

Psicoterapia para personas con pérdidas gestacionales

Maria Esther Cardoso Escamilla

Maria Teresa Zavala Bonachea

María del Carmen Alva López

Resumen

El Instituto para la Rehabilitación de la Mujer y la Familia A.C. (IRMA) ofrece psicoterapia ante una pérdida gestacional. **El objetivo** de este estudio es revisar el cambio en los síntomas de las pacientes en relación a los trastornos de estrés postraumático (TEPT) y trastorno depresivo (TD). **Método:** Los indicadores evaluados son el trastorno depresivo (TD) y el estrés postraumático (TEPT). Se emplearon el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Gravedad de Síntomas de TEPT (GS-TEPT) para evaluarlos respectivamente. Participaron 70 mujeres que solicitaron atención psicológica al instituto durante 2015-2017, vivieron una pérdida gestacional y habitan en la Ciudad de México y zona conurbada. Las pruebas se aplicaron en la primera y a la décima sesión. **Conclusión:** La psicoterapia después de una pérdida gestacional puede apoyar en la rehabilitación de la persona. Existe un cambio notorio en la mayoría de los síntomas que se presentaron antes y después de las sesiones terapéuticas. Sin embargo, se considera que el aborto es una experiencia dolorosa que genera fuertes efectos y su rehabilitación es laboriosa y no total.

Palabras clave: Psicoterapia, aborto, pérdida gestacional, depresión, estrés postraumático.

Introducción

El Instituto para la Rehabilitación de la Mujer y la Familia A.C. (IRMA) se dedica a proporcionar psicoterapia a personas que han vivido una o más pérdidas gestacionales.

La pérdida gestacional se define como la terminación del embarazo (González-Campillo et al., 2008; Secretaría de Salud, 2009), antes de que el embrión o el feto sea viable, puede ser aborto provocado, espontáneo o muerte fetal. Este evento puede causar diferentes reacciones o trastornos a quienes lo viven, como depresión y reacciones de estrés postraumático o ansiedad. (De los Santos et al., 2014; Zulčić-Nakić et al., 2012; Fergusson et al., 2006; Burke y Reardon, 2009; Coleman, 2011; Huang et al., 2012; Pedersen, 2008; Cougle, Reardon, Coleman; 2003; Coleman et al., 2017; Cardoso-Escamilla, Zavala-Bonachea y Alva-López, 2017, Gissler, Hemminki, Lonnqvist, 1996).

En un estudio previo al tratamiento realizado en IRMA se identificó que aproximadamente el 89% de las mujeres que solicitaron ayuda presentaron trastornos depresivos y el 77% estrés agudo o estrés postraumático (Cardoso-Escamilla, Zavala-Bonachea y Alva-López, 2017). Esta condición es delicada y requiere de atención por lo incapacitante que resulta cualquiera de estos trastornos en la vida de la persona, lo que incrementa el riesgo al suicidio (De los Santos et al., 2014).

La Secretaría de Salud de México (SS), en su manual de atención a personas que han vivido abortos, corrobora que el aborto genera un impacto negativo a nivel psicológico en la madre y señaló el efecto de la consejería; reporta menor angustia, depresión y mayor bienestar después de este apoyo (SS, 2009).

Por esta razón, IRMA busca atender a las personas que han tenido esta vivencia con profesionalismo y respeto de la experiencia de cada una. El tratamiento que ofrece el Instituto se basa principalmente en brindar un espacio confidencial, seguro y libre de juicio para que las personas puedan expresar sus emociones y pensamientos libremente. El objetivo principal del proceso terapéutico es evaluar el evento, identificar las heridas que ha generado, validar las emociones y aprender de la experiencia para favorecer el autocuidado integral de la persona y tomar bajo la propia responsabilidad la forma en que se elige vivir.

Proceso Terapéutico en IRMA

Basamos el proceso terapéutico en el concepto de que cada persona es importante, valiosa, insustituible y única, sin importar su edad, religión, sexo, nivel intelectual o cualquier otra categoría que los clasifique (ONU, 1948). Por lo tanto, se respeta y se aceptan las experiencias y los sentimientos que se manifiestan, sin etiquetas y sin minimizarlas. Cada persona tiene una forma de vivir sus experiencias y las terapias se fundamentan en acompañar en la forma en que procesa dicha experiencia cada persona según su ritmo.

Las etapas o pasos que a continuación se describen son una guía, no necesariamente todas son consecutivas y su duración en sesiones puede variar. Cada persona tiene una historia, ritmo particular con circunstancias y escenarios de actuación diferentes y la intención es respetar esta individualidad (Olivares, 2016). Las sesiones del proceso terapéutico se realizan una vez por semana con duración de una hora aproximadamente. No hay límite de sesiones, algunos concluyen con 10 sesiones y otros requieren más sesiones.

El modelo que se muestra es un esquema que ayuda a explicar todo el conjunto de acciones que integralmente buscan promover el bienestar de la persona y una guía para la atención psicológica ante la pérdida gestacional.

El proceso terapéutico en caso de pérdidas gestacionales se fundamenta en un contexto tanatológico y logoterapéutico. El enfoque tanatológico parte de que se ha vivido una pérdida significativa, muchas veces traumática y se encuentra en un proceso de duelo que requiere expresar y procesar. En este caso, la pérdida corresponde a la de un hijo que no nació o que nació y vivió poco tiempo. No importa el tiempo de embarazo, lo importante es que la persona está viviendo este duelo y nos enfocamos a lo que ella expresa y siente.

El modelo de tratamiento tanatológico que utilizamos se basa en las tareas del duelo que propone Worden (2002) que son:

- Aceptar la pérdida
- Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida
- Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente: Adaptaciones externas, internas y espirituales.
- Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo

El enfoque logoterapéutico busca darle sentido a la experiencia, resignificarla la pérdida, ubicar los aprendizajes valiosos que le favorecen a construirse en una mejor persona para sí misma y los seres que la rodean (Martínez, 2007).

Psicoterapia pérdidas gestacionales 3

Debido a la condición traumática que casi en todos los casos está presente en mayor o menor grado, debemos tener especial atención a los síntomas específicos, conectores de ansiedad y estados de ánimo, que en caso de que estos ocasionen gran malestar psicofísico y/o un deterioro en la calidad de vida de la persona por lo que en algunas veces se requiere de atención psiquiátrica.

Los objetivos de la intervención terapéutica son:

- Facilitar el auto distanciamiento y expresión de las emociones en un espacio, seguro y confidencial.
- Lograr transitar por el proceso de duelo realizando las tareas para la integración a su historia personal
- Favorecer ejercicio de la libertad en equilibrio con la responsabilidad ante las posibilidades de la vida.
- Ubicar los aprendizajes obtenidos a través de la vivencia de la pérdida.
- Reflexionar que sentido le da el sufrimiento a su vida.
- Adquirir herramientas de afrontamiento para recuperar y conservar la salud mental y la paz interior.

La primera etapa se pretende evaluar la condición emocional con la que llegan, mediante la batería de pruebas mencionadas en el procedimiento y se realiza una entrevista clínica para conocer el motivo de consulta, sus necesidades y corroborar la situación emocional. Si existe un trastorno severo o factores de riesgo que amenacen su seguridad se canaliza a interconsulta psiquiátrica.

En esta primera entrevista se realiza un encuadre y el contrato terapéutico, se explica en qué consiste el proceso brevemente y se resalta que se requiere de su constancia, compromiso, participación y realización de tareas para lograr los objetivos.

En la segunda etapa, se desarrolla la historia clínica para conocer los antecedentes de la persona que pueden estar influyendo en la manera de afrontar su problemática actual. De manera específica se aborda el tema de sus relaciones personales y de la vivencia del embarazo, así como la conceptualización de la maternidad de la persona. Se exploran los recursos con los que vivió el o los embarazos, así como las dificultades que se presentaron de cualquier índole, para facilitar la toma de conciencia y comprensión de su experiencia.

En la tercera etapa se aborda el tema del embarazo, su sentir desde el momento que se supo embarazada, sus emociones, miedos, pensamientos, sueños, expectativas, la actitud hacia sí misma y su embarazo, actitud de la pareja hacia ella y el embarazo; las ideas predominantes. Se revisa si acudió a consultas médicas y los detalles de los sucesos de la pérdida: lugar donde ocurrió, quién la auxilió y cómo actuó, lo que le gustaría cambiar o cómo lo haría si viviera un nuevo embarazo. Se identifican los sentimientos que surgen en estas vivencias y la responsabilidad que implicó propia o de otras personas; según su valoración.

Se exploran los conectores que favorecen la reexperimentación del suceso, para que pueda identificarlos y manejarlos con certeza, cuidando el posible incremento de ansiedad o angustia.

En la cuarta etapa se exploran los sentimientos que prevalecen, como: enojo, tristeza, dolor, culpa, frustración, miedo, angustia. Hacia qué o quién están dirigidos, terceras personas, a la pareja o a sí misma. Mediante el uso de herramientas de expresión como cartas, narraciones, ejercicios corporales que permitan concientizar, identificar, resignificar y facilitar un manejo sano.

La sexta etapa es para trabajar el reconocimiento de la existencia de su hijo como ser humano, único e insustituible, validando su corta vida y aceptando su muerte.

La última etapa es de integración y búsqueda de sentido de la experiencia y de su propia vida después de ésta. Se favorece la aceptación de las vivencias como parte de la historia para asumir las capacidades actuales de sentir, pensar y hacer en el presente. Mediante ejercicios para favorecen la autoestima y asertividad, se trabaja la capacidad de trascender a pesar del dolor o sufrimiento reconociendo sus propios recursos y dignidad (Martínez, 2007).

El objetivo de esta investigación es verificar los cambios que existen después de 10 sesiones del proceso psicoterapéutico que IRMA ofrece a sus beneficiarios. Los indicadores que se evalúan son el puntaje y el grado del trastorno depresivo (TD) y el puntaje del trastorno de estrés postraumático (TEPT) o trastorno de estrés agudo (TEA) que presentan las personas. Se emplearon los cuestionarios de Inventario de Beck para evaluar Depresión y la prueba de Gravedad de Síntomas (GS-TEPT) para TEPT y TEA. Los instrumentos están estandarizados y validados para población hispana.

Método

Diseño

Se empleó un diseño de evaluación inicial antes de la intervención y después de esta. (pretest-posttest).

Consideraciones éticas

Las participantes firmaron el consentimiento informado donde se especifica que los datos se emplearan para la integración de su expediente, la evaluación de la continuidad del tratamiento y uso de datos estadísticos para la publicación; asegurando el manejo confidencial de la información brindada. También se les garantizó que en el momento que lo soliciten pueden revocar su consentimiento y cuáles son los medios para hacerlo.

Descripción de Instrumentos

Para este estudio se aplicaron las pruebas que a continuación se describen.

GS-TEPT

Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (GS-TEPT).

Evalúa los síntomas de TEPT crónico, de inicio demorado o trastorno de estrés agudo, según el tiempo transcurrido de manifestación de los síntomas. Es una prueba validada con población hispana. Consta de 17 ítems, basados en los criterios diagnósticos del DSM-IV. Cinco de los reactivos hacen referencia a los síntomas de reexperimentación, siete evalúan la evitación y cinco revisan la hiperactivación. El rango es de 0 a 51 en la escala global. Es una escala hetero aplicada.

El coeficiente de confiabilidad test-retest es de .89 ($p>0,001$) con un intervalo de 4 semanas. El índice de consistencia interna obtenida mediante el coeficiente alfa de Cronbach es de 0.92 La validez de contenido de esta prueba está definida con los criterios diagnósticos del DSM-IV que abarca el 100% de satisfacción. En la validez convergente presenta una alta y significativa correlación $r = 0.82$; $p<0.001$. La validez discriminante funciona adecuadamente entre los sujetos normativos y pacientes aquejados por el TEPT tanto en la escala global como en las subescalas y su correlación con el inventario Beck de depresión presenta una correlación de 0.54 ($p>0.001$). (Echeburúa et al., 1997).

Inventario de Depresión de Beck.

Prueba que evalúa la presencia de síntomas del trastorno de depresión y con el puntaje global la clasificación de la severidad: depresión mínima, leve, moderada y severa. Es una prueba validada en México. La aplicación es de autoinforme con 21 ítems, referidos a síntomas depresivos en la semana previa a la aplicación, con cuatro opciones de respuesta que se puntúan con 0, 1, 2 y 3, estos dos últimos corresponden a síntomas más graves. El puntaje global va de 0 a 63, este valor representa la severidad máxima. El punto de corte para población mexicana es de 0 a 9 que corresponde a depresión mínima, de 10 a 16 puntos para depresión moderada, 30 para la severa. La confiabilidad por consistencia interna es por alfa de Cronbach de 0.87 ($p>0.000$). Se evaluó su validez concurrente entre el inventario de Beck y la escala de Zung obteniendo un índice de correlación de 0.70 ($p<0.000$). Se obtuvo una validación de jueces. Es considerado un instrumento que cumple con los requisitos psicométricos de confiabilidad y validez para evaluar los niveles de depresión en residentes de la Ciudad de México. (Jurado et al., 1998).

Procedimiento

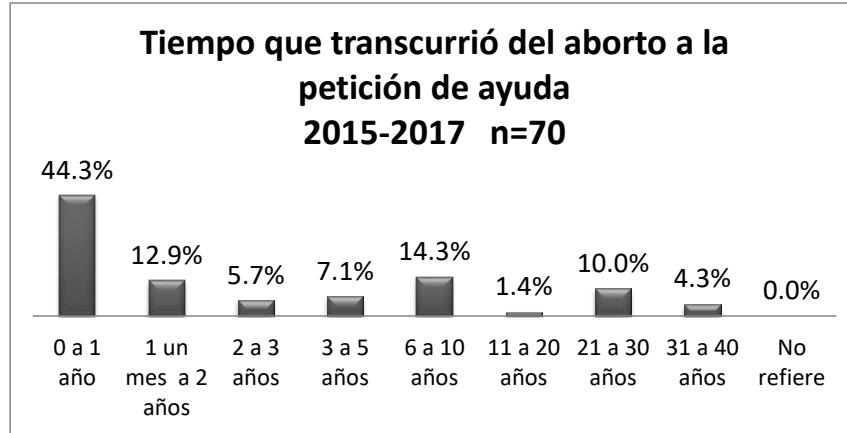
Durante su primera visita al Instituto de las participantes, se realizó una entrevista diagnóstica individual para verificar el motivo de consulta, su estado emocional y se registraron sus datos demográficos: como edad, colonia donde habita, escolaridad, ocupación, teléfono, tipo y tiempo de la pérdida. Se pidió su consentimiento para integrarlas a este estudio, lo firmaron y se aplicaron los instrumentos Beck y GS-TEPT, de forma autoadministrada, la persona que realiza la primera entrevista y aplicación fueron siempre las mismas.

A las 10 sesiones individuales se aplicaron nuevamente los instrumentos de forma autoadministrada.

Resultados

Participantes

La muestra está integrada por 70 mujeres que solicitaron atención psicológica en IRMA desde marzo de 2015 a abril de 2017, todas las integrantes radican en la zona metropolitana de la Ciudad de México (CDMX), sus edades se encuentran entre 16 y 75 años ($M= 32.41$ años, $DE= 11.06$). De 15 a 19 años son el 8.6%, de 20 a 24 el 15.7%, de 25 al 29 el 17.1%, de 30 a 34 el 28.6%, de 35 a 39 el 10%, de 40 a 44 el 5.7%, de 45 a 49 el 5.7% y mayores de 50 años el 8.6%. La escolaridad corresponde a secundaria el 11.4%, bachillerato 31.4%, bachillerato técnico 8.6%, licenciatura 42.9% y estudia o terminó un posgrado el 5.7%. El estado civil de la muestra corresponde a 52.9% solteras, 31.4% casadas, 4.3% separadas o divorciadas, 2.9% viudas y 8.6% en unión libre. El 28.6% vivieron pérdidas espontáneas y 71.4% pérdidas provocadas. El 51.4% tuvo la primera vivencia de pérdida antes de los 25 años.



Se incluyeron todas las mujeres que reportaron una pérdida gestacional y acudieron al instituto desde marzo 2015 a abril de 2017, aceptaron participar en el estudio y tuvieron más de 10 sesiones de trabajo terapéutico.

Se excluyeron los varones, las personas que acudieron a la institución y no tenían pérdidas gestacionales, las madres de las mujeres con pérdidas gestacionales y las mujeres con menos de 10 sesiones que aún no se les hacia la segunda evaluación.

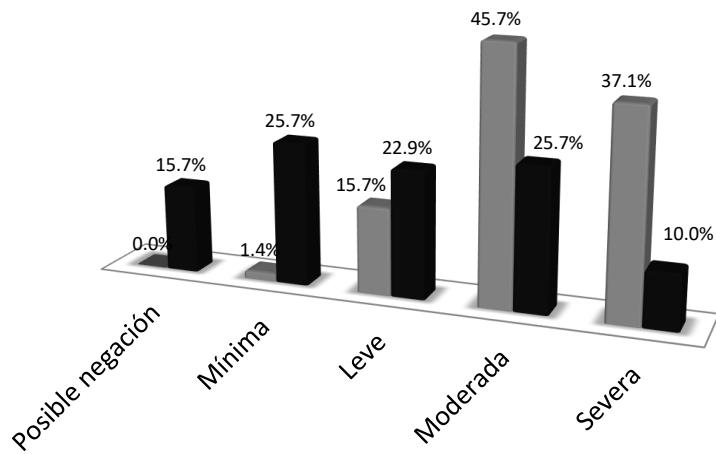
A continuación, se detallan los descriptivos de los instrumentos aplicados.

Iniciamos con los datos de la evaluación de depresión que corresponden al inventario de Beck

Se observa en la figura 1 que el 82.8% de las mujeres presentan estados de depresión con un nivel de moderado y severo cuando llegan al instituto por la vivencia de una pérdida gestacional. Después de 10 sesiones de intervención psicológica se observa que el 35.7% de la muestra presenta estados de depresión moderada y severa con disminución notable de los puntajes. Lo que resulta en una mejora de 47.1%.

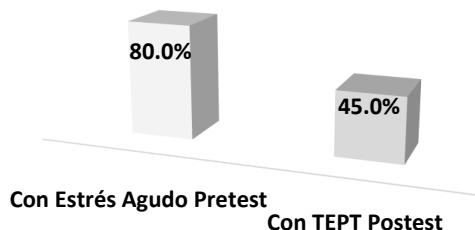
**Fig. 1 Porcentaje de pacientes según diagnóstico de depresión
Prueba Beck n= 70 2015 -2017**

■ pretest ■ postest



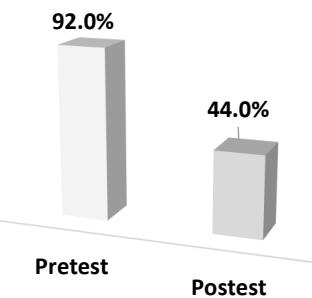
En relación con el diagnóstico de estrés agudo (EA), específicamente 20 personas de la muestra tienen menos de un mes de haber vivido la pérdida gestacional en el momento que se realiza la primera evaluación. Cabe aclarar que en postest no aplica el criterio de estrés agudo (TEA), debido a que, en la segunda evaluación, han pasado más de 3 meses y en ese momento se emplea el criterio de TEPT, como se observa en la fig. 2. Se puede notar que hay disminución de las personas que cumplen los criterios de TEPT en comparación con las que inicialmente presentaron TEA.

**Fig. 2 Porcentaje de pacientes con diagnóstico de estrés agudo pretest y con TEPT postest
Prueba GS-TEPT n=20 2015-2017**



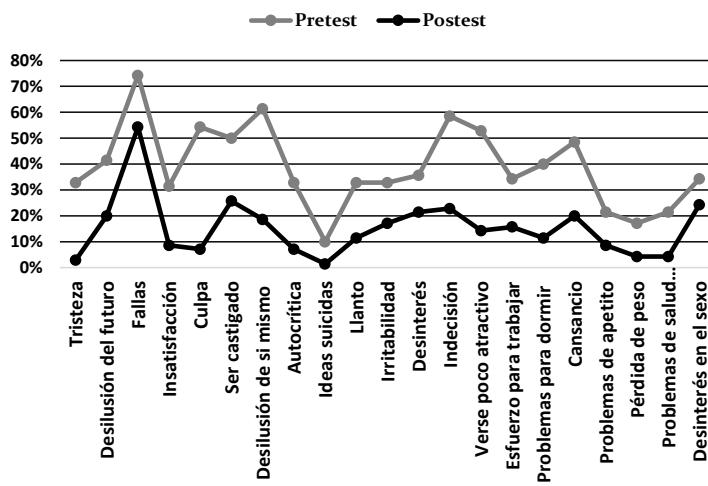
Según lo antes mencionado, en las 50 personas que vivieron la pérdida hace más de un mes. Se aprecia que las pacientes que estuvieron en tratamiento psicológico en IRMA presentan disminución significativa en los puntajes referente al indicador de TEPT después de 10 sesiones de trabajo terapéutico. Se observa disminución del 48% entre las mujeres que presentaron TEPT en la primera evaluación y el postest (Fig. 3).

**Fig.3 Porcentaje de pacientes con diagnóstico de TEPT
Prueba GS-TEPT n=50 2015-2017**



En la figura 4 se grafica el porcentaje de personas que padecen síntomas depresivos con puntajes de 2 y 3, que son los puntajes más altos que evalúa la prueba de Beck por cada síntoma, tanto en el pretest como el postest. Se observa la disminución de personas que padecen estos síntomas de manera más intensa en la mayoría de los ítems, sin embargo, encontramos síntomas que persisten como la percepción de sus fallas, sensación de merecer castigo y el desinterés en el sexo.

Fig. 4. Porcentaje de mujeres con síntomas de depresión calificados con 2 y 3.



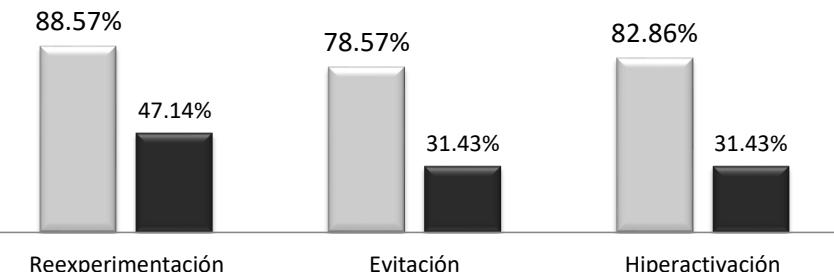
En la figura 5 se presentan el porcentaje de personas que padecen síntomas más frecuentes según los criterios del TEPT con puntuajes más altos (2 y 3) en ambas evaluaciones. Se distingue la disminución del porcentaje de personas que padecen los síntomas con puntuaciones más altas.

Fig. 5 Porcentaje de mujeres que reportan síntomas frecuentes por criterio.

Prueba GS-TEPT Pretest vs Posttest

n=70 2015-2017

■ Pretest ■ Posttest

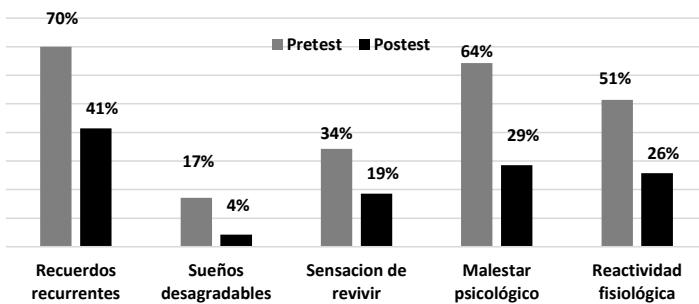


Fuente: elaboración propia

En las figuras 6,7, 8, y 9 observamos en el pretest y el postest, el porcentaje de pacientes que presentan síntomas frecuentes, calificados con puntuaciones de 2 o 3 que corresponde a vivir sus síntomas de 2-4 veces por semana y más de 5 veces por semana, respectivamente.

Se distingue la disminución de los síntomas en cada uno de los criterios.

Fig.6 Porcentaje de pacientes con síntomas de reexperimentación n=70 2015-2017



Fuente: elaboración propia

Fig. 7 Porcentaje de pacientes que presentan síntomas de evitación n=70 2015-2017

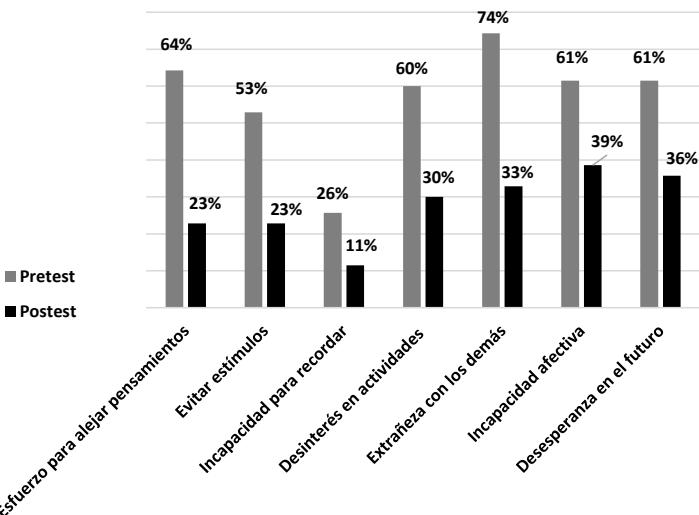


Fig. 8 Porcentaje de pacientes que presentan síntomas de hiperactivación n=70 2015-2017

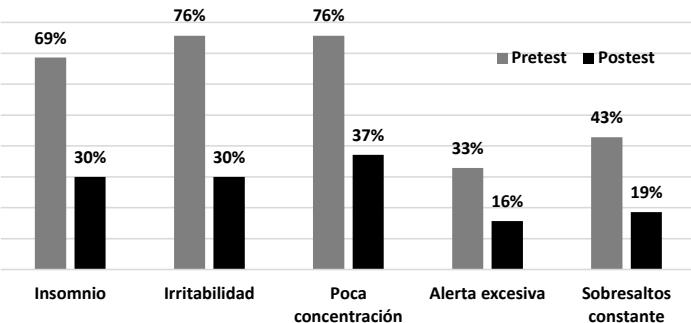
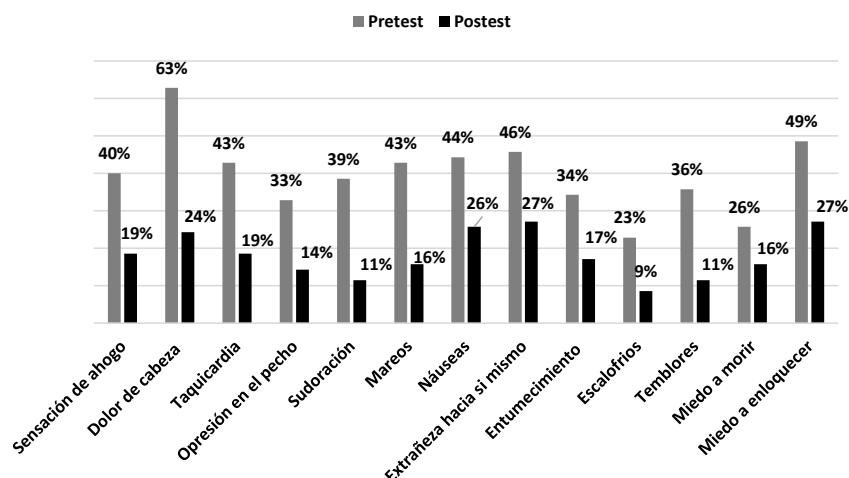


Fig. 9 Porcentaje de pacientes que padecen síntomas de psicosomáticos n=70 2015-2017



Fuente: elaboración propia

Discusión de los resultados

El tratamiento psicoterapéutico después de una pérdida gestacional que IRMA ofrece a las beneficiarias reduce el grado de depresión e intensidad del TEPT, tanto en forma global como por síntomas. En relación con la figura 1 observamos que después del tratamiento los porcentajes de mujeres que presentaron depresión moderada y severa disminuyeron notablemente respecto a los obtenidos en el pretest.

Después del tratamiento se incrementa el porcentaje de mujeres con nivel mínimo y leve de depresión, como consecuencia de la mejora o desaparición de síntomas conforme va progresando el tratamiento (fig.1).

Dado que los estados depresivos disminuyen, pero aún no desaparecen, es recomendable continuar con el proceso de atención.

En la figura 4 se distinguen que el porcentaje de mujeres que padecían síntomas como culpa, sentirse desilusionada de sí misma, la autocrítica, indecisión, verse poco atractiva, problemas para dormir y cansancio se ven disminuidos notablemente.

Por otro lado, el 43.75% de las personas que presentaron estrés agudo en el pretest no mostraron TEPT después de 10 sesiones de tratamiento, o sea el 56.25% de las que padecían TEA evolucionaron a TEPT, lo que es menor a lo que se esperaba, de acuerdo con estudios previos se afirma que de las personas que padecen TEA, el 75% puede evolucionar en TEPT (Bados, 2015). Lo que confirma que el tratamiento puede disminuir la posibilidad de que se complique el trastorno inicial.

Las pacientes que si presentan TEPT después de las 10 sesiones de tratamiento muestran puntajes menores estadísticamente significativos a los iniciales tal y como se muestra en los resultados de las figuras 5,6,7 y 8. Donde podemos destacar los síntomas más frecuentes en el pretest como los recuerdos recurrentes, el malestar psicológico, la mayoría de los síntomas de evitación, el insomnio, irritabilidad y poca concentración, que después del tratamiento disminuye en más de la mitad de los casos. Así mismo, la frecuencia de los casos que padecen síntomas psicosomáticos, que se disminuye en aproximadamente la mitad de los pacientes.

Las mujeres que pasan por esta vivencia pueden solicitar atención psicológica, si así lo requieren y se recomienda a la pareja o la familia más cercana buscar orientación para que se validen las reacciones emocionales que la persona presente para apoyarla.

La experiencia de la pérdida gestacional: aborto inducido, espontáneo o pérdida perinatal, es una vivencia que tiene efectos en el estado anímico de las mujeres y genera dificultades que pueden influir en su calidad de vida; se sugiere realizar estudios para evaluar con detalle los efectos en esta área.

Podemos notar que la muestra se encuentra integrada por personas que han padecido estos trastornos durante varios años sin encontrar mejoras notables hasta que acudieron al tratamiento. Se sugiere el estudio para revisar la evolución del tratamiento ante la diferencia de tiempo de haber vivido la pérdida.

Por otro lado, se observa que algunos síntomas mejoran en la mayoría de las personas, mientras que otros síntomas persisten, se recomienda realizar un estudio cualitativo que permita revisar los motivos de estas diferencias entre los síntomas.

Tomando en cuenta lo revisado en este artículo se sugiere que los profesionales de salud médica y mental brinden la información completa de los efectos y posibles consecuencias que genera el aborto a nivel emocional y que repercuten en todos los ámbitos de la vida de las personas, así como facilitar o canalizar a las personas que requieran de atención emocional posterior, lo que implica constancia y dedicación, ya que la recuperación no es inmediata, ni total.

Se recomienda a los especialistas de la salud mental capacitarse en esta área para brindar a las mujeres y familiares atención, ya que algunos especialistas no validan estos sentimientos generados por la pérdida gestacional y que el evento se considere traumático o que pueda generar los trastornos aquí estudiados. De esta manera es posible que se puedan prevenir estados de depresión crónicos, ansiedad generalizada y graves problemas de estrés que afectan a la mujer, a su pareja y familia.

Para atención presencial o vía internet se puede recurrir al Instituto para la Rehabilitación de la Mujer y la Familia A.C., (IRMA), teléfonos de contacto: 52-60-31-78 y 52-60-88-59 .
www.irma.org.mx

Referencias

- Bados, A. (2015). Trastorno por Estrés Postraumático. Universidad de Barcelona.
Recuperado de: <http://deposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65623/1/TEPT.pdf>
- Burke, T. y Reardon, D. (2009). *Mujeres silenciadas*. Madrid: Sekotia.
- Cardoso-Escamilla, M.E., Zavala-Bonachea, M.T. y Alva-López, M.C. (2017) Depresión y estrés postraumático en mujeres con pérdidas gestacionales inducidas e involuntarias. *Pensamiento Psicológico*, 15(2), 109-120. doi: 10.11144/Javerianacali.PPSI15-2.depm.
- Coleman P. (2011). Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009. *B J. Psych.*, 2011; 199:180-186.
doi: 10.1192/bjp.bp.110.077230.
- Coleman P., Boswell, K, Etzkorn, K. y Turnwald, R. (2017). Women who suffered emotionally from abortion: a qualitative synthesis of their experiences. *Journal of American Physicians and Surgeon*; Winter, (22) 4: 112-118. Recuperado de: www.jpands.org/jpands2204.htm
- Cougle, J., Reardon, D., Coleman P. (2003)."Depression associated with abortion and childbirth: a long-term analysis of the NLSY cohort." *Med Sci Monit*,; 9(4): CR105-112.
- De los Santos, M., Martínez, N., Perdomo, A., Sánchez, J., Jasmin, H. & Matar, R. (2014). Comparación de Sintomatología Depresiva entre Mujeres Post-Aborto y Mujeres de la Consulta de Ginecología. *PUCMM*, 59.
Recuperado de: <https://www.pucmm.edu.do/publicaciones/Documents/revista-anales-medicina/AMP%20V4N1.pdf>
- Echeburúa, E., Corral, P. D., Amor, P. J., Zubizarreta, I., & Sarasua, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Ánálisis y modificación de conducta*, 23(90), 503-526. Recuperado de : www.ehu.eus/echeburua/pdfs/7-egs.pdf

- Fergusson, D., Horwood, J., and Ridder, E. Abortion in young women and subsequent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2006; 47(1):16–24. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01538.x
- Gissler, M., Hemminki, E., Lonnqvist, J. (1996). Suicides after pregnancy in Finland, 1984-94: register linkage study. *BMJ*; 313: 1431-1434.
doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.313.7070.1431>
- González-Campillo, G., Sánchez-Bravo, C., Gómez-López, M. E., Aldana-Calva, E. & Morales-Carmona, F. (2008). Autoconcepto en el embarazo de alto riesgo y en la pérdida gestacional recurrente. *Ginecol Obstet Mex*, 76(3), 143-50.
Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/23264357_Self-concept_during_high-risk_pregnancy_and_recurrent_gestational_loss
- Huang, Z., Hao, J., Su, P., Huang, K., Xing, X., Cheng, D., & Tao, F. (2012). The impact of prior abortion on anxiety and depression symptoms during a subsequent pregnancy: data from a population-based cohort study in China. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 22(1), 51-58. Available from: Academic Search Complete, Ipswich, MA. Accessed April 1, 2013. doi: 10.5455/bcp.20111102040509
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
Disponible en: www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm2103/sm210326.pdf?PHPSESSID.
- Martínez, E. (2007) *Psicoterapia y Sentido de Vida*. Bogotá. Editorial y Librería Herder Ltda.
- Olivares, A. (2016) *La percepción humana*. Saberes y Ciencias. Recuperado:
<http://saberesciencias.com.mx/2016/01/03/la-percepcion-humana/>
- ONU (1948). *Declaración Universal de los Derechos humanos*. Recuperado de
<http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- Pedersen W. (2008). Aborto y depresión: un estudio longitudinal basado en la población de mujeres jóvenes. *Scandinavian Journal of Public Health*; 36 (4):424-428.
doi: 10.1177/1403494807088449
- Secretaría de Salud (SS) (2009). *Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo recurrentes*. México 2009. Recuperado de:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/088_GPC_Abortoespyr_ecurrente/ABORTO_EVR_CENETEC.pdf
- Worden, J.W. (2002) *El tratamiento del duelo*. Asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona. Ed. Paidós.
- Zulčić-Nakić V; Pajević I ; Hasanović M ; Pavlović S ; Ljuca D. (2012) Psychological Problems Sequalae in Adolescents after Artificial Abortion. *J Pediatr Adolesc Gynecol*.2012 Aug; Vol. 25 (4), pp. 241-7. doi: [10.1016/j.jpag.2011.12.072](https://doi.org/10.1016/j.jpag.2011.12.072)

Comentado [pp1]: Favor, agregar la fuente de la publicación.

Comentado [MECE2R1]: Se encuentra en el siguiente renglón