

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE OBSTETRICIA

**Riesgo suicida en mujeres con antecedentes de aborto en  
el Centro de Salud "La Libertad", setiembre 2011 -  
enero 2012**

TESIS :

para obtener el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR :

Angela Sánchez Torres

ASESOR :

Zaida Zagaceta Guevara

Elsa Vela Arévalo

**Lima – Perú**

**2012**

## **DEDICATORIA**

Dedico el presente trabajo a mis padres por su amor constante y su esfuerzo diario, y a mis hermanos por su compañía y alegría que iluminan mis días.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco profundamente a mi querida madre por ser aquella persona que muchas veces con solo un abrazo tomó mi alma cansada y la convirtió en un alma nueva. A mi padre por su apoyo incondicional y su actitud progresista, que me anima a seguir día a día. A mis hermanos por la comprensión que tuvieron al no poder compartir algunos momentos juntos y así mismo decirles que cada segundo que no estuve con ustedes había en mi corazón ansiedad por estarlo y gozar cada una de sus inquietudes y proyectos. Mi agradecimiento y reconocimiento a la Obstetra Elsa Vela Arévalo por su preocupación y gran apoyo en los momentos difíciles del proyecto. A mi asesora la Mg Zaida Zagaceta Guevara por su apoyo, exigencia y su firmeza en los momentos que se requería.

## INDICE

RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
OBJETIVOS .....	17
MATERIALES Y METODOS .....	18
RESULTADOS .....	24
DISCUSIÓN .....	32
CONCLUSIONES .....	38
RECOMENDACIONES.....	39
BIBLIOGRAFÍA .....	40
ANEXOS .....	43

## RESUMEN

### RIESGO SUICIDA EN MUJERES CON ANTECEDENTE DE ABORTO

**OBJETIVO:** Describir las características del riesgo suicida en mujeres con antecedente de aborto atendidas en el Centro de Salud “La Libertad”. Setiembre 2011 – Enero 2012.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo de corte transversal y retrospectivo, con una muestra total de 50 mujeres con antecedente de aborto, las cuales cumplieron con los criterios de selección. Los instrumentos utilizados fueron la historia clínica, una encuesta elaborada y validada a través del juicio de expertos y la prueba piloto, y el test de Plutchik con un alfa de Crombach de 0.90 y Fiabilidad test-retest: 0,89, la cual fue aplicada a las mujeres con antecedente de aborto que acudieron al consultorio de obstetricia del Centro de Salud La Libertad. El proceso de la información se realizó mediante el programa SPSS vs. 19, de donde se obtuvo las frecuencias y los porcentajes.

**RESULTADOS:** Del total de mujeres encuestadas el 38% de mujeres respondieron haber tenido pensamientos o ideas suicidas después del aborto, dentro ellas el 74% señaló que era a causa del aborto y solo 3 del total de participantes manifestó haber intentado quitarse la vida. Las características de las mujeres con ideación suicida que se hallaron son: ser convivientes 78,9%; grado de instrucción secundaria 63%, aborto provocado 63%, se sintieron presionadas a abortar 68%, ideación suicida antes del aborto 53%, sentimiento inmediato y una semana después del aborto 63%. Del total de encuestadas el 62% refiere que cambió la relación con su pareja y el 50% manifestó que empeoró.

**CONCLUSIÓN:** Se concluye que las características del riesgo suicida en mujeres con antecedente de aborto son: ser convivientes, grado de instrucción secundaria, antecedente de aborto provocado, presencia de presión para el aborto, ideación suicida antes del aborto. Las pacientes manifestaron un aumento de riesgo suicida después del aborto.

**PALABRAS CLAVES:** Riesgo suicida, aborto.

## INTRODUCCIÓN

El aborto es un problema importante de salud pública en distintos países desarrollados y en vías de desarrollo del mundo, debido al elevado riesgo que constituye para la mujer en las distintas esferas de su salud física, psicológica y social. <sup>(1,6)</sup>

Se estima que en el mundo se producen de 42 a 46 millones de abortos anuales. <sup>(17)</sup>

Luis Távara Orozco coordinador del Comité sobre Derechos Sexuales y Reproductivos de La Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), plasmó en un informe que, de un millón de embarazos que se registran anualmente en el Perú, 400.000 mil terminan en abortos que generan la muerte de un 15% de mujeres. <sup>(18)</sup> Asimismo estos datos indican que cada hora se producen más de 40 abortos y más de mil al día. Los estudios señalan que son mujeres de varias clases sociales y económicas, sólo que las mujeres con mayores recursos pueden acceder a servicios de salud más adecuados y más seguros <sup>(19)</sup>

Así también el Plan de Contingencia para la Reducción de la Muerte Materna y Perinatal 2009 – 2015, considera al aborto como una de las causas obstétricas principales en la elevada tasa de mortalidad materna, ubicándola incluso como la cuarta causa más importante (19%), de la misma forma un análisis efectuado por la OPS/OMS en 24 países, muestra al aborto y sus complicaciones como la causa principal de muerte. <sup>(20)</sup>

Según los servicios de salud, un 62% son mujeres menores de 30 años, y de este porcentaje, un 14% son menores de 20 años. Más del 50% de las mujeres recurre al aborto porque no desea ser madre, y un 28% es por razones económicas. <sup>(18)</sup>

En el Instituto Nacional Materno Perinatal se han registrado 4412 casos de aborto para el año 2005, mientras para el año 2009 se registraron 5166 <sup>(21)</sup>; con esto podemos ver que las cifras van en aumento y cabe mencionar la no cuantificación de los abortos clandestinos, los cuales son difíciles de registrar. Una muestra de esto es un estudio realizado por Delicia Ferrando, con el apoyo del Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y Pathfinder International donde dieron a conocer que los casos de hospitalización por complicaciones de aborto en el Perú se estima que representan sólo una mujer de cada siete que han abortado, el resto nunca van a los centros de salud y no se incluyen en las estadísticas.<sup>(19)</sup>

En cuanto al riesgo suicida, el Estudio Epidemiológico de Salud Mental de Lima-Callao 2002 mostró una prevalencia de vida en relación con ideación suicida de mujeres adultas de 42.3%; mientras que la prevalencia de vida en relación a conducta suicida fue de 8.1% en el mismo grupo etáreo. <sup>(2,11)</sup> Asimismo en un estudio realizado en el Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi, se detectaron los motivos más frecuentes asociados al suicidio, estos son: conflictos conyugales (29,6%), conflictos familiares (27,6%), conflictos sentimentales (22,1%), etcétera y los diagnósticos clínicos más frecuentes asociados al suicidio fueron: trastorno depresivo mayor (39,4%) y trastorno reactivo con síntomas depresivos (35,5%); un 23% está asociado también con abuso de alcohol y sustancias <sup>(2)</sup>

En el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Fronteras 2005 (EESMF 2005), realizado en el segundo semestre del año 2005, en las ciudades de Bagua Grande, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes, refieren como indicadores de riesgo suicida tanto el deseo de morir y el intento mismo; es así que en la muestra que ellos tuvieron de la población de mujeres unidas o alguna vez unidas, el 46,9% había deseado morir alguna vez en su vida, este pensamiento de índole suicida exploró la parte cognoscitiva de la conducta potencialmente suicida, y en las mujeres unidas ha sido mayor que en los adultos masculinos, por otro lado el

intento suicida que involucra a la vez la conducta suicida, presentó una prevalencia de vida de 4,6%

Para este estudio se tomará principalmente la ideación suicida y el intento suicida como indicador del riesgo suicida al igual que lo hizo el estudio epidemiológico de Fronteras 2005.

Al relacionar entonces estos dos temas empezamos a describir la relación que existe entre la una y la otra, de tal manera que desde un comienzo podemos ver que las reacciones de cualquier mujer al descubrir que ha concebido pueden ser muy variables; puede experimentar sorpresa, alegría, preocupación, miedo, frustración y rabia, o simplemente una mezcla ambivalente de varios sentimientos. El embarazo es siempre un acontecimiento novedoso que requiere un esfuerzo adaptativo y, por tanto, supone estrés. La respuesta subjetiva individual depende de múltiples factores, que incluyen edad, condición física, disponibilidad y actitud del padre de la nueva criatura, situación económica y laboral, apoyo social y marco cultural (que implica una determinada apreciación de la maternidad). Tiene particular interés el analizar la salud mental de las mujeres que se sometieron a un aborto debido a que resulta un acontecimiento potencialmente perturbador ya que en ella se crea una situación de conflicto entre su papel de madre y el papel que desempeña en la destrucción de la vida de su niño no nacido. Existen varios estudios en diversos países acerca de la salud mental de las mujeres que han experimentado este suceso en su vida. <sup>(14,16)</sup>

Tal es así que en los últimos años se ha hablado del Síndrome Post aborto (SPA), caracterizado por síntomas fisiológicos, psicológicos y espirituales, desencadenados tras la realización de un aborto ya sea provocado o espontáneo, afectando fundamentalmente a las mujeres que han abortado pero también se verifica en las personas que intervinieron en el hecho. El proceso de asimilación de una pérdida; llamada duelo, es la transformación de dicha ausencia en una presencia interna o en la negación de dicha pérdida que puede llevar a una



inversión emocional importante conllevando a una falta de interés en el mundo exterior y conflictos en los vínculos interpersonales, Reardon y cols menciona en su investigación que este periodo puede persistir durante al menos 8 años después del aborto.<sup>(23)</sup> Para Freud: “Las causas desencadenantes de un duelo pueden ser múltiples, pero todas tienen una base común: la valoración afectiva que consciente o inconscientemente es atribuida a la pérdida”.<sup>(23)</sup> Sin embargo no todas las mujeres que abortan experimentan el SPA, ni todas las padecen, ni sufren las mismas alteraciones, ni en el mismo grado. Es difícil determinar a priori quiénes lo padecerán y quiénes no, pero sí se ha podido identificar ciertos factores que incrementan el riesgo de padecerlo, entre ellos se encuentran:

- Ser adolescente.
- Sufrir la pérdida del producto concebido en el segundo o tercer trimestre de gestación.
- Presentar antecedentes de enfermedades o alteraciones psicológicas previas al aborto.
- Haber sido presionada a abortar por terceras personas (pareja, padres, tutores, jefe del trabajo,...).
- Que el aborto vaya en contra de creencias o convicciones morales.
- Que se aborte con la esperanza de que de este modo se salvaguarda la salud psicológica.

El cuadro de trastorno de estrés postraumático causado por un aborto fue denominado síndrome PosAborto (SPA) Rue et al (1981). En este, el aborto se consideraba como un evento traumático y causante de un trastorno por estrés postraumático, es así que el aborto provocado llega a ser comparado con el mismo dolor y trauma de perder a un familiar o ser querido.<sup>(10)</sup> La psiquiatra Carmen Gómez Lavín ha constatado que este padecimiento se encuadra entre los trastornos originados por un acontecimiento vital importante y que, en principio, dicho acontecimiento estresante podría ser experimentado por la paciente como un “estrés psicosocial” identificable, y luego como un estrés traumático excepcional que cumple con los criterios diagnósticos de la DSM-IV y CIE-10 de

Trastornos por Estrés Postraumático, en cuyo caso el síndrome se incluiría entre las reacciones a estrés grave. <sup>(24)</sup>

Se sabe también que los abortos son en su mayoría producto de un embarazo no deseado y/o no planificado, sin embargo existen abortos que se dan a causa de la presión familiar, social y cultural, que obligan a la mujer a tomar esta decisión. Así lo demuestra un estudio dirigido por Rue *et al.* (2004), en el cual comparó los efectos del aborto tanto en mujeres americanas como rusas. En dicho estudio, el 64% de las mujeres Americanas reportaron haberse sentido presionadas a abortar, en este mismo estudio se muestra además que el 17.7% de las mujeres americanas reportaron que sus embarazos fueron “deseados,” a pesar de que eligieron el aborto, es así que se concluyó que más de 200,000 mujeres americanas abortaron embarazos deseados cada año <sup>(7)</sup>. De la misma manera en ese estudio se comprobó que las mujeres con antecedentes de uno o más abortos tenían mayor frecuencia de estrés postraumático, así como de problemas de adaptación, sobre todo en mujeres con antecedentes de traumas en la infancia; además que la respuesta frente a esta experiencia tiene variaciones en diversas sociedades influenciadas por cuestiones culturales. <sup>(8)</sup>

Coleman (Inglaterra 2011) demuestra que el antecedente de aborto produce un aumento de 81% de riesgo de problemas mentales y casi 10% de incidencia de nuevos problemas mentales, entre ellos el de conducta suicida. <sup>(3)</sup> De la misma manera, Motta *et al* (Canadá, 2010) en un estudio realizado en 3310 mujeres entre 18 y más años demuestra que el antecedente de aborto estuvo relacionado con el incremento de riesgo de desordenes mentales, consumo de sustancias, así como de ideación y conductas suicidas. <sup>(14)</sup>

Un estudio hecho por Gaméz *et al* (Madrid 2007) sobre riesgo suicida luego de eventos traumáticos, refiere al aborto provocado como una de las principales causas de esta en mujeres entre los 30 y 40 años. <sup>(12)</sup> Por su parte, Gentile (Italia 2011) en un estudio en mujeres gestantes refiere que aquellas que presentaban

mayor tendencia hacia la ideación suicida fueron aquellas que presentaron historia de un evento pasado que alteraba su salud mental o social, entre ellos el antecedente de aborto. <sup>(13)</sup>

Por su lado Priscilla Coleman, de la Universidad estatal de Bowling Green State University, utilizó datos extraídos de una evaluación sobre salud mental, los resultados que se obtuvieron fueron que los trastornos mentales entre mujeres que se han efectuado abortos fueron un 17% más elevados que entre las mujeres que no se habían efectuado abortos además lo más notable es que el aborto contribuyó con efectos significativos independientes a numerosos problemas de salud mental, por encima y más allá de una variedad de otras experiencias traumatizantes y estresantes <sup>(3)</sup>. Este estudio encontró además, tal como lo hicieron los hallazgos de un estudio de 2005 de Nueva Zelanda, que inclusive después de controlar sus problemas de salud mental, las mujeres que habían abortado estuvieron más propensas a tener depresión, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias y pensamientos suicidas. <sup>(4,9)</sup>

Aproximadamente un 60 por ciento de mujeres que experimentan secuelas post-aborto declaran albergar ideas suicidas, con un 28 por ciento que intenta realmente suicidarse, de las cuales la mitad lo ha hecho en dos o más ocasiones. <sup>(24)</sup>

Es así que según un registro de casos en Finlandia, la tasa anual de muerte por suicidio entre las mujeres en edad reproductiva era de 11,3 por 100.000; entre las que dieron a luz fue de 5,9; entre quienes tuvieron aborto espontáneo, de 18,1; y entre quienes tuvieron un aborto inducido, de 34,7 por cada 100.000. La tasa de suicidio dentro del año posterior a la práctica del aborto era tres veces más alta que la tasa general femenina, siete veces más elevada que las mujeres que llevan a término su embarazo, y casi el doble de alta que la de las mujeres que habían sufrido un aborto por causas naturales. <sup>(25)</sup> Por otro lado, las mujeres que abortaron tuvieron un riesgo más elevado de sufrir ingresos por causa psiquiátrica frente a

aquellas que tuvieron a sus hijos en el periodo de 3 meses a 4 años tras el aborto o parto, incrementándose dicho riesgo para ingresos con diagnóstico de reacciones adaptativas, episodio psicótico único, psicosis depresiva recurrente y trastorno bipolar. <sup>(23)</sup> Asimismo este estudio fue comprobado por un estudio similar que se llevó en Estados Unidos donde se evidenció que las mujeres que abortaron tenían un mayor riesgo de muerte y de suicidio que las mujeres que habían terminado su gestación, así como un mayor riesgo relativo de muerte por causas naturales, incluyendo el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), las enfermedades circulatorias, y enfermedad cerebrovascular. Las mayores tasas de mortalidad asociadas con el aborto persisten en el tiempo a través de fronteras socioeconómicas. Este indicador muestra que las tasas de mortalidad observadas durante los 8 años examinados tienen asociación entre el aborto y las mayores tasas de mortalidad observado antes en el estudio de Finlandia. Esto se puede explicar por las tendencias autodestructivas, depresión, y otros comportamientos poco saludables agravados por la experiencia del aborto. <sup>(23)</sup>

Algunos autores mencionan que el mayor riesgo de accidentes mortales y homicidios puede ser consecuencia de suicidios no reconocidos por el aumento de las conductas de riesgo, las muertes por accidentes también pueden estar relacionados con mayores tasas de consumo de alcohol o el abuso de drogas frente al aborto. El mayor riesgo de muerte por homicidio puede reflejar los mayores niveles de ira, comportamiento auto-destructivo, o la violencia doméstica después de aborto <sup>(23,24)</sup>

Generalmente son los embarazos no deseados los que terminan en aborto, siendo este hecho un evento adverso en la vida de la persona que ha abortado, conllevando a riesgo potencialmente mayor de padecer problemas de salud mental. Desde esta perspectiva, una cuestión importante se referirá al grado en el que las reacciones de la mujer ante el aborto puedan modificar los riesgos de problemas de salud mental, en particular sería de esperar ver el grado en que las mujeres perciben el aborto como causa de la angustia, la amenaza o la culpa. <sup>(4)</sup>

Distinto a los estudios mencionados existe un estudio realizado por Steinberg *et al* (2011) usando la National Comorbidity Survey (California-EEUU) donde no encontró asociación entre el antecedente de aborto y la posterior presentación de alteraciones de la salud mental de la mujer, entre ellas la conducta suicida; y concluyen que se debe poner más énfasis en antecedentes de violencia física o antecedentes de desórdenes de salud mental que en el antecedente de aborto como factor de riesgo de problemas de salud mental. <sup>(15)</sup> Otro de este tipo de estudios es el publicado en el New England Journal of Medicine, donde científicos daneses estudiaron 365.550 adolescentes y mujeres en el país que tuvieron un aborto o un primer parto entre 1995 y 2007, hicieron seguimiento a sus asesorías de salud mental, tanto antes como después del aborto o el parto, siendo los investigadores capaces de medir el impacto psicológico de cada una de las opciones, encontrando que solo 15 de mil mujeres necesitaron asesoría psiquiátrica durante el año posterior al aborto, una tasa semejante a la de las que buscaron ayuda nueve meses antes de tener un aborto. Lo que ellos reportan es que lo que más causa afecciones psicológicas en cambio, es el parto: mientras que solo 4 de 1.000 mujeres buscaron asesoría un año antes de dar a luz, después del nacimiento de un hijo la tasa de mujeres que buscó asesoría psicológica se elevó a 7 por mil. <sup>(5)</sup>

Es así que la controversia si el aborto es uno de los causantes de problemas mentales, entre ellos el riesgo suicida aún sigue en discusión, por lo que con esta investigación se busca ampliar más el tema en cuestión, además de evaluar la salud mental de las mujeres con antecedente de aborto que no ha sido estudiada en nuestro país; es por ello que empezaremos a definir brevemente cada uno de estos términos tan controversiales.

La Organización mundial de la salud (OMS), define el aborto como la interrupción espontánea o provocada de una gestación antes de las 22 semanas, contando desde el primer día de la última menstruación normal, con un peso aproximado de 500 gramos o 25 cm; el aborto se puede clasificar de varias maneras: según la

forma de presentación, el tiempo de gestación y según la legislación peruana. Los tipos de aborto se pueden clasificar de varias formas:

- Por su clasificación clínica: se clasifican según el tiempo de gestación: aborto temprano, cuando la edad gestacional es menor de 9 semanas y aborto tardío cuando la edad gestacional es mayor de 9 semanas.
- Según la forma de presentación: puede ser aborto espontáneo, se produce cuando existe pérdida de la gestación por causas naturales y/ o involuntarias; aborto inducido, cuando existe pérdida de la gestación por intervención externa; y aborto terapéutico es un tipo de aborto provocado con el fin de salvaguardar la vida de la madre. <sup>(16)</sup>
- Asimismo se subdivide también el aborto de tipo espontáneo; pudiendo este ser: aborto en curso, aborto inevitable, aborto retenido – frustrado, aborto incompleto, aborto completo. <sup>(16)</sup>

Por otro lado se define riesgo suicida como la predisposición que puede presentar un individuo afectado o no de una enfermedad psiquiátrica reconocible o una afección somática con repercusión psicopatológica, a realizar un acto suicida, sea una tentativa de suicidio o un suicidio. <sup>(22)</sup>

Las definiciones de esta terminología son las siguientes: <sup>(31)</sup>

- *Ideación suicida*: pensamientos sobre el suicidio (cogniciones).
- *Comunicación suicida*: acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida, para los que existe evidencia implícita o explícita de que este acto de comunicación no supone por sí mismo una conducta suicida. La comunicación suicida es un punto intermedio entre la ideación suicida (cogniciones) y la conducta suicida. En esta categoría se incluyen aquellas comunicaciones verbales o no verbales, que pueden tener intencionalidad, pero no producen lesiones. Existen dos tipos de comunicación suicida:

- Amenaza suicida: acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano.
  - Plan suicida: es la propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial.
- *Conducta suicida*: conducta potencialmente lesiva y autoinfligida, en la que hay evidencia implícita o explícita de que:
    - a. La persona desea utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad.
    - b. La persona presenta algún grado, determinado o no, de intención de acabar con su vida.

La conducta suicida puede no provocar lesiones, provocarlas de diferente gravedad e, incluso, producir la muerte. Se considera conducta suicida:

- **Autolesión/gesto suicida**: conducta potencialmente lesiva autoinfligida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de matarse. La persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad. Este tipo de conducta puede no provocar lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte (muerte autoinfligida no intencionada).
- **Conducta suicida no determinada**: conducta con grado indeterminado de intencionalidad suicida que puede resultar sin lesiones, con lesiones o causar la muerte (muerte autoinfligida con grado indeterminado de intencionalidad).
- **Intento de suicidio**: conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita,

de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método.

- **Suicidio:** muerte autoinfligida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de autoprovocarse la muerte.

Este estudio fue diseñado de tal manera que permite al lector comprender la metodología, el objetivo del tema estudiado y su importancia.

Asimismo la salud mental de la mujer es una parte muy importante de la salud integral que muchas veces no es tomada en cuenta, puesto que en la mayoría de casos solo se atiende a las personas por la patología orgánica que presente en determinado momento. Siendo el profesional Obstetra quien cumple el rol de velar por la salud integral de la mujer y de la detección temprana de cualquier tipo de complicaciones entre ellas la violencia contra la mujer, la baja autoestima, la depresión, entre otras, para su referencia oportuna al especialista, es preciso tocar este tema puesto que permite conocer acerca de cómo un aborto altera la salud mental de la mujer y así poder brindar una mejor atención y comprensión a las pacientes en la práctica diaria.



## OBJETIVOS

- Objetivo general:
  - ❖ Describir las características del riesgo suicida en mujeres con antecedente de aborto atendidas en el Centro de Salud “La Libertad”. Setiembre 2011 – Enero 2012.
  
- Objetivos específicos:
  - ❖ Determinar el porcentaje y frecuencia del riesgo suicida en mujeres con antecedente de aborto
  - ❖ Identificar la ideación suicida en mujeres con antecedente de aborto.
  - ❖ Identificar el acto suicida en mujeres con antecedente de aborto

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **Tipo De Estudio**

- Descriptivo de corte transversal y retrospectivo.

### **Área de Estudio**

Corresponde a los casos de pacientes atendidas en el consultorio de Obstetricia en el Centro de Salud “La Libertad”, institución perteneciente al Ministerio de Salud del primer nivel de atención. La atención es durante 12 horas del día, teniendo una afluencia media de pacientes, la mayoría de la población de este centro de salud corresponde a personas de un estrato socioeconómicamente pobre.

### **Población**

La población de este estudio son mujeres con antecedente de aborto que acuden al servicio de obstetricia del Centro de Salud “La Libertad”. En el periodo Setiembre 2011 – Enero 2012, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, llegando a ser 50 mujeres con antecedente de aborto.

### **Criterios De Inclusión**

- ❖ Mujeres con antecedente de aborto en los últimos 8 años.
- ❖ Mujeres mayores de 19 años
- ❖ Usuaris del servicio de Obstetricia
- ❖ Que acepten ingresar al estudio.

### **Criterios De Exclusión**

- ❖ Mujeres con algún impedimento del habla.
- ❖ Que presenten patología agregada que no permita el buen llenado de la encuesta (hipertensión, preeclampsia, retraso mental, entre otras).

**Tiempo:** 5 meses

## **Muestra**

### **Unidad de análisis**

Casos de antecedente de aborto

### **Tamaño muestra**

El tamaño de la muestra se definió partiendo de 2 criterios: uno, los recursos disponibles, que fijan el tamaño máximo de la muestra; el otro, lo requerido por los expertos evaluadores del instrumento que fijaron el tamaño mínimo de la muestra para la descripción de las características del riesgo suicida en mujeres con antecedente de aborto

### **Tipo de muestreo**

El tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia, ya que se seleccionó la muestra siguiendo los criterios identificados para los fines del estudio

## **DEFINICIÓN DE VARIABLES:**

### **Variables:**

#### **Riesgo suicida:**

- *Ideación suicida:* pensamientos sobre el suicidio (cogniciones).
- *Intento de suicidio:* Conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte.

#### **Variables intervinientes:**

**Edad:** Años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento de la realización del estudio

**Estado civil:** Estado conyugal legal de la paciente en la sociedad.

**Grado de instrucción:** Categoría de estudios alcanzada

**Presión para abortar:** Presencia o ausencia de la coacción que se hizo sobre la persona para que realice el aborto

**Actitudes hacia los propios problemas emocionales:** Valoración de los problemas emocionales reconocidos como tales, que reflejan una carga positiva o negativa.

**Estado anímico prevalente:** Estados del humor o del ánimo que son constantes.

**Motivo de ideas suicida:** Apreciación subjetiva de la entrevistada acerca de cuáles son los principales que motivaron las ideas suicidas: antes y después del aborto.

**Relación de pareja:** Valoración de la mujer respecto a los cambios que sufrió el ambiente conyugal después del aborto.

## **Técnicas e instrumentos**

### **Método**

Para la adecuada recolección de los datos se procedió a la utilización del método encuesta, es decir la indagación de las variables en los sujetos de investigación de forma directa y además de la escala de Plutchik.

### **Técnica**

La técnica utilizada, fue la entrevista estructurada a los sujetos seleccionados, en donde un formulario sirvió de guía para el proceso de toma de datos y para la aplicación de la escala de Plutchik.

## **Instrumentos**

Se hizo uso de la historia clínica, consentimiento informado, un formulario de recolección de datos, y la escala de Plutchik.

**Historia Clínica:** Se utilizó para la selección de las participantes de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

**Consentimiento informado (anexo nº 1):** Corresponde a la ejecución de los aspectos éticos del estudio, explicitación de los principios de autonomía, beneficio y justicia, fue un documento de dos páginas, que se entregó a cada participante, antes de iniciar la recolección de datos.

**Formulario de recolección de datos (anexo nº 2):** Corresponde a un formulario de 30 ítems, divididos en 3 áreas, la primera área correspondió a datos básicos de las participantes sin precisar su nombre, puesto que la entrevista fue anónima (9 ítems), la segunda área correspondió a datos del riesgo suicida antes del aborto (5 ítems), y la tercera área está relacionada a datos del riesgo suicida después del primer episodio de aborto (16 ítems). La encuesta fue validada por la prueba piloto; el juicio de expertos que tuvo como resultado un grado de concordancia significativa del 100%, y un alfa de Crombach de 0,81.

**Escala de Plutchik (anexo nº 3):** Se trata de un cuestionario autoadministrado de 15 preguntas, con respuesta SI-NO. Cada respuesta afirmativa puntúa 1 punto. El total es la suma de intentos autolíticos previos, la intensidad de la ideación autolítica actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas. Se dice que si el puntaje total es mayor o igual a 6 hay presencia de riesgo suicida. Tiene un alfa de Crombach de 0.90 y Fiabilidad test-retest: 0,89. Esta escala nos sirvió para indicar que las pacientes que aparentemente no tenían riesgo, realmente no lo tuvieron y no sesgar la información.

## **Plan de Procedimientos**

Se procedió a realizar una solicitud de permiso a los responsables operativos del servicio de Obstetricia y a la jefatura del Centro de Salud “La Libertad”, posteriormente aceptada la solicitud se procedió a la recolección de datos en el consultorio de Obstetricia mediante la historia clínica de las pacientes que eran atendidas en el día, una vez identificadas las posibles candidatas se les informó e invitó a participar del estudio. Seguidamente aquellas que aceptaron ingresar al estudio y que cumplieron con los criterios de selección se informaron en forma verbal y escrita a través del consentimiento informado, entregándole una copia del mismo a cada participante. Posteriormente se aplicó el instrumento de recolección de datos con una duración promedio de 20 a 40 minutos, de acuerdo a los resultados obtenidos se hizo la debida interconsulta al servicio de psicología para su evaluación respectiva.

De esta manera se solicitó la participación de un total de 54 mujeres con antecedente de aborto; sin embargo, se tuvieron que excluir 4 participantes, debido a la negativa a dar información más detallada a algunas interrogantes que forman parte de la encuesta.

Se presentarán los resultados en cuatro áreas, lo cual nos permitirá tener una visión más ordenada de los resultados obtenidos.

La primera correspondió a los datos básicos del grupo de estudio (edad, estado civil, distrito de procedencia, grado de instrucción, número de abortos, tipo de aborto, tiempo del primer aborto, presión para abortar y persona que la presionó para abortar)

La segunda parte fue referente a los datos de la paciente con respecto al riesgo suicida que pudo presentarse antes del primer episodio de aborto (ideación

suicida, motivación de la ideación suicida, estado anímico, intento suicida y número de intentos)

La tercera parte fue concerniente a los datos de la paciente con respecto al riesgo suicida después de haberse presentado el primer episodio de aborto (sentimiento inmediato, sentimiento mediato, ideación suicida, intento suicida, motivación de la ideación suicida, estado anímico, número de intentos, atención profesional, posibilidad de conducta suicida futura y relación con la pareja).

La cuarta parte consistió en la aplicación del test de riesgo suicida de Plutchik, el cual determinó la existencia del riesgo suicida en las mujeres encuestadas.

### **Análisis de datos**

Una vez obtenidos los datos, estos fueron ingresados y procesados en el paquete estadístico SPSS versión 19. Las variables en estudio son cualitativas, es por ello que se utilizó la razón de proporciones y frecuencias.

### **Consideraciones éticas**

Para la realización del estudio se consideró necesario contar con la autorización del Centro de Salud “La Libertad”, el estudio respetará el derecho de autonomía, beneficencia, justicia y el mantenimiento de la confidencialidad de la identidad de los participantes (se mantendrá el anonimato de los nombres). Los datos recogidos serán de uso exclusivo para el fin de la investigación y no serán usados para otros fines

## RESULTADOS

### 1. DATOS BÁSICOS:

Tabla 1

Datos básicos de la población entrevistada – Centro de Salud “La Libertad”.  
Setiembre 2011– Enero 2012

Edad	N	Porcentaje
20 - 35 años	42	84%
> 35 años	8	16%

  

Estado Civil	N	Porcentaje
Soltera	5	10%
Casada	9	18%
Conviviente	33	66%
Separada	3	6%

  

Grado de Instrucción	N	Porcentaje
Primaria	8	16%
Secundaria	35	70%
Técnico	5	10%
Universitario	2	4%

  

Número de Abortos	N	Porcentaje
1	36	72%
2	9	18%
3	3	6%
4 o más	2	4%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Respecto a las características de la población, en este estudio se encontró que el 84% está dentro de los 20 – 35 años de edad; mientras que el 66% de las mujeres tenían como estado civil convivientes; el 70% tiene como grado de instrucción secundaria; el 72% de las mujeres refirió haber tenido solo un episodio de aborto, todas las participantes son provenientes del distrito de san Juan de Lurigancho.



## 2. RIESGO SUICIDA ANTES DEL PRIMER EPISODIO DE ABORTO:

Tabla 2

Riesgo Suicida antes del aborto y características – Centro de Salud “La Libertad”. Setiembre 2011– Enero 2012

Ideación suicida antes del aborto	n	Porcentaje
Si	16	32 %
No	34	68%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>
Motivo del pensamiento suicida antes del aborto	n	Porcentaje
Problemas con su autoimagen física	1	6%
Problemas con sus padres	1	6%
Problemas con otros parientes	2	13%
Problemas con su pareja	7	44%
Problemas laborales	1	6%
Problemas económicos	3	19%
Problemas con sus salud física	1	6%
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>
Estado anímico antes del aborto	n	Porcentaje
Deprimido	8	50%
Angustiado	1	6%
Desesperado	7	44%
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>
Intento suicida antes del aborto	n	Porcentaje
Si	3	6%
No	47	94%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

El 32% de las pacientes manifestó haber tenido algún tipo de idea suicida antes del primer episodio de aborto. La principal motivación para este tipo de ideas suicidas correspondió a problemas con la pareja en un 44%. El estado anímico más frecuente que se presentó en estas pacientes fue el deprimido (50%), seguido del Desesperado (44%).

Solo 3 pacientes del total de entrevistadas (6%), manifestaron haber presentado intento suicida antes del aborto. De estas 2 mencionaron haber realizado un solo intento; y 1 manifestó haber realizado 2 intentos.

### 3. RIESGO SUICIDA DESPUÉS DEL ABORTO:

**Tabla 3**  
**Riesgo Suicida después del aborto – Centro de Salud “La Libertad”.**  
**Setiembre 2011– Enero 2012**

<b>Ideación suicida después del aborto</b>	<b>n</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	19	38%
No	31	62%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>
<b>Motivo del pensamiento suicida después del aborto</b>	<b>n</b>	<b>Porcentaje</b>
Problemas con su pareja	5	26%
El Aborto	14	74%
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>
<b>Estado anímico después del aborto</b>	<b>n</b>	<b>Porcentaje</b>
Deprimida	11	58%
Angustiada	4	21%
Atormentada	1	5%
Desesperada	2	11%
Irritable	1	5%
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>
<b>Intento suicida después del aborto</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	<b>3</b>	<b>6%</b>
<b>No</b>	<b>47</b>	<b>94%</b>
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Con respecto a la ideación suicida después del aborto un 38% manifestó haber tenido algún tipo de idea o pensamiento de quitarse la vida. Los pensamientos y/o acciones más frecuentes en este tipo de pacientes fueron pensar en un plan o método para quitarse la vida, pensar en un plan o método para hacerse daño, o

pensar con frecuencia en el deseo de morir. En este caso los motivos más frecuentes que llevaron a la ideación suicida después del episodio del aborto fue el mismo aborto (74%) y problemas con la pareja (26%). La ideación suicida se acompañó de manera más frecuente del estado anímico deprimido (58%) así como del estado anímico angustiado (21%).

Sólo tres pacientes manifestaron haber intentado quitarse la vida o hacerse daño después del primer episodio de aborto, de ellas solo una intentó hacerlo en más de una ocasión; las medidas más comunes en este tipo de casos fueron la ingesta de pastillas, ingesta de organofosforados y precipitación desde altura. Respecto a la posibilidad de conducta suicida futura ésta se manifestó en solo una paciente, asimismo ninguna de ellas acudió a un profesional psiquiatra y/o psicólogo para mejorar su salud mental.

**Tabla 4**

**Características generales de las pacientes con ideación suicida después del aborto**

Categoría	Ideación suicida después del aborto			
	Si		No	
	n	%	n	%
<b>Estado Civil</b>				
Soltera	0	0%	5	16,1%
Casada	3	15,8%	6	19,4%
Conviviente	15	78,9%	18	58,1%
Separada	1	5,3%	2	6,5%
<b>Grado de Instrucción</b>				
Primaria	4	21%	4	13%
Secundaria	12	63%	23	74%
Técnico	3	16%	2	6%
Universitario	0	0%	2	6%
<b>Tipo de aborto</b>				
Espontáneo	7	37%	19	61%
Provocado	12	63%	12	39%
<b>Presión para abortar</b>				
Si	13	68%	11	35%
No	6	32%	20	65%
<b>Persona que presionó a abortar</b>				
Voluntad propia	5	26%	8	26%
Pareja	7	37%	3	10%
Padre	1	5%	0	0%
No aplica	6	32%	20	65%
<b>Ideación suicida antes del aborto</b>				
si	10	53%	6	19%
no	9	47%	25	81%
<b>Sentimiento inmediato después del aborto</b>				
Alivio	1	5%	2	6%
Tristeza	12	63%	21	68%
Culpa	6	32%	6	19%
Indiferencia	0	0%	1	3%
Otros	0	0%	1	3%
<b>Sentimiento una semana después del aborto</b>				
Alivio	0	0%	2	6%
Tristeza	12	63%	18	58%
Culpa	6	32%	9	29%
Indiferencia	1	5%	2	6%
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>	<b>31</b>	<b>100%</b>

En cuanto al total de las pacientes que manifestaron haber tenido ideación suicida un 78.9% tuvo como estado civil conviviente. La mayoría de ellas tuvo un grado de instrucción secundaria (63%). El tipo de aborto más frecuente en este tipo de pacientes fue el aborto provocado (63%). El 68% de estas pacientes refirieron presión para abortar, siendo lo más frecuente la presión ejercida por la pareja (37%); mientras que el resto se debió principalmente a la presión que sentía la misma paciente frente a esta situación (26%).

Un 53% de estas pacientes tenían ideas suicidas antes del primer aborto.

Los sentimientos inmediatos al episodio de aborto que predominaron en estas pacientes fue el de la tristeza (63%) y culpa (32%); los cuales fueron los mismos que se presentaron en las pacientes una semana después del episodio de aborto.

Respecto a las características de las mujeres con intento suicida, no varía respecto a las que tuvieron ideación suicida ya que primero presentaron estos pensamientos y luego intentaron acabar con su vida, en los 3 casos hallados.

Gráfico N° 1



Referente a la relación con la pareja ésta empeoró en el 50% de la población en estudio, predominando en las mujeres con ideación suicida después del aborto (73,7%)

El 89% de las pacientes con ideación suicida indicaron que estas ideas aumentaron luego del primer aborto

El 78% de las pacientes entrevistadas indican que continúan actualmente con la pareja que la acompañó en su episodio de aborto

#### 4. ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK:

**Tabla 5**  
**Ideación suicida después del aborto y escala de Plutchik**

Escala de Plutchik (Puntaje)	Ideación suicida después del aborto					
	Si		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
0	0	0%	5	16%	5	10%
1	0	0%	2	6%	2	4%
2	0	0%	2	6%	2	4%
3	0	0%	8	26%	8	16%
4	0	0%	8	26%	8	16%
5	1	5%	3	10%	4	8%
6	6	32%	2	6%	8	16%
7	3	16%	1	3%	4	8%
9	2	11%	0	0%	2	4%
10	4	21%	0	0%	4	8%
11	2	11%	0	0%	2	4%
12	1	5%	0	0%	1	2%
13	0	0%	0	0%	0	0%
14	0	0%	0	0%	0	0%
15	0	0%	0	0%	0	0%
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>	<b>31</b>	<b>100%</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Al total de pacientes se le aplicó la escala de riesgo suicida de Plutchik, de lo cual resultó que un 42% presentó un puntaje mayor o igual a seis, el cual indica riesgo suicida, asimismo dentro de las pacientes que habían manifestado ideas suicidas después del aborto en 95% de ellas se comprueba el riesgo.

## DISCUSIÓN

Con respecto a los datos básicos de las mujeres entrevistadas; el rango que predominó fue de 20 – 35 años, considerándose como una población adulta joven, lo cual coincide con investigaciones anteriores en donde la etapa de vida que se encontró mayor prevalencia de riesgo suicida fue en la etapa adulta en un 30,3%, seguida de la adolescente en un 29,1%, la cual no se tomó en consideración para este estudio.<sup>(26)</sup> La importancia de mencionar esta característica, es que, si hablamos respecto al riesgo suicida, la población que está siendo afectada en la actualidad es cada vez más joven, y más aún si nos referimos a las edades donde con mayor frecuencia se ve el aborto.<sup>(18)</sup>

El estado civil conviviente es el que con mayor frecuencia se halló en las mujeres entrevistadas asimismo como la educación secundaria, esto pueda deberse a las características de la población del Centro de Salud La Libertad, donde la población predominante proviene de estratos socioeconómicos bajos.

Referente al tipo de aborto que habían tenido, el 52% indicó que fue espontáneo y el restante 48% provocado, en ambos casos se encontró riesgo suicida, con mayor preponderancia en el aborto provocado en un 63% del total de mujeres con ideación suicida, así también lo demuestra Gissler y col en donde se vio incrementada la tasa anual de suicidio entre las mujeres que habían tenido un aborto y las mujeres que habían llegado a tener a su producto <sup>(25)</sup> y como en otros estudios donde consideran al aborto provocado como causal de alteraciones mentales; esto se puede entender debido a que al decidir terminar con la vida de un ser que es dependiente de la mujer ,se ocasionan una serie de conflictos internos y externos: los primeros se producen al sentir el sentimiento de culpa y muchas veces el de arrepentimiento ante la acción realizada, dependiendo de los valores y creencia de la persona, y los segundos por la forma como el mundo ve este hecho; por lo menos en nuestro país es ilegal realizar el aborto, entonces esto es visto como una acción mala, estigmatizada por la sociedad. Es así como



muchas mujeres se van llenando de sentimientos tristes que pueden causar incluso depresiones severas y concluir en una muerte por suicidio.

Veinticuatro de las cincuenta mujeres entrevistadas manifestaron sentirse presionadas a abortar, asimismo 13 de las 19 mujeres que tuvieron pensamientos suicidas después del aborto manifestaron la misma situación, sin embargo se ve una diferencia notable cuando se compara la muestra total con las mujeres que tenían ideas suicidas referente a la persona que la presionó a abortar; de la muestra total el 54% manifestó que sintió presión de ella misma, es decir lo hizo por voluntad propia; mientras que la mayoría de mujeres que albergaron ideas suicidas después de su primer aborto manifestó que sintió presión de la pareja. Muchas de las que lo hicieron por voluntad propia mencionaron que no se sentían preparadas para ser madres o que la situación en la que se encontraban no eran las adecuadas para serlo; esto puede formar parte de una presión social y de estereotipos sociales, así es entonces que el hecho de abortar voluntariamente tiene una indudable dimensión ética, en la que se entrelazan los hechos y las valoraciones; estos hechos se caracterizan por la negación a ser madres y la anticipación a serlo; es decir pensar que ellas tienen la potestad de decidir si continuar el embarazo o no; y la valoración comprende el modo en que la persona tiende a ver el mundo, la vida y su entorno cultural, sin embargo estas mujeres en su mayoría no desarrollaron pensamientos suicidas,<sup>(9)</sup> mientras que las mujeres que se sintieron presionadas por la pareja si lo hicieron; esto se podría explicar por la condición subyugada que tienen muchas mujeres, al verse disminuidas por la pareja desarrollan una baja autoestima y con ello rasgos depresivos que podrían ser inclinantes hacia un riesgo suicida.

Se planteó estudiar el riesgo suicida antes del aborto debido a que cabía la posibilidad de que el mismo se siga manifestando después del episodio de aborto o dejase de hacerlo y a la vez para dilucidar la existencia de este después del aborto sin antecedente previo; es así que encontramos que el 32% del total de encuestadas había tenido pensamientos o ideas suicidas antes que suceda el

aborto siendo el principal motivo los problemas con la pareja, seguido de los problemas económicos, esto guarda relación con el estudio que hace el Hospital de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi el año 2005 en donde el 46,9% de la población de mujeres estudiadas había deseado morir alguna vez en su vida y los motivos se relacionaron de la misma manera a los problemas con la pareja, seguido de los problemas económicos<sup>(26)</sup>, esta relación de problemas se debe que muchas mujeres están más expuestas a limitaciones económicas, incluso dependen de la voluntad de la pareja para realizar ciertas acciones a causa de una falta de empoderamiento en la mujer, y a su vez, tienen la responsabilidad de administrar los recursos económicos para poder enfrentar las necesidades básicas de la familia.<sup>(11)</sup> Asimismo dentro de las características que se encontró respecto al riesgo suicida en mujeres con episodio de aborto se observa que el 53% ya había tenido pensamientos suicidas antes que pase el aborto, lo cual hace cierto las conclusiones de muchos estudios en donde indican que aquella persona que ha tenido riesgo suicida anteriormente es más factible que lo vuelva a tener en un futuro,<sup>(4,7,14)</sup> debido a que un hecho traumático agrava la situación depresiva e incluso se manifiestan las recaídas.

Así también aquellas que en algún momento de su vida pensaron o intentaron quitarse la vida y aquellas que sufrían de depresión fueron más susceptibles a desarrollar problemas de salud mental luego del aborto,<sup>(4)</sup> y efectivamente es lo que se demuestra en este estudio, donde el 53% de las mujeres que tuvieron ideas suicidas después del aborto, ya las había tenido antes que pasara este hecho.

Si hablamos del sentimiento inmediato después del aborto encontramos que el sentimiento de tristeza representó el 66% y el de culpa fue el 24% relación que no varió una semana después del aborto, de la misma forma se vio en las características de las mujeres con ideación suicida después del aborto. Fergusson et al manifiesta que este tipo de reacciones tiene una clara relación con posteriores problemas de salud mental, en su investigación se señala que los

sentimientos que se encontraron fueron de angustia y de culpa, los cuales se demuestran más tarde como problemas que se agravan con el paso del tiempo,<sup>(4)</sup> incluso señala que se han encontrado casos que este periodo puede durar hasta 8 años y es muy probable que si, puesto que estas mujeres no reciben ningún tipo de ayuda psicológica o psiquiátrica que mejore su calidad de salud mental, es por esto que al momento de la recolección de los datos, muchas mujeres se sentían extrañadas de que indagáramos un poco de su salud mental y es más se sintieron comprendidas al poder hablar de este tema tan delicado con un personal de salud ya que varias lo consideraban como un tema tabú.

En la tercera parte de este estudio se buscó saber si después del aborto las pacientes habían experimentado ideas suicidas, es así que el 38% del total indicó que si había presentado estas ideas, y que estas mismas en la mayoría de casos se presentó inmediatamente después del aborto y/o una semana después del mismo, el motivo de estas ideas fundamentalmente fue el episodio de aborto, ya que ellas lo experimentaron como un trauma en su vida, un hecho que aún les duele recordar y esto se ve tanto en el aborto provocado (63%), como el espontáneo (37%); el primero porque generalmente fue un embarazo no deseado y el segundo porque en varias de las mujeres que se entrevistó, deseaban tener al producto que estaban concibiendo y fue un acto penoso que afectó su salud mental. En esta parte se obtuvieron datos relevantes respecto al motivo por el cual tuvieron estas ideas, manifestando que el 74 % de ellas fue a causa del aborto, en algunos casos se ve que en las mujeres que anteriormente al aborto han tenido ideas suicidas, su cuadro se agrava aún más, las ideas o acciones suicidas que tuvieron fue fundamentalmente planear un plan o método para quitarse la vida y el estado anímico que sentían en ese momento fue de depresión y angustia básicamente, esto se ve en un estudio hecho por Fergusson donde revela los mayores índices de riesgo asociados al aborto en una serie de categorías: idea de suicidio, 61%; dependencia al alcohol, 188%; dependencia a drogas ilegales, 185%; depresiones severas, 31%; cuadros de ansiedad, 113%<sup>(4)</sup>, lo que coincide con Cogle y col, donde indica que la probabilidad de que las

mujeres que han experimentado un aborto tienden a desarrollar ansiedad generalizada en un 34% a comparación de mujeres que continuaron sus embarazo y dieron a luz <sup>(27)</sup>, el estudio de Nueva Zelanda señala la relación que existe entre el aborto y las secuelas que deja en la salud mental, afirma que las mujeres que abortan, en comparación con aquéllas que dan a luz, tienen el doble de probabilidades de sufrir cuadros de ansiedad severa, cerca del triple de padecer depresión, 4 veces más de pensar en el suicidio, y más de 6 veces de probabilidades de consumir y ser adicto de drogas ilegales <sup>(28)</sup>, es así como los resultados referente a albergar ideas suicidas y los estados emocionales después del aborto coinciden efectivamente con las investigaciones antes señaladas y a la vez permite extrapolar las relaciones entre estos dos temas. <sup>(29)</sup>

Referente al intento de suicidio, no se halló mayor incidencia en los casos comparados antes del aborto como después del aborto, en investigaciones anteriores se ha visto que este intento de suicidio después del aborto no es tan relevante como las ideas suicidas. <sup>(4,15)</sup>

En el aspecto de relación con la pareja, el 62% del total manifestaron que si había cambiado la relación con su pareja, un considerable 50% indicó que esta relación empeoró como consecuencia del aborto, de la misma forma se observó en las mujeres con ideación suicida después del aborto, donde el 73.7% de éstas indicó que empeoró la relación. Muchas de ellas señalaron que su pareja se apartó de la relación o se hizo más distante y sin embargo el 78% continúa con su pareja a pesar que la relación empeoró y en algunos casos se halló casos de violencia familiar, los cuales fueron derivadas al consultorio de psicología y se invitó a estas mujeres a recurrir a centros de ayuda a la mujer del Ministerio de la Mujer. Estos resultados son comparables con lo que halló Pierre Lauzon, donde halló que el nivel de angustia y de estrés aumentó con el episodio de aborto en la pareja, y a la vez halló separación con la pareja que tenía cuando se produjo el aborto. <sup>(30)</sup> Este empeoramiento de la relación con la pareja se puede relacionar a la presión que ejerció para la práctica del aborto, y al sentir la mujer los sentimientos de culpa y

de tristeza puede originarse el sentimiento de rencor a la pareja por el momento que ella soportó; sería bueno investigar cuál fue la reacción de la pareja después del aborto y como se comportó días después con la afectada.

El test de Plutchik se aplicó a todas las mujeres encuestadas para la determinación del riesgo suicida, se obtuvo que el 42% presento un riesgo suicida y casi la totalidad de las mujeres que presentaron ideas suicidas tuvieron un puntaje mayor o igual a 6, lo cual confirma los datos antes mencionados.

## CONCLUSIONES

- Las características del riesgo suicida en mujeres con antecedente de aborto son las siguientes: convivientes, grado de instrucción secundaria, antecedente de aborto provocado, presencia de presión para el aborto, ideación suicida antes del aborto, consecuencia del aborto, relación de pareja desfavorable después del aborto.
- Los sentimientos de tristeza y culpa fueron los que más se acompañaron de la ideación suicida en todas las pacientes con antecedente de aborto
- La incidencia encontrada de riesgo suicida después del aborto fue del 38%
- La incidencia encontrada de ideación suicida después del aborto fue de 38%, mientras que la encontrada antes del mismo fue del 32%
- El intento suicida se vio en 3 mujeres después del aborto, igual número se registró antes del aborto, cifra no muy alta pero no menos importante.

## RECOMENDACIONES

- Se recomienda la realización de trabajos similares con mayor muestra para obtener resultados que puedan ser más extrapolables a nuestra realidad.
- Realizar estudios que describan las características de las mujeres que hayan tenido antecedentes de aborto.
- Realizar estudios sobre la salud mental de mujeres con antecedentes de aborto
- Realizar mayores programas de intervención y seguimiento en pacientes con antecedentes de aborto, con el fin de prevenir la presencia de conductas que pongan el peligro su salud física y emocional
- Se hace hincapié en la toma de conciencia por parte de los profesionales de salud para la evaluación de las pacientes como un ente integral y de esta manera brindarle una mejor calidad de salud y de vida, así tal vez muchos suicidios o pensamientos suicidas se podrían evitar.
- Se recomienda implementar un programa de consejería integral post aborto, donde el profesional responsable se asegure de brindar una atención de calidad y con calidez, de tal modo que la paciente se sienta en confianza, lo que permitirá detectar los posibles problemas en un tiempo oportuno para su debida referencia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hurtado R; Ramos M. Perfil de salud de las mujeres y los hombres en el Perú 2005. Dirección General de Promoción de la Salud. Unidad Técnica Funcional de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2005. 160p
2. International Society for Health and Human Rights. Situación de la salud mental en el Perú. Conference Report. Rebuilding Health and Dignity after Trauma & Human Rights Violations. October 2008, Lima, Perú
3. Coleman P. Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009. *BJP- The British Journal of Psychiatry* (2011) 199: 180-186
4. Fergusson D, Horwood J, Boden J. Reactions to abortion and subsequent mental health *BJP- The British Journal of Psychiatry* (2009) 195: 420-426
5. Munk-Olsen T, Munk T, Pedersen C, Lidegaard Ø, Bo Mortensen P. *New England Journal of Medicine* 2011; 364:332-339
6. Calderón S, Alzamora L. Influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en adolescentes. *Rev. perú. med. exp. salud publica.* 2006; 3(4): 247-252.
7. Rue VM, Coleman PK, Rue JJ, Reardon DC. Induced abortion and traumatic stress: a preliminary comparison of American and Russian women. *Med Sci Monit.* 2004 Oct;10(10):SR5-16
8. Shupingy M, Gacek C. El trauma Post – Aborto: Un psiquiatra considera los efectos del aborto. Family Research Council. 2010
9. Gurpegui M; Jurado D. Complicaciones Psiquiátricas del aborto. Cuadernos de Bioética. 2009, XX (70). 381-392.
10. Gómez C, Zapata R. Categorización diagnóstica del síndrome post aborto. *Actas Esp Psiquiatr* 2004;32(1):00-00
11. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio delgado-Hideyo Noguchi. Estudio Epidemiológico de Salud Mental de Lima-Callao 2002



12. Gámez, M.A.; Muñoz, I.; Suárez, R. Riesgo suicida tras experiencia traumática. 8º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2007.
13. Gentile S. Suicidal mothers. *Journal of Injury and Violence Research*. 2011; 3(2)
14. Mota NP, Burnett M, Sareen J. Associations between abortion, mental disorders, and suicidal behaviour in a nationally representative sample. *Can J Psychiatry*. 2010; 55(4):239-47.
15. Steinberg JR, Becker D, Henderson JT. Does the outcome of a first pregnancy predict depression, suicidal ideation, or lower self-esteem? Data from the National Comorbidity Survey. *Am J Orthopsychiatry*. 2011; 81(2):193-201
16. Instituto Nacional Materno Perinatal. INMP. Guía de Prácticas clínicas y Procedimientos en Obstetricia y Perinatología 2010. 11 -19
17. Doblado N, Batista I, Junco A. Aborto en la adolescencia un problema de salud. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2010 36 (3) 409-421.
18. Távara L. II Taller Latinoamericano del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG. "Aborto legal por causales de salud". *Rev Obstet Ginecol Venez* 2009;69(2):130-141
19. Pathfinder International and Flora Tristán. Clandestine abortion in Peru. Facts and figures. 2002 (36pp)
20. Ministerio de Salud- Minsa. Dirección General de Salud de las Personas. Plan estratégico Nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015
21. Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). Oficina de Estadística e Informática. Obstetricia y Perinatología. Información estadística 2010.
22. Pérez S. Evaluación del riesgo de suicidio. "La Misión" Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro 2004.
23. Reardon D, Ney P, Scheuren F, Cogle J, Coleman P, Strahan T. Deaths associated with pregnancy Outcome: A record linkage study of low income women. *Southern Medical Journal*. 2002. 95(8). 834 – 841.

24. Fernández JM. El Síndrome Post Aborto: un acercamiento desde la Bioética y la Psicología. *Bioética* 2008; 3(4): 04-08
25. Gissler M, Hemminki E, Lonnqvist J. Suicides after pregnancy in Finland: 1987-1994: *British Medical Journal* 1996; 313: 1431-4.
26. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Fronteras 2005
27. Cogle, J., Reardon, D. C., Coleman, P. K., & Rue, V. M. Generalized anxiety associated with unintended pregnancy: A cohort study of the 1995 National Survey of Family Growth. *Journal of Anxiety Disorders*. 2005. (19) 137-142.
28. Fergusson DM., Horwood LJ, Ridder EM Abortion In Young Women And Subsequent Mental Health. *J. of Child Psychology and Psychiatry*. Nueva Zelanda 2006 Vol 47:1
29. American Association of Pro Life Obstetricians and Gynecologists (AAPLOG). *Complications of Induced Abortion* 2009. 339 River Ave., Holland, Michigan EEUU.
30. Lauzon P, Roger-Achim D, Achim A, Boyer R. Emotional distress among couples involved in first-trimester induced abortions. *Canadian Family Physician Le Medecin de famille canadien* vol46: october 2000
31. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2010.

## **ANEXOS**

### **Anexo 1:**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO RIESGO SUICIDA EN MUJERES CON ANTECEDENTE DE ABORTO EN EL CENTRO DE SALUD “LA LIBERTAD” SETIEMBRE 2011- ENERO 2012**

Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre el riesgo suicida en mujeres que hayan tenido en su historial clínico uno o más abortos. Esta investigación es realizada por la tesista Angela Sánchez Torres con el fin de obtener el título profesional.

El propósito de esta investigación es describir las características del riesgo suicida en mujeres con antecedente de aborto atendidas en el Centro de Salud “La Libertad”. Usted fue seleccionado para participar en esta investigación puesto que cumple con tener más de 20 años de edad y haber tenido un antecedente de aborto, los cuales son los requisitos para participar en este estudio, además su selección ha sido llevada al azar, asimismo se espera que en este estudio participen aproximadamente 50 personas como voluntarias

Si acepta participar en esta investigación, se le solicitará que brinde información verídica que el investigador registrará en la encuesta. El participar en este estudio le tomará aproximadamente un tiempo de 20 a 30 minutos.

El riesgo asociado con este estudio es que en algún momento de la encuesta usted pueda sentirse susceptible al recordar algún episodio de su vida, lo cual será sobrellevado por el encuestador que estará previamente capacitado para este tipo de situaciones y que evitará que usted se sienta incómoda en la medida de lo posible al momento de la encuesta.

El beneficio esperado de esta investigación es que con la obtención de datos verídicos se podrán obtener resultados los cuales servirán para mejorar la calidad de atención en este tipo de pacientes.

La identidad del participante será protegida debido a que la encuesta aplicada es totalmente anónima y tampoco se registrará el número de historial clínico. Toda información o datos que nos brinde serán manejados confidencialmente, cabe recalcar además que solamente las personas que formamos parte de este estudio podrán tener acceso a la información brindada y que ellos están prohibidos de revelar cualquier dato a personas ajenas al estudio, según establece la ley N° 29733.

Solamente la Srta. Angela y sus asesores tendrán acceso a los datos crudos o que puedan identificar directa o indirectamente a un participante, incluyendo esta hoja de consentimiento. Estos datos serán almacenados en un programa de computadora específico para este tipo de estudio por un periodo no mayor de 6

meses, una vez concluya este estudio se eliminará el material en el cual usted brindó la información requerida.

Para esta investigación no se aplicarán incentivos monetarios ni ninguno de otra índole, por lo que su participación es netamente voluntaria

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular, lo cual no lo perjudicará en su atención, ni en el trato por el encuestador. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con Angela Sánchez al 989766379, de tener alguna pregunta sobre sus derechos como participante o reclamación o queja relacionada con su participación en este estudio puede comunicarse con la misma persona antes mencionada.

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

He discutido el contenido de esta hoja de consentimiento con el arriba firmante. Le he explicado los riesgos y beneficios del estudio.

\_\_\_\_\_  
Nombre del investigador o persona designada  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

Anexo 2:

---

**ENCUESTA DE RIESGO SUICIDA EN MUJERES CON ANTECEDENTES DE ABORTO**

---

**ENCUESTA N°:**

**FECHA:** ...../...../.....

*Antes de contestar, por favor, lea detenidamente las preguntas y las distintas opciones de respuesta. Solo deberá marcar con un aspa (X) la casilla al lado derecho a su respuesta.*

*Por favor, responda todas las preguntas con mucha sinceridad y veracidad, aunque algunas le parezcan poco importantes*

---

**DATOS BÁSICOS:**

**1. EDAD:**

**2. F.O:**

**3. DISTRITO:**

**4. ESTADO CIVIL**

Soltera ( )

Casada ( )

Conviviente ( )

Divorciada ( )

Separada ( )

Viuda ( )

**5. GRADO DE INSTRUCCIÓN:**

( ) Analfabeta

( ) Primaria

( ) Secundaria

( ) Técnico

( ) Universitario

**6. ¿HACE CUÁNTO TIEMPO APROXIMADAMENTE FUE EL PRIMER ABORTO?**

( ) 1 año

( ) 2 años

( ) 3 años

( ) 4 años

( ) 5 años

( ) 6 años

( ) 7 años

( ) 8 años

( ) Mas de 8 años

**7. DICHO ABORTO FUE:**

( ) Espontáneo

( ) Provocado

8. ¿UD. SE SINTIÓ PRESIONADA A ABORTAR? (si la respuesta es NO, pasar a la pregunta n° 10)

- ( ) SI
- ( ) NO

9. ¿QUIÉN FUE/ FUERON LA(S) PERSONA(S) QUE LA PRESIONARON A ABORTAR?

- ( ) Voluntad propia
- ( ) Pareja
- ( ) Madre
- ( ) Padre
- ( ) Hermanos
- ( ) Amigos(as)
- ( ) Otros (especifique) .....
- ( ) No aplica

---

**ANTES DEL ABORTO:**

10. ¿ALGUNA VEZ ANTES DEL ABORTO UD. TUVO LA IDEA O PENSÓ EN QUITARSE LA VIDA? (si la respuesta es NO, pasar a la pregunta N°13)

- SI ( )
- NO ( )

11. ¿QUÉ MOTIVOS LO LLEVARON A PENSAR EN QUITARSE LA VIDA?

- ( ) Problemas con su autoimagen física
  - ( ) Problemas con sus padres
  - ( ) Problemas con sus hijos
  - ( ) Problemas con otros parientes
  - ( ) Problemas con su pareja
  - ( ) Problemas laborales
  - ( ) Problemas con sus estudios
  - ( ) Problemas económicos
  - ( ) Problemas con su salud física
  - ( ) Experiencia traumática
- (especificar).....
- Otros
- (especificar):.....
- .....
- ( ) No aplica

12. ¿CUÁL ERA SU ESTADO ANÍMICO EN ESE MOMENTO?

- ( ) Deprimido
- ( ) Ansioso
- ( ) Angustiado
- ( ) Desesperado
- ( ) Molesto
- ( ) Irritable

Otros (especificar).....

**13. ¿ALGUNA VEZ ANTES DEL ABORTO INTENTÓ HACERSE DAÑO O QUITARSE LA VIDA? (Si la respuesta es NO, pasar a la pregunta N° 15)**

SI ( )

NO ( )

**14. ¿CUÁNTAS VECES ANTES DEL ABORTO LO INTENTÓ? N° (.....)**

---

**DESPUÉS DEL ABORTO:**

**15. ¿CUÁL FUE EL SENTIMIENTO QUE LA INVADIÓ INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL ABORTO?**

( ) Alegría

( ) Alivio

( ) Tristeza

( ) Enojo

( ) Culpa

( ) Indiferencia

( ) Otros (especifique).....

**16. ¿CUÁL FUE EL SENTIMIENTO QUE LA INVADIÓ UNA SEMANA DESPUÉS DEL ABORTO?**

( ) Alegría

( ) Alivio

( ) Tristeza

( ) Culpa

( ) Enojo

( ) Indiferencia

( ) Otros (especifique) .....

**17. ¿ALGUNA VEZ DESPUÉS DEL ABORTO UD. TUVO LA IDEA O PENSÓ EN QUITARSE LA VIDA? (Si la respuesta es NO, pasar a la pregunta N° 22)**

SI ( )

NO ( )

**18. ¿TUVO UD. ALGUNO DE ESTOS PENSAMIENTOS Y/O ACCIONES?**

PENSAMIENTOS Y/O ACCIONES	SI	NO
Pensé en un plan o método para quitarme la vida		
Pensé en un plan o método para hacerme daño		
A menudo tenía deseos de morirme		
Escribí cartas de despedida por si decidía acabar con mi vida		
Busqué métodos en internet, revistas u otros medios para quitarme la vida		
Hablaba frecuentemente de la muerte y/o de los deseos de		

morir		
En ocasiones pensé que lo mejor sería estar muerto		

**19. ¿QUÉ MOTIVOS LO LLEVARON A DESEAR QUITARSE LA VIDA?**

- (     ) Problemas con su autoimagen física
- (     ) Problemas con sus padres
- (     ) Problemas con sus hijos
- (     ) Problemas con otros parientes
- (     ) Problemas con su pareja
- (     ) Problemas laborales
- (     ) Problemas con sus estudios
- (     ) Problemas económicos
- (     ) Problemas con su salud física
- (     ) Experiencia traumática

(especificar).....

- (     ) El Aborto

Otros

(especificar):.....

.....

**20. ¿CUÁL ERA SU ESTADO ANÍMICO EN ESE MOMENTO?**

- (     ) Deprimida
- (     ) Ansiosa
- (     ) Angustiado
- (     ) Atormentada
- (     ) Desesperada
- (     ) Molesta
- (     ) Irritable

Otros (especificar).....

**21. ¿ALGUNA VEZ DESPUÉS DEL ABORTO HA INTENTADO HACERSE DAÑO O QUITARSE LA VIDA? (Si la respuesta es NO, pasar a la pregunta N°**

**27)**

SI ( )

NO ( )

**22. ¿CUÁNTAS VECES DESPUÉS DEL ABORTO LO HA INTENTADO? N°**

.....

**23. ¿QUÉ HIZO EN ESA OPORTUNIDAD?**

- (     ) Tomó pastillas
- (     ) Se cortó las venas
- (     ) Se arrojó de un piso alto
- (     ) Se aventó hacia un automóvil
- (     ) Tomó raticida
- (     ) Tomó insecticida
- (     ) Intentó ahorcarse



- Utilizó un arma de fuego  
 Otro (especifique).....

**24. ¿RECIBIÓ ATENCIÓN PROFESIONAL Y/O CONSULTA POR EL INTENTO**

- SI   
NO

**25. ¿CREE HABER SOLUCIONADO EL PROBLEMA QUE LE LLEVÓ A ESA CONDUCTA?**

- SI   
NO

**26. ¿HA CONSIDERADO LA POSIBILIDAD DE VOLVER A REPETIR ESA CONDUCTA?**

- SI   
NO

**27. ¿SIENTE UD. QUE LAS IDEAS DE QUITARSE LA VIDA AUMENTARON O DISMINUYERON DESPUÉS DEL ABORTO?**

- Aumentaron  
 Disminuyeron  
 No varió  
 No aplica

**28. ¿CAMBIÓ LA RELACIÓN CON SU PAREJA DESPUÉS DEL ABORTO?**

- SI   
NO

**29. ¿CÓMO CAMBIÓ ESTA RELACIÓN?**

- Mejoró  
 Empeoró  
 Ni mejoró ni empeoró

**30. ¿ACTUALMENTE CONTINÚA CON DICHA PAREJA?**

- SI   
NO

### Anexo 3:

#### TEST DE PLUTCHIK

**INSTRUCCIONES:** Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que Ud ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta poniendo un **aspa (X)** en la casilla (SI) o en la casilla (NO). No hay respuestas correctas, ni incorrectas, ni preguntas con trampas, trate de hacerlo rápidamente y no piense demasiado en el significado exacto de las mismas. Comience por favor.

	SI	NO
1. Usted acostumbra a tomar pastillas como aspirina o tabletas para dormir.		
2. Usted tiene problemas para quedarse dormido.		
3. Usted algunas veces siente que va a perder el control de sí mismo.		
4. Tiene usted poco interés en estar con personas.		
5. Usted presiente que su futuro va a ser más malo que bueno.		
6. Usted alguna vez ha sentido que vale poco.		
7. Se siente desesperanzado en cuanto a su futuro.		
8. Usted a menudo se siente tan frustrado que solo desea estar acostado y libre de conflictos.		
9. Usted se siente deprimido ahora.		
10. Está usted separado, divorciado o viudo.		
11. Alguien en su familia ha tratado de suicidarse		
12. Ha estado usted alguna vez tan bravo que ha sentido que podría matar a alguien		
13. Usted ha pensado alguna vez en suicidarse		
14. Alguna vez le ha dicho a alguien que usted podría suicidarse.		
15. Alguna vez ha tratado de matarse		

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO SOBRE EL TEMA DE INVESTIGACIÓN  
CIENTÍFICA:

*“RIESGO SUICIDA EN MUJERES CON ANTECEDENTE DE ABORTO QUE  
ACUDEN AL CENTRO DE SALUD LA LIBERTAD - LIMA. SETIEMBRE 2011–  
ENERO 2012”*

Estimado(a)

Tomando en consideración su experticia en el tema a investigar, me dirijo a usted con el objeto de solicitarle su colaboración en la validación del instrumento que se aplicará en la investigación titulada:

“Riesgo suicida en mujeres con antecedente de aborto que acuden al Centro de Salud La Libertad - Lima. Setiembre 2011– enero 2012”

Para ello deberá emitir su juicio referente a la redacción, contenido y coherencia de los aspectos y/o categorías que conforman el instrumento. Para lo cual se anexa el sistema de objetivos, el instrumento de recolección de información y la guía de validación con un formato para validar su juicio de experto. Sin más a que hacer referencia y agradeciendo su atención.

Atentamente.

Angela Sánchez Torres  
Bachiller en Obstetricia

## FORMATO PARA LA VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTO

Evaluated by:

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_

N° Colegio Profesional: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Teniendo como base los criterios que a continuación se presentan, se solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Escala de calificación:

Marque con una (x) en SI o NO en cada criterio según su opinión:

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	SI (1)	NO (2)	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permita dar respuesta al problema de investigación.			
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.			
3. La estructura del instrumento es adecuado.			
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.			
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
6. Los ítems son claros y entendibles.			
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.			

Sugerencias:

.....  
.....