

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA



INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL QUE
OTORGA LA CARRERA DE MEDICINA
TRABAJO DE TITULACIÓN

“DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN GESTANTES CON ABORTO DIFERIDO.
HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA, 2020”

Autor:

SANTIAGO RUPERTO HIDALGO PULIA

Tutor: Dra. Zilma Diago Alfes

Riobamba - Ecuador

2021

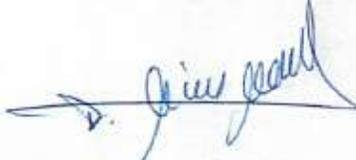
ACEPTACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Miembros del tribunal de graduación del proyecto de investigación con título: "Depresión y ansiedad en gestantes con aborto diferido. Hospital Provincial General Docente Riobamba, 2020." presentado por el estudiante HIDALGO PULIA SANTIAGO RUPERTO, dirigido por la Dra. Zilma Diago. Una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación escrito con fines de graduación en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas remite la presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud en la Universidad Nacional de Chimborazo. Para constancia de lo expuesto firman:



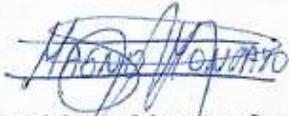
Dr. Patricio Vásquez Andrade

DELEGADO DEL DECANO



Dr. Wilson Nina Mayancela

MIEMBRO DEL TRIBUNAL



Mgs. Magno Moncayo Jara

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dra. Zilma Diago Alfes
 Esp. Ter. Gen. de Psiquiatria
NUMERO DE REGISTRO 1750815510

Dra. Zilma Diago Alfes

TUTOR

CERTIFICACIÓN DE TUTORÍA

Yo, Zilma Diago Alfes con CI. 1756815518, docente de la carrera de Medicina en calidad de Tutor del trabajo de investigación titulado **“DEPRESION Y ANSIEDAD EN GESTANTES CON ABORTO DIFERIDO. HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA, 2020”**, presentado por el estudiante Santiago Ruperto Hidalgo Pulia de manera legal certifico haber revisado el desarrollo de este, por lo que autorizo su presentación encontrándose apto para la defensa pública.

Es todo lo que puedo decir en honor a la verdad

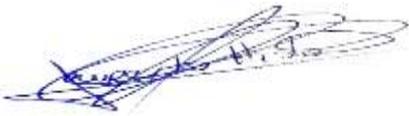
Riobamba, 19 julio de 2021



TUTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

AUTORIA

Yo, Hidalgo Pulia Santiago Ruperto, autor del trabajo de investigación titulado “**Depresión y ansiedad en gestantes con aborto diferido. Hospital Provincial General Docente Riobamba, 2020**”, declaro que su contenido es original y corresponde al aporte investigativo personal. Soy responsable de las opiniones, expresiones, pensamientos y concepciones que se han tomado de varios autores como también del material de internet ubicado con la respectiva autoría para enriquecer el marco teórico. De la misma manera concedo los derechos de autor a la Universidad Nacional de Chimborazo, según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su reglamento y norma vigente.



Hidalgo Pulia Santiago Ruperto
0603457722

DEDICATORIA

A mi Padre, el Sr. Dr. Ruperto Drayden Hidalgo Abarca, único ejemplo de lo que un galeno representa, a donde quiero llegar y superar.

AGRADECIMIENTO

A Dios, mi pastor con el nada me faltará. A mi madre por su apoyo incondicional y cuidados día tras día, nada de esto sería posible si no fuera por ella. A mis hermanos por jamás permitir que me rindiera y visualizar mi futuro hacia la superación personal. Rafaela mi pequeña yo, tan brillante e inteligente, el verte me encamina y enfoca al futuro. A Diana gracias por todo tu apoyo y recordarme todos los días que "Soy un imán para las oportunidades". A mi alma mater Universidad Nacional de Chimborazo y a todos quienes colaboraron para mi formación como Galeno.

INDICE GENERAL

MIEMBROS DEL TRIBUNAL	I
CERTIFICADO DE TUTORÍA	II
AUTORÍA.....	III
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
ÍNDICE GENERAL.....	VI
INDICE DE TABLAS.....	VIII
INDICE DE GRAFICOS.....	VIII
RESUMEN.....	IX
ABSTRACT.....	X
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	4
1.4 OBJETIVOS.....	5
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	5
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
CAPITULO II	
2. MARCO TEÓRICO.....	6
2.1 DEPRESIÓN.....	6
2.1.1 DEFINICIÓN.....	6
2.1.2 EPIDEMIOLOGÍA.....	6
2.1.3 FACTORES DE RIESGO.....	6
2.1.4 MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	7
2.1.5 DIAGNÓSTICO.....	7
2.1.6 TRATAMIENTO.....	9
2.2 ANSIEDAD.....	10
2.2.1 DEFINICIÓN.....	10
2.2.2 EPIDEMIOLOGÍA.....	10
2.2.3 FACTORES DE RIESGO.....	10
2.2.4 MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	11
2.2.5 DIAGNÓSTICO.....	11
2.2.6 TRATAMIENTO.....	12
2.2.6.1 ABORDAJE FARMACOLÓGICO.....	12
2.2.6.2 ABORDAJE PSICOLÓGICO.....	12
2.3 ABORTO.....	13
2.3.1 CLASIFICACIÓN CLÍNICA DEL ABORTO.....	13
2.3.2 ABORTO DIFERIDO.....	13
2.3.2.1 DIAGNÓSTICO.....	14
2.3.2.2 TRATAMIENTO.....	14
CAPÍTULO III	
3. MARCO METODOLÓGICO.....	15
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	15

3.2.	UNIDAD DE ANÁLISIS.....	15
3.3.	POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	15
3.4.	TAMAÑO DE MUESTRA.....	15
3.5.	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	15
3.6.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	16
3.7.	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	16
3.8.	TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS.....	16
3.9.	PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO.....	17
3.10.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	17
3.11.	TÉCNICAS DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	17
CAPÍTULO IV		
4.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	19
4.1.	RESULTADOS.....	19
4.2.	DISCUSIÓN.....	33
4.3.	CONCLUSIONES.....	35
4.4.	RECOMENDACIONES.....	35
4.5.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
4.6.	ANEXOS.....	39

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla Nro. 1. Diagnóstico diferencial de la depresión.....	9
Tabla Nro. 2. Manifestaciones clínicas de la ansiedad.....	11
Tabla Nro. 3. Clasificación clínica del aborto.....	13
Tabla Nro.4. Listado de variables para análisis posterior de resultados.....	18
Tabla Nro.5. Clasificación con respecto al puntaje del test de Beck.....	19
Tabla Nro.6. Puntuación de cada paciente en el test de Beck.....	19
Tabla Nro.7. Relación entre el grado de depresión y la ansiedad manifestada con el deseo de un próximo embarazo.....	20

ÍNDICE DE GRAFICOS

Gráfico Nro.1. Grados de depresión de acuerdo al puntaje obtenido en el test de Beck de cada paciente.....	21
Gráfico Nro.2. Pregunta referente al deseo de volverse a embarazar.....	22
Gráfico Nro.3. Pregunta 1 del Test de Beck.....	22
Gráfico Nro.4. Pregunta 2 del Test de Beck.....	23
Gráfico Nro.5. Pregunta 3 del Test de Beck.....	23
Gráfico Nro.6. Pregunta 4 del Test de Beck.....	24
Gráfico Nro.7. Pregunta 5 del Test de Beck.....	24
Gráfico Nro.8. Pregunta 6 del Test de Beck.....	25
Gráfico Nro.9. Pregunta 7 del Test de Beck.....	25
Gráfico Nro.10. Pregunta 8 del Test de Beck.....	26
Gráfico Nro.11. Pregunta 9 del Test de Beck.....	26
Gráfico Nro.12. Pregunta 10 del Test de Beck.....	27
Gráfico Nro.13. Pregunta 11 del Test de Beck.....	27
Gráfico Nro.14. Pregunta 12 del Test de Beck.....	28
Gráfico Nro.15. Pregunta 13 del Test de Beck.....	28
Gráfico Nro.16. Pregunta 14 del Test de Beck.....	29
Gráfico Nro.17. Pregunta 15 del Test de Beck.....	29
Gráfico Nro.18. Pregunta 16 del Test de Beck.....	30
Gráfico Nro.19. Pregunta 17 del Test de Beck.....	30
Gráfico Nro.20. Pregunta 18 del Test de Beck.....	31
Gráfico Nro.21. Pregunta 19 del Test de Beck.....	31
Gráfico Nro.22. Pregunta 20 del Test de Beck.....	32
Gráfico Nro.23. Pregunta 21 del Test de Beck.....	32

RESUMEN

Este tema de investigación consiste en determinar la presencia de depresión y ansiedad en pacientes con diagnóstico de aborto diferido que fueron atendidas en el Hospital Provincial General Docente Riobamba en el periodo enero – diciembre del 2020, para dicho fin se utilizó los siguientes métodos: recolección de datos de las historias clínicas proporcionadas por el departamento de estadística del hospital y la aplicación del test de Beck más una pregunta adicional que permitirá identificar la ansiedad mediante el factor emocional a la muestra escogida. Las pacientes que participaron en este estudio fueron de 30 y del análisis se obtuvo como resultado que el 33% presenta un estado de depresión leve y el 7% un estado de depresión moderada, a diferencia del 60% que curso depresión mínima o nula. Además, las variables que caracterizaron a las pacientes con depresión fueron las siguientes: disminución del sueño, de apetito y de placer en la actividad diaria. Es importante mencionar que el 40% de las pacientes reflejan ansiedad, pues refieren que no desean volver a embarazarse matizando así al 60% que desea un futuro embarazo las mismas que coinciden con una depresión mínima o nula.

Palabras clave: depresión, ansiedad, aborto, aborto diferido, test de Beck.

ABSTRACT

This study focused on determining the presence of depression and anxious feelings in patients with a diagnosis for deferred abortion who were treated at “Provincial General Docente Riobamba hospital” in the period (January - December 2020), for this purpose the following methods were used: collection of data from the medical records provided by the hospital's statistics department and the application of the Beck test plus an additional question that will allow the chosen sample to identify anxiety through the emotional factor. This study revealed that among the 30 patients, 33% had mild depression, 7% a state of moderate depression, while the other 60% had minimal or no depression. The patients also exhibited various symptoms such as decreased appetite, sleep deprivation, and daily activity.

In addition, it is important to mention that 40% of the patients reflect anxiety, since they report that they do not want to get pregnant again, thus qualifying the 60% who want a future pregnancy, the same group that has minimal or no depression.

Keywords: depression, anxiety, abortion, delayed abortion, Beck's test.

Reviewed by:

Lic. Dario Javier Cutiopala Leon

ENGLISH PROFESSOR

c.c. 060458106

INTRODUCCIÓN

El aborto diferido se considera como la retención en la cavidad uterina, de un embrión o feto muerto (incluyendo el embarazo anembrionado) o la detención de la progresión normal del embarazo, puede acompañarse o no de sangrado variable. (Ministerio de Salud Pública, 2013) El diagnóstico es imprescindible antes de la intervención y evita la interrupción de un IUP potencialmente vivo. La ecografía transvaginal es la herramienta principal con los siguientes criterios: CRL ≥ 7 mm y sin latido cardiaco, MSD ≥ 25 mm y sin embrión, un escaneo de US inicial muestra un saco gestacional con saco vitelino y después de ≥ 11 días no se observa embrión con latido cardiaco, un escaneo de US inicial muestra un saco gestacional con saco vitelino y después de ≥ 2 semanas no se observa embrión con latido cardiaco.

Según el Instituto Guttmacher a nivel mundial aproximadamente 121 millones de embarazos no planeados ocurrieron cada año entre 2015 y 2019. De estos embarazos no planeados, el 61% terminó en aborto, esto se traduce en 73 millones de abortos por año. (Instituto Guttmacher, 2020). De acuerdo a datos estadísticos del hospital IESS de Milagro en el periodo 2015 se determina que, de 314 casos correspondientes a aborto 38% correspondieron a aborto diferido, por lo tanto de 119 casos de aborto diferido, el grupo etario más afectado es entre 25 a 30 años con un 43% y el factor de riesgo más frecuente excluyendo que la mayoría eran primigestas fue con 13% abortos **previos** y vaginosis. (Alvarado & Loza, 2017) Se reporta que la pérdida por un aborto genera un impacto psicológico, que implica evitación de pensamientos o sentimientos acerca del aborto, evitación de situaciones relacionadas con el mismo evento, sentimientos reprimidos, aislamiento, sensación de revivir la experiencia y ataques de depresión. Por su parte Fergusson, Horwood y Ridde encontraron en su estudio realizado con 630 mujeres en Nueva Zelanda que quienes sufren una pérdida gestacional suelen presentar mayores probabilidades de sufrir trastornos mentales. Entre sus hallazgos se tiene que el 78.56% de las mujeres que experimentaron un aborto sufrieron de depresión mayor, mientras que el 64% de ellas presentaron un cuadro de ansiedad. (Cardoso-Escamilla & Zavala-Bonachea, 2017)

Por lo tanto es importante identificar que la depresión según la OMS es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (Organización mundial de la salud, 2017)

Existen manifestaciones secundarias al aborto diferido en el ámbito biológico, psicológico y social afectando la salud e inclusive poniendo en riesgo la vida de la mujer.

En lo referente a las manifestaciones biológicas presentan síntomas como fiebre, escalofríos, afecciones a corto plazo con mayor frecuencia infecciones recurrentes y afección inflamatoria. En relación al ámbito psicológico la mayoría de alteraciones psicológicas son: depresión, sentimientos de culpa, dificultad para dormir, tristeza, ansiedad, hostilidad, rencor hacia la pareja, irritabilidad, trastornos del sueño y de la personalidad. Como consecuencias de estas alteraciones las relaciones interpersonales de las pacientes se vieron afectadas. Las consecuencias sociales que causa el haber abortado mostraron que la relación con su familia como padres, hermanos, hijos y sobretodo con su pareja se vio muy afectada, así mismo las relaciones sociales que mantenían las encuestadas con sus amigos, en el trabajo, en la iglesia y en otros sectores donde implica las relaciones interpersonales también sufrieron alteraciones. (Salvatierra, 2019)

CAPITULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La prevalencia del aborto diferido en población femenina de edad fértil es muy elevada en nuestro medio y puede considerarse una experiencia traumática y violenta que atenta contra la integridad de la mujer, de allí que sea tan relevante estudiar los efectos que presentan las mujeres que viven una pérdida gestacional.(Cardoso-Escamilla & Zavala-Bonachea, 2017) Por lo tanto constituye un impacto psicológico, motivo de ansiedad y depresión ante la posibilidad de su recurrencia, se considera significativo abordar de manera holística el impacto emocional que puede desencadenar esta complicación.

La salud mental de la mujer puede verse afectada como lo reporta Cardoso, Zabala & Alba en su estudio con mujeres que sufrieron una perdida gestacional. Debido a que atraviesan un proceso de duelo complicado y, si se agrava, existe un posible efecto traumático junto a la comorbilidad con la depresión, síndrome de estrés postraumático y otros trastornos asociados a la ansiedad, los cuales perturban su diario vivir y distorsionan la percepción de la realidad.(Suarez, 2020)

Para el desarrollo de este proyecto de investigación se utilizará la escala Beck, empleada como herramienta en psiquiatría la cual consta de 21 ítems y valora los aspectos psíquicos, físicos, conductuales, el uso de esta herramienta permitirá determinar el grado de depresión y manifestaciones de ansiedad que puede presentar la paciente con complicación de aborto diferido.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe alguna relación entre aborto diferido con la depresión y ansiedad en las pacientes ingresadas en el Hospital Provincial General Docente Riobamba en el año 2020?

1.3 JUSTIFICACIÓN

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador en su guía de práctica clínica mencionan al aborto diferido como la retención en la cavidad uterina, de un embrión o feto muerto o la detención de la progresión normal del embarazo, puede acompañarse o no de sangrado variable. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

Incluso Arias (2016) considera que el aborto diferido es una de las preocupaciones de salud pública en Ecuador y su falta de tratamiento adecuado puede provocar alta morbilidad e incluso muerte. El principal peligro del aborto diferido es la coagulopatía, el shock hipovolémico seguido de muerte en casos de hemorragias profusas.

Teniendo en cuenta lo anterior hay que mencionar que el Instituto Nacional de Estadística y Censos del Ecuador (INEC) afirman que en el 2015 hubo alrededor de 18.746 abortos no especificados, lo que representa el 5,71% de la cifra total de embarazos registrados. (González & González, 2017)

Además es importante destacar que según datos estadísticos del MSP-Ecuador, en estudios realizados en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel durante el periodo 2012-2013 se registraron 633 casos de abortos, de los cuales 481 presentaron diagnóstico de aborto diferido e incompleto, pero la mayor frecuencia de aborto diferido estuvo en el grupo etario de 21 a 26 años, para un 33,33%, el 87,18% procedían de zonas urbanas, el 22,34% tenían dos gestaciones, el 49,08% son nulíparas, el 54,94% sin abortos previos, el 63,00% sin cesáreas previas. (Alvarado & Loza, 2017)

Al ser el aborto diferido una situación que puede pasar desapercibida varios días o semanas pues muchas veces la embarazada no reconoce los síntomas, llega a provocar un problema de aspecto psicológico (depresión o ansiedad) para la madre por la pérdida del feto, es necesario reconocer tempranamente los factores predisponentes del aborto para evitar complicaciones que pongan en peligro la vida de la madre, convirtiéndose en una de las razones que motivaron este estudio, además a nivel del Cantón Riobamba no existe suficiente información sobre el tema a tratar aumentando su relevancia.

En este proyecto de investigación se utilizará el Inventario de Depresión de Beck, ya que es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad y depresión. (Sánchez, 2019)

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General

Determinar la presencia de depresión y ansiedad en pacientes con aborto diferido del Hospital Provincial General Docente Riobamba, en el periodo comprendido entre enero a diciembre del 2020.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Diferenciar el grado de depresión mediante el inventario de Beck.
- Conocer las principales manifestaciones que caracterizan a una paciente con depresión secundario al aborto diferido.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEORICO

2.1 DEPRESION

2.1.1 Definición

La depresión se considera como una alteración del estado de ánimo caracterizada por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza y agotamiento emocional. Considerada también como una tristeza sin motivo que la justifique. (Zarragoitía, 2016)

2.1.2 Epidemiología

La depresión es tal vez la más irreconocida, no diagnosticada y no tratada de las enfermedades médicas, y los costos directos e indirectos son mayores que cualquier otra enfermedad, excepto las cardiovasculares, por esta razón algunos investigadores la han denominado la gran epidemia silente. En estudios de atención primaria se plantea que es infradiagnosticada en el 31 %, aunque algunos han reportado hasta el 50 %. Además puede presentarse entre el 5 y 8 % de la población, pero en comorbilidad con otras enfermedades médicas y psiquiátricas puede alcanzar entre el 25 y 30 %. En la actualidad esta enfermedad ocupa el cuarto lugar entre las enfermedades discapacitantes y se estima que para el año 2020 ocupará el segundo. Es la primera causa de discapacidad dentro de los trastornos mentales. (Zarragoitía, 2016)

2.1.3 Factores de riesgo

Los factores de riesgo de la depresión cuentan con algunas limitaciones para definirlos: primero, es difícil establecer diferencias entre los factores que influyen en el inicio y/o el mantenimiento de la depresión; segundo, muchos de los factores de riesgo interactúan de tal manera que podrían ser causas o consecuencias de la misma. Además, pocos estudios han valorado su grado de influencia. Las variables que incrementan el riesgo de depresión se pueden clasificar en factores personales, sociales, cognitivos, familiares y genéticos. (Ministerio de sanidad y Servicios Sociales e Igualdad, 2016)

2.1.4 Manifestaciones clínicas

La presentación clínica de los cuadros depresivos es variada y se relaciona ampliamente con otros factores, incluyendo su naturaleza etiológica mencionada con anterioridad. La edad de inicio de las manifestaciones suele estar entre los 30 y 40 años, aunque con elevada incidencia en los extremos de la vida y con cierta variación de sus características clínicas (en jóvenes predominan los síntomas conductuales y en ancianos los síntomas somáticos) pero en general, se considera que la presentación sintomática de la depresión incluye tres etapas: síntomas prodrómicos (aparecen poco antes de la aparición del síndrome completo), síndromicos (confirman el diagnóstico clínico) y residuales (persisten después que el síndrome ha remitido). De forma general, se considera que los síntomas afectivos depresivos afectan todas las áreas del individuo, incluyendo emocional (ánimo bajo, tristeza, llanto, decaimiento, apatía, anhedonia, angustia), cognitiva (alteración de dominios cognitivos como atención, memoria, función ejecutiva y velocidad psicomotriz), conductual (disminución del nivel de actividad física o enlentecimiento motriz, pérdida de interés por realizar actividades – hipobulia, intranquilidad) y física (múltiples manifestaciones somáticas e inespecíficas que suelen ser un motivo frecuente de consulta médica). Sin embargo, la presentación clínica se puede agrupar de acuerdo a la sintomatología más comúnmente presentada, en predominio depresivo (24%), predominio somático (63%) y otras (15%) como ansiedad o consumo de sustancias. (Rincon, 2018)

2.1.5 Diagnóstico (Ministerio de sanidad y Servicios Sociales e Igualdad, 2016)

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y los de la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM). (Ministerio de sanidad y Servicios Sociales e Igualdad, 2016)

En cualquiera de los casos, el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión:

- ánimo depresivo
- pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar

- aumento de la fatigabilidad

Del resto de los criterios que conforman el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, los principales cambios son:

- Una reacción o proceso de duelo no excluye la existencia de un episodio depresivo mayor, indicando la conveniencia de valorar la presencia de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa.
- Se introduce el especificador “con características mixtas” que identifica los cuadros en los que coexisten síntomas depresivos con al menos 3 síntomas maníacos/hipomaníacos de un listado de 7. No obstante, las personas cuyos síntomas reúnan los criterios de manía o hipomanía, tendrán el diagnóstico de trastorno bipolar I o trastorno bipolar II, respectivamente.
- Otro especificador nuevo hace referencia a los cuadros de depresión mayor que cursan con síntomas ansiosos, en este caso la presencia de al menos 2 síntomas de ansiedad de un listado de 5 hacen a la persona tributaria del especificador “con ansiedad”.
- Se cambia la especificación “de inicio en el postparto” por la de “con inicio en el periparto” ampliándose la posible presencia de un cuadro de depresión mayor a la etapa de embarazo, además de las primeras 4 semanas del postparto contempladas anteriormente.
- Se traslada la especificación de “crónico” del trastorno depresivo mayor a los trastornos depresivos persistentes (distimia), de modo que, además de la distimia, se contempla la posibilidad de un trastorno depresivo mayor crónico o con episodios intermitentes, excluyéndose la exigencia que planteaba el DSM-IV-TR de que la persona no hubiese sufrido un episodio depresivo mayor durante los 2 primeros años de la alteración. (Ministerio de sanidad y Servicios Sociales e Igualdad, 2016)

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial del episodio depresivo debe orientarse a constatar si la etiología es idiopática o puede estar relacionada con otra patología médica, trastorno mental, consumo de drogas o alguna medicación prescrita. (Ministerio de sanidad y Servicios Sociales e Igualdad, 2016)

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de la depresión

Patologías médicas	Trastornos mentales
<p>Endocrino/Metabólicas: Patología tiroidea (hipo e hipertiroidismo), diabetes, anemia severa, enfermedad de Cushing, enfermedad de Adisson, Porfiria</p> <p>Infecciosas: Tuberculosis, infección por virus del Epstein-Barr, VIH, sífilis terciarias</p> <p>Neurológicas: Enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, ictus, epilepsia.</p> <p>Neoplasias: Carcinomatosis, cáncer páncreas.</p> <p>Otros: Lúes, dolor crónico</p>	<p>Trastorno angustia/ansiedad</p> <p>Trastorno obsesivo compulsivo</p> <p>Trastorno bipolar</p> <p>Distimia</p> <p>Trastornos adaptativos</p> <p>Síntomas negativos de la esquizofrenia</p> <p>Consumo de tóxicos</p>

Fuente: Ministerio de sanidad y Servicios Sociales e Igualdad. 2016. GPC Manejo de la depresión en el adulto.

2.1.6 Tratamiento

Desde una perspectiva general, se debe tener en cuenta como factor indispensable, que todo caso de depresión es único, dependiente de la persona que afecta y su realidad particular: vivencias, entorno, apoyo psicosocial, etcétera. Así mismo, se debe siempre tener certeza del diagnóstico, atención a comorbilidades y factores de riesgo individuales, descartar patologías somáticas o consumo de sustancias, evaluar antecedentes y respuesta a tratamientos previos e identificar sintomatología y definir tratamiento ambulatorio o intrahospitalario, teniendo en cuenta siempre el desarrollo de la atención, en el margen de una adecuada alianza terapéutica. El objetivo del tratamiento de manifestaciones depresivas, debe estar encaminado a lograr adherencia terapéutica para logran remisión y evitar abandono del mismo. Así mismo, se debe siempre promulgar un tratamiento interdisciplinario, incluyendo profilaxis (prevención y acciones dirigidas a psicoeducación, así como políticas sociales y de salud pública), tratamiento biológico (farmacológico o no farmacológico), psicológico (psicoterapia individual o grupal), social (participación activa del grupo de apoyo socio – familiar) y educativo (información sobre curso, pronóstico y educación a paciente y familia). (Rincon, 2018)

2.2 ANSIEDAD

2.2.1 Definición

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza. (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 2018)

2.2.2 Epidemiología

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud los Trastornos de Ansiedad en los Servicios de Atención Primaria presentan una prevalencia del 12% además la ansiedad se considera como el trastorno que más temprano inicia a la edad de 15 años siendo, por lo tanto se considera más prevalente en la etapa más productiva de la vida laboral y alcanza su máximo desenvolvimiento entre los 25 y 45 años siendo más alta en mujeres que en hombres. (López, 2017)

2.2.3 Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo tenemos género, siendo el sexo femenino el que mayor predisposición a desarrollar un trastorno de ansiedad, este factor es correlacionado con la edad siendo las edades de 20 a 40 años las de mayor frecuencia ya que se ha demostrado que en edades avanzadas el trastorno no es frecuente. El estado civil de los pacientes es otro factor que tiene relevancia para desarrollar estos trastornos psiquiátricos demostrándose que más de la mitad de pacientes que son atendidas en los diferentes servicios de salud mental tienen una relación afectiva con una pareja. Otros factores de riesgo se mencionan el número de hijos y el nivel de instrucción de los pacientes. Un factor muy mencionado para desarrollar un trastorno de ansiedad es el consumo de fármacos, drogas ilegales, alcohol ya que estos aumentan el riesgo de desarrollar la ansiedad patológica si tienen sobre todo un antecedente familiar de ansiedad. (Burgos, 2016)

2.2.4 Manifestaciones clínicas (Sadock & Sadock, 2018)

Tabla 2. Manifestaciones clínicas

SÍNTOMAS FÍSICOS	SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS
<ul style="list-style-type: none">• Epigastralgia• Hiperhidrosis• Hiperreflexia• Diarrea• Midriasis• Palpitaciones• Parestesias de las extremidades• Polaquiuria, retraso en el inicio de la micción, urgencia miccional• Síncope• Taquicardia• Temblores, vértigo, mareos	<ul style="list-style-type: none">• Inquietud (p. ej., caminar de un lado a otro)• Preocupación• Sensación de agobio• Miedo

Elaborado por: Santiago Hidalgo basado en (Sadock & Sadock, 2018)

2.2.5 Diagnóstico (López, 2017)

El instrumento más importante es la entrevista clínica semiestructurada que combina una técnica dirigida y libre con un estilo amigable y sin prisas, la escucha activa con el empleo de frases como “continúe por favor”, “podría explicarme” estimulan al paciente a dar una explicación minuciosa acerca de sus problemas. Al principio se deben utilizar preguntas abiertas manteniendo un contacto ocular la mayor parte del tiempo además explorar sus creencias, pensamiento, afectividad y personalidad. Existen algunas escalas que pueden servir para la valoración y diagnóstico de este tipo de trastorno entre las que mencionamos: escala de ansiedad de Goldberg, escala Hospital ansiedad y depresión, escala de Hamilton para la ansiedad, clinical anxiety scale, physician questionnaire, etc. (Lopez, 2017)

Diagnóstico diferencial de la ansiedad: El diagnóstico diferencial es difícil sin embargo debemos iniciar descartando otras causas medicas u orgánicas, consumo o abuso de sustancias toxicas o drogas, acontecimientos vitales como duelo, separaciones, problemas económicos, emigración lo cual se trataría de un trastorno adaptativo, síntomas de depresión como la tristeza lo que hablaría de un trastorno mixto o un cuadro de ansiedad mantenida sobre varias áreas con una excesiva preocupación sobre determinadas cosas que interfieren la funcionalidad por lo que estaríamos frente a un trastorno de ansiedad generalizada. (López, 2017)

2.2.6 Tratamiento (López, 2017)

El tratamiento de los trastornos de ansiedad comprende un enfoque psicofarmacológico y la psicoterapia.

2.2.6.1 Abordaje farmacológico

Tenemos dos grupos de acuerdo a su utilidad: fármacos que ayudan a prevenir episodios de ansiedad y aquellos que tratan la ansiedad de forma aguda de primera elección constituyen los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) o los inhibidores selectivos de la recaptación de la noradrenalina (ISRN). La Mirtazapina es una buena opción ya sea único o combinado. La elección de ISRS o ISRN sobre los antidepresivos tricíclicos se debe a su mejor tolerancia y menor toxicidad en altas dosis. Las benzodicepinas son una opción en las primeras semanas sin embargo las de vida media más corta suelen causar ansiedad de rebote. (López, 2017)

2.2.6.2 Abordaje Psicológico. (Burgos, 2016)

- Psicoterapia de apoyo. Esta modalidad se basa en el uso de conceptos psicodinámicos y de la alianza terapéutica para fomentar el afrontamiento adaptativo. Hay que alentar y fortalecer las defensas adaptativas y combatir aquellas que suponen una mala adaptación. El terapeuta ayuda al análisis de la realidad y ofrece consejos sobre el comportamiento. (Burgos, 2016)
- Psicoterapia orientada a la introspección. El objetivo es aumentar el desarrollo de la introspección del paciente acerca de conflictos psicológicos que, si no se resuelven,

pueden manifestarse como un comportamiento sintomático (ejemplo, ansiedad, fobias, obsesiones y compulsiones y reacciones postraumáticas de estrés). (Burgos, 2016)

2.3 ABORTO

Interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500 gramos. La tasa de pérdida clínica es del 10% al 15% de las gestaciones y más del 80% de abortos ocurren antes de las 12 semanas. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013)

2.3.1 Clasificación clínica del aborto

Tabla 3. Clasificación clínica del aborto

Tipo	Datos clínicos
Amenaza de aborto	Amenorrea secundarias Prueba de embarazo positiva (β-hCG cuantitativa) Presencia de vitalidad fetal Sangrado uterino de magnitud variable Dolor tipo cólico en hipogástrico de magnitud variable Volumen uterino acorde con amenorrea sin dilatación cervical evidente
Aborto inevitable	Volumen uterino igual o menor que lo esperado por amenorrea Sangrado uterino abundante o ruptura de membranas con pérdida de líquido amniótico Puede haber o no dilatación cervical
Aborto incompleto	Expulsión parcial del producto en concepción Sangrado uterino y dolor tipo cólico de magnitud variable Dilatación cervical evidente y volumen no acorde con amenorrea
Aborto en evolución o aborto inminente	Expulsión inminente del tejido ovular Dolor tipo cólico progresivo en intensidad y frecuencia Volumen uterino menor que lo esperado por amenorrea Sangrado uterino persistente de moderada cantidad Dilatación cervical ostensible
Aborto completo	Expulsión completa del producto de la concepción Disminución del sangrado uterino y del dolor Es frecuente el cierre del orificio cervical
Aborto diferido o huevo muerto retenido	Volumen uterino menor que por amenorrea Ausencia de vitalidad fetal (latidos cardíaco fetal) No hay modificaciones cervicales
Aborto séptico	Puede presentarse en cualquiera de las formas clínicas del aborto Existe escudamiento intrauterino de secreción hematopurulenta a través del cérvix con olor fétido Presencia de fiebre sin ningún otro sitio clínicamente evidente de infección Hipersensibilidad suprapúbica, dolor abdómino-pélvico a la movilización del cérvix y útero Alteraciones del estado general

Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). GPC Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente

2.3.2 Aborto diferido

Aborto caracterizado por la retención en la cavidad uterina de un embrión o feto muerto (incluyendo el embarazo anembrionado) o la detención de la progresión normal del embarazo, puede acompañarse o no de sangrado variable. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013)

2.3.2.1 Diagnóstico (Cunningham, G. et al. 2019)

El diagnóstico es imprescindible antes de la intervención y evita la interrupción de un IUP potencialmente vivo. La ecografía transvaginal es la herramienta principal, con los siguientes criterios:

- CRL ≥ 7 mm y sin latido cardíaco
- MSD (diámetro medio del saco) ≥ 25 mm y sin embrión
- Un escaneo de US inicial muestra un saco gestacional con saco vitelino y después de ≥ 11 días no se observa embrión con latido cardíaco
- Un escaneo de US inicial muestra un saco gestacional con saco vitelino y después de ≥ 2 semanas no se observa embrión con latido cardíaco
- Modalidades Preferible US transvaginal a transabdominal
- Imagen de modo M utilizada para documentar y medir los latidos cardíacos
- US Doppler no se utiliza para evaluar un embrión temprano normal

2.3.2.2 Tratamiento

Con la confirmación rápida de la muerte embrionaria o fetal, la evacuación quirúrgica o médica o la observación expectante es una opción. Al igual que con el aborto provocado, las opciones no quirúrgicas equilibran su no invasión con hemorragias de procedimiento más grave, tiempos de finalización más largos y tasas de éxito más bajas. De las opciones, la atención expectante rinde menos de las opciones médicas o quirúrgicas, y las tasas de fracaso varían entre 15 a 50%. Además, pueden pasar semanas entre el diagnóstico de falla del embarazo y el aborto espontáneo real. De manera alternativa, se consigue administrar misoprostol para acelerar la evacuación uterina. Una sola dosis de 800 μg por vía vaginal es un estándar común. Se puede repetir en 1 a 2 días, y un ensayo grande informó que 22% de las pacientes necesitaron una segunda dosis. La confirmación de la finalización logra incluir un historial de sangrado abundante, calambres y paso de tejido seguido de flujo de reflujo; un grosor endometrial ecográficamente delgado; y disminución de los niveles de BhCG en suero con mucha rapidez. Dicho esto, no hay consenso sobre un umbral de grosor endometrial que requiera intervención adicional. (Cunningham, G. et al. 2019)

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo, retrospectivo ya que se basa en el periodo de estudio que abarca Enero-Diciembre 2020 y observacional por tener un carácter estadístico o demográfico, basado en datos obtenidos mediante la aplicación de distintas técnicas como recolección e información de historias clínicas y aplicación de instrumentos válidos, que permitan cumplir con el objetivo de identificar las variables que caracterizan a las pacientes con aborto diferido y depresión o ansiedad del Hospital Provincial General Docente Riobamba, en el periodo comprendido entre Enero a Diciembre del 2020.

Es un estudio de corte transversal, ya que trabaja con una población específica, que en este caso son mujeres que obtuvieron atención en el Hospital Provincial General Docente Riobamba y que han sido diagnosticadas con aborto diferido. Dentro del estudio se describe las variables de depresión y ansiedad.

3.2 Unidad de análisis

El estudio se realizó con pacientes mujeres que fueron atendidas durante el periodo de Enero-Diciembre 2020, en el Hospital Provincial General Docente Riobamba de la provincia de Chimborazo-Ecuador.

3.3 Población de estudio

La población esta compuesta de 34 pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia en el Hospital Provincial General Docente Riobamba, con diagnóstico de aborto diferido en el periodo mencionado.

3.4 Tamaño de muestra

La muestra está conformada por el número total de pacientes mujeres con diagnóstico de aborto diferido, que han sido atendidos en el Hospital Provincial General Docente Riobamba en el periodo anteriormente mencionado, 30 es la muestra objetivo de estudio aplicando los criterios de inclusión y exclusión.

3.5 Técnicas de recolección de datos

Fuentes de información: Artículos científicos, tesis, libros, artículos de internet.

Revisión documental: Historias clínicas

Revisión del sistema de apoyo del personal médico: se utilizó matriz en Excel del departamento de estadística del Hospital Provincial General Docente Riobamba en el cual se refleja las pacientes atendidas en el periodo enero-diciembre 2020 con diagnóstico de aborto diferido, con la debida autorización para hacer uso académico de la información que es confidencial.

3.6 Criterios de inclusión:

- Mujeres con edad mayor o igual a 18 años.
- Mujeres con diagnóstico de aborto diferido
- Mujeres ingresadas en el periodo enero – diciembre 2020
- Mujeres con aborto diferido a las cuales se realizó la resolución terapéutica en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba.
- Historias clínicas con datos completos

3.7 Criterios de exclusión:

- Historias clínicas con datos incompletos
- Mujeres ingresadas con otro tipo que aborto diferente al estudiado.
- Mujeres embarazadas menores de 18 años.

3.8 Técnicas y procedimientos

- Se aprobó el tema de investigación a cargo de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Chimborazo.
- Se realizó los trámites para la obtención de los permisos necesarios para la recolección de información de las históricas clínicas a cargo de estadística del Hospital Provincial General Docente de Riobamba.
- Mediante el uso de la hoja 001, 051 y de admisión se pudo obtener los datos necesarios para el contacto con las pacientes.
- Se utilizó el consentimiento informado avalado por la OMS el cual consta como anexo número 5.
- Se aplicó la escala de Beck mediante la utilización de la herramienta de Formulario de

Gmail, que consta como anexo número 4.

- Se revisó y analizó los datos obtenidos.

3.9 Procesamiento estadístico

- Se determinó el número de respuestas por literal para la obtención de los porcentajes.
- Para la presentación de resultados se construyeron tablas y gráficos, mediante los indicadores de cada pregunta del test y la variable de embarazo planificado.
- Los datos fueron procesados en forma manual utilizando calculadora de mesa, laptop MacBook Air 2015 con el programa Excel 2016.

3.10 Consideraciones éticas

- Se realizó el trabajo previa autorización del Hospital Provincial General Docente de Riobamba, en el cual se firmó acuerdo de confidencialidad de la información extraída. Anexo 5.
- Se guardó y se guardará absoluta reserva de la información recolectada, y será utilizada únicamente con fines de la investigación.
- Se socializó el consentimiento informado con cada paciente a la cual se aplicaría el test.

3.11 Técnicas de análisis e interpretación de la información

Para el desarrollo de este estudio, se utilizó el método inductivo-deductivo, ya que se estableció que las pacientes con diagnóstico de aborto diferido pueden presentar ansiedad y depresión, por otro lado, se utilizó la técnica de investigación analítica-sintética, ya que se realizó un análisis de toda la información obtenida en el Hospital Provincial General Docente Riobamba. Se estableció un análisis de variables cualitativas, para esto se desarrolló una encuesta con la población de estudio (30 pacientes), en donde luego de tabular la información, se procedió al análisis e interpretación de los resultados que se obtuvo luego de la aplicación de esta técnica. Con la finalidad de garantizar la seguridad de información que viene a ser confidencial, se aplicó un consentimiento informado de manera individual y se solicitó los permisos necesarios para el acceso de la información en la unidad hospitalaria.

Identificación de variables

Tabla 4. Listado de variables para análisis posterior de resultados

Variable	Tipo	Escala	Definición operacional	Indicadores
Depresión	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none">• Depresión mínima o nula• Depresión leve• Depresión moderada• Depresión grave	Grado de depresión	Cual es el grado de depresión que presentan las pacientes diagnosticadas con aborto diferido.
Ansiedad frente a un futuro embarazo	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none">• Si• No	Presencia de ansiedad	La ansiedad puede reflejarse frente a un futuro embarazo.

Elaborado por: Santiago Hidalgo

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

Tabla Nro.5. Clasificación con respecto al puntaje del test de Beck

Clasificación	Puntaje
Depresión mínima o nula	0-13
Depresión leve	14-19
Depresión moderada	20-28
Depresión grave	29-63

Elaborado por: Santiago Hidalgo en base a (Barreda, 2019)

Tabla Nro.6. Puntuación de cada paciente en el test de Beck

Rangos	0-13	14-19	20-28	>29
Pacientes				
1	0			
2			23	
3		14		
4	6			
5	13			
6		14		
7	7			
8	4			
9	0			
10	0			
11		16		
12			21	
13		18		
14		15		
15	13			
16		14		
17		17		
18	13			
19	2			
20	4			
21	4			

22	5			
23	4			
24	3			
25	5			
26	10			
27	7			
28		19		
29		19		
30		16		

Elaborado por: Santiago Hidalgo

Tabla Nro.7. Relación entre el grado de depresión y la ansiedad manifestada con el deseo de un próximo embarazo

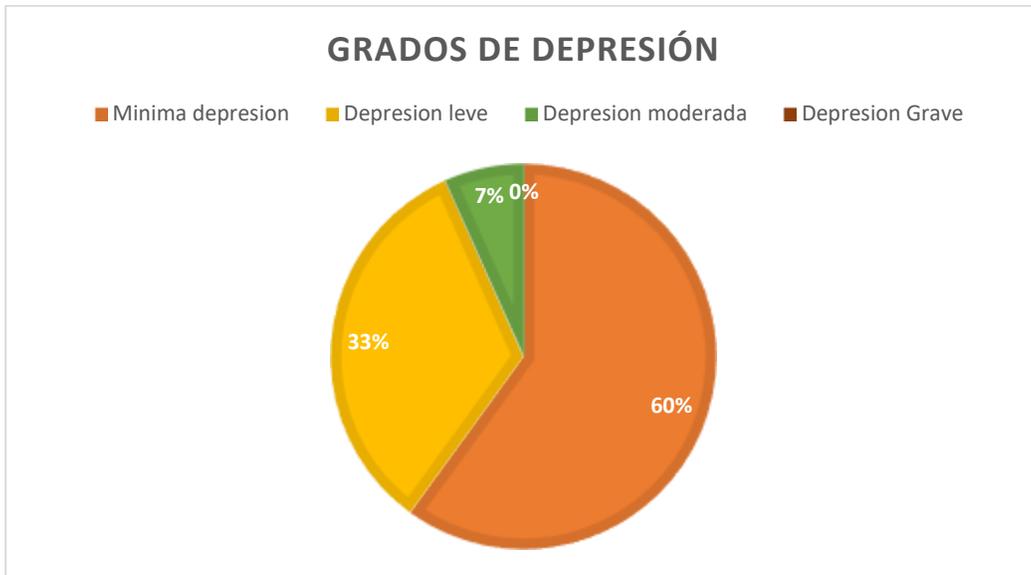
Pacientes	Grado de depresión			Ansiedad
	Mínima – nula	Leve	Moderada	Deseo de un próximo embarazo
1	X			SI
2			X	NO
3		X		NO
4	X			SI
5	X			SI
6		X		NO
7	X			SI
8	X			SI
9	X			SI
10	X			SI
11		X		NO
12			X	NO
13		X		NO
14		X		NO
15	X			SI
16		X		NO
17		X		NO
18	X			SI
19	X			SI

20	X			SI
21	X			SI
22	X			SI
23	X			SI
24	X			SI
25	X			SI
26	X			SI
27	X			SI
28		X		NO
29		X		NO
30		X		NO

Elaborado por: Santiago Hidalgo

En la tabla Nro.7 se identifica que a medida que existe depresión se relaciona con ansiedad a un futuro embarazo

Gráfico Nro.1. Grados de depresión de acuerdo al puntaje obtenido en el test de Beck de cada paciente



Elaborado por: Santiago Hidalgo

En el gráfico Nro.1 se determina que: el 60% (18 pacientes) de la población tiene un estado de mínima depresión, el 33% (10 pacientes) tiene depresión leve, el 7% (2 pacientes) tiene depresión moderada y ningún paciente tiene depresión grave dando una totalidad de 30 respuestas.

Gráfico Nro.2. Pregunta referente al deseo de volverse a embarazar.



Elaborado por: Santiago Hidalgo

En el gráfico Nro.2 se determina que: el 60% (18 pacientes) mencionaron que desean volverse a embarazarse, mientras que el 40% (12 pacientes) no desean un nuevo embarazo, determinando así la presencia de ansiedad.

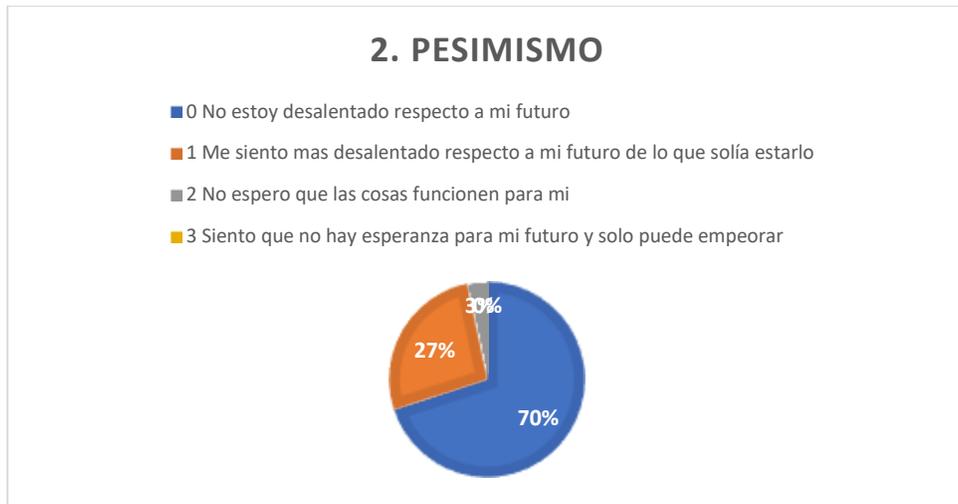
Gráfico Nro.3. Pregunta 1 del Test de Beck



Elaborado por: Santiago Hidalgo

En el gráfico Nro.3 se determina que: el 73% (22 pacientes) obtuvo un puntaje de cero, el 23% (7 pacientes) un puntaje de 1 y el 4% (1 paciente) un puntaje de 2, dando una totalidad de 30 respuestas de las cuales ninguna tiene un puntaje de 3 en el enunciado de tristeza.

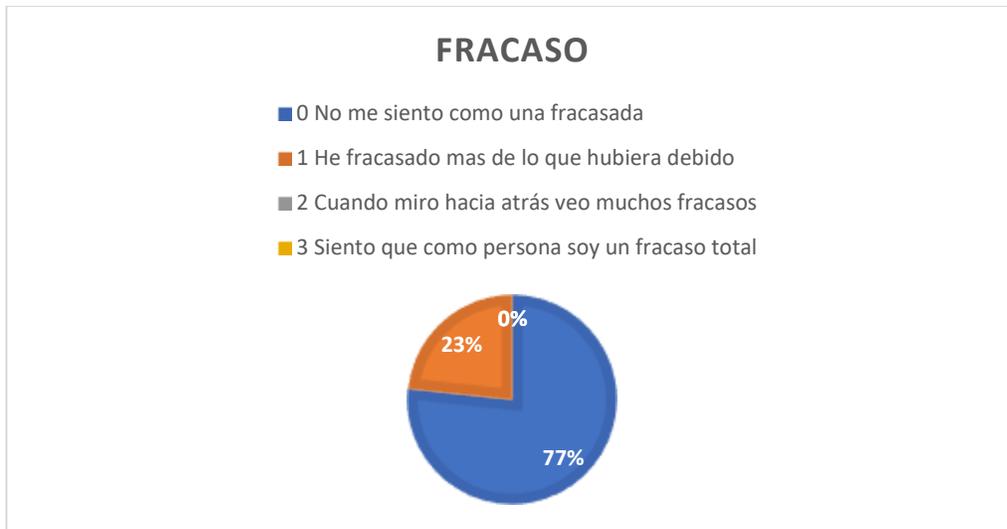
Gráfico Nro.4. Pregunta 2 del Test de Beck



Elaborado por: Santiago Hidalgo

En el gráfico Nro.4 se determina que: el 70% (21 pacientes) obtuvo un puntaje de cero, el 27% (8 pacientes) un puntaje de 1 y el 3% (1 paciente) un puntaje de 2, dando una totalidad de 30 respuestas de las cuales ninguna tiene un puntaje de 3 en el enunciado de pesimismo.

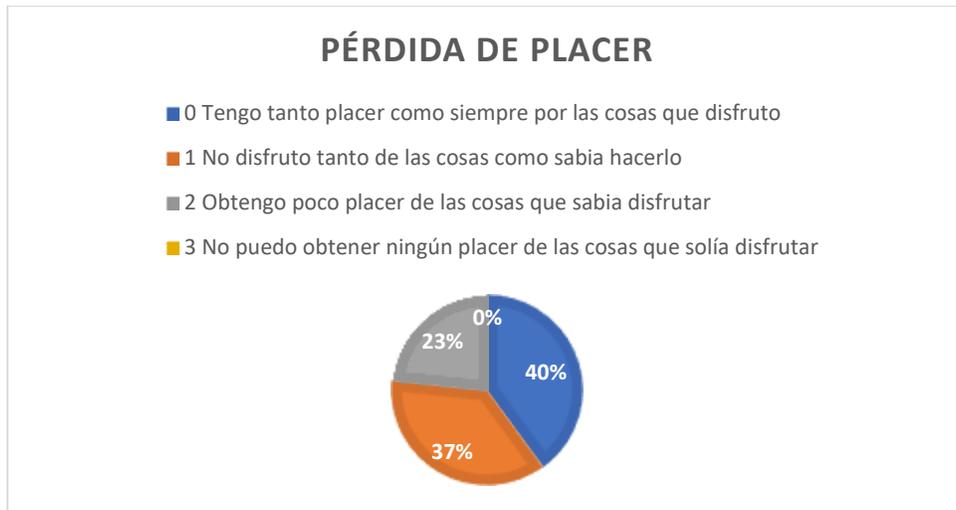
Gráfico Nro.5. Pregunta 3 del Test de Beck



Elaborado por: Santiago Hidalgo

En el gráfico Nro.5 se determina que: el 77% (23 pacientes) obtuvo un puntaje de cero y el 23% (7 pacientes) un puntaje de 1, dando una totalidad de 30 respuestas de las cuales ninguna tiene un puntaje de 2 y 3 en el enunciado de fracaso.

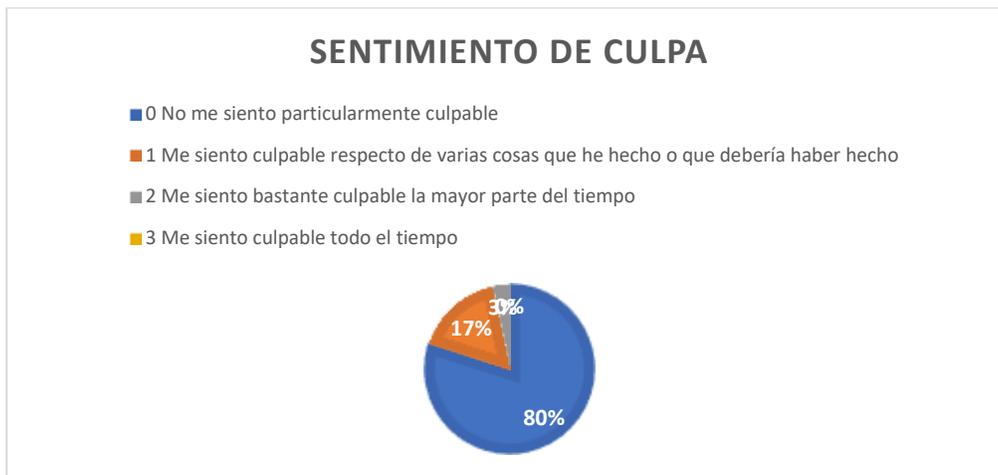
Gráfico Nro.6. Pregunta 4 del Test de Beck



Elaborado por: Santiago Hidalgo

En el gráfico Nro.6 se determina que: el 40% (12 pacientes) obtuvo un puntaje de cero, el 37% (11 pacientes) un puntaje de 1, el 23% (7 pacientes) un puntaje de 2, dando una totalidad de 30 respuestas de las cuales ninguna tiene un puntaje de 3 en el enunciado de perdida de placer.

Gráfico Nro.7. Pregunta 5 del Test de Beck



Elaborado por: Santiago Hidalgo

En el gráfico Nro.7 se determina que: el 80% (24 pacientes) obtuvo un puntaje de cero, el 17% (5 pacientes) un puntaje de 1, el 3% (1 paciente) un puntaje de 2, dando una totalidad de 30 respuestas de las cuales ninguna tiene un puntaje de 3 en el enunciado de sentimiento de culpa.

Gráfico Nro.8. Pregunta 6 del Test de Beck



Elaborado por: Santiago Hidalgo

En el gráfico Nro.8 se determina que: el 60% (18 pacientes) obtuvo un puntaje de cero, el 37% (11 pacientes) un puntaje de 1, el 3% (1 paciente) un puntaje de 2, dando una totalidad de 30 respuestas de las cuales ninguna tiene un puntaje de 3 en el enunciado sentimiento de castigo.

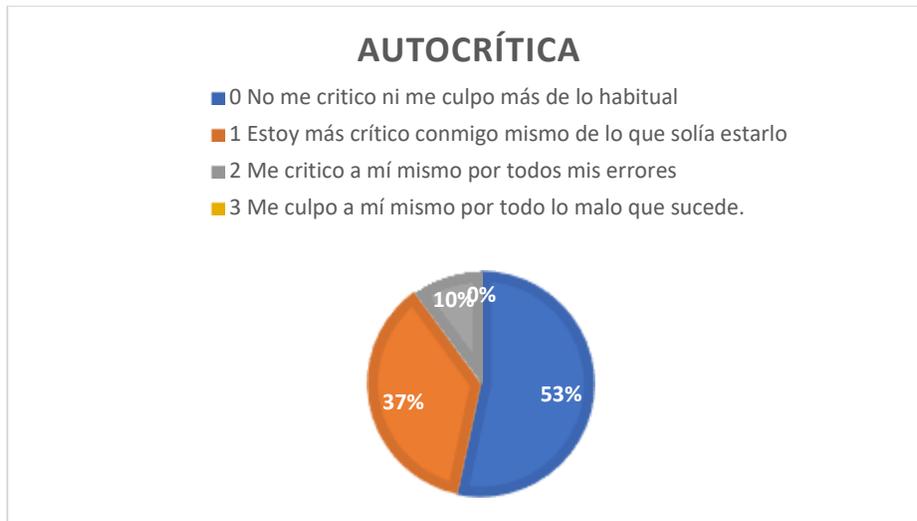
Gráfico Nro.9. Pregunta 7 del Test de Beck



Elaborado por: Santiago Hidalgo

En el gráfico Nro.9 se determina que: el 60% (18 pacientes) obtuvo un puntaje de cero, el 33% (10 pacientes) un puntaje de 1, el 7% (2 pacientes) un puntaje de 2, dando una totalidad de 30 respuestas de las cuales ninguna tiene un puntaje de 3 en el enunciado disconformidad con uno mismo.

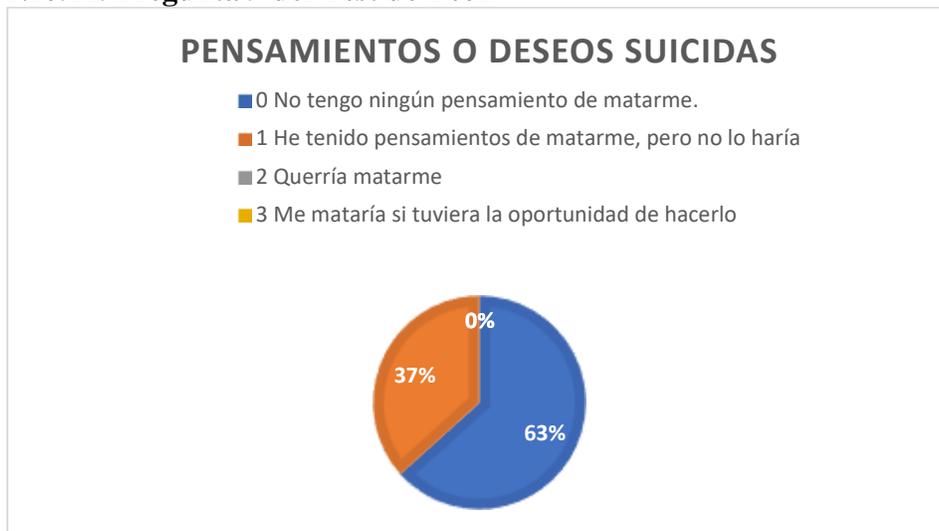
Gráfico Nro.10. Pregunta 8 del Test de Beck



Elaborado por: Santiago Hidalgo

En el gráfico Nro.10 se determina que: el 53% (16 pacientes) obtuvo un puntaje de cero, el 37% (11 pacientes) un puntaje de 1, el 10% (3 pacientes) un puntaje de 2, dando una totalidad de 30 respuestas de las cuales ninguna tiene un puntaje de 3 en el enunciado autocrítica.

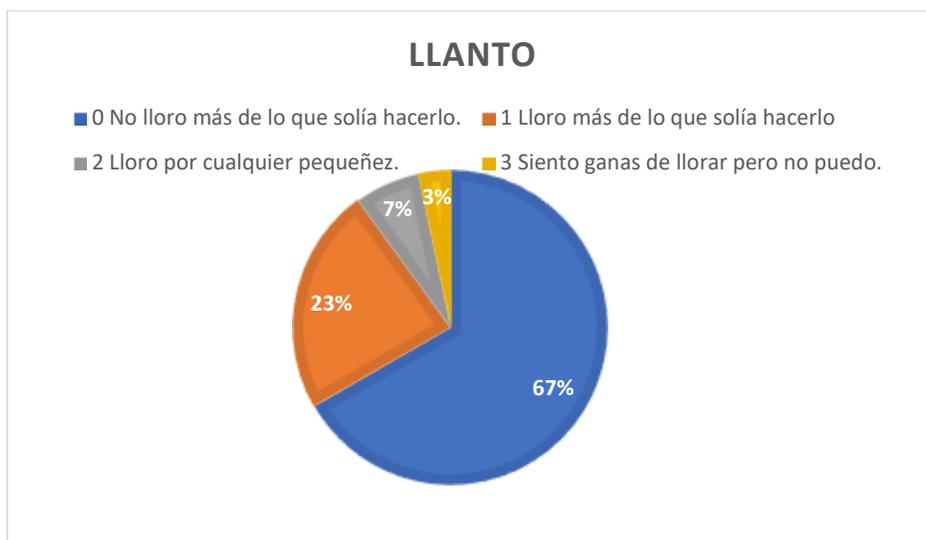
Gráfico Nro.11. Pregunta 9 del Test de Beck



Elaborado por: Santiago Hidalgo

En el gráfico Nro.11 se determina que: el 63% (19 pacientes) obtuvo un puntaje de cero, el 37% (11 pacientes) un puntaje de 1, dando una totalidad de 30 respuestas de las cuales ninguna tiene un puntaje de 2 y 3 en el enunciado pensamientos o deseos suicidas.

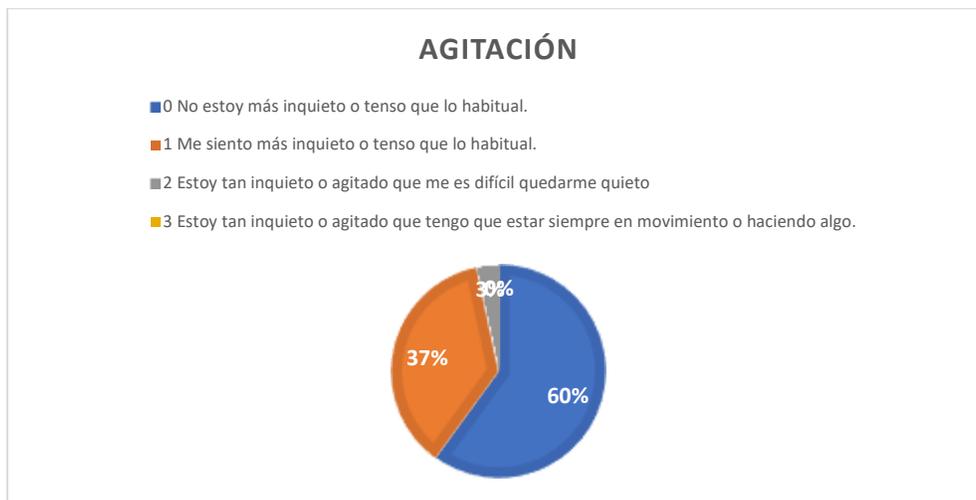
Gráfico Nro.12. Pregunta 10 del Test de Beck



Elaborado por: Santiago Hidalgo

En el gráfico Nro.12 se determina que: el 67% (20 pacientes) obtuvo un puntaje de cero, el 27% (7 pacientes) un puntaje de 1, el 7% (2 pacientes) un puntaje de 2 y el 3% (1 paciente) puntaje de 3, dando una totalidad de 30 respuestas en el enunciado de llanto.

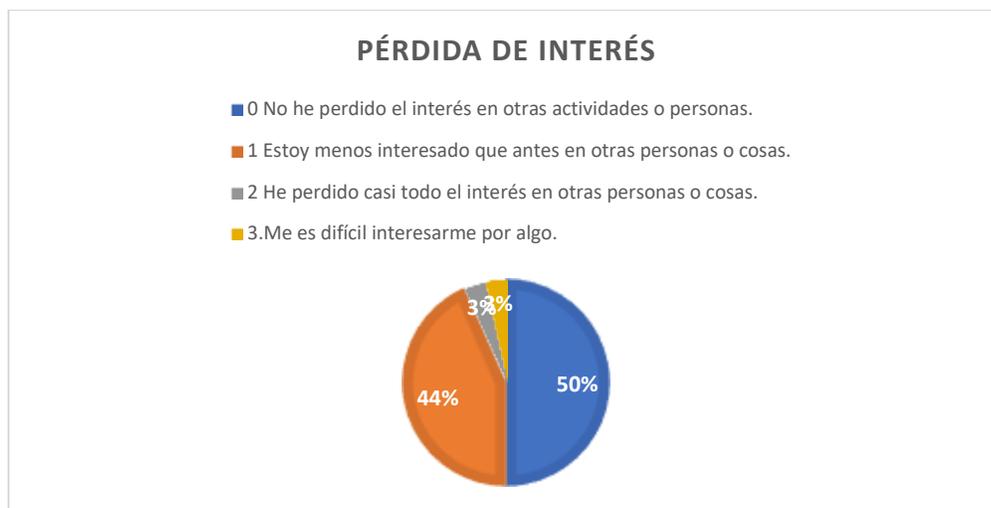
Gráfico Nro.13. Pregunta 11 del Test de Beck



Elaborado por: Santiago Hidalgo

En el gráfico Nro.13 se determina que: el 60% (18 pacientes) obtuvo un puntaje de cero, el 37% (11 pacientes) un puntaje de 1, el 3% (1 paciente) un puntaje de 2 dando una totalidad de 30 respuestas de las cuales ninguna tiene un puntaje de 3 en el enunciado agitación.

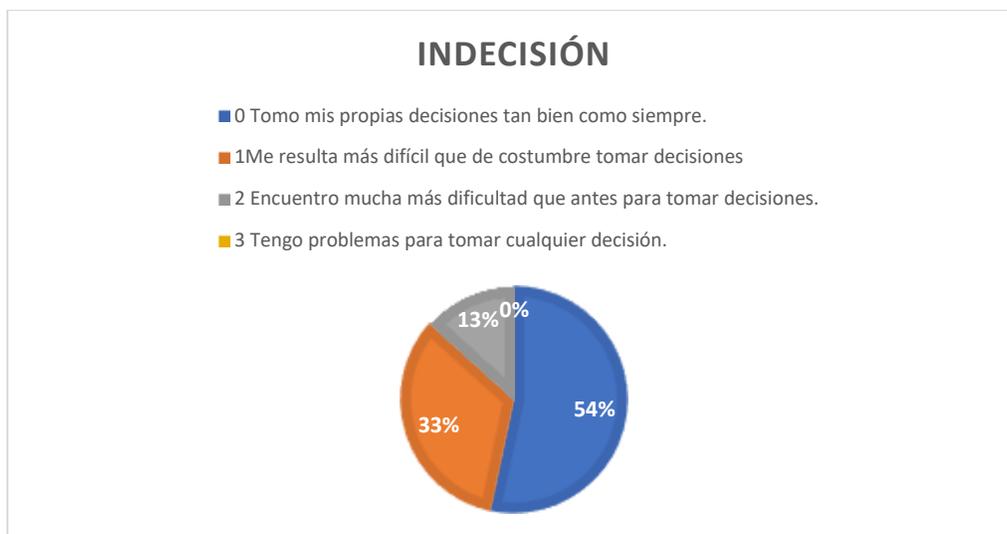
Gráfico Nro.14. Pregunta 12 del Test de Beck



Elaborado por: Santiago Hidalgo

En el gráfico Nro.14 se determina que: el 50% (15 pacientes) obtuvo un puntaje de cero, el 44% (13 pacientes) un puntaje de 1, 3% (1 paciente) un puntaje de 2, 3% (1 paciente) un puntaje de 3, dando una totalidad de 30 respuestas en el enunciado pérdida de interés.

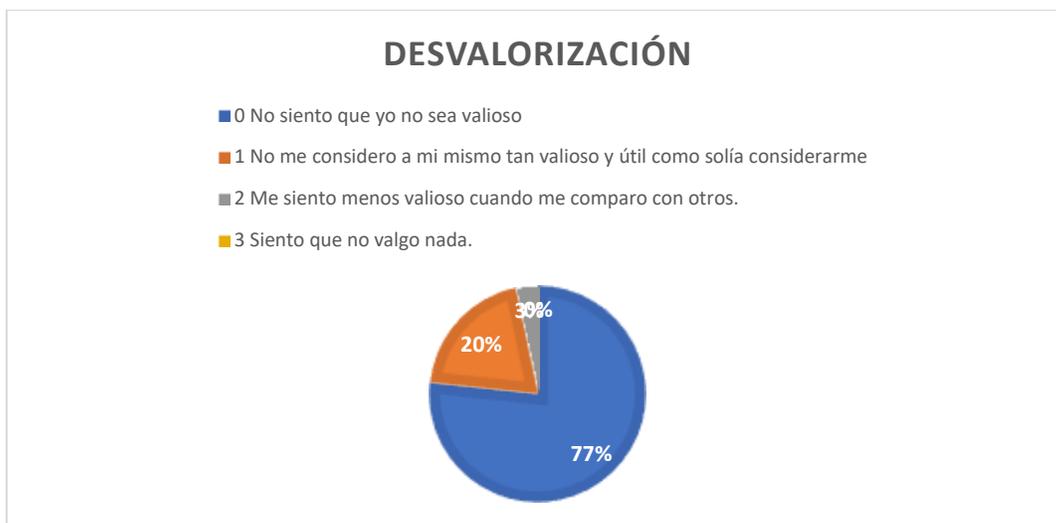
Gráfico Nro.15. Pregunta 13 del Test de Beck



Elaborado por: Santiago Hidalgo

En el gráfico Nro.15 se determina que: el 54% (16 pacientes) obtuvo un puntaje de cero, el 33% (10 pacientes) un puntaje de 1, 13% (4 pacientes) un puntaje de 2, dando una totalidad de 30 respuestas de las cuales no se obtuvo ninguna con un puntaje de 3 en el enunciado indecisión.

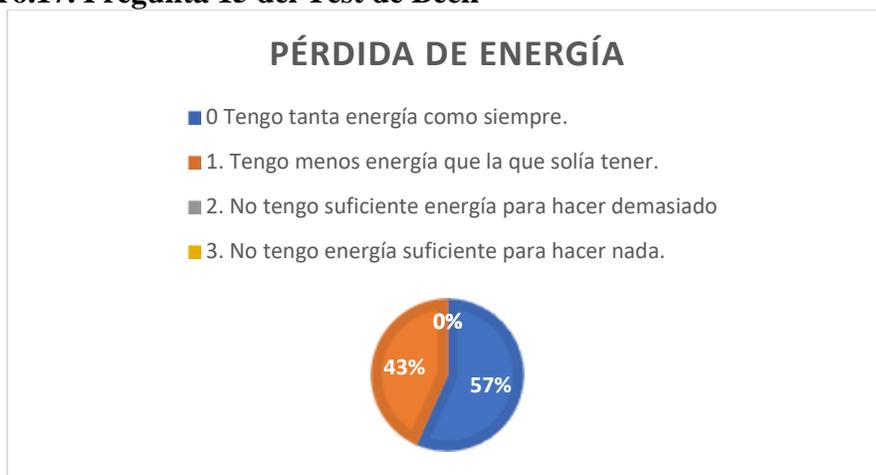
Gráfico Nro.16. Pregunta 14 del Test de Beck



Elaborado por: Santiago Hidalgo

En el gráfico Nro.16 se determina que: el 77% (23 pacientes) obtuvo un puntaje de cero, el 20% (6 pacientes) un puntaje de 1, 3% (1 paciente) un puntaje de 2, dando una totalidad de 30 respuestas de las cuales no se obtuvo ninguna con un puntaje de 3 en el enunciado desvalorización.

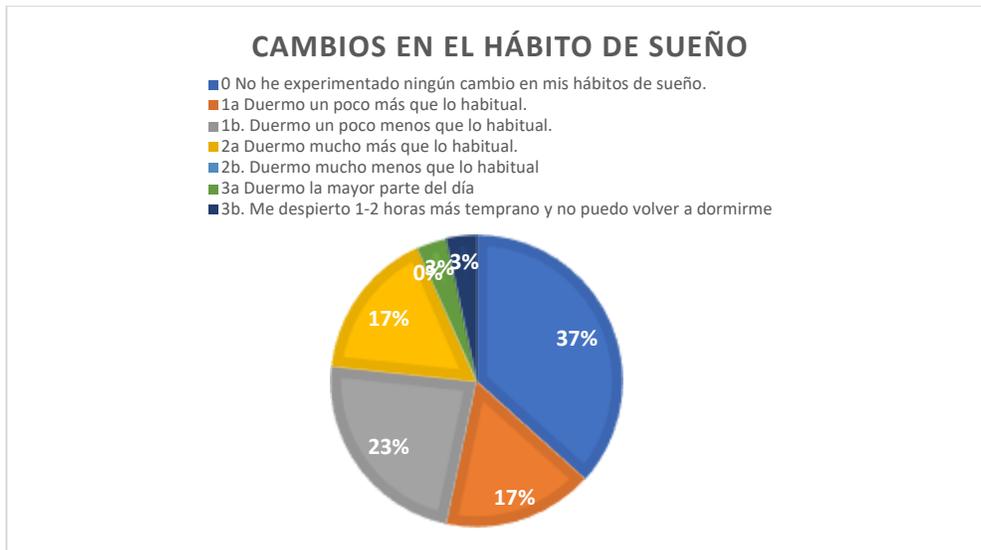
Gráfico Nro.17. Pregunta 15 del Test de Beck



Elaborado por: Santiago Hidalgo

En el gráfico Nro.17 se determina que: el 57% (17 pacientes) obtuvo un puntaje de cero, el 43% (13 pacientes) un puntaje de 1, dando una totalidad de 30 respuestas de las cuales no se obtuvo ninguna con un puntaje de 2 y 3 en el enunciado pérdida de energía.

Gráfico Nro.18. Pregunta 16 del Test de Beck



Elaborado por: Santiago Hidalgo

En el gráfico Nro.18 se determina que: el 37% (11 pacientes) obtuvo un puntaje de cero, el 23% (7 pacientes) un puntaje de 1, el 17% (5 pacientes) un puntaje de 1, el 17% (5 pacientes) un puntaje de 2, el 3% (1 paciente) un puntaje de 3, el 3% (1 paciente) un puntaje de 3, dando una totalidad de 30 respuestas en el enunciado cambios en el hábito de sueño.

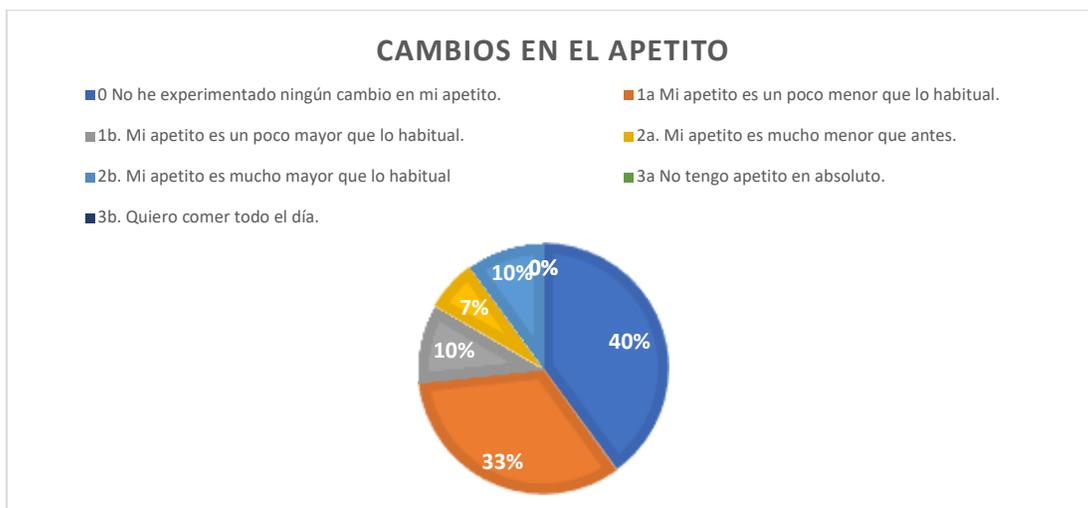
Gráfico Nro.19. Pregunta 17 del Test de Beck



Elaborado por: Santiago Hidalgo

En el gráfico Nro.19 se determina que: el 53% (16 pacientes) obtuvo un puntaje de cero, el 47% (14 pacientes) un puntaje de 1, dando una totalidad de 30 respuestas de las cuales no se obtuvo ninguna con un puntaje de 2 y 3 en el enunciado irritabilidad.

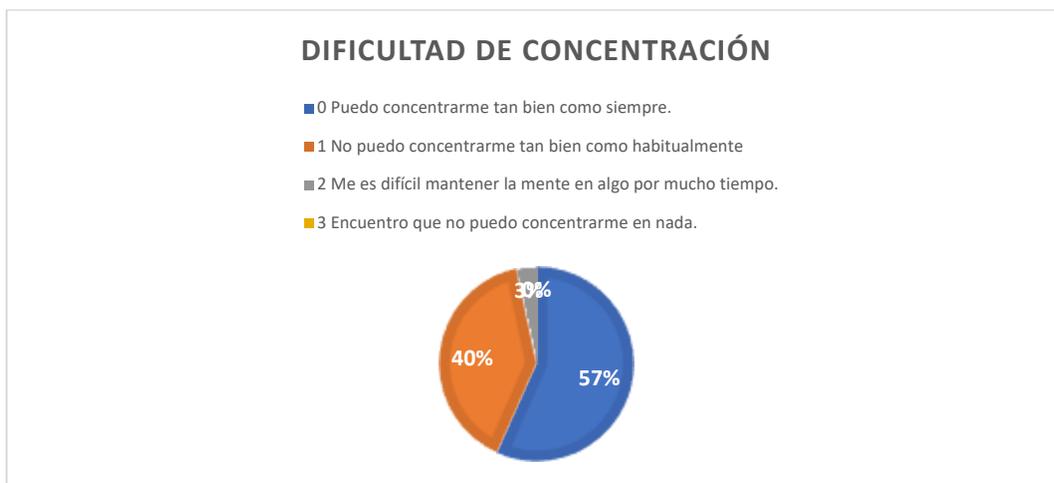
Gráfico Nro.20. Pregunta 18 del Test de Beck



Elaborado por: Santiago Hidalgo

En el gráfico Nro.20 se determina que: el 40% (12 pacientes) obtuvo un puntaje de cero, el 33% (10 pacientes) un puntaje de 1, el 10% (3 pacientes) un puntaje de 1, el 7% (2 pacientes) puntaje de 2, el 10% (3 pacientes) puntaje de 2, dando una totalidad de 30 respuestas de las cuales no se obtuvo ninguna con un puntaje de 3 en el enunciado cambios en el apetito.

Gráfico Nro.21. Pregunta 19 del Test de Beck



Elaborado por: Santiago Hidalgo

En el gráfico Nro.21 se determina que: el 57% (17 pacientes) obtuvo un puntaje de cero, el 40% (12 pacientes) un puntaje de 1, el 3% (1 paciente) un puntaje de 2, dando una totalidad de 30 respuestas de las cuales no se obtuvo ninguna con un puntaje de 3 en el enunciado dificultad de concentración.

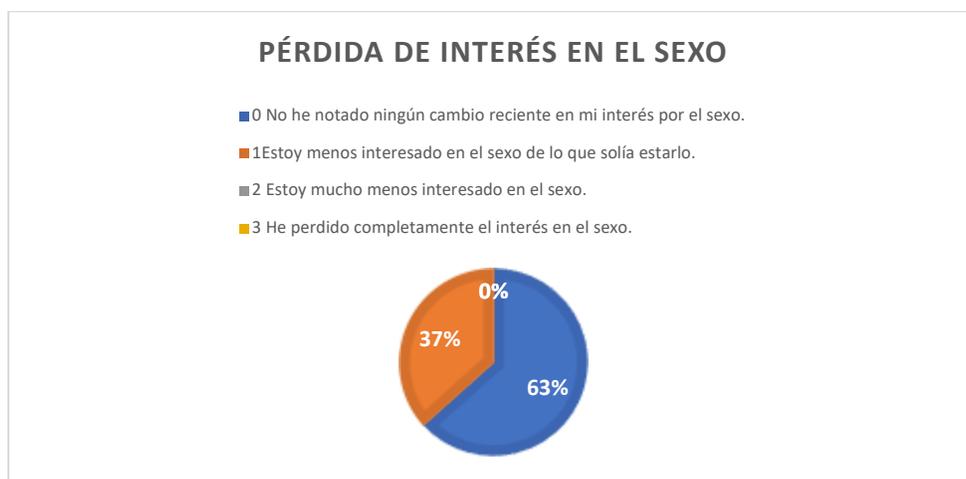
Gráfico Nro.22. Pregunta 20 del Test de Beck



Elaborado por: Santiago Hidalgo

En el gráfico Nro.22 se determina que: el 63% (19 pacientes) obtuvo un puntaje de cero, el 30% (9 pacientes) un puntaje de 1, el 7% (2 pacientes) un puntaje de 2, dando una totalidad de 30 respuestas de las cuales no se obtuvo ninguna con un puntaje de 3 en el enunciado cansancio o fatiga.

Gráfico Nro.23. Pregunta 21 del Test de Beck



Elaborado por: Santiago Hidalgo

En el gráfico Nro.23 se determina que: el 63% (19 pacientes) obtuvo un puntaje de cero, el 37% (11 pacientes) un puntaje de 1, dando una totalidad de 30 respuestas de las cuales no se obtuvo ninguna con un puntaje de 2 y 3 en el enunciado pérdida de interés en el sexo.

4.2 DISCUSIÓN

Después del análisis realizado de manera individualizada a cada paciente con el inventario de depresión de Beck se identificó que 18 pacientes de la población tienen un estado de mínima o nula depresión, 10 pacientes tienen depresión leve, y 2 pacientes tienen depresión moderada, lo que significa que el 40% de la muestra presenta depresión, lo que coincide con el estudio de Torres (2017) y Rodríguez (2016) ya que mencionan que los síntomas de ansiedad y/o depresión son frecuentes en las pacientes posteriores a presentar un aborto y en este caso lo identifican con una prevalencia de depresión y/o ansiedad postaborto del 54%, coincidiendo con lo descrito en literatura internacional que reporta un 62%.

Al correlacionar la variable de un próximo embarazo y la población que se encuentra con una depresión leve y moderada se determina que estas 12 pacientes no desean volver a embarazarse, mientras que las 18 pacientes restantes que se encuentran en un estado de depresión mínima o nula si desean volver a embarazarse. La FIGO (International federation of gynecology and obstetrics) menciona que el aborto es un evento traumático que afecta a cada mujer de manera diferente, pero puede provocar dolor, ansiedad, depresión e incluso síntomas del trastorno de estrés postraumático, además esta experiencia podría afectar aún más la salud mental materna en los embarazos posteriores, pues experimentan más ansiedad y angustia al considerar un próximo embarazo prefiriendo evitarlo. (International federation of gynecology and obstetrics, 2018)

Por lo cual en este estudio se valoró la presencia de ansiedad mediante la pregunta 22, encontrando que el 40% que no desea un próximo embarazo presenta estado de ansiedad porque presentan temor a experimentar en un futuro el evento traumático.

Se identificó que los ítems del test de Beck que mayor puntaje alcanzaron fueron: ítem 4 pérdida de placer en la cual 11 pacientes dieron un puntaje de 1, y 7 pacientes un puntaje de 2, teniendo una totalidad de 18 respuestas, ítem 16 cambios en el hábito de sueño en la cual 12 pacientes dieron un puntaje de 1; 5 pacientes un puntaje de 2 y 1 paciente un puntaje de 3 con una totalidad de 18 respuestas, ítem 18 en el cual 13 pacientes obtuvieron un puntaje de 1; 5 pacientes puntaje de 2 dando una totalidad de 18 respuestas. Determinando que las variables que caracterizan con mayor intensidad a las pacientes con aborto diferido y se encuentran en un estado de depresión son: disminución del sueño, pérdida de apetito y

pérdida de placer en la actividad diaria, López (2018) menciona que los síntomas somáticos más frecuentes de la depresión son: pérdida de sueño y apetito, mientras que el síntoma afectivo más usual es anhedonia que se relaciona con la pérdida de placer a actividades que anteriormente resultaban placenteras. (López S. 2018)

4.3 CONCLUSIONES

- Se determinó que el 40% de la muestra con diagnóstico de aborto diferido presenta depresión y el mismo porcentaje se acompaña de ansiedad.
- Se identificó que el 33% cursa con una depresión leve y el 7% depresión moderada a diferencia del 60% que presenta depresión mínima o nula según el inventario de Beck.
- Las principales manifestaciones que caracterizan a las pacientes con aborto diferido que se encuentran con depresión sea esta leve o moderada son: pérdida de apetito, pérdida de sueño y disminución de placer de las actividades de la vida diaria.

4.4 RECOMENDACIONES

- Se recomienda al Hospital Provincial General Docente Riobamba capacitar al personal mediante talleres sobre la captación de pacientes que presenten depresión y ansiedad posterior a un aborto diferido.
- Se sugiere al personal hospitalario un acercamiento oportuno que permita brindar un diagnóstico mediante la aplicación de los diferentes test acompañados de apoyo emocional y escucha activa.

4.5 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarado, J., & Loza, A. (2017). *ABORTO DIFERIDO EN MUJERES DEL HOSPITAL IESS DE MILAGRO ENTRE 2014-2015* [UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL]. Recuperado de: http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31908/1/CD_1488-ALVARADO_OCAÑA_JENNYFFER_BRIGGITTE.pdf
- Arias, N.(2016). *ABORTO DIFERIDO EN ADOLESCENTES DE 11 A 19 AÑOS DE EDAD, EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL MARIANA DE JESÚS* (Tesis) Recuperado de: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/48001/1/CD%20290-%20ARIAS%20VELIZ%20NATALIA.pdf>
- Barreda, D. (2019). *Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica*. Revista de Investigación en Psicología. Recuperado de: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/16580/14212>
- Burgos, E. (2016). *TRASTORNO DE ANSIEDAD, CAUSAS Y FACTORES PREDISponentes. ESTUDIO A REALIZARSE EN MUJERES DE 20 A 40 AÑOS*. Guayaquil. Recuperado de: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/36082/1/CD-737%20BURGOS%20RIVERA%2C%20ELSA%20CECILIA.pdf>
- Cardoso-Escamilla, M. E., & Zavala-Bonachea, T. (2017). *Depresión y estrés postraumático en mujeres con pérdidas gestacionales inducidas e involuntarias*. *Pensamiento Psicológico*, 15(2), 109–120. Recuperado de: <https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI15-2.depm>
- Cunningham, G. et al. (2019) *Williams Obstetricia*. McGrawHill. 25 Edición
- Gonzalez, M., & Gonzalez, A.(2017). *DESENCANTO Y DESAFÍO DE LAS AGENDAS DE IGUALDAD: EL CASO DEL ABORTO EN ECUADOR*. Dialnet
- Instituto Guttmacher. (2020). *Embarazo no planeado y aborto a nivel mundial*. Recuperado de: <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/aborto-inducido-nivel->

mundial

- International federation of gynecology and obstetrics.(2018). *Impacto psicológico del aborto espontáneo*. Recuperado de: <https://www.figo.org/es/news/cual-es-el-impacto-psicologico-del-aborto-espontaneo>
- López, A. (2017). *FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN Y LA ANSIEDAD EN PACIENTES CON DM TIPO II E HTA ESENCIAL EN EL CENTRO DE SALUD DE CONOCOTO*. Quito. Obtenido de <https://core.ac.uk/download/pdf/143443891.pdf>
- López, S. (2018). *Manifestaciones clínicas de la depresión. Sintomatología: síntomas afectivos, de ansiedad, somáticos, cognitivos y conductuales*. Elsevier. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-manifestaciones-clinicas-depresion-sintomatologia-sintomas-X1138359306908115>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador.(2013). *GPC Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente*. Recuperado de: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/EQU/INT_CEDAW_ARL_ECU_18979_S.pdf
- Ministerio de sanidad y Servicios Sociales e Igualdad. (2016). *GPC Manejo de la depresión en el adulto*. Madrid. Obtenido de https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. (2018). *Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria*. Madrid. Obtenido de https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf
- Organización mundial de la salud. (2017). *Depresión*. WHO; World Health Organization. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Rincon, G. (2018). *CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II CON SINTOMAS DE DEPRESION*. La Habana.
- Rodríguez, C.(2016). *VALORACION DE SINTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON ABORTO ESPONTÁNEO*. (Tesis) Recuperado de:

<http://eprints.uanl.mx/17402/1/TESIS%20DR.%20CRISTOBAL%20GERARDO%20RODR%C3%8DGUEZ%20VALERO.pdf>

- Sadock, B., & Sadock, V. (2018). *Manual de Psiquiatria Clinica (Vol. 4 edicion)*. Madrid.
- Salvatierra, K. (2019). *Consecuencias Bio-Psico-Sociales que produce el aborto inducido, en mujeres en edad reproductiva atendidas en un centro de salud de la ciudad de Guayaquil, de agosto a diciembre del 2019*. [UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYQUIL]. Recuperado de: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/14932/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-595.pdf>
- Suarez, P. (2020). *Efectos físicos y psicológicos implicados en el aborto espontaneo e inducido en la mujer*. [UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA]. Recuperado de: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/17682/3/2020_efectos_aborto.pdf
- Torres, I.(2017). *DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON PÉRDIDA GESTACIONAL MENOR A 20 SEMANAS CON Y SIN TERAPIA DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA* (Tesis) Recuperado de: <http://eprints.uanl.mx/17428/1/TESIS%20DR.%20IVAN%20ALEJANDRO%20TORRES%20VEGA.pdf>
- Zarragoitía, A. (2016). *Depresion y generalidades*. Madrid. Recuperado de: http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depresion-cuba.pdf

4.6 ANEXOS

Anexo 1: Oficio de aprobación del tema



DECANATO FACULTAD
DE CIENCIAS DE LA SALUD



Riobamba, 06 de abril de 2021
Oficio No. 0303-RD-FCS-2021

Señor
Santiago Ruperto Hidalgo Pulia
**ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD – UNACH**
De mi consideración. -

Cúmpleme informar a usted la resolución de Decanato de la Facultad de Ciencias de la Salud, que corresponde al martes 06 de abril de 2021.

RESOLUCIÓN No. 0303-D-FCS-06-04-2021: Aprobar el tema, perfil del proyecto de investigación, Tutor y Miembros de Tribunales de la carrera de Medicina. Oficio N° 0558-CM-FCS-TELETRABAJO-2021, sugerencia Comisión de Carrera y CID de la Facultad:

No	Estudiantes	Tema Proyecto de investigación presentado por el estudiante a Comisión de Carrera	Tema Proyecto de investigación revisado y APROBADO por la Comisión de Carrera y CID	Informe de la Comisión de Carrera	Tribunal Aprobada Art.178 Trabajo Escrito	Tribunal Aprobada Art.178 Sustentación
1	Santiago Ruperto Hidalgo Pulia	Depresión asociada a aborto diferido en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General Docente Riobamba, 2020*	Depresión y ansiedad en gestantes con aborto diferido. Hospital Provincial General Docente Riobamba, 2020*	APROBADO Dominio emergente Salud como producto social Línea de investigación Salud	Tutor: Dra. Zilma Diago Aliza Miembros: Dr. Magno Moncayo Jara Dr. Wilson Nina Mayaneda	Presidente: Dr. Patricio Váconex Andrade (Delegado Decano) Miembros: Dr. Magno Moncayo Jara Dr. Wilson Nina Mayaneda

Atentamente,

GONZALO EDWUNDO BONILLA

Dr. **Gonzalo Bonilla P.**
**DECANO DE LA FACULTAD
CIENCIAS DE LA SALUD – UNACH**

Adj.: Oficio en Referencia
c.c. Archivo

Elaboración de Resoluciones Decanato 06-04-2021: M.C. Ligia Viteri
Transcripción Resoluciones Decanato 06-04-2021: Tlga. Francisca Jara
Revisado y Aprobado: Dr. Gonzalo Bonilla

Anexo 2: Oficio dirigido al Dr. Costales para autorización de recolección de datos

 Carrera de Medicina
FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

en movimiento
 SGC
SECRETARÍA GENERAL DE COORDINACIÓN

Riobamba, 25 de mayo de 2021.
Oficio N° 0912-CM-FCS-TELETRABAJO-2021

Asunto: Autorización para realizar el levantamiento de datos estadísticos

Dr.
Roberto Costales
GERENTE GENERAL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
Presente.

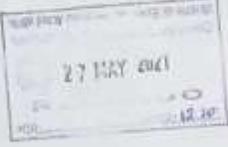
De mi consideración:

Reciba un cordial y afectuoso saludo de parte de la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Chimborazo, solicito de la manera más comedida se autorice al estudiante que se detalla a continuación, y se le facilite la información necesaria, para el levantamiento de datos estadísticos (número de pacientes, edad, sexo, datos de laboratorio, datos imagenológicos y datos clínicos), para el desarrollo del proyecto de investigación titulado "Depresión y ansiedad en gestantes con aborto diferido. Hospital Provincial General Docente Riobamba, 2020", el mismo que forma parte de la modalidad de titulación, bajo la tutoría de la Dra. Zilma Diego Alfes

APellidos y Nombres del Estudiante	Número de Cédula
HIDALGO PULIA SANTIAGO RUPERTO	0603457722

Por la favorable atención que se digne dar a la presente, anticipo mi agradecimiento.

Atentamente,

Dr. Patricia Vásquez
DIRECTOR CARRERA DE MEDICINA
C.I. 1703999001
Teléfono: 0987775823
Correo electrónico: wvasquez@unach.edu.ec

RSB: MFCV
Redactado por: Patricia Vásquez

Campus Norte | Av. Antonio José de Sucre, Km 1 1/2, vía a Guarín | Teléfonos 1583-31 3730560 - Ext. 1508

Anexo 3: Oficio admitido para la autorización de recolección de datos dirigida al Dr. Vasconez.



República
del Ecuador

Hospital Provincial General Docente "Hidalgo" / Dirección Asistencial Hospitalaria

Ministerio de Salud Pública
Coordinación Zonal 3 - Salud

Memorandum No. MSF-CZ3-HPGDR-G-DA-2021-2008-M

Riobamba, 28 de mayo de 2021

PARA: Dr. Patricio Vasconez

ASUNTO: RESPUESTA UNACH. DR. PATRICIO VASCONEZ. SOLICITA: SE LE FACILITE INFORMACIÓN PARA EL LEVANTAMIENTO DE DATOS ESTADÍSTICOS DEL PROYECTO "DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN GESTANTES CON ABORTO DIFERIDO, HPGDR, 2020" ADJUNTO DOCUMENTACIÓN FEN FÍSICO

De mi consideración:

Con un cordial saludo, en atención al oficio No. OF.Nº.0912-CM-FCS-TELETRABAJO-2021 en el que solicita autorización para que el estudiante Hidalgo Santiago realice la recolección de datos para el desarrollo del PROYECTO "DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN GESTANTES CON ABORTO DIFERIDO, HPGDR, 2020", previa coordinación con la Unidad de Docencia e Investigación manifiesta:

"Sirvo informar que la Unidad de Docencia e Investigación **APRUEBA**, al Sr Hidalgo Pulia Santiago Ruperto con CI: 0603457722 una vez que han revisado los documentos habilitantes de acuerdo a las disposiciones del MSP, y solicita se brinde las facilidades de la recolección de datos en la **Unidad de Gestión de Admisiones**

Documentos presentados:

- 1.- Formulario para la presentación de protocolos de investigaciones observacionales en salud.
- 2.- Declaración final con firmas de responsabilidad.
- 3.- Acuerdo de confidencialidad por acceso a información en temas relacionados a salud con firmas de responsabilidad.
- 4.- Carta de compromiso con firmas de responsabilidad, para la entrega periódica a la Unidad de Docencia de los avances de investigación y el trabajo final en físico y digital para su archivo una vez haya sido culminado."

La información será utilizada exclusivamente con fines de la actual investigación

Bajo este contexto la Dirección Médica autoriza proceder con lo solicitado, y dar cumplimiento a lo expuesto en líneas anteriores.

Con sentimientos de distinguida consideración.

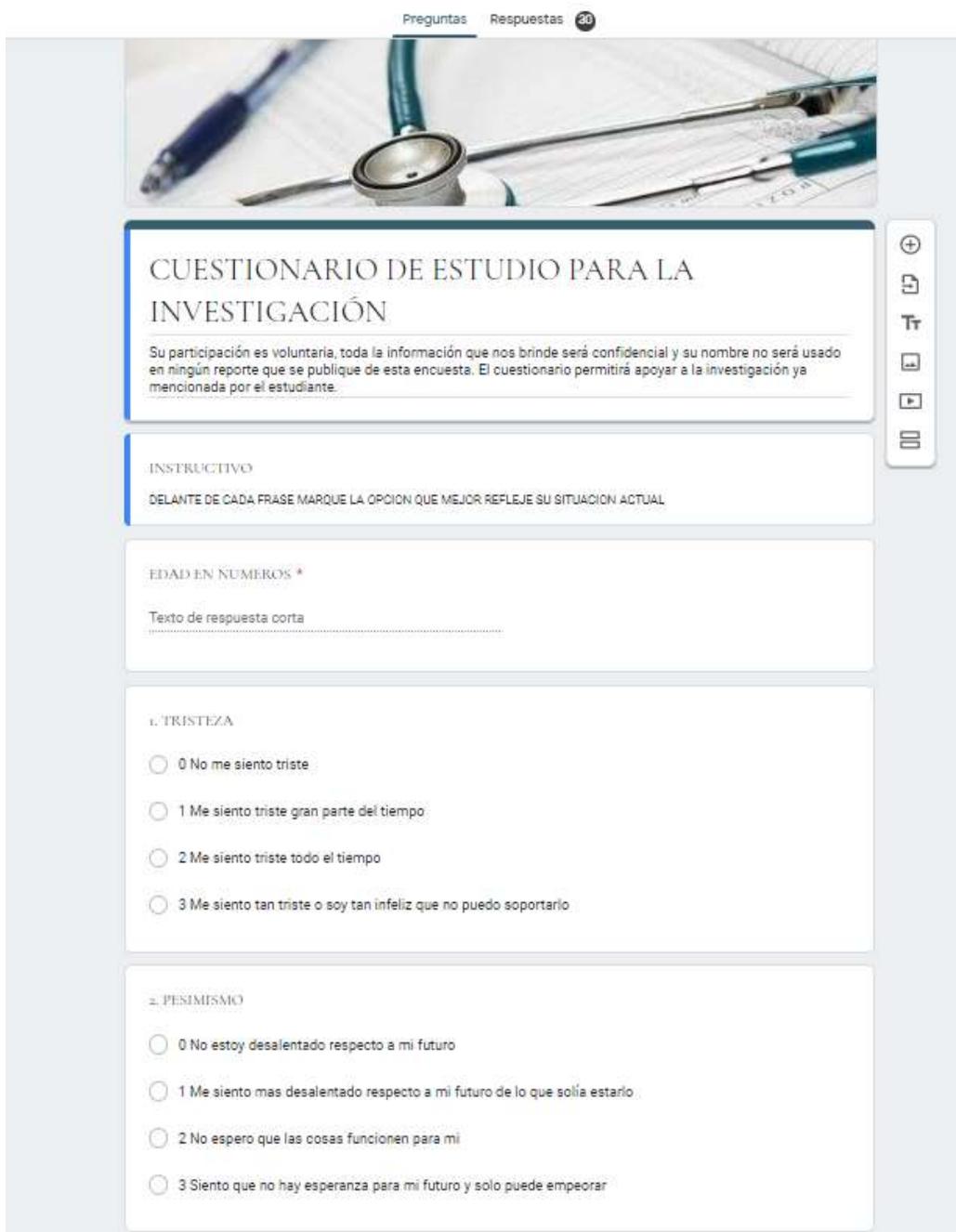
Dirección: Av. Juan Félix Proaño SIN y Chile Código Postal:
Teléfono: 593-2-995-725 - www.salud.gob.ec

* Documento firmado electrónicamente por Guipuz

 **Gobierno** | Juntos lo logramos
del Encuentro

Anexo 4. Inventario de Beck realizado en la plataforma de Google forms.

Link: https://docs.google.com/forms/d/1unSpYFZgYoagJIGS_fm7Q1zWyhVEhU5PuwQKpaallic/edit



Preguntas Respuestas 30

CUESTIONARIO DE ESTUDIO PARA LA INVESTIGACIÓN

Su participación es voluntaria, toda la información que nos brinde será confidencial y su nombre no será usado en ningún reporte que se publique de esta encuesta. El cuestionario permitirá apoyar a la investigación ya mencionada por el estudiante.

INSTRUCTIVO
DELANTE DE CADA FRASE MARQUE LA OPCIÓN QUE MEJOR REFLEJE SU SITUACIÓN ACTUAL

EDAD EN NÚMEROS *

Texto de respuesta corta

1. TRISTEZA

- 0 No me siento triste
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo

2. PESIMISMO

- 0 No estoy desalentado respecto a mi futuro
- 1 Me siento más desalentado respecto a mi futuro de lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y solo puede empeorar

Anexo 5. Consentimiento informado tomado de la OMS

1. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. DATOS GENERALES:

1.1. NOMBRE DE LOS INVESTIGADORES PRINCIPALES	IRM, SANTIAGO HIDALGO
1.2. NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN	UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
1.3. NOMBRE DEL PATROCINADOR	HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
1.4. NOMBRE DE LA PROPUESTA O VERSIÓN:	PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL "Depresión y ansiedad en gestantes con aborto diferido, Hospital Provincial General Docente Riobamba, 2020"

2.- INFORMACIÓN DEL ESTUDIO:

La investigación tiene un tipo de estudio retrospectiva de corte transversal analítico, porque se usará la información recolectada de las historias clínicas de las mujeres diagnosticadas con aborto diferido en el periodo de enero a diciembre del 2020 y posteriormente se aplicará la escala de Beck a dichas pacientes.

Para ser leído por el proponente.

3.- INTRODUCCIÓN

El suscrito Sr. **Santiago Hidalgo**, Estudiante del Internado Rotativo de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Chimborazo, se ha permitido informarme lo siguiente: que como parte de la formación académica y curricular en la Universidad Nacional de Chimborazo, el estudiante de la Carrera de Medicina, realiza la presentación de un proyecto de investigación que consiste en la utilización de datos de confidencialidad de la Historia clínica Única y datos obtenidos en la aplicación del test. Me ha entregado la información necesaria y además he sido invitado a participar de esta investigación. Me ha indicado que no tengo que decidir hoy si participar o no. Antes de decidirme, puedo hablar con alguien con quien me sienta cómodo de esta propuesta. Puede existir algunas palabras que no entienda por lo cual me permite interrumpirle para su ampliación respectiva y si tengo alguna duda más tarde puedo preguntarle a él (ella) o a alguno de los miembros del equipo. (OMS)

Propósito:

El presente proyecto de investigación, se realiza por que tiene relevancia en el quehacer científico de la práctica asistencial y permite profundizar los conocimientos preprofesionales relacionados con los campos investigativos, metodológicos, epistemológicos y terapéuticos de la patología descrita. El presente estudio contribuirá al avance académico y científico de la formación como profesionales de la salud competentes.

Confidencialidad.

La información que se recolecte en este proceso de investigación será de carácter confidencial. Únicamente los investigadores tendrán accesibilidad a ella. Cualquier información de su persona no será compartida ni entregada a nadie, excepto [nombre de algún directivo o persona responsable profesor director docente etc.

El conocimiento obtenido de esta investigación se compartirá con el usuario antes de que se haga disponible al público. Se publicarán los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de esta investigación.

Derecho a retirarse del estudio:

Usted no tiene por qué tomar parte en esta investigación si no desea hacerlo. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

CONSENTIMIENTO:

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre _____ del _____ Participante:

Firma del Participante: _____

Fecha: _____

Si es analfabeto Un testigo que sepa leer y escribir debe firmar (si es posible, esta persona será seleccionada por el participante y no deberá tener conexión con el equipo de investigación). Los participantes analfabetos deberán incluir su huella dactilar también.

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre _____ del _____ Participante:

Firma del Participante: _____

Fecha: _____

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador: Santiago Hidalgo



Firma del Investigador:

Fecha: _____

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado

Iniciales del investigador/asistente: SH

Bibliografía

OMS. *FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*. USA.: OMS.