectos socio-económicos, relacionados al aborto espontáneo?

M é t o d o

1) Sujetos. Muestra de 60 mujeres, extraída de la población de derechohabientes del ISSSTE, seleccionadas al azar durante los meses de Agosto y Septiembre de 1978, dividida ésta, en 2 grupos de igual tamaño. Uno, de 30 mujeres con diagnóstico médico de aborto espontáneo, y otro, de 30 mujeres con diagnóstico médico de parto con producto vivo y normal, sin importar que éste fuese parto fisiológico, casárea, etc. El estado civil de la muestra fue de mujeres casadas, la edad promedio de 33 años, y la escolaridad promedio fue de estudios secundarios o equivalentes.

2) Escenario de Trabajo. Hospital General del ISSSTE, "Lic. Adolfo López Mateos", área de Gineco-Obstetricia. Cuarto colectivo de tres personas con separaciones aproximadas de dos metros entre cada una de ellas.

3) Materiales. Los materiales utilizados fueron dos, a base de lápiz y papel.

El primero se trata de la Escala de Automedición de la Depresión (EAMD), creada por los Dres. William W. K. Zung, y N. C. Durham, profesores e investigadores de Psiquiatría del Centro Médico de la Universidad de Duke, del Hospital de la Administración de veteranos, y miembros de la Asociación Americana de Psiquiatría. La escala fue utilizada en este estudio debido a su confiabilidad y validez, sencillez y facilidad de obtención de datos.

La creación de la escala se debió a la necesidad de evaluar la depresión, ya sea como afecto, síntoma o enfermedad, de una manera sencilla y específicamente como una enfermedad psiquiátrica; la cual no había sido medida satisfactoriamente por la mayoría de las escalas disponibles hasta el año en el que fue realizada ésta, (1955).

Las inadecuaciones de las otras escalas de depresión, se encontraban relacionadas con factores tales como, la longitud de la escala que consume mucho tiempo, sobre todo en pacientes deprimidos con dificultades psicomotoras, así como el no ser autoadministrables, sino basadas y confiadas a la interpretación del entrevistador, por lo que la EAMD, es autoadministrable, simple, breve, cuantitativa más que cualitativa, e indica la propia respuesta del paciente en el momento en que es aplicada. >

Al diseñar la EAMD, los criterios utilizados para el diagnóstico

tico clínico fueron aquellos encontrados en las investigaciones de tres autores principalmente (Erinker y col., 1961., Overall 1962., y Friedman y col., 1963) y que presentan los síntomas "clásicos" de la depresión, (Tabla 1), siendo divididos de la siguiente forma:

- a) Afecto profundo,
- b) Equivalentes o concomitantes fisiológicos, y
- c) Concomitantes psicológicos

La escala consta de 20 ítems y fue ideada de modo que 10 ítems fuesen expresados en forma positiva y 10 en forma negativa; para ésto, se llevaron a cabo registros verbales al pie de la letra del material de entrevistas con pacientes, y se seleccionaron ejemplos para los ítems de la escala, tomando las manifestaciones más representativas de cada síntoma en particular. (Los criterios diagnósticos para la depresión y los ítems de la escala, que fueron utilizados, se encuentran en la Tabla 2). (La escala definitiva se encuentra en la Tabla 3).

Al aplicar la escala definitiva a los pacientes, se les pidió que clasificasen cada uno de los 20 ítems según como correspondía en el momento de la prueba, en 4 términos cuantitativos:

1) muy pocas veces, 2) algunas veces, 3) muchas veces, o 4) casi siempre. La escala está construída de tal forma, que el paciente menos deprimido y con menos molestias tenga la marca más baja en la escala, y el paciente más deprimido y con mayores molestias,

tenga la más alta. Los valores de evaluación son, 1, 2, 3, y 4. El 1 para el menor conflicto y el 4 para el mayor. (La clave de tabulación se encuentra en la Tabla 4).

El índice para la EAWD, se estableció mediante la división de la suma de valores (puntuaje bruto), obtenidos de los 20 ítems, por el máximo posible de la marca, 20, y expresado en decimales. (Tabla 5).

La EAWD fue aplicado para su validez, durante un período de 5 meses en el servicio psiquiátrico del hospital de Duke, a un grupo control y uno experimental, resultando tener validez y confiabilidad, siendo además una valiosa ayuda para el diagnóstico de la depresión, así como para la elección del mejor tratamiento de la misma. (Zung, 1967, 1969).

En base a los resultados obtenidos en las aplicaciones de la Escala, los índices utilizados para la valoración, son los siguientes:

<u>Diagnóstico de los grupos de valoración</u>	<u>Índice EAWD</u>	<u>Medida (P-95)</u>
Controles normales	33	25-43
Deprimidos (hospitalizados)	74	63-90
Deprimidos (ambulatorios)	64	50-78
Reacciones de ansiedad	53	40-68
Desórdenes de la Personalidad	53	42-68
Reacciones de ajuste de situaciones transitorias	53	38-68

T A B L A 1

Factores o patrones de rasgos encontrados en los trastornos depresivos

Grinker ¹	Overall ²	Friedman ³
1. Tristeza, desesperanza	1. Depresión de humor a) deprimido b) preocupación por la muerte c) desesperanza d) desamparo	1. Clásica disposición de ánimo o depresión afectiva a) culpa b) pérdida de la autoestima c) duda d) tendencias psicológicas internalizantes
2. Inquietud por pérdidas materiales		
3. Culpa del paciente por sus errores	2. Culpa a) vergüenza, remordimiento b) auto-reproches c) auto-desprecio d) indignidad e) fracasos personales	
4. Carga de ansiedad	3. Ansiedad, aprensión	
5. Exigencia, irritación	4. Retardo psicomotor a) habla b) movimientos del cuerpo	2. Retraído, apático, retardado.
1. Aislado, retraído		
2. Retardo del habla y del pensamiento		
3. Desinteresado, apático		
4. Exigente, irritado		
5. Hipocondría con mareos, constipación	5. Experiencia subjetiva de deterioro funcional. a) intelectual b) imposibilidad de trabajar, pérdida de interés c) imposibilidad de tomar decisiones d) pérdida de potencia sexual e) fatiga general	

TABLA 1 (continuación)

Grinker ¹	Overall ²	Friedman ³
6. Disturbios cognoscitivos a) deterioro de la memoria b) confusión c) incapacidad para concentrarse	6. Preocupación anormal por la salud física	3. Tipo hipcondríaco a) exigente b) quejoso c) notable conciencia corpórea y quejas físicas
7. Agitado		4. Reacción biológica con: a) pérdida de apetito b) disturbios en el sueño c) constipación d) inhibición para trabajar e) pérdida de satisfacción
8. Rígido, inmóvil		
9. Dependiente, suplicante	7. Respuesta física a la tensión a) pérdida de apetito b) pérdida de sueño c) pérdida de peso	
10. Trastornos somáticos		

T A B L A 2

Criterios para el diagnóstico de desórdenes depresivos e ítems de la escala que utilizan esos criterios diagnósticos

Diagnósticos de desórdenes depresivos Ítems de la escala de autoevaluación de la depresión

- | | |
|--|--|
| 1. Afecto profundo | 1. Me siento triste y decaído |
| a) Depresivo, triste y melancólico | 2. Tengo ganas de llorar y a veces lloro |
| b) Crisis de llanto | 3. Por las mañanas me siento mejor |
| 2. Equivalentes fisiológicos | 4. Me cuesta mucho dormir por la noche |
| a) Perturbaciones rítmicas | 5. Como igual que antes |
| 1. Variación diurna: exageración de los síntomas en la mañana y algún alivio a lo largo del día. | 6. Note que estoy adelgazando |
| 2. Sueño: característico despertar temprano o frecuente | 7. Aún tengo desecho sexuales |
| 3. Apatito: disminución de la cantidad de alimentos que se ingieren | 8. Estoy estreñido |
| 4. Pérdida de peso: asociada con disminución de alimentación, aumento del metabolismo y disminución del descanso | 9. El corazón me late más rápido que antes |
| 5. Sexo: disminución de la libido. | 10. Me canso sin motivo |
| b) Otras perturbaciones | 11. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto |
| 1. Gastrointestinales: constipación | 12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes |
| 2. Cardiovascular: taquicardia | 13. Mi mente está despausada como siempre |
| 3. Muscular: fatiga | 14. Encuentro agradable vivir |
| 3. Equivalentes psicológicos | 15. Tengo confianza en el futuro |
| a) Actividades psicomotoras | 16. Encuentro fácil tomar decisiones |
| 1. Agitación | 17. Estoy más irritable que antes |
| 2. Retardo | 18. Me gustan las mismas cosas que antes |
| b) Ideación | 19. Siento que soy útil y necesario |
| 1. Confusión | 20. Creo que sería mejor para mí de más si me muriera |
| 2. Vaciedad | |
| 3. Desesperanza | |
| 4. Irresolución | |
| 5. Irritabilidad | |
| 6. Insatisfacción | |
| 7. Desestimación personal | |
| 8. Meditación suicida | |
-

T A B L A 13

	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Me siento triste y decaído				
2. Por las mañanas me siento mejor				
3. Tengo ganas de llorar y a veces lloro				
4. Me cuesta mucho dormir por la noche				
5. Como igual que antes				
6. Aún tengo deseos sexuales				
7. Note que estoy adelgazando				
8. Estoy estroñado				
9. El corazón me late más rápido que antes				
10. Me canso sin motivo				
11. Mi mente está tan despejada como siempre				
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto				
14. Tengo confianza en el futuro				
15. Estoy más irritable que antes				
16. Encuentro fácil tomar decisiones				
17. Siento que soy útil y necesario				
18. Encuentro agradable vivir				
19. Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerto				
20. Me gustan las mismas cosas que antes				

T A B L A 4

	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Me siento triste y decaído	1	2	3	4
2. Por las mañanas me siento mejor	4	3	2	1
3. Tengo ganas de llorar y a veces lloro	1	2	3	4
4. Me cuesta mucho dormir por la noche	1	2	3	4
5. Como igual que antes	4	3	2	1
6. Aún tengo deseos sexuales	4	3	2	1
7. Note que estoy adelgazando	1	2	3	4
8. Estoy estreñido	1	2	3	4
9. El corazón me late más rápido que antes	1	2	3	4
10. Me canso sin motivo	1	2	3	4
11. Mi mente está tan despejada como siempre	4	3	2	1
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes	4	3	2	1
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto	1	2	3	4
14. Tengo confianza en el futuro	4	3	2	1
15. Estoy más irritable que antes	1	2	3	4
16. Encuentro fácil tomar decisiones	4	3	2	1
17. Siento que soy útil y necesario	4	3	2	1
18. Encuentro agradable vivir	4	3	2	1
19. Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerto	1	2	3	4
20. Me gustan las mismas cosas que antes	4	3	2	1

T A B L E

 June total Index 1940 June total Index 1940 June total Index 1940

20	0,25	40	0,50	60	0,75
21	0,26	41	0,51	61	0,76
22	0,20	42	0,52	62	0,77
23	0,22	43	0,54	63	0,78
24	0,30	44	0,55	64	0,79
25	0,31	45	0,56	65	0,81
26	0,33	46	0,58	66	0,82
27	0,34	47	0,59	67	0,83
28	0,35	48	0,60	68	0,85
29	0,36	49	0,61	69	0,86
30	0,38	50	0,63	70	0,87
31	0,39	51	0,64	71	0,88
32	0,40	52	0,65	72	0,89
33	0,41	53	0,66	73	0,91
34	0,43	54	0,68	74	0,92
35	0,44	55	0,69	75	0,94
36	0,45	56	0,70	76	0,95
37	0,46	57	0,71	77	0,96
38	0,48	58	0,73	78	0,98
39	0,49	59	0,74	79	0,99
				80	1,00

El segundo material utilizado fue lo que podría llamarse una entrevista estandarizada (Arias, 1970), ya que contiene preguntas establecidas en un cuestionario (anexo). Esta fue creada para la obtención de datos que tratarían de cubrir diferentes variables de aspectos sexuales, conyugales y socio-económicos; tales como espacio vital, relaciones interpersonales, identidad, afecto, etc., planteada en forma abierta, de alternativas múltiples, de respuestas dicotómicas, tricotómicas, etc.; para establecer comparaciones y observar la posible existencia de diferencias o no, entre los dos grupos de sujetos.

ENTREVISTA ESTANDARIZADA

Edad _____ Lugar de nacimiento _____

Tiempo de residir en el DF (en años) _____

Estado civil _____ Ocupación _____

Nivel máximo de escolaridad (en años) _____

Cuántos hijos tiene usted? _____

Cuántas veces se ha embarazado? _____

A qué edad inició relaciones sexuales? _____

Viven con usted sus hijos no casados? Sí _____ No _____

Cuántas habitaciones tiene su casa? _____

Cuál es su opinión acerca de las relaciones sexuales en general? _____

La casa en que vive es:

a) Propia _____ b) Rentada _____ c) Caja ajena _____

Come usted carne:

a) Cada tercer día _____ b) Diariamente _____

c) Casi nunca _____ d) Dos veces a la semana _____

Come usted huevos:

a) Diariamente _____ b) Dos veces a la semana _____

c) Cada tercer día _____ d) Casi nunca _____

Toma usted leche:

a) Casi nunca _____ b) Diariamente _____

c) Dos veces a la semana _____ d) Cada tercer día _____

La información sexual que usted tuvo en la adolescencia fue:

a) Correcta y adecuada _____ b) Deficiente _____

c) Pobre e inadecuada _____ d) No tuvo información _____

ENTREVISTA ESTANDARIZADA (continuación)

Su reacción ante la aparición de la menstruación fue:

- a) De aceptación _____ b) De rechazo _____ c) De miedo _____
 d) De sorpresa _____ e) De inseguridad _____

Tuvo relaciones sexuales antes de unirse a su actual pareja?

Sí _____ No _____

Sus relaciones sexuales antes de unirse a su actual pareja fueron:

- a) Satisfactorias _____ b) Poco satisfactorias _____
 c) Insatisfactorias _____

En sus relaciones sexuales logra usted orgasmo? Sí _____ No _____

A veces _____

Su primera relación sexual fue:

- a) Insatisfactoria _____ b) Poco satisfactoria _____
 c) Satisfactoria _____

Sus actuales relaciones sexuales son:

- a) Satisfactorias _____ b) Poco satisfactorias _____
 c) Insatisfactorias _____

Siente usted que el embarazo ha producido algún problema entre usted y su pareja? Sí _____ No _____ Cuál? _____

Conoce usted métodos anticonceptivos? Sí _____ No _____

Cuáles? _____

Cómo se enteró de estos métodos? _____

Ha usado algún método anticonceptivo? Sí _____ No _____

Cuál? _____

Sabe su pareja que usted usa anticonceptivos? Sí _____ No _____

Está de acuerdo su pareja en que usted use anticonceptivos? Sí _____

No _____

ENTREVISTA ESTANDARIZADA (continuación)

Se ha embarazado aún usando métodos anticonceptivos? Sí _____ No _____

Se ha embarazado después de suspender anticonceptivos? Sí _____ No _____

Durante la menstruación tiene usted molestias generalmente?

Sí _____ No _____ Cuáles? _____

Durante la menstruación continúa realizando normalmente todas sus actividades? Sí _____ No _____

Cuando se ha embarazado, se ha sentido:

a) Contenta _____ b) Enojada _____ c) Molesta _____ d) Otro _____

Cuando se ha embarazado, su pareja se ha sentido:

a) Contenta _____ b) Enojada _____ c) Molesta _____ d) Otro _____

Sus partos han sido:

a) Complicados _____ b) Normales _____

Durante sus partos ha recibido siempre atención médica? Sí _____ No _____

Durante el embarazo, las relaciones interpersonales entre usted y su pareja han cambiado? Sí _____ No _____ Cuáles han sido los cambios? _____

Ha amamentado usted a sus hijos? Sí _____ No _____

El amamentar a sus hijos le produjo:

a) Satisfacción _____ b) Insatisfacción _____ c) Indiferencia _____

Su salud es en general: a) Buena _____ b) Mala _____

Durante su embarazo y parto, ha recibido apoyo moral y económico de su pareja? Sí _____ No _____

Cuántas veces ha abortado usted? _____

Después de que abortó, se sintió:

a) Angustiada _____ b) Tranquila _____ c) Indiferente _____

d) Culpable _____ e) Triste _____ f) Otro _____

ENTREVISTA ESTANDARIZADA (continuación)

El aborto ocasiona en la mujer:

- a) Alivio ante un embarazo indeseado _____ b) Culpa y remordimientos _____
 tos _____ c) Indiferencia _____ d) Otro _____

¿Cree usted que la mujer que decide abortar debe contar con ayuda para hacerlo? Sí _____ No _____

¿Considera que el aborto:

- a) Debe practicarse libremente _____ b) Debe prohibirse _____
 c) Debe ser un último recurso _____ d) No debe hacerse nunca _____

Para decidirse a abortar, la mujer debe:

- a) Tomar la decisión sola _____ b) Tomar la decisión con su pareja _____
 _____ c) Tomar la decisión con su familia _____

¿Deseaba tener al hijo que acaba de perder? Sí _____ No _____

¿Deseaba tener al hijo que acaba de tener? Sí _____ No _____

De poder elegir su sexo, a usted qué le hubiese gustado ser?:

- a) Hombre _____ b) Mujer _____

En caso de que la respuesta anterior fuese Hombre, diga porque _____

El aborto:

- a) Es malo _____ b) Es un crimen _____ c) Es una solución a un embarazo indeseado _____
 d) Es un derecho de la mujer _____

Sus relaciones afectivas con su pareja son:

- a) Buenas _____ b) Malas _____ c) Regulares, por qué? _____

Entre usted y su pareja las relaciones son:

- a) De ayuda y comunicación _____ b) De indiferencia _____

ENTREVISTA ESTANDARIZADA (continuación)

Su pareja es para usted una persona:

- a) De poco valor _____ b) Sin importancia _____
 c) De gran valor _____ d) Muy importante _____

Usted es para su pareja, una persona:

- a) De poco valor _____ b) Muy importante _____
 c) De gran valor _____ d) Sin importancia _____

Cuando usted tiene algún problema con su pareja, lo discute con:

- a) Sus vecinos _____ b) Sus parientes _____
 c) Su pareja _____ d) Con nadie _____

La solución a los problemas de sus hijos, la decide con:

- a) Su pareja _____ b) Sus vecinos _____
 c) Su familia _____ d) Usted sola _____

Los ingresos económicos de su familia son:

- a) Suficientes _____ b) Insuficientes _____ c) Limitados _____

¿Qué desventajas cree usted que tenga la mujer con respecto al hombre?

¿Qué ventajas cree usted que tenga la mujer con respecto al hombre?

Ha habido cambios en la actitud de su esposo desde que usted se embarazó?

Sí _____ No _____ Cuáles? _____

Ha tenido molestias durante el embarazo?

Sí _____ No _____ Cuáles? _____

Procedimiento

Los sujetos utilizados en la muestra fueron asignados a dos grupos en base al diagnóstico médico. 30 de ellos, acababan de portar espontáneamente, y los otros 30 acababan de portar productos vivos y normales.

Ninguno de los dos grupos presentaban antecedentes psiquiátricos, de acuerdo al análisis médico inicial.

Todos los sujetos eran pacientes temporales, en el sentido de que solo permanecían de 3 a 4 días en el hospital, durante los cuales se les aplicó los materiales utilizados, ya que se trataba de obtener las reacciones inmediatas en ambas situaciones.

Para la aplicación se utilizó una sola sesión con cada sujeto de 45 minutos en total, en un horario de 10.30 AM a 14.00 PM, tomándose éste por constituir el período de tiempo en el que había solo una interrupción en el escenario de trabajo, presentada a las 13 horas con el servicio de la comida, siendo éste muy breve, ya que antes de las 10.30 AM las pacientes tomaban el desayuno, recibían la visita médica, de enfermería, así como, se daban los egresos del día; y después de las 14.00 PM se recibían las visitas familiares.

La aplicación de los materiales se realizó en la cama de la paciente, y en ausencia del personal del hospital, así como de visitas y familiares.

Al llegar al escenario de trabajo, se trataba de establecer

primero, una buena relación, al saludar y realizar algunos comentarios acerca de la salud de la paciente, etc. Después se iniciaba con la entrevista estandarizada, dando las siguientes instrucciones: "Voy a hacerle algunas preguntas, trate de contestarlas con la mayor certeza posible". Al terminar la entrevista, se le proporcionaba a la paciente la Escala y un lápiz con goma, explicando que así como había contestado las preguntas anteriores, diera respuesta ahora a éstas, de acuerdo a lo que sintiera y pensara en ese momento, poniendo una marca en cualquiera de las 4 clasificaciones de la Escala, de acuerdo a la frecuencia.

Durante el tiempo utilizado por el sujeto en contestar la EAND, el investigador se encontraba presente para la aclaración de cualquier duda, siendo necesario, en algunas ocasiones, explicar el motivo de la aplicación de materiales, identificándolos como estudios realizados por el hospital para una mejor obtención de datos reales (de acuerdo a información de médicos adscritos al servicio del mismo).

R e s u l t a d o s

Análisis Estadístico

1) Variables paramétricas, para las cuales fue utilizada la medida estadística t de Student.

2) Variables no Paramétricas, para las cuales fueron utilizadas las medidas estadísticas χ^2 , y la prueba de dos muestras independientes para muestras pequeñas (menores de 40) de Kolmogorov-

Smirnov (Siegel, 1972)..... y

3) Variables no paramétricas que no cumplían los requisitos de ninguna de las medidas estadísticas utilizadas y por lo que únicamente fueron obtenidos sus frecuencias y porcentajes.

Resultados Generales

En general, los resultados indican igualdad en las 2 muestras estudiadas, tanto en la EAMD (Fig. 1), como en la Entrevista Estandarizada; encontrándose para la primera, el diagnóstico de "depresión ambulatoria", con una media de 62.10 para el grupo de aborto espontáneo, y de 61.23 para el grupo de parto a término, siendo estadísticamente iguales (Tabla 6); y para la segunda, algunos "conflictos" dentro de las áreas investigadas (Aspectos Socio-económicos, Relaciones Conyugales y Sexualidad).

Especificación de los resultados de la Entrevista Estandarizada

1) Aspectos Socio-Económicos. Como puede observarse en las tablas de resultados, la edad de los sujetos fluctuaba entre los 18 y 48 años de edad, presentando una edad promedio de 33 años. La mayoría habían nacido en el DF, su estado civil era casadas, su ocupación era generalmente el hogar o se encontraba dentro de las categorías de: enfermera, secretaria, empleada federal, maestra de primaria, estudiante, oficinista, perforista o agente de policía. El nivel promedio de escolaridad era de estudios secundarios o equivalentes; la casa en la que vivían era generalmente

propia, constando de 5 ó 6 habitaciones que incluían baño, cocina, recámara, etc., y donde vivían casi siempre, más de 7 personas. La alimentación básica era deficiente en la mayoría de los casos, debido a falta de información y a los ingresos económicos insuficientes. El conocimiento de métodos anticonceptivos era del 70% de la muestra, con un promedio de 3 hijos por pareja. (Tabla 7).

2) Relaciones Conyugales. Estas generalmente se veían deterioradas debido al embarazo de la mujer, causando conflictos de importancia en esta área. (Tabla 8).

3) Sexualidad. La edad de inicio de relaciones sexuales fluctuaba entre los 13 y los 32 años de edad, presentando algunos aspectos de rechazo a la sexualidad, información sexual deficiente, ausencia de preparación hacia los diferentes cambios en la vida sexual de la mujer, tales como menstruación, embarazo, maternidad, etc., y falta de planeación familiar, propiciando elevada existencia de embarazos indeseados e insatisfacción sexual muy frecuente. (Tabla 9).

Dentro de los resultados de la entrevista se encontraron algunos datos que presentan diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de sujetos, que, aunque para los fines de esta investigación no son de importancia, se describirán a continuación para brindar mayores datos alrededor del tema estudiado.

1) La edad de las mujeres del primer grupo (aborto espontáneo) era mayor que la del segundo (parto a término) en aproximadamente 5 años.

2) La escolaridad del grupo 1 era menor a la del grupo 2 en cerca de 3 años.

3) Había mayor número de embarazos en el grupo 1 que en el grupo 2 (alrededor de 2 más).

4) La alimentación básica era más adecuada en el grupo 1 que en el grupo 2.

5) Había mayor información sexual correcta en el grupo 1 que en el grupo 2.

6) Existían mayores conocimientos acerca de métodos anticonceptivos en el grupo 1 que en el 2.

7) La opinión con respecto a proporcionar ayuda a la mujer que solicite se le practique un aborto era más negativa en el grupo 1 que en el 2.

8) El 50% de las mujeres del grupo 1 no deseaban el presente embarazo, así como tampoco el 33.33% de las mujeres del grupo 2.

9) El 46.67% de las mujeres del primer grupo presentaban algunos aspectos de rechazo a su sexo, así como también el 20% de las mujeres del segundo grupo.

Los datos estadísticos comparativos de la Entrevista Estandarizada, divididos de acuerdo al tipo de variable (paramétrica o no), se encuentran en las Tablas 10, 11, 12 y 13.

———— Grupo aborto espontáneo
- - - - - Grupo de parto a término

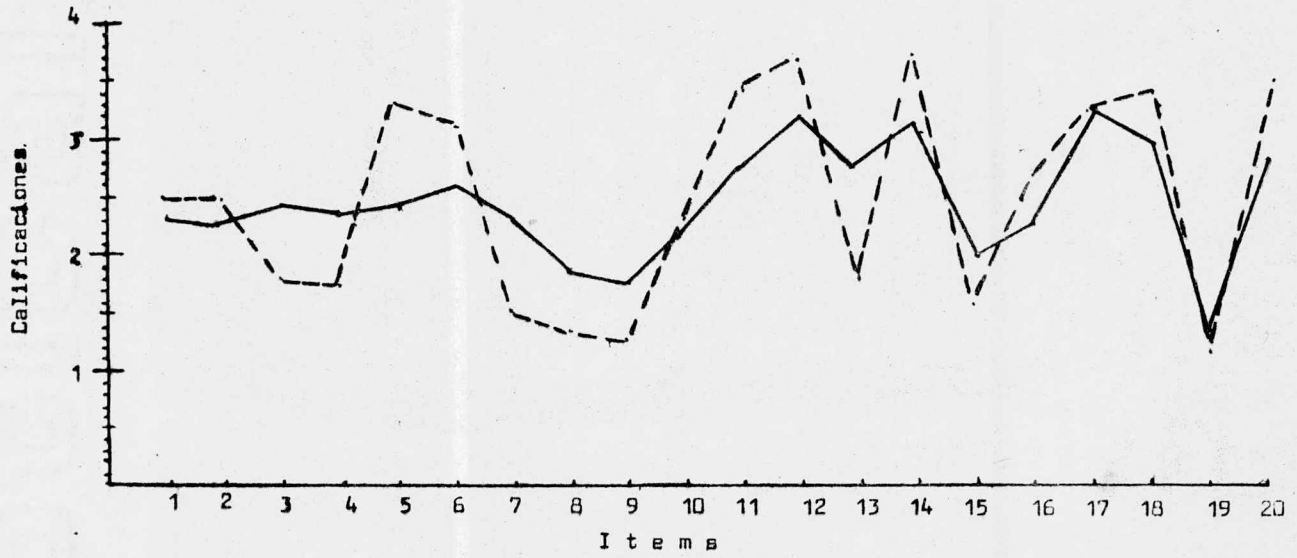


FIGURA 1
Resultados EAMD



T A B L A 6

Análisis Estadístico de las medias totales EMD

Grupos	\bar{x}	σ	E.S.M.	\bar{z}	z
x	12.10	7.27	1.33		
				0.408	0.13
y	11.23	6.12	1.12		

x = Grupo aborto espontáneo

y = Grupo de parto a término

E.S.M. = Error estándar de la media

T A B L A 7

Descripción del contenido de variables

Datos generales y socio-económicos

Número de variable	Contenido general de las variables	Especificación de los valores (respuestas encontradas)						
1	Número de cuestionario	01 - 60						
2	Edad	18 - 40 años						
3	Tipo de muestra	Aborto espontáneo (1er. grupo = x) Embarazo a término normal (2º. grupo = y)						
4	Lugar de nacimiento	DF - 1 Interior de la República - 2						
5	Tiempo de residencia en el DF	1 - 42 años						
6	Estado civil	Casado - 1						
7	Ocupación	Hogar _____ - Nivel 1 Profesionista _____ - Nivel 2 Trabajo social, diseño, maestra media _____ - Nivel 3 Enfermera, empleada, maestra primaria, oficinista, cajera, secretaria, perforista, agente de policía _____ - Nivel 4 Modista, obrera, telefonista, dependiente _____ Nivel 5 Cocinera, afanadora, mesera, peinadora _____ - Nivel 6						
8	Nivel máximo de escolaridad (en años)	<table border="0"> <tr> <td rowspan="4" style="vertical-align: middle;">0 - 16 años</td> <td rowspan="4" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td> <td>1 a 6 años = Primaria</td> </tr> <tr> <td>6 a 9 años = Secundaria 6 equivalente</td> </tr> <tr> <td>9 a 12 años = Preparatoria o equivalente</td> </tr> <tr> <td>12 a 16 años = Profesiones, maestrías, etc.</td> </tr> </table>	0 - 16 años	{	1 a 6 años = Primaria	6 a 9 años = Secundaria 6 equivalente	9 a 12 años = Preparatoria o equivalente	12 a 16 años = Profesiones, maestrías, etc.
0 - 16 años	{	1 a 6 años = Primaria						
		6 a 9 años = Secundaria 6 equivalente						
		9 a 12 años = Preparatoria o equivalente						
		12 a 16 años = Profesiones, maestrías, etc.						

T A B L A 7 (continuación)

Número de variable	Contenido general de las variables	Especificación de los valores (respuestas encontradas)
13	¿Cuántas habitaciones tiene su casa?	2 - 12 habitaciones
15	La casa en la que vive es:	Propia - 1 Rentada - 2 Ajena - 3
16	Come carne:	Diario - 1 Cada tercer día - 2 Dos veces a la semana - 3 Casi nunca - 4
17	Come huevos:	Diario - 1 Cada tercer día - 2 Dos veces a la semana - 3 Casi nunca - 4
18	Toma leche:	Diario - 1 Cada tercer día - 2 Dos veces a la semana - 3 Casi nunca - 4
27	¿Conoce métodos anticonceptivos?	Sí - 1 No - 2
		Nota: Cuando la respuesta era <u>Sí</u> , los más frecuentes eran: 1) la píldora, 2) inyecciones, 3) dispositivos intrauterinos y 4) óvulos
28	¿Cómo se enteró de estos métodos?	No conoce - 0 Medios de difusión - 1 (radio, TV, revistas, clínicas de planificación familiar)

T A B L A 7 (continuación)

Número de variable	Contenido general de las variables	Especificación de los valores (respuestas encontradas)
20	¿Ha usado algún método anticonceptivo?	No conoce - 0 Sí - 1 No - 2
Nota: Cuando la respuesta era <u>Sí</u> , los métodos usados con mayor frecuencia, eran: 1) la píldora, 2) inyecciones anticonceptivas		
39	Durante sus partos, ha recibido siempre atención médica?	Sí - 1 No - 2
43	Su salud es, en general:	Buena - 1 Mala - 2
62	Los ingresos económicos de su familia son:	Suficientes - 1 Insuficientes - 2 Muy limitados - 3

T A B L A 8

Descripción del contenido de variables

Relaciones conyugales

Número de variable	Contenido general de las variables	Especificación de los valores (respuestas encontradas)
29	¿Cree usted que el embarazo ha producido algún problema entre usted y su pareja?	Sí - 1 No - 2 Nota: Cuando la respuesta era <u>Sí</u> , los problemas eran: 1) el esposo se enoja porque no quiere hijos, 2) alejamiento en todos los aspectos de parte del esposo, y búsqueda de otras mujeres.
30	¿Sabe su pareja que usted usa anticonceptivos?	No conoce métodos anticonceptivos - 0 Sí - 1 No - 2
31	¿Está de acuerdo su pareja en que usted use anticonceptivos?	No conoce - 0 Sí - 1 No - 2
37	Cuando se ha embarazado, su pareja se ha sentido:	Molesta - 1 Enojada - 2 Contenta - 3 Indiferente - 4
40	¿Durante el embarazo ha habido cambios en las relaciones interpersonales de usted y su pareja?	Sí - 1 No - 2 Nota: Si la respuesta era <u>Sí</u> , los cambios encontrados eran: 1) irritabilidad hacia el esposo, de parte de la señora, 2) distancia-

T A B L A 8 (continuación)

Número de variable	Contenido general de las variables	Especificación de los valores (respuestas encontradas)
		<p>miento del esposo, 3) agresividad y rechazo de parte del esposo, 4) manifestaciones somáticas (vómitos) de parte de la señora cada vez que hablaba su esposo, ya que éste le reprochaba todos los embarazos, 5) maltrato y enojo de parte del esposo, 6) ausencia de relaciones sexuales, 7) el esposo siente vergüenza y repugnancia ante el cuerpo grávido de la señora</p>
44	<p>Durante su embarazo y parto, ha recibido apoyo moral y económico de su pareja?</p>	<p>Sí - 1 No - 2</p>
56	<p>Sus relaciones afectivas con su pareja son:</p>	<p>Buenas - 1 Malas - 2 Regulares (debido a la existencia de problemas) - 3 De indiferencia - 4</p>
57	<p>Entre usted y su pareja, las relaciones son:</p>	<p>De ayuda y comunicación - 1 De indiferencia - 2</p>
58	<p>Para usted su pareja, es una persona:</p>	<p>De poco valor - 1 De gran valor - 2</p>

T A B L A 8 (continuación)

Número de variable	Contenido general de las variables	Especificación de los valores (respuestas encontradas)
		Sin importancia - 3
		Muy importante - 4
59	Usted para su pareja, es una persona:	De poco valor - 1
		De gran valor - 2
		Sin importancia - 3
		Muy importante - 4
60	Cuando usted tiene algún problema con su pareja, lo discute con:	Sus vecinos - 1
		Su pareja - 2
		Sus parientes - 3
		Con nadie - 4
61	La solución a los problemas de sus hijos, los decide con:	Su pareja - 1
		Sus vecinos - 2
		Su familia - 3
		Usted sola - 4
65	¿Ha habido cambios en la actitud de su esposo desde que usted se embarazó?	Ninguno - 1
		El esposo se comporta como un niño - 2
		El esposo la consiente más - 3
		Se enoja porque no quiere hijos - 4
		Alejamiento y rechazo de parte del esposo - 5
		No tiene relaciones sexuales - 6
		Se vuelve muy agresivo - 7

T A B L A 9

Descripción del contenido de variables

Sexualidad

Número de variable	Contenido general de las variables	Especificación de los valores (respuestas encontradas)
9	¿Cuántos hijos tiene usted?	0 - 10 hijos
10	¿Cuántas veces se ha embarazado?	1 - 12 veces
11	¿A qué edad inició relaciones sexuales?	13 - 32 años
12	¿Viven con usted sus hijos solteros?	No tiene - 0 Sí - 1 No - 2
14	¿Cuál es su opinión acerca de las relaciones sexuales?	Son un desahogo - 1 Son importantes para la comprensión de la pareja - 2 Son normales - 3 Son satisfactorias siempre y cuando se realicen esporádicamente - 4 Constituyen un deber de la mujer - 5 Son insatisfactorias porque hay embarazo - 6 Buenas y normales dentro del matrimonio - 7 Me son indiferentes - 8 Constituyen una muestra de afecto - 9

T A B L A 9 (continuación)

Número de variable	Contenido general de las variables	Especificación de los valores (respuestas encontradas)
19	La información sexual que tuvo durante la adolescencia fue:	Adecuada y suficiente - 1 Pobre e inadecuada - 2 Deficiente - 3 No tuvo información - 4
20	Su reacción ante la aparición de la menstruación fue:	Aceptación - 1 Rechazo - 2 Miedo - 3 Sorpresa - 4 Inseguridad - 5 Coraje - 6
21	¿Tuvo relaciones sexuales antes de unirse a su actual pareja?	Sí - 1 No - 2
22	Sus relaciones sexuales antes de unirse a su actual pareja fueron:	No tuvo - 0 Satisfactorias - 1 Poco satisfactorias - 2 Insatisfactorias - 3
23	En sus relaciones sexuales logra usted orgasmo?	Sí - 1 No - 2 A veces - 3
24	Su primera relación sexual fue:	Satisfactoria - 1 Poco satisfactoria - 2 Insatisfactoria - 3
25	Sus actuales relaciones sexuales son:	Satisfactorias - 1 Poco satisfactorias - 2 Insatisfactorias - 3
32	¿Se ha embarazado aún usando anticonceptivos?	No conoce - 0 Sí - 1 No - 2

T A B L A 9 (continuación)

Número de variable	Contenido general de las variables	Especificación de los valores (respuestas encontradas)
33	¿Se ha embarazado después de suspender anticonceptivo?	No conoce - 0 Si - 1 No - 2
34	¿Durante la menstruación tiene generalmente molestias?	Si - 1 No - 2
Nota: Cuando la respuesta era <u>Si</u> , las molestias más comúnmente encontradas eran: vómitos, gastritis, sueño, fatiga, dolores de cabeza, piernas, cintura, ovarios y senos.		
35	¿Durante la menstruación continúa realizando normalmente sus actividades?	Si - 1 No - 2
36	Cuando se ha embarazado, se ha sentido:	Molesta - 1 Enojada - 2 Contenta - 3 Indiferente - 4
38	Sus partos han sido:	No ha tenido - 0 Complicados - 1 Normales - 2
41	Ha amamantado usted a sus hijos?	No tiene - 0 Si - 1 No - 2
42	El amamantar a sus hijos, le produjo:	No tiene - 0 Satisfacción - 1 Insatisfacción - 2 Indiferencia - 3

T A B L A 9 (continuación).

Número de variable	Contenido general de las variables	Especificación de los valores (respuestas encontradas)
45	¿Cuántas veces ha abortado?	0 - 5 veces
46	Después de abortar, se sintió:	No abortó - 0 Angustiada - 1 Tranquila - 2 Indiferente - 3 Culpable - 4 Trista - 5 Deprimida - 6
47	El aborto ocasiona en la mujer:	Alivio ante un embarazo indeseado - 1 Culpa y remordimientos - 2 Indiferencia - 3
48	¿Cree Ud. que la mujer que decide abortar, debe contar con ayuda para hacerlo?	Si - 1 No - 2
49	Considera que el aborto:	Debe practicarse libremente - 1 Debe prohibirse - 2 Debe ser un último recurso - 3 No debe hacerse nunca - 4
50	Para decidirse a abortar la mujer debe:	Tomar la decisión sola - 1 Tomar la decisión con su pareja - 2 Tomar la decisión con su familia - 3



T A B L A 9 (continuación)

Número de variable	Contenido general de las variables	Especificación de los valores (respuestas encontradas)
51	Deseaba tener al hijo que acaba de perder?	Tuvo al hijo - 0 Si - 1 No - 2
52	Deseaba tener al hijo que acaba de tener?	A b o r t ó - 0 Si - 1 No - 2
53	De poder elegir su sexo qué le hubiese gustado ser?	H o m b r e - 1 M u j e r - 2
54	En caso de que la respuesta anterior fuese hombre, ¿por qué?	La respuesta anterior fue mujer - 0 Porque el hombre tiene menos problemas y responsabilidades - 1 Porque sufre menos que la mujer - 2
55	El aborto es:	Malo porque debe prevenirse mejor que hacerse - 1 Un crimen - 2 Una solución - 3 Un derecho de la mujer - 4
63	Qué desventajas cree usted que tenga la mujer con respecto al hombre?	No tiene desventajas - 1 Es más insegura y se siente inferior al hombre - 2 El tener hijos - 3 La mujer no tiene voto en su casa y le falta libertad - 4 La sociedad limita a la mujer - 5 Tiene muchos problemas con: -

T A B L A 9 (continuación)

Número de variable	Contenido general de las variables	Especificación de los valores (respuestas encontradas)	
		respecto a la maternidad y la menstruación	- 5
		Trabaja dentro y fuera de la casa	- 7
64	¿Qué ventajas cree usted que tenga la mujer con respecto al hombre?	Ninguna	- 1
		El ser madre	- 2
		Es más responsable, activa, dirige mejor el hogar, razona mejor fuera y dentro del hogar	- 3
		Que a la mujer la mantienen	- 4
		Está más unida a la familia	- 5
		La sociedad trata mejor a las mujeres	- 6
		Las ventajas que el hombre le quiera dar	- 7
66	Ha tenido molestias durante el embarazo?	Ninguna	- 1
		Molestias físicas	- 2
		Otras molestias (irritabilidad, depresión, descaimientto, trastornos del sueño, nerviosismo, mal humor)	- 3
		Molestias mixtas (2 y 3)	- 4

T A B L A 10
Análisis estadístico Comparativo
Variables paramétricas

Número de variable y grupos	\bar{X}	σ	E.S.M.	t	D
$\frac{2}{x}$	30.47	8.00	1.47	2.803	.01
y	25.57	5.14	0.94		
$\frac{5}{x}$	23.00	9.99	1.22	0.824	NS
y	21.97	8.09	1.48		
$\frac{8}{x}$	7.50	3.86	0.70	2.495	.05
y	9.90	3.58	0.65		
$\frac{9}{x}$	2.77	2.40	0.44	0.453	NS
y	2.53	1.40	0.27		
$\frac{10}{x}$	4.37	2.65	0.40	2.351	.05
y	2.97	1.88	0.34		
$\frac{11}{x}$	19.20	3.50	0.64	1.227	NS
y	20.40	4.05	0.74		
$\frac{13}{x}$	5.73	2.08	0.30	0.193	NS
y	5.53	2.16	0.39		
$\frac{16}{x}$	1.93	0.94	0.17	2.195	.05
y	1.47	0.68	0.12		
$\frac{17}{x}$	1.37	0.85	0.16	0.845	NS
y	1.20	0.65	0.12		
$\frac{18}{x}$	1.27	0.78	0.14	1.329	NS
y	1.07	0.25	0.05		
$\frac{19}{x}$	3.00	1.39	0.25	3.040	.01
y	2.00	1.17	0.21		

x = Grupo alente espontáneo
y = Grupo de parto a término
E.S.M. = Error estándar de la media

T A B L A 11
Análisis estadístico comparativo
Variables no paramétricas

Número de variable	Valores	Grupo x		Grupo y		χ^2	p
		Frecuencias	Porcentajes	Frecuencias	Porcentajes		
4	1	17	56.67	21	70.00	0.646	NS
	2	13	43.33	9	30.00		
21	1	6	20.00	5	16.67	0	NS
	2	24	80.00	25	83.33		
24	1	3	10.00	7	23.33	3.920	NS
	2	16	53.33	9	30.00		
	3	11	36.67	14	46.67		
26	1	8	26.67	9	30.00	0	NS
	2	22	73.33	21	70.00		
27	1	23	76.67	19	63.33	0.714	NS
	2	7	23.33	11	36.67		
	0	8	26.67	11	36.67	0.200	NS
	1	22	73.33	19	63.33		
	0	5	16.67	0	0		
	1	20	66.67	1	17		
	2	5	16.67	2	13	0.799	.01
35	1	15	50.00	15	50.00	0	NS
	2	15	50.00	15	50.00		
40	1	24	80.00	22	73.33	0.093	NS
	2	6	20.00	8	26.67		
43	1	13	43.33	14	46.67	0	NS
	2	17	56.67	16	53.33		
48	1	18	60.00	22	73.33	0.675	NS
	2	12	40.00	8	26.67		
53	1	16	53.33	25	83.33	4.929	.05
	2	14	46.67	5	16.67		
62	1	14	46.67	6	20.00	3.675	NS
	2	16	53.33	24	80.00		
62	1	9	30.00	12	40.00	0.789	NS
	2	14	46.67	11	36.67		
	3	7	23.33	7	23.33		

Grupo x = Grupo de aborto espontáneo
Grupo y = Grupo de parto a término

T A B L A 12

Análisis estadístico comparativo

Variables no paramétricas

Kolmogorov-Smirnov

Número de variable	Grupo x			Grupo y		Kd	E
	Valores	Frecuencias	Porcentajes	Frecuencias	Porcentajes		
7	1	15	50.00	14	46.67	3	NS
	2	0	-	2	6.67		
	3	1	3.33	3	10.00		
	4	12	40.00	11	36.67		
	5	0	-	0	-		
	6	2	6.67	0	-		
14	1	3	10.00	4	13.33	7	NS
	2	6	20.00	6	20.00		
	3	6	20.00	12	40.00		
	4	2	6.67	2	6.67		
	5	3	10.00	0	-		
	6	6	20.00	0	-		
	7	2	6.67	4	13.33		
	8	1	3.33	1	3.33		
	9	1	3.33	1	3.33		
15	1	20	56.67	17	56.67	3	NS
	2	9	30.00	11	36.67		
	3	1	3.33	2	6.67		
20	1	14	46.67	16	53.33	6	NS
	2	0	-	0	-		
	3	16	53.33	8	26.67		
	4	0	-	4	13.33		
	5	0	-	1	3.33		
	6	0	-	1	3.33		
22	0	24	80.00	25	83.33	2	NS
	1	3	10.00	4	13.33		
	2	2	6.67	1	3.33		
	3	1	3.33	0	0		
23	1	9	30.00	14	46.67	5	NS
	2	7	23.33	3	10.00		
	3	14	46.67	13	43.33		
25	1	11	36.67	16	53.33	5	NS
	2	14	46.67	14	46.67		
	3	5	16.67	0	-		

T A B L A 12 (continuación)

Número de variable	Valores	Grupo x		Grupo y		K _d	p
		Frecuencias	Porcentajes	Frecuencias	Porcentajes		
30	0	10	33.33	13	43.33	3	NS
	1	19	63.33	17	56.67		
	2	1	3.33	0	-		
31	0	9	30.00	11	36.67	2	NS
	1	20	66.67	16	53.33		
	2	1	3.33	3	10.00		
32	0	11	36.67	13	43.33	3	NS
	1	3	10.00	4	13.33		
	2	16	53.33	13	43.33		
33	0	10	33.33	13	43.33	3	NS
	1	18	60.00	13	43.33		
	2	2	6.67	4	13.33		
36	1	13	43.33	10	33.33	3	NS
	2	3	10.00	3	10.00		
	3	11	36.67	17	56.67		
	4	3	10.00	0	-		
37	1	7	23.33	2	6.67	7	NS
	2	4	13.33	2	6.67		
	3	16	53.33	25	83.33		
	4	3	10.00	1	3.33		
38	0	4	13.33	0	-	4	NS
	1	5	16.67	12	40.00		
	2	21	70.00	18	60.00		
39	1	27	90.00	30	100.00	3	NS
	2	3	10.00	0	-		
41	0	4	13.33	2	6.67	6	NS
	1	22	73.33	18	60.00		
	2	4	13.33	10	33.33		
42	0	7	23.33	12	40.00	5	NS
	1	17	56.67	15	50.00		
	2	2	6.67	1	3.33		
	3	4	13.33	2	6.67		
44	1	28	93.33	28	93.33	0	NS
	2	2	6.67	2	6.67		
45	0	0	-	24	80.00	24	0.01
	1	30	100.00	6	20.00		

T A B L A 12 (continuación)

Número de variable	Valores	Grupo x		Grupo y		K _D	p
		Frecuencias	Porcentajes	Frecuencias	Porcentajes		
46	0	0	-	25	83.33	25	.01
	1	7	23.33	2	6.67		
	2	13	43.33	0	-		
	3	3	10.00	0	-		
	4	3	10.00	0	-		
	5	3	10.00	2	6.67		
47	6	1	3.33	1	3.33	2	NS
	1	7	23.33	9	30.00		
	2	23	76.67	21	70.00		
49	3	0	-	0	-	5	NS
	1	4	13.33	9	30.00		
	2	13	43.33	10	33.33		
	3	9	30.00	7	23.33		
50	4	4	13.33	4	13.33	2	NS
	1	4	13.33	2	6.67		
	2	25	83.33	26	86.67		
55	3	1	3.33	2	6.67	3	NS
	1	3	10.00	5	16.67		
	2	17	56.67	12	40.00		
	3	6	20.00	10	33.33		
56	4	4	13.33	3	10.00	9	NS
	1	16	53.33	25	83.33		
	2	1	3.33	0	-		
	3	9	30.00	4	13.33		
57	4	4	13.33	1	3.33	7	NS
	1	21	70.00	28	93.33		
	2	9	30.00	2	6.67		
58	1	6	20.00	4	13.33	4	NS
	2	11	36.67	17	56.67		
	3	0	-	0	-		
	4	13	43.33	9	30.00		
59	1	5	16.67	4	13.33	5	NS
	2	10	33.33	16	53.33		
	3	3	10.00	0	-		
	4	12	40.00	10	33.33		
60	1	4	13.33	0	-	4	NS
	2	16	53.33	21	70.00		
	3	6	20.00	3	10.00		
	4	4	13.33	6	20.00		

T A B L A 12. (continuación)

Número de variable	Grupo x		Grupo y		Kb	E	
	Valores	Frecuencias	Porcentajes	Frecuencias			Porcentajes
63	1	10	33.33	15	50.00	6	NS
	2	2	6.67	3	10.00		
	3	5	16.67	1	3.33		
	4	7	23.33	3	10.00		
	5	2	6.67	8	26.67		
	6	2	6.67	0	-		
	7	2	6.67	0	-		
64	1	19	63.33	13	43.33	7	NS
	2	3	10.00	2	6.67		
	3	3	10.00	5	16.67		
	4	1	3.33	2	6.67		
	5	4	13.33	3	10.00		
	6	0	-	4	13.33		
	7	0	-	1	3.33		
65	1	16	53.33	17	56.67	3	NS
	2	1	3.33	1	3.33		
	3	5	16.67	7	23.33		
	4	1	3.33	1	3.33		
	5	5	16.67	3	10.00		
	6	1	3.33	0	-		
	7	1	3.33	1	3.33		
66	1	2	26.67	10	33.33	2	NS
	2	16	53.33	15	50.00		
	3	2	6.67	2	6.67		
	4	4	13.33	3	10.00		

Grupo x = Aborto espontáneo
 Grupo y = Parto a término

T A B L A 13

Descripción de las variables no incluidas en las tablas anteriores debido a que no cumplen los requisitos de las medidas estadísticas utilizadas, por lo que únicamente se describen sus frecuencias y porcentajes (no paramétricas)

Número de variable	Valores	Grupo x		Grupo y	
		Frecuencias	Porcentajes	Frecuencias	Porcentajes
12	0	3	10.00	7	23.33
	1	27	90.00	23	76.67
	2	0	-	0	-
51	0	0	-	30	100.00
	1	15	50.00	0	-
	2	15	50.00	0	-
52	0	30	100.00	0	-
	1	0	-	20	66.67
	2	0	-	10	33.33
54	0	15	50.00	24	80.00
	1	10	33.33	4	13.33
	2	5	16.67	2	6.67
61	0	4	13.33	0	-
	1	19	63.33	29	96.67
	2	1	3.33	1	3.33
	3	1	3.33	0	-
	4	5	16.67	0	-

Grupo x = Aberto espontáneo
 Grupo y = Punto a término

Conclusiones

1) Existencia de "Depresión Ambulatoria" posterior a las dos situaciones estudiadas (Aborto espontáneo y Parto a término con producto vivo y normal).

2) Aún cuando se encuentran datos diferentes estadísticamente significativos, y a pesar de las limitaciones presentadas por la entrevista utilizada en este caso, puede concluirse la existencia de homogeneidad en los dos grupos estudiados, dentro de las áreas investigadas (Aspectos Socio-económicos, Relaciones Conyugales y Sexualidad).

D i s c u s i ó n

Los resultados obtenidos a través de la EMD confirman los estudios realizados por los investigadores acerca de la existencia de depresión posterior al aborto espontáneo (Giron y Santuria, op.cit., 1969, 1970., Ekblad, op.cit., 1955., Jansson, op.cit., 1955, etc.); aún cuando ésta no es exclusiva del mismo, ya que se presenta también después del parto. Las posibles explicaciones, ante estos resultados, pueden fluctuar desde los cambios hormonales ocurridos durante el embarazo, el trabajo de parto o el período posterior a éste, hasta el contexto socio-histórico de los sujetos de la muestra, por lo que, debido a esta curiosidad por conocer las posibles causas, se realizó una pequeña investigación al margen de la presente, con mujeres similares en cuanto a aspectos socioculturales utilizando el mismo número de sujetos y aplicando como la misma escala de Automedición de la Depresión, para observar

var, de esa manera, la existencia o no de depresión en mujeres que no habían estado recientemente en ninguna de las dos situaciones aquí analizadas. Los datos obtenidos fueron los siguientes:

Se trataba de 30 mujeres casadas, con 1 a 5 hijos, que últimamente (de 6 meses a la fecha) no habían pasado por ninguna de las dos situaciones analizadas en este estudio; su edad promedio era de 30 años y sus ocupaciones eran, en orden de frecuencia: el hogar, secretarías, enfermeras, empleadas, estudiantes y maestras de primaria. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

17 de las 30 mujeres presentaban diagnóstico de "normalidad", de acuerdo a los índices EAMD, y las otras 13 presentaban diagnóstico de "reacciones de ansiedad", sin que ninguna de ellas llegase a obtener ningún tipo de diagnóstico de depresión, aumentando las sospechas de que la depresión se debe muy probablemente a los cambios hormonales ocurridos durante alguno de los períodos (embarazo, trabajo de parto, etc.) de las dos situaciones analizadas.

Por otro lado, y por lo que respecta a la entrevista utilizada, la dificultad de poder recoger datos totalmente válidos y confiables sin limitar el material utilizado en la situación natural, impidió la generalización de los resultados obtenidos a través de la entrevista, aunque éstos brindan ideas generales sobre algunas áreas de conflicto relacionadas a las situaciones analizadas.

La investigación psicológica, con metodología adecuada al tema, se hace necesaria en el futuro en el área del aborto espontáneo, debido a la importancia clínica que éste presenta y a la mi-

nima investigación realizada al respecto, ya que este tipo de aborto constituye ser la interrupción más frecuente del embarazo.

Referencias



- Alexander, M. J. Postpartum Psychiatry and Law; ed. D.V. Mosby, 1962.
- Arias, G. F. Introducción a la técnica de investigación en Psicología. ed. Trillas, 1970.
- Bardwick, M.J. Psicología de la mujer. Alianza editorial, 1971.
- Benedek, T. Sexual functions in women and their disturbance. American handbook of psychiatry, 1958, Vol. Basic Books, Nueva York. págs. 727-740. Citado en Bardwick, M.J. Psicología de la mujer. Alianza editorial, 1971, pag. 60.
- Bourgeois, M., y Labrousse, D. Miscarriage and abortion, Annales Médico-Psychologiques, 1975, Julio, Vol.2, No. 2.
- Calandra, D., Del Valle, E., y Olivares, J.D. Aborto. "Let's talk clinically, psicológicamente, social y jurídico". ed. For. Mexicana, 1973.
- Corney, T. R., y Morton, T. F. Pathological grief following spontaneous abortion. American Journal of Psychiatry. Julio, 1974, 131.No. 7.
- Ekblad, M. Induced abortion on psychiatric grounds. A follow-up study of 479 women, Acta Psychiatrica Scandinavica. 1958, 30 (suppl) 89.
- Fleck, G. Some Psychiatric aspects of abortion. Journal Nervous and Mental Disease. 1970 Vol.151.No.1 Julio.
- Freundt, L. Surveys in induced and spontaneous abortions in the Copenhagen area. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1964. 40 (Suppl, 190).
- Friedberg, W., Oles, M. C., Kasser, G., Thompson, V. y Shales, G. Endocrinología y Obstetricia, Tomo I. Salvat editores, 1971.
- Friedman, M. S. y col. Aspects of depression in women, 1958, págs. 504-507. Citado en Zung, W. W., Miller, J., y Spitzer, M. D. Espectro de autoconciencia de la depresión Aspects of general psychiatry, Enero 1955, Vol. 12 págs. 83-70.
- Grinker, R.P. y col. Phenomena of depression, New York. Paul T. Hoeber Co., Medical Book department of Harper and Row Publishers, Inc. 1951.
- Hallman, M.L., y Fritchard C. A. Obstetricia. Salvat editores, 1977.
- Hartig, A.T., y Idrobo, M.M. Tratado de Neuritis Cervicobulbar. Arch. Psich., 1940, 30, 240.

- Hartig, A.T., y Levingstone, R.S. Medical Progress. Spontaneous threatened and habitual abortion, its pathogenesis and treatment. New Eng. J. Med., 1944.230, 797.
- Hartig, A.T., Rock, J., y Adams, E.C. A description of 34 human ova within the first 17 days of development. Amer. J. Anat., 1936, 92, 435.
- Hartig, A.T., y Sheldon, U. H. Analysis of 1,000 spontaneous abortions. Ann. Surg., 1943. 117, 506.
- Jansson B. Mental disorders after abortion. Acta Psychiat. Scand. 1955, 41.
- Javert, C.T. Spontaneous and habitual abortion. ed. Mc.Graw-Hill, Nueva York, 1957.
- Kalij, L., Malmquist, A. y Nilsson, A. Psychiatric aspects of spontaneous abortion. J. Psychosom. Res. 1969, 13.
- Klein, H.R., Potter, M.W., y Dy, R.B. L' anxiété dans le processus et l' accouchement. Mosby, ed. Nueva York, 1957.
- Mall, F.P., y Mayer, A.W. Studies on abortuses. A survey of pathologic ova in the Carnegie Embryological Collection. Carnegie Inst. of Wash., 1921, Vol. 12, No. 56, Pub. No. 275.
- Mann, S.C. Psychiatric investigation of habitual abortion. Obstet and Gynec. 1956. 7, 509.
- Monro, S.S. Premature infant weighing less than one pound at birth who survived and developed normally. Canad. Med. Ass. J., 1929, 40, 69.
- Mohr, L.E.R. Anatomía patológica del aborto (en el útero, la placenta, los anexos y el feto). Ginecología y Obstetricia. (3a. edición española), 1977, 521.
- Novak, E.R., y Woodruff, J.D. Ginecología y Obstetricia. (3a. edición española), 1978.
- Noyes A., y Kolb, C.L. Psiquiatría Clínica Moderna. ed. Prensa Médica Mexicana, 1976.
- Orn, V. Om antallet af kriminelle aborter. Ugeskr.Laeg., 1948, 110, 734.
- Ostergaard, E. Aborthyppighed og abortprofylakse. Ugeskr.Laeg. 1947, 109, 303.
- Overall, J.E. Psychiatry Reg. 1962, I. page.239-245.
- Pascini, L., y Stockhammer, H. Deux cas de Psychoses post-abortives. Annals Médico-Psychologiques., 1970, Avril, Vol. 78, No. 1.

- Roszkowski, I., y Sroka, L. The effect of the male factor on abnormal pregnancy. Gynaecologia, 1962, 154, 321.
- Simon, M., Rothman, D., Soff, T., y Senturia, E. Psychological factors related to spontaneous and therapeutic abortion. American Journal Obst. and Gynecol. Julio, 1969.
- Siegel, S. Estadística no paramétrica (aplicada a las ciencias de la conducta.) ed. Trillas, México, 1972.
- Simon, M., Rothman, D., y Senturia, E. Spontaneous abortion: Psychological factors. Sinopsis Obstet. and Gynec. 1969, 7.
- Symposia Médica Hoechst 13, Depresiva Disordars, Simposio, Roma, Mayo, 1977.
- Thiede, H.A., y Salm, S.B. Chronocogmo studies of human spontaneous abortions. Amer. J. Obstet. Gynec., 1964, 90, 295.
- Weissman, M. Como ayudar a la mujer deprimida, Revista Mundo Médico, Abril, 1978, Vol. 5, No. 53, México.
- Zung, W.K., William., y Durham, N.C. Escala de autoratificación de la depresión Archivos of general psychiatry, Enero 1965, Vol. 12, page. 63-70.
- Zung, W.K., William., y Durham, N.C. Factors influencing the self-rating depression scale. Archivos of general psychiatry, Mayo 1967, Vol. 16.
- Zung, W.K., William. A cross-cultural survey of symptoms in depression. American Journal of Psychiatry, 1968, Julio, 126, 1.

