

**DISEÑO, APLICACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN PROTOCOLO DE
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA A PACIENTES CON CRISIS CON
SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, CON DIAGNÓSTICO DE
ABORTO INCOMPLETO, EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO
MONCALEANO DE NEIVA.**

**EDWIN ANDRÉS CÁRDENAS G.
NORMA XIMENA LOZANO P.
DIANA MARCELA NARANJO L.
ADRIANA JIMENA TRUJILLO P.**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
NEIVA
2003**

**DISEÑO, APLICACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN PROTOCOLO DE
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA A PACIENTES CON CRISIS CON
SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, CON DIAGNÓSTICO DE
ABORTO INCOMPLETO, EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO
MONCALEANO DE NEIVA**

**EDWIN ANDRÉS CÁRDENAS G.
NORMA XIMENA LOZANO P.
DIANA MARCELA NARANJO L.
ADRIANA JIMENA TRUJILLO P.**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
Psicólogo.**

**ASESOR:
Silvia Leonor Olivera Plaza
Psicóloga**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
NEIVA
2003**

Nota de Aceptación

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Neiva, Noviembre de 2003.

Este trabajo está dedicado

A Dios:

*Guía de nuestra existencia; compañero de viaje y luz
que ilumina nuestros caminos.*

A nuestros Padres:

*Por su esfuerzo, dedicación, apoyo constante y
comprensión en nuestro proceso de formación
académica.*

AGRADECIMIENTOS

A la Doctora Silvia Leonor Olivera Plaza y al Doctor Nicolás Arturo Núñez Gómez cuyo incansable espíritu investigativo nos guió y acompañó en todo nuestro proceso académico.

A las pacientes del Hospital Universitario “Hernando Moncaleano Perdomo” de Neiva, cuya experiencia personal inspiró y fundamentó la realización de este estudio, y, gracias a los cuales fue posible llevar a buen término este trabajo investigativo.

A nuestras familias, por su constante escucha y sus inagotables palabras de soporte.

A nuestros amigos, por brindarnos siempre su apoyo incondicional.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
<u>PRESENTACIÓN</u>	<u>12</u>
<u>1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u>	<u>13</u>
<u>2.JUSTIFICACIÓN</u>	<u>15</u>
<u>3.OBJETIVOS</u>	<u>16</u>
3.1 GENERAL	16
3.2 ESPECÍFICOS	16
<u>4.MARCO CONCEPTUAL</u>	<u>17</u>
<u>5.METODOLOGÍA.....</u>	<u>36</u>
5.1. TIPO DE ESTUDIO	36
5.3. HIPÓTESIS	38
5.4. VARIABLES	39
5.4.1 VARIABLE INDEPENDIENTE	39
5.4.2 VARIABLE DEPENDIENTE	39
5.4.3 VARIABLES EXTRAÑAS.....	39
5.4.4 VARIABLES A CONTROLAR	40
5.5. MUESTRA	40
5.6. PROCEDIMIENTO	41
<u>6.ANÁLISIS DE RESULTADOS.....</u>	<u>44</u>
<u>7.INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS</u>	<u>52</u>
<u>8.CONCLUSIONES</u>	<u>54</u>
<u>9.RECOMENDACIONES.....</u>	<u>56</u>
<u>10.BIBLIOGRAFÍA</u>	<u>57</u>

LISTADO DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Diseño Metodológico.	37
Gráfico 2. Flujograma	41
Grafico 3. Frecuencia de edad.	44
Grafico 4. Estado Civil.....	45
Grafico 5. Número de Hijos.	45
Grafico 6. Abortos.	46
Grafico 7. Escolaridad.....	46
Gráfico 8. inventario de beck.....	49
Gráfico 9. inventario IDARE estado.....	49
Gráfico10. inventario IDARE rasgo.....	50

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Tabla de calificación del inventario de BECK.....	43
Tabla 2. Tabla de calificación del inventario IDARE.....	43
Tabla 3. Edad de las muestras.....	60
Tabla 4 Estado civil de la muestra.....	60
Tabla 5. Número Hijos	60
Tabla 6. Número de abortos.....	60
Tabla 7. Escolaridad	60
Tabla 8. Resultados de comparación de frecuencias. Inventario Beck Pre-Post Prueba	61
Tabla 9. Resultados de comparación de frecuencias Idare Estado Pre-Post Prueba	61
Tabla 10. Resultados de comparación de frecuencias Idare Rasgo Pre-Post Prueba	61
Tabla 11. Resultados de comparación entre medias Idare Estado	62
Tabla 12. Resultados de comparación entre medias Idare Rasgo	62
Tabla 13. Resultados de comparación entre medias Inventario de Beck	62

LISTADO DE ANEXOS

<u>ANEXO 1 TABLA DE ANÁLISIS</u>	<u>60</u>
<u>ANEXO 2 COMPARACIÓN DE MEDIAS ENTRE PRE-POST PRUEBA DE CADA GRUPO</u>	<u>61</u>
<u>ANEXO 3 COMPARACIÓN DE MEDIAS DE POST PRUEBAS ENTRE LOS GRUPOS</u>	<u>62</u>
<u>ANEXO 4 ENTREVISTA PLACEBO</u>	<u>63</u>
<u>ANEXO 5 PROTOLO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA A MUJERES EN CRISIS CON SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, CON DIAGNÓSTICO DE ABOSTO INCOMPLETO.....</u>	<u>64</u>

RESUMEN

Esta investigación tiene por objetivo el diseño, aplicación y evaluación de un protocolo de intervención psicológica a mujeres en crisis con síntomas de ansiedad y depresión con diagnóstico de aborto incompleto, la cual está enmarcada dentro de las investigaciones de evaluación, con un diseño metodológico cuasi-experimental, (grupo de control, placebo y experimental con pre-prueba y post-prueba); aplicado a 30 mujeres distribuidas aleatoriamente, que asistieron al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, durante las cinco (5) semanas establecidas, comprendidas entre el 28 de Julio a 31 de Agosto del año 2003. La muestra se caracterizó por tener edades entre 18 a 36 años, con máximo de tres hijos y antecedentes de un aborto. Se utilizó los instrumentos: Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE) y una Entrevista semi-estructurada. Para el análisis de resultados se utilizó la estadística descriptiva comparando frecuencias y la comprobación de Hipótesis aplicando de la prueba *t* student. Los principales resultados obtenidos fueron: el grupo experimental presentó una diferencia significativa en comparación con el grupo de control y placebo, en los resultados de post-prueba; como conclusión se confirmó la eficiencia del protocolo de intervención psicológica para disminuir la crisis en los síntomas de ansiedad y depresión en mujeres con diagnóstico de aborto incompleto.

ABSTRACT

This investigation has for objective the design, application and evaluation from a protocol of psychological intervention to women in crisis with symptoms of anxiety and depression with diagnosis of incomplete abortion, which is framed inside the evaluation investigations, with a quasi-experimental methodological design, (control group, placebo and experimental with pre-test and post-test); applied 30 women distributed aleatorily that attended the service of Gineco-obstetrics of the University Hospital Hernando Moncaleano Perdomo, during five o'clock (5) established weeks, understood among the 28 of Julio at August of the year 31 2003. The sample was characterized to have ages among 18 to 36 years, with three children's maximum and antecedents of an abortion. It was used the instruments: Inventory of Depression of Beck, Inventory of Anxiety State-feature (IDARE) and a semi-structured Interview. For the analysis of results the descriptive statistic was used comparing frequencies and the confirmation of Hypothesis applying of the test t student. The main obtained results were: the experimental group presented a significant difference in comparison with the control group and placebo, in the post-test results; as conclusion you confirmed the efficiency of the protocol of psychological intervention to diminish the crisis in the symptoms of anxiety and depression in women with diagnosis of incomplete abortion.

PRESENTACIÓN

Las mujeres con diagnóstico de aborto incompleto, normalmente pueden presentar un estado de crisis manifestado en síntomas físicos y psicológicos que repercuten de manera disfuncional en el desempeño familiar, social y laboral, que al no ser atendidos estos síntomas posiblemente puede desencadenar en un síndrome post-aborto o un cuadro de depresión mayor, frecuente en este tipo de pacientes, quienes al presentar conductas lesivas y desadaptativas desencadenan problemáticas sociales, familiares, legales y de Salud (suicidio, consumo de sustancias psicoactivas, conductas delictivas, promiscuidad, prostitución, ETS, consultantes de salud crónicos, maltrato infantil, violencia intrafamiliar entre otras) En el Hospital Universitario de Neiva “Hernando Moncaleano Perdomo” ingresan diariamente pacientes con este diagnóstico, a las cuales no se les brinda asistencia psicológica adecuada para los síntomas de ansiedad y depresión propios de un estado de crisis.

En este sentido, el protocolo de intervención psicológica es una herramienta fundamentada en el modelo cognitivo-conductual para disminuir la crisis en sus síntomas de ansiedad y depresión, con técnicas apropiadas y efectivas para la asistencia que brinda el Psicólogo a las pacientes dentro de la unidad hospitalaria, además estructura el trabajo del psicólogo dándole un soporte teórico y legal dentro de la institución.

El protocolo de intervención psicológica para pacientes en crisis, se aplicó a mujeres con diagnóstico de aborto incompleto, entre 18 y 36 años de edad, de estratos 1 y 2, con un límite de un aborto anterior y máximo tres hijos, que fueron hospitalizadas en la sala de legrado del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para el desempeño laboral del psicólogo en una institución de salud, es indispensable tener conocimiento de las funciones y procedimientos que se deben seguir para el cumplimiento de su labor. En el caso del Hospital Universitario “Hernando Moncaleano Perdomo”, no existe una guía que clarifique las funciones que desempeña el psicólogo, tanto en el trabajo interdisciplinario como en su proceso de intervención.

Así mismo, el desempeño del psicólogo en cada unidad de servicio, ante la ausencia de una directriz específica que fundamente su accionar, puede dar una visión confusa de la intervención psicológica, dificultando la eficiencia y eficacia de su labor, además, ésta labor puede verse obstruida al carecer de un sustento ético y legal que soporte la toma de decisiones a la hora de la intervención.

Para cada caso en particular, el paciente de acuerdo a su diagnóstico y al tiempo de estadía en el hospital requiere una atención y cuidados dependiendo de sus necesidades, el psicólogo está obligado a cumplir con las exigencias que el paciente y la misma institución solicita, desarrollando de manera rápida y eficaz con herramientas claras y específicas la intervención psicológica. En el caso de las mujeres que ingresan a esta institución con diagnóstico de aborto, en un posible estado de crisis manifestado especialmente en la sintomatología de depresión y ansiedad, se hace necesaria una intervención especializada, altamente estructurada que garantice la estabilidad emocional de las pacientes, haciendo más favorable su situación, previniendo así un síndrome post-aborto o cuadros de depresión mayor entre otros.

Además, el aborto es considerado un problema de salud pública.¹ En el mundo cada día se realizan más de 55.000 abortos en condiciones de riesgo, la mayoría de las veces más de 200 mujeres mueren a causa de este tipo de procedimientos. En el Huila los reportes nos hablan que en el año 2000 hubo 16 casos de aborto inducido ilegalmente, 103 casos de aborto no especificado y 32 casos de intento fallido de aborto en un grupo de mujeres entre 14 y 49 años², esto nos aproxima a la cifra de 119 mujeres que se realizaron un aborto, sin contar los casos que no fueron reportados; paralelo a esto, en el Huila el porcentaje de adolescentes que están embarazadas o que ya son madres, aumentó con relación a 1995³, donde generalmente son embarazos no

¹ GUERRERO Luis Hidalgo.. El aborto debe ser considerado un problema de Salud pública, www.saludpublica.com. 2002

² SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL, Diagnóstico por consulta externa CIE IX revisión por sexo, grupo de edad año 2.000.

³ Profamilia. Salud Sexual reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional demográfica y salud. 2000

deseados y muchos de éstos terminan en abortos practicados en condiciones sanitarias inadecuadas. En el Hospital Universitario de Neiva⁴ en el primer semestre del año 2003 ingresó un promedio mensual de 60 mujeres con diagnóstico de aborto clasificado en séptico, retenido, en curso e incompleto, lo que indica que en los últimos tres años, las cifras del primer semestre del 2003 reportadas en el Hospital de Neiva ya triplican los índices de aborto del año 2000 en todo el departamento.

Estas mujeres además de ingresar con un problema orgánico, también presentan una desorganización emocional evidenciada en la crisis en sus síntomas de depresión y ansiedad, que sin atención psicológica oportuna, muy posiblemente a través del tiempo desarrolle un síndrome post-aborto o depresión mayor, alternando así su vida emocional, social, laboral y de quienes le rodean, convirtiéndose éste en una problemática de salud y de la misma sociedad. Entonces ¿qué acciones debe seguir el psicólogo dentro de una unidad de servicio a paciente con aborto incompleto, de manera que estén orientadas a la eficiencia, rapidez y muestra de resultados en la crisis de la paciente?

El protocolo estipula diferentes acciones que se deben llevar a cabo, con una descripción estandarizada y detallada de una actividad o procedimiento, en donde se describen su agente, en este caso el psicólogo y luego su operación que sería la intervención psicológica, se define con exactitud la rutina operacional dentro de los marcos de eficiencia, seguridad y ética profesional, que en la actualidad no existe en el Hospital Hernando Moncaleano P.

Un protocolo puede ser una herramienta útil en la atención psicológica, pero entonces *¿Es efectivo un protocolo de intervención psicológica para disminuir la crisis en los síntomas de ansiedad y depresión, en mujeres con diagnóstico de aborto incompleto que se encuentran internadas en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva?*

⁴ Hospital Universitario de Neiva "Hernando Moncaleano Perdomo" 2003 Libro de ingresos y egresos de sala de partos.

2. JUSTIFICACIÓN

El protocolo de intervención psicológica para pacientes en crisis con síntomas de ansiedad y depresión, con diagnóstico de aborto incompleto, es una herramienta metodológica que da un orden consecutivo, sistematizado y detallado de las funciones y procedimientos del psicólogo para intervenir a este tipo de pacientes de una manera rápida y efectiva, durante su corta estancia en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano de Neiva (H.U.H.M.P.).

El protocolo ofrece un soporte legal al psicólogo a la hora de respaldar su intervención, de manera que el tratamiento dado a la paciente no es improvisado, dispendioso y poco adecuado para la situación, por el contrario, especifica claramente el objetivo de la intervención, sus alcances y limitaciones, lo cual enmarca esta intervención dentro de unos parámetros éticos, teóricos y jurídicos indispensables para su ejercicio profesional.

Además, permite al profesional en salud mental de la Universidad Surcolombiana llevar la pauta en investigaciones clínicas dentro del marco de las intervenciones en Psicología de la salud, otorgando importancia y credibilidad a las funciones del psicólogo dentro del H.U.H.M.P. de Neiva.

Es importante reconocer que un aborto trae consigo, fuera de las consecuencias físicas, un sin número de consecuencias psicológicas que influyen en el desarrollo comportamental y cognoscitivo de la mujer en su cotidianidad. La intervención psicológica que brinda este protocolo le ofrece a la paciente la oportunidad de adquirir técnicas en solución de problemas que le permiten hacer una reestructuración cognoscitiva a cerca del aborto y todo lo que éste conlleva, disminuyendo así la crisis en sus síntomas de ansiedad y depresión, ayudando así al mejoramiento de la salud mental previniendo a futuro un Síndrome post-aborto.

Por último, el protocolo de intervención psicológica estructura la dinámica de intervención del psicólogo en la sala de legrado generando canales de comunicación con el personal de salud que allí labora, en el proceso de atención de la paciente desde el punto de vista físico y psicológico.

3. OBJETIVOS

3.1 GENERAL

Diseñar, aplicar y evaluar un protocolo de intervención psicológica para pacientes en crisis con síntomas de ansiedad y depresión, con diagnóstico de aborto incompleto internadas en el Hospital Hernando Moncaleano de Neiva.

3.2 ESPECÍFICOS

- Diseñar un protocolo de intervención psicológica dirigido a pacientes en crisis, con síntomas de ansiedad y depresión, con diagnóstico de aborto incompleto.
- Aplicar el protocolo de intervención psicológica dirigido a pacientes en crisis con síntomas de ansiedad y depresión, con diagnóstico de aborto incompleto.
- Evaluar la efectividad del protocolo de intervención psicológica a pacientes en crisis en la disminución de los síntomas de ansiedad y depresión, con diagnóstico de aborto incompleto.

4. MARCO CONCEPTUAL

Como primer antecedente se retoma el estudio realizado por Cuellar y Urrego⁵ entre Mayo de 1995 y Febrero de 1996, sobre “*El perfil psicológico a pacientes que ingresan al Instituto Materno Infantil con diagnóstico de aborto inducido y consecuencias sépticas*”, el cual se convierte en un gran soporte para la creación del protocolo de ésta investigación, dado que se enmarca dentro de la Psicología de la salud, mostrando cómo desde hace años ésta especialidad se ha interesado en la intervención psicológica en pacientes hospitalizados que experimentan situaciones estresantes, en este caso el aborto. En ésta investigación se creó un Programa Cognitivo-conductual para intervenir pacientes con diagnóstico de aborto inducido y consecuencias sépticas que tiene por objetivo proporcionar el tratamiento psicológico como parte de la atención interdisciplinaria a tales pacientes. Los procesos psicoterapéuticos que allí se plantearon están diseñados para la aplicación en dos fases: la primera se desarrolla durante la hospitalización en dos sesiones, donde trabajan educación en salud, entrenamiento en relajación autógena, soporte social y estrategias de afrontamiento; la segunda es una fase de seguimiento.

Dentro de la investigación del protocolo de intervención psicológica se pretende implementar un trabajo interdisciplinario, partiendo de los objetivos de la primera fase del programa propuesto por Cuellar y Urrego; comprendida dentro del contexto hospitalario basado en las técnicas cognitivo conductuales para disminuir la crisis enfocada en los síntomas de ansiedad y depresión.

En la investigación de “El perfil psicológico a pacientes que ingresan al Instituto Materno Infantil con diagnóstico de aborto inducido y consecuencias sépticas”, se tomó una muestra de 25 mujeres con edades entre 15 y 36 años, con nivel educativo de primaria completa y secundaria incompleta, un nivel socioeconómico bajo y estado civil con mayor tendencia a convivir en unión libre. Se analizaron los resultados mediante la estadística descriptiva correlacional, encontrándose las siguientes características:

- “Correlación directamente proporcional entre aquellas mujeres que se encontraban trabajando y el aborto inducido.
- Estados de temor y desesperación al ingreso al hospital y de culpa al salir del hospital.
- Altos índices de ansiedad y depresión como reacción a la hospitalización.

⁵ Cuellar Pérez Ilva Liliana y Urrego Betancourt Yaneth, “Perfil psicológico de pacientes que ingresan al Instituto Materno Infantil con diagnóstico de aborto inducido y consecuencias sépticas. Bogotá. 1996.

- Alta correlación entre ansiedad (STAI) y depresión según el inventario de BECK.
- Alta correlación entre depresión como rasgo de acuerdo con el inventario de Personalidad y depresión según inventario de Beck.
- Tendencia a rasgos de personalidad de agresión-pasividad, evitativo y sádico-agresivo.
- Un inadecuado estilo de afrontamiento centrado en la evitación, autculpa y estilo fantasioso.
- Un adecuado soporte social.
- Creencias arraigadas al rol tradicional del hombre y la mujer.
- Un inadecuado manejo de anticonceptivos previos al embarazo.
- Una actitud negativa hacia el aborto.”

Esta caracterización permite dar un soporte conceptual básico a este estudio, respecto a la delimitación que se hace de los síntomas de ansiedad y depresión, que presentan las pacientes al ser hospitalizadas a causa de un aborto.

Con base en estos resultados Cuellar y Urrego plantean dos programas alternativos: prevención de embarazo en adolescentes y entrenamiento en toma de decisiones para mujeres con diagnóstico de embarazo.

Este estudio se convirtió en una referencia clave para la creación del protocolo, dado el enfoque cognitivo-conductual del programa de intervención, además la prueba de medición de Ansiedad (STAI) y la prueba de depresión de BECK que se utiliza son las más adecuadas para la medición de estos síntomas.

Además, en otro estudio citado por la Dra. Gómez Lavin⁶ y realizado por el Dr. Ford con 40 mujeres que vivieron el aborto, demostró la presencia de varios aspectos psicológicos en este tipo de pacientes; la depresión fue la más recurrente con el 97.5%, seguida de la ansiedad con 82.5%, insomnio con 77.5%, pérdida de la libido con un 72.5%, 55% ideas suicidas y 45% se mostraron con anorexia.

Como segundo antecedente, se tomó la tesis de grado realizada por Méndez y Munevar⁷ en 1994, un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, donde se utilizaron datos correlacionales, con una muestra de 30 personas que asistieron al Instituto Materno Infantil, entre Agosto de 1992 a Agosto de 1993, las

⁶ GOMEZ, Lavin, “Consecuencias psicopatológicas del aborto en la mujer”. Asociación Vivir en Familia, www.vidahumana.org. 2000.

⁷ MÉNDEZ Mónica Adriana, MUNEVAR Maria Claudia. “Estudio descriptivo de los aspectos psicológicos relacionados con la pérdida del embarazo en un grupo de pacientes del Instituto Materno Infantil”, Universidad Nacional de Colombia. Colombia. 1994.

participantes tuvieron un promedio de 27 años de edad, con un estrato socioeconómico bajo, procedentes de la zona urbana de Bogotá, el 60% es bachiller, el 59% eran empleadas y el 40% se dedicaban a las labores del hogar. Como requisito para participar en la investigación debía transcurrir un lapso de seis meses de tener un parto o un aborto. La muestra se dividió en dos grupos de 15 personas, uno con pacientes que llevaron a término su embarazo y el otro con pacientes que presentaron aborto; para este fin, aplicaron dos test, uno sobre pérdida de embarazo y el otro sobre embarazo llevado a término.

“Los resultados obtenidos en esta investigación, reflejan la falta de personal de salud adecuado para el afrontamiento de éstas situaciones, pues el 76% de las personas reportaron no haber hablado con ningún personal de salud después de lo ocurrido y el 66% manifestaron haber necesitado ayuda luego de la experiencia vivida. El resultado destaca, que una persona al experimentar un aborto genera depresión, sentimientos de pérdida, culpa, problemas sexuales, dificultad de las relaciones interpersonales, ansiedad, entre otros, que pueden llegar a dificultar la elaboración del duelo ante su hijo no nacido”.

Es importante para la investigación del protocolo de intervención psicológica los diferentes conceptos teóricos sobre las características emocionales y conductuales que se presentan ante la pérdida del embarazo, y cómo estas intervienen en la elaboración del duelo, sea positiva o negativamente. Conjuntamente en sus conclusiones se destaca la descripción estadística de la necesidad de la intervención del psicólogo a este tipo de pacientes, que reafirma el planteamiento inicial de la presencia de un psicólogo en una unidad hospitalaria.

Luego de revisar los estudios hechos en Bogotá sobre este tema y que hacen parte de los antecedentes para el diseño, aplicación y evaluación de un protocolo de intervención psicológica para pacientes en crisis con síntomas de ansiedad y depresión, con diagnóstico de aborto incompleto; es necesaria la conceptualización de protocolo, aborto, crisis e intervención en crisis, fundamentales para la clarificación de la investigación.

Protocolo según la definición del manual de organización y procedimientos hospitalarios-Programa de Estudios Avanzados en Administración Hospitalaria y Sistemas de Salud (PROAHSA), “Es la colección sistematizada de informaciones e instrucciones que a manera de guía estandarizada sirva, básicamente, como referencia para la acción. Es la guía para la ejecución permanente de una misma tarea y que por sus características especiales necesitan de otras explicaciones de cómo es hecho en la practica diaria”⁸. Estos están diseñados para su uso en el nivel local, para ser un compendio que

⁸ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD OPS. Manual de organización y procedimientos hospitalarios PROAHSA. 1985.

oriente funcionalmente las conductas que deben ser tomadas por todo el personal de la institución sobre el manejo de problemas; se pretende así, ayudar a unificar criterios mínimos de procedimientos. El protocolo determina los pasos que deben cumplirse en cada intervención y además debe llevar el objetivo para lo cual fue creado.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁹, definen protocolo como un documento que contiene, con el máximo posible de detalle, precisión y claridad pertinente el plan de una intervención científica. Incluye sus aspectos y pasos fundamentales, colocados en tiempo y espacio.

El protocolo puede tener variantes, según sea su finalidad; sin embargo, hay ciertas características que son requisitos básicos y que deben tomarse en consideración durante su elaboración. Un protocolo debe reunir por lo menos dos características básicas¹⁰:

1. “El protocolo debe expresar con fidelidad y precisión el plan de acción que expone: lo anterior significa que el protocolo deberá contener lo que se espera realizar. El contenido debe ser lo suficientemente detallado y completo para que cualquier persona pueda realizar el estudio con resultados semejantes, o evaluar la validez y confiabilidad de los pasos del protocolo.
2. El protocolo debe ser claro y sencillo: el protocolo debe estar redactado de manera que su contenido sea suficientemente claro para que cualquier persona relacionada con el campo que se va a intervenir pueda cooperar en su ejecución y evaluación. Debe contener lo necesario, evitando las disgregaciones, términos abstractos u otros distractores, que dificulten la ejecución del estudio y la comprensión de la intervención por parte de aquellos que estarán involucrados en él.

También debe ser descrito con sencillez, sin soslayar la importancia de que haya exactitud y solidez en las ideas expuestas en el protocolo.”

⁹ CANALES Francisca H de, ALVARADO Eva de, Pineda Elia.. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. Organización Mundial y Panamericana de la Salud, 2da Edición 1989

¹⁰ CANALES Francisca H de, ALVARADO Eva de, PINEDA Elia. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. Organización Mundial y Panamericana de la Salud, 2da Edición 1989.

Los elementos que se han de incluir en un protocolo, así como la profundidad con que se describe cada uno de ellos, puede variar dependiendo de los objetivos o finalidades del documento.

Este concepto de protocolo nos ilustra acerca de las pautas y principios para el diseño del protocolo de intervención, permitiendo así, dar claridad y precisión al proceso del psicólogo en su intervención a las pacientes que ingresan al hospital con diagnóstico de aborto incompleto.

En esta investigación se define etimológicamente la palabra aborto que se deriva del latín “abortus, Ab: partícula privativa y Ortus: nacimiento, por lo tanto, denota no nacimiento, lo nacido antes de tiempo. También se encuentra el vocablo Aborire: nacer antes de tiempo. La palabra aborto indica la interrupción del embarazo con la muerte del embrión antes del nacimiento.”¹¹

La Organización Mundial de la Salud¹² (OMS) (1973) define el aborto como “la terminación del embarazo antes que el feto tenga viabilidad, no solo en función del tiempo de gestación, sino del peso y algunos en función de la longitud del feto”, la cual reúne los diferentes aspectos básicos que intervienen en el aborto, por lo anterior, ésta es la definición que este estudio retoma.

Jubiz¹³ en la clasificación que hace de aborto afirma que “este depende de la iniciación y de la evolución. Por la forma como se inicia se puede dividir en espontáneo e inducido”. Dentro de la última categoría se presenta la posibilidad de que sea ilegal, legal y terapéutico.

Jubiz clasifica la evolución del aborto en:

- **Amenaza de aborto:** la hemorragia escasa se puede prolongar por varios días, el útero se encuentra aumentado de tamaño y guarda relación con la amenorrea, el cuello está cerrado, formado y sin ningún tejido extraño a su alrededor.
- **Aborto inevitable:** cuando la etapa anterior no cede al tratamiento, el cuadro clínico progresa hasta la fase de inevitable. Las contracciones se incrementan, el dolor es más intenso y la hemorragia más severa.

¹¹ HILL Joseph.. Miscarriag risk factors and causes. What we Know. OBG management. Artículo www.buenasalud.com 1998

¹² WILCHES. 1984 Retomado en la tesis de CUELLAR, Pérez Ilva Liliana y URREGO B. Yaneth, “Perfil psicológico de pacientes que ingresan al Instituto Materno Infantil con diagnóstico de aborto inducido y consecuencias sépticas,”. 1996

¹³ JUBIZ Alfonso, BOTERO Jaime, HENAO Guillermo, Obstetricia y Ginecología, texto Integrado 5ta edición. 1994

- **Aborto incompleto:** la paciente consulta la mayoría de veces cuando ha expulsado el embrión o feto y la placenta queda retenida en el útero. El sangrado puede ser profuso, hay coágulos en la vagina, el cuello permite el paso fácil de un dedo y en la cavidad se palpa el tejido placentario. El útero se ha reducido de tamaño y el diagnóstico no ofrece dificultad.
- **Aborto completo:** el útero queda vacío después de la expulsión del feto, la placenta y sus membranas. Generalmente ocurre cuando la gestación es menor de ocho semanas y el tejido placentario no tiene una fijación muy compacta a través de las vellosidades. La desaparición del dolor hipogástrico y la escasa hemorragia sumados a los hallazgos del examen pélvico tales como: cuello cerrado, útero disminuido de tamaño y además bien contraído, permiten sospechar el diagnóstico de aborto completo.
- **Aborto frustrado:** la retención del embrión en la cavidad uterina por lo menos durante cuatro semanas después de su muerte.
- **Aborto habitual:** esta variedad no sigue una evolución como las anteriores se incluye dentro de la misma clasificación. Cuando una misma paciente tiene historia de tres o más abortos espontáneos consecutivos, se considera que es una abortadora habitual.
- **Aborto séptico:** es el aborto completo o incompleto acompañado de infección, la cual se puede manifestar por fiebre, flujo sanguinolento o purulento y dolor hipogástrico. La mayoría de las pacientes ingresan a los Hospitales con el antecedente de una maniobra abortiva”.

Las complicaciones físicas más frecuentes e inmediatas en el aborto son las sepsis, la hemorragia que conlleva a anemia moderada o severa, lesiones intra-abdominales y uterinas. Entre las mediatas se destacan la enfermedad pélvica inflamatoria, el dolor pélvico crónico y la infertilidad secundaria por patología tubárica o uterina. Otras posibles consecuencias son los abortos recurrentes, los partos prematuros y el embarazo extrauterino¹⁴.

El riesgo de presentar una complicación cuando el aborto es provocado está en relación directa con la edad gestacional, lugar donde se realizó la maniobra, persona que ejecutó el procedimiento, el método utilizado y el período de latencia. Los abortos provocados en cualquier etapa del embarazo exponen a la mujer a un riesgo de complicaciones que puede variar ampliamente desde quejas leves hasta la muerte.

¹⁴ GUERRERO Luis Hidalgo. El aborto debe ser considerado un problema de salud pública. Boletín www.saludpublica.com 2001

Las complicaciones del procedimiento pueden ser a causa de: perforación uterina, hemorragia e infección, desde una endometritis hasta la peritonitis generalizada. Los efectos físicos tardíos del aborto son en su mayoría secuelas de infección (inflamación pélvica crónica, adherencias peritoneales, embarazo ectópico y esterilidad secundaria). Una complicación tardía que con frecuencia no se tiene en cuenta se relaciona con el estado psicológico de la mujer que se ha sometido a un procedimiento abortivo, ya sea este ilegal o legal¹⁵.

En las consecuencias que trae consigo el aborto, puede presentarse el Síndrome Post-aborto, en cualquier persona que sufra un aborto o haya tenido que ver con éste, elabora un duelo por esta pérdida, al no realizarse una adecuada elaboración del mismo, puede presentarse una serie de síntomas psicológicos tales como tristeza, depresión, enojo y hostilidad, ansiedad, desasosiego, inquietud, culpa, pesimismo, llanto, insomnio, disminución sexual; y somáticos como bulimia, anorexia, náuseas, cefaleas, dolor abdominal, palpitaciones. Aquí la certeza de haber destruido deliberadamente la vida de ese niño se suma el duelo, desencadenando reacciones psicológicas adversas. Se ha confirmado que “toda mujer abortante sin consideraciones de edad, de antecedentes personales y de comportamiento sexual, sufre un traumatismo con la destrucción del embarazo; se trata de algo que toca lo más profundo de sus sentimientos porque llega al fondo de su vida de manera que destruyéndolo se destruye así misma”.¹⁶ De este modo Carvajal afirma que: “La práctica del aborto implica el pago de un precio psicológico, que puede ser la alienación, la evasión del calor humano o tal vez la desaparición del instinto maternal”¹⁷. En otros casos estas mujeres aumentan sus autocastigos, manifestándose en estados de soledad, agresividad, intentos suicidas, otras tienden a la promiscuidad, con la finalidad de autojustificar su acto.

Dentro del artículo que Christian Schnake Ferrer describe sobre el Síndrome post-aborto los factores desencadenantes que influyen en las esferas cognitivas, afectivas y conductuales reflejadas en la frialdad, inestabilidad grave, toxicomanías, alcoholismo, perversiones sexuales, poca identidad femenina, rechazo del papel maternal, baja autoestima, rechazo a todo lo que suponga compromiso, a ser joven y no haber cumplido con las expectativas sociales, profesionales y laborales.¹⁸ Además, cita la clasificación del Dr. Pablo Verdier sobre los dos tipos de víctimas, en el tipo A (adolescentes y jóvenes) los síntomas característicos del SPA son promiscuidad, intentos suicidas y autocastigo, en el tipo B (mujeres mayores de 30 años) el SPA se presenta con

¹⁵ JUBIZ Alfonso, Botero Jaime, Henao Guillermo, Obstetricia y Ginecología, texto Integrado 5ta edición. 1994

¹⁶ RUE Vincent, STANFORD Susan. El trauma de un aborto inducido: controversia, diagnóstico y reconciliación. Instituto de investigaciones para la recuperación post aborto. Artículo www.vidahumanainternacional.com. 1997.

¹⁷ CARVAJAL María E. 1995 Comportamiento y salud 2 “El amor humano” . Norma. Colombia

¹⁸ SCHNAKE FERRER Christian. Síndrome post-aborto Artículo www.psycologia.com 2001.

síntomas de divorcio/separación, depresión y/o angustia, disminución del deseo sexual. Así mismo, cuando se presenta alguna complicación en el aborto, la paciente recurre a una institución hospitalaria, y durante su corta estancia en la institución la paciente experimenta una situación crítica definida como crisis.

Slaikev¹⁹ define la crisis como “un estado temporal de trastorno y desorganización caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo”, además describe cinco características que definen adecuadamente un estado de crisis:

- “Es temporal, es decir el equilibrio se recupera de cuatro a seis semanas.
- Casi siempre hay un suceso que lo precipita.
- Tiene un curso secuencial más o menos predecible.
- Tiene un potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos o más bajos.
- Su resolución depende entre otras cosas de la gravedad del suceso precipitante y de los recursos materiales, personales y sociales del individuo.”

También identifica “dos tipos de crisis: de desarrollo y circunstancial. *La crisis de desarrollo* es aquella relacionada con el pasaje de una etapa del crecimiento a otro, cada etapa del desarrollo se relaciona con ciertas tareas del crecimiento, y cuando hay interferencia en su realización es probable una crisis. *La crisis circunstancial* es aquella en la cual el suceso precipitante tiene poca o ninguna relación con la edad del individuo o con la etapa de su desarrollo, lo que significa que tales crisis pueden afectar a cualquier persona en cualquier momento. Son accidentales e inesperados y su rasgo sobresaliente es que se apoyan en algún factor ambiental: incendios, inundaciones, violaciones, divorcios, abortos, desempleo, mudanzas, etc.”

Las hipótesis principales de Karl Slaikev sobre la teoría que plantea acerca de la crisis pueden condensarse en las siguientes:

- **Sucesos precipitantes:** son aquellos procesos potencialmente capaces de producir una crisis: nacimiento de hijos, duelos, infidelidad, desastres naturales etc. Para Nowak²⁰, la capacidad de un suceso para generar una

¹⁹ SLAIKEV Karl., Intervención en crisis. México, Editorial Manual Moderno. 1995.

²⁰ NOWAK C. HOROWAITZ M. J retomado por Slaikev Karl. Intervención en crisis. México, Editorial Manual Moderno. 1995

crisis depende del tiempo, la intensidad, la duración, la secuencia y del grado en cómo interfiere con otros sucesos del desarrollo.

- **Aspectos cognoscitivos:** es importante considerar qué significa el suceso precipitante para el individuo en el contexto de su mapa cognoscitivo, de sus expectativas. Un suceso mínimo puede ser importante y al revés, un suceso importante puede no generar una crisis. Todo dependerá de cómo el sujeto percibirá la crisis.
- **Desorganización y desequilibrio:** la crisis desorganiza y desequilibra a la persona en diversos aspectos: sentimientos (trastorno emocional grave, como depresión, sentimientos de desamparo, ansiedad, etc), pensamientos (confusión), conducta, relaciones sociales (laborales, familiares, grupales en general) y funcionamiento físico (úlceras, cólicos, etc).
- **Vulnerabilidad y reducción de las defensas:** una crisis implica un incremento de la vulnerabilidad del individuo, así como un incremento de su sugestibilidad. Implica una reducción de sus defensas, por cuanto el sujeto siente que, ante la creencia que todo está por perderse, ya no se justifica defender nada. Al mismo tiempo, también aumenta la sugestibilidad, es decir el suceso precipitante deja al organismo confundido y abierto a sugerencias, lo cual, constituye en principio una circunstancia facilitadora de la intervención en crisis.
- **Trastornos en el enfrentamiento:** frente a una situación de crisis, el sujeto puede enfrentarla no adecuadamente, como por ejemplo ignorarla, o redefinir la situación.
- **Límites de tiempo:** la mayoría de los terapeutas consideran que el estado de crisis es agudo, en términos de un ataque repentino y de corta duración.
- **Fases y estados del impacto a la resolución:** el estado de crisis se caracteriza por una secuencia más o menos fija de etapas. Karl Slaikev basado en Horowitz²¹ identifica cinco etapas o fases a partir del suceso precipitante de la crisis:
 - **Negación:** que puede acompañarse de entorpecimiento emocional, no pensar en lo que pasó o hacer como si nada hubiese ocurrido.

²¹ HOROWITZ M. J "Diagnosis and treatment of stress response syndromes: General principles" Citado por Slaikev Karl Intervención en crisis. México. Editorial Manual Moderno. 1995

- **Conmoción afectiva:** llanto, humedecimiento de los ojos, etc. El suceso precipitante puede producir negación o esta conmoción afectiva.
 - **Intrusión:** afluencia involuntaria a la conciencia de ideas y sentimientos de dolor sobre el suceso.
 - **Penetración:** donde el sujeto puede expresar, identificar y divulgar pensamientos e imágenes de la experiencia de crisis.
- “Resultado de la crisis: para mejorar o empeorar, Karl Slaikev destaca tres conceptos: **penetración**, incluye la reflexión sobre el suceso y su significado para la persona en crisis, expresión de sentimientos, manteniendo un grado mínimo de bienestar sobre la crisis. **Integrar**, significa que para que la crisis se resuelva, el suceso y sus consecuencias deben finalmente tomar sus lugares a lo largo de otros sucesos e indicar la vida de la persona, formando parte de una experiencia desarrolladora. **Abierto**, significa que una buena resolución de la crisis deja al sujeto en condiciones de iniciar una nueva empresa en su vida y de estar mejor provisto para ello. Implica una disposición positiva para continuar en el proceso de vivir”.

Cabe resaltar en esta conceptualización la diferencia entre crisis y estrés, ya que pueden confundirse muy fácilmente. Slaikev retoma de Viney y hace una clara referencia entre ambos estados en cuatro puntos:

1. Los patrones de enfrentamiento durante la crisis son diferentes de aquellos relacionados con el estrés. Por ejemplo, el enfrentamiento durante la crisis parece ser más “personal”, usando el sujeto menos el núcleo familiar y apoyos informales.
2. Durante el estado de crisis, el individuo tiende a ser menos defensivo y más abierto a sugerencias, influencias y apoyos, aunque esto no es característicos del estrés.
3. El resultado de la crisis puede ser de debilitación o crecimiento. El estrés, por otro lado está comúnmente relacionado con la patología y tiene como optimo resultado la adaptación al deterioro y aflicción causados por circunstancias de la vida o el regreso al estatus quo.
4. La crisis se observa como incidente durante un periodo relativamente corto (alrededor de seis semanas), mientras que el estrés no está considerado para tener esta cualidad autolimitante. Este se considera con frecuencia como un trastorno crónico, desarrollándose con el tiempo, mientras que una crisis se desarrolla con un trastorno repentino.

Por último, Slaikev define la *intervención en crisis* como un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de debilitar sus efectos (estigmas emocionales, daño físico) se aminoren y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas en la vida, más opciones vitales) se incremente. Este proceso abarca dos fases: Intervención en primer orden o primera ayuda psicológica, compuesta por 5 componentes básicos:

1. Hacer contacto psicológico,
2. Examinar las dimensiones del problema, en el presente, el pasado y el futuro en 5 áreas CASIC de la personalidad del paciente: conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo.
3. Examinar las soluciones posibles
4. Ayudar a tomar una acción concreta
5. Seguimiento

De segundo orden es proporcionado por terapeutas; es una ayuda mucho más amplia que la de primer orden, puesto que es una terapia psicológica que busca el crecimiento, la reorganización y la salud de la paciente desde la psicoterapia tradicional.

En este caso la intervención en crisis para mujeres que presentan aborto incompleto se realizará dentro de la fase de primer orden, debido al tiempo de estadía de la paciente y siendo una situación de urgencia. De prevención secundaria.

De la misma manera, Karl Slaikev plantea cuatro principios clínicos para la intervención en crisis: *los objetivos* que debe tener como meta ayudar a la persona a establecer nuevas formas de resolver problemas. *La duración* que depende del tiempo que necesita la persona para recobrar su equilibrio. *La evaluación* implica hacer un examen de las capacidades y deficiencias de la persona en crisis. *La persona que ayudará* en la crisis debe ser más activa, directiva y orientada hacia las metas de la intervención.

De acuerdo con la hipótesis que Slaikev refiere acerca de la desorganización y el desequilibrio que puede presentar una persona en una situación de crisis, donde los diferentes aspectos del individuo (Sentimientos, pensamientos, conducta, relaciones sociales y funcionamiento físico) se ven afectados, de acuerdo a su competencia; los síntomas más relevantes que se generan en la crisis y que son intervenidos con este protocolo son la depresión y ansiedad, tomados en este caso como síntomas y no como trastornos. De este modo el protocolo se dirige única y exclusivamente a la disminución de la crisis enfocada en los síntomas de ansiedad y la depresión.

Para la intervención de la crisis y sus síntomas, el protocolo utiliza la terapia cognitivo-conductual, que hace alusión al “conjunto de estrategias, procedimientos y técnicas de intervención que utiliza la modificación o terapia de la conducta”²². Además “las intervenciones de tipo cognoscitivo-conductual buscan modificar o cambiar patrones de pensamiento, que, según se piensa, contribuyen a los problemas del paciente. Estas técnicas tienen una enorme cantidad de apoyo empírico (Smith y colaboradores, 1980; Hollon y Beck, 1994) y se consideran que se encuentran entre las más eficaces de todas las intervenciones psicológicas.”²³

La intervención que se realiza dentro de esta investigación se fundamenta en la terapia cognitiva de Beck²⁴, definida como “un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (depresión, ansiedad, fobias, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. Sus cogniciones se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores”. Esta intervención, basada en ésta teoría, solo utiliza la técnica cognitiva de solución de problemas, dadas las inadecuadas condiciones de tiempo y espacio.

El modelo cognitivo de Beck,²⁵ sustenta que “la depresión es un desorden del pensamiento más que del afecto. Dicho de otra forma, resaltó la primacía causal cognoscitiva y consideró los síntomas afectivos, motivacionales, comportamentales y fisiológicos del síndrome depresivo como consecuencia de dicho déficit. Otros factores (genéticos, evolutivos, hormonales, bioquímicos y pérdida de reforzadores, etc) pueden estar involucrados en la etiología de la depresión”. Además Beck refiere que, “el esquema depresivo está conformado por una fuerte negatividad y pesimismo. Su organización estructural está caracterizada por una actitud extrema, categórica e inmadura. Más concretamente, son cinco rasgos del contenido “primitivo” en la manera de pensar del depresivo: globalidad, absolutista y moralista, invariabilidad, personalización por el carácter e irreversibilidad”. Teniendo en cuenta estos conceptos, la intervención se enfoca en la solución de problemas, donde la visión de túnel que manejan las pacientes con síntoma de depresión es reevaluada, considerando otras perspectivas a un mismo problema.

²² **Vásquez Baquero José Luis**. Psiquiatría en atención primaria. Biblioteca Aula médica 2000

²³ PHARES, J.. Psicología Clínica, Conceptos, Métodos y Práctica, México. 2000

²⁴ **BECK Aarón T, RUSH A. John, SHAW Brian F., EMERY Gary**, Terapia Cognitiva de la Depresión, 2da Edición, Editorial Desclee De Brouwer S.A., 1983.

²⁵ **BECK Aarón T, RUSH A. John, SHAW Brian F., EMERY Gary**, Terapia Cognitiva de la Depresión, 2da Edición, Editorial Desclee De Brouwer S.A., 1983.

De esta manera, en esta investigación la depresión se define como “la alteración del estado de ánimo debido a pérdidas recientes, probablemente por atribuciones catastróficas y pensamientos erróneos hacia el futuro”²⁶, concepto que da Luis Florez en la adaptación que hace del Inventario de Beck a la población colombiana en 1993.

Se clarifica también la definición de:

La solución de problemas²⁷ que “puede dividirse en los pasos siguientes: el primero implica una definición clara del problema. En segundo lugar se emplea un enfoque de lluvia de ideas para provocar en el paciente tantas soluciones no censuradas como sea posible, independientemente de que sean factibles o no, razonables o no, eficaces o no. La evaluación de las soluciones propuestas se lleva a cabo, en la siguiente fase de la solución de problema, donde se examina cuidadosamente las ventajas y las desventajas de cada solución. Después de la fase de evaluación, el paciente escoge una solución y planifica cómo llevarla a cabo”.

Para el manejo de la habilidad en la solución de problemas se tendrá en cuenta la estrategia de Thomas D Zurilla y Marvin Goldfried (1971), ellos definieron un problema como: “el fracaso para encontrar una respuesta eficaz”. Afirman que ninguna circunstancia o situación es intrínsecamente problemática. Hay que aprender a definir los problemas no en términos de situaciones imposibles, sino en términos de situaciones inapropiadas. Además Nezá²⁸ (1987), define los problemas como “situaciones específicas de la vida (presentes o anticipadas) que exigen respuesta para el funcionamiento adaptativo, pero que no reciben respuestas de afrontamiento eficaces proveniente de las personas que se enfrentan con las situaciones, debido a la presencia de distintos obstáculos. Estos obstáculos pueden incluir la ambigüedad, la incertidumbre, las exigencias contrapuestas la falta de recursos y/o la novedad”.

Según ésta definición, un problema no es una característica ni del ambiente ni de la persona por sí solo. Por el contrario, “un problema es un tipo particular de relación persona-ambiente que refleja un desequilibrio o una discrepancia percibidos entre las demandas y la disponibilidad de una respuesta adaptativa.

26. **FLOEZ ALRCON LUIS**. Citado por Pérez Ilva Liliana y URREGO B. Yaneth, “Perfil psicológico de pacientes que ingresan al Instituto Materno Infantil con diagnóstico de aborto inducido y consecuencias sépticas,”. 1996.

²⁷ **CABALLO, Vicente E.**, Manual de Técnicas de terapia y modificación de conducta. Editorial Siglo XXI de España, 1998.

²⁸ **CABALLO, Vicente E.**, Manual de Técnicas de terapia y modificación de conducta. Editorial Siglo XXI de España, 1998.

Es probable que éste desequilibrio cambie con el tiempo, dependiendo de los cambios en el ambiente, en la persona o en los dos”.²⁹

Una solución, es definida “como cualquier respuesta de afrontamiento destinada a cambiar la naturaleza de la situación problemática, las propias reacciones emocionales negativas o ambas” (D’Zurilla; Nezá 19987)³⁰ La adecuación o eficacia de cualquier solución potencial varía de persona a persona y de lugar a lugar, ya que la eficacia percibida de una determinada respuesta de solución de problemas depende también de los propios valores y objetivos y de las otras personas significativas.

Cabe resaltar que la solución de problemas es un proceso de encontrar una solución eficaz a un problema (D’ Zurilla 1986; Nezá 1987).

La capacidad general de solución de problemas comprende una serie de habilidades específicas, en vez de una sola capacidad unitaria. La solución de problemas (eficaz) requiere cinco procesos componentes interactuantes, cada uno de los cuales aporta una determinada contribución a la solución eficaz del problema. Estos procesos incluyen³¹:

- a. Orientación hacia el problema: es un proceso motivacional, y puede describirse como un conjunto de respuestas de orientación, que representa las reacciones cognitivo-afectivo-conductuales inmediatas de una persona cuando se enfrenta por primera vez con una situación problemática. Estas respuestas de orientación incluyen una clase particular de aspectos de la atención y un conjunto de creencias, suposiciones, valoraciones y expectativas generales sobre los problemas de la vida y sobre la propia capacidad general de solución de problemas.
- b. Definición y formulación del problema: el objetivo de éste proceso consiste en clarificar y comprender la naturaleza específica del problema. Esto puede incluir una revaloración de la situación en términos de su significación para el bienestar y el cambio. Después de definir y formular la naturaleza del problema de forma más clara y concreta, la persona puede entonces valorar el problema de modo más preciso.

²⁹ **CABALLO, Vicente E.**, Manual de Técnicas de terapia y modificación de conducta. Editorial Siglo XXI de España, 1998.

³⁰ Zurilla D’, Nezá. Citado por **CABALLO, Vicente E.**, Manual de Técnicas de terapia y modificación de conducta. Editorial Siglo XXI de España, 1998

³¹ Zurilla D’, Goldfried (19971) citado por **CABALLO, Vicente E.**, Manual de Técnicas de terapia y modificación de conducta. Editorial Siglo XXI de España, 1998

- c. Generación de alternativas: el objetivo es hacer que estén disponibles tantas soluciones como sea posible, con el fin de llevar al máximo la posibilidad de que la solución (mejor) se encuentre entre ellas. En este proceso se tiene en cuenta tres principios: Principio de cantidad, cuantas más ideas alternativas se produzcan más elevada será la probabilidad de que se generen opciones eficaces o de gran calidad. Principio de aplazamiento del juicio, sugiere que la regla de cantidad puede aplicarse mejor si se elimina el juicio sobre la calidad o la eficacia de cualquier idea, hasta que se produzca una lista exhaustiva. Principio de la variedad, se alienta a los individuos a pensar en un alto rango de soluciones posibles a través de una variedad de estrategias o tipos de enfoque. En vez de centrarse solo en una o dos ideas limitadas.
- d. Toma de decisiones: el propósito es evaluar (juzgar y comparar) las opciones disponibles con respecto a la solución y seleccionar la (s) mejor (es), para ser llevada a cabo en la situación problema real.
- e. Puesta en práctica de la solución y verificación: consiste en vigilar el resultado de la solución y evaluar la eficacia de la misma para controlar la situación problemática.

Es importante clarificar el concepto que se maneja en terapia cognitiva de Beck para la ansiedad, donde éste retoma la definición de Clark, Nietzel y Bernstein,³² quienes sostienen que “la ansiedad es un trastorno emocional generalizado, además ésta es producida por estímulos internos como es el caso del pánico”.

Los aspectos cognitivos más importantes de la ansiedad se centran alrededor de tres temas. Aceptación, competencia y control, que comparten el hilo común de la amenaza³³.

En la aceptación: se basan sobre el temor de que una persona no sea aceptable para los demás. El componente crucial de su sistema cognitivo es la creencia necesaria de que necesita la aceptación de todo el mundo con el fin de lograr el bienestar o la felicidad y que el rechazo representa una importante amenaza. Al igual que en el caso de los pacientes deprimidos, las respuestas racionales a las suposiciones se centran en el desarrollo de la valía de uno mismo, independientemente de las fuentes externas de aprobación.

³² Clark, Nietzel y Bernstein citado por CABALLO, Vicente E., Manual de Técnicas de terapia y modificación de conducta. Editorial Siglo XXI de España, 1998

³³ Beck y Emery, citado por CABALLO, Vicente E., Manual de Técnicas de terapia y modificación de conducta. Editorial Siglo XXI de España, 1998.

El componente cognitivo central de los pacientes preocupados por la competencia es la creencia de que son inferiores debido a algún defecto que puede ser de carácter físico, que puede atribuirse a la inferioridad del intelecto, o de la personalidad, o incluso a la raza o al sexo. Sus cogniciones automáticas conducen a menudo a una subestimación de sus capacidades y a una exageración de sus debilidades. Vigilan en exceso la amenaza de la crítica.

Las personas que temen perder el control se centran en la amenaza de los demás o en los acontecimientos que los dominan. Esta preocupación particular puede tomar muchas formas. Los sujetos normalmente atribuyen su ansiedad a estímulos externos, pero un examen más minucioso revela que no es la situación en sí misma lo que se teme, sino la posible pérdida de control. Además estos sujetos muestran un deseo de un grado de control poco realista, y, por esta razón, se benefician si estructuran su mundo no en términos del control sino, por el contrario, en términos de elecciones. Para hacer el cambio del control a la elección, la terapia se tiene que centrar en hacer que destaquen las opciones disponibles.

Es importante, para la evaluación de este síntoma tener en cuenta todo lo anteriormente mencionado, debido a la necesidad de conocer las dimensiones cognitivas dentro del mismo componente de evaluación. Existen tres componentes para evaluar la ansiedad: las señales fisiológicas de ansiedad, las manifestaciones conductuales y las cogniciones³⁴. Tales como tics, sudoración, evitación, comerse las uñas, entre otros.

A continuación se presenta el concepto que es retomado del síntoma de ansiedad para la investigación de protocolo.

La ansiedad estado³⁵ una condición de estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo, puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad.

La ansiedad rasgo se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las

³⁴ Barlow, 1988; Nietzel y Bernstein, 1985; Wilson y col. 1989. citado por **CABALLO, Vicente E.**, Manual de Técnicas de terapia y modificación de conducta. Editorial Siglo XXI de España, 1998

³⁵ SPIELBERGER Charles D, DIAZ Rogelio, IDARE Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado. Editorial Manual Moderno, 1970.

personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones de la intensidad de la ansiedad estado.

Para el manejo de la ansiedad, dentro de la intervención, se aplican las técnicas conductuales a continuación descritas.

La relajación³⁶: es un estado fisiológico de hipoactividad que contrarresta los efectos perniciosos de la excesiva tensión o activación, provocando en el organismo una gran variedad de efectos: disminución de la frecuencia e intensidad cardíaca, incremento de la vasodilatación arterial (mayor riesgo periférico y mayor oxigenación celular), incremento de la amplitud de la respiración y regularidad en el ritmo, disminución de la activación simpática, disminución del consumo de oxígeno, disminución del colesterol y ácidos grasos en plasma, incremento de los leucocitos y mejora del sistema inmunológico, cambios (subjetivos) percibidos en los niveles de tensión, ansiedad y sensación de tranquilidad. Este tipo de técnicas enseñan a los pacientes los principios conductuales básicos relacionados con sus síntomas y la manera en que se relaciona la terapia con la ejecución de estos principios.

Relajación Progresiva³⁷: es un conjunto de técnicas que se derivan de la relajación progresiva original creada por Jacobson en los años treinta para controlar el nivel de activación del organismo a partir del control de la musculatura esquelética. El objetivo final de la relajación progresiva es que el cuerpo perciba cualquier señal de tensión innecesaria y automáticamente reduzca su nivel de activación. Como tratamiento específico ha sido útil en insomnio, ansiedad, depresión, fobias, tensión muscular, presión arterial alta, hiperactividad, cefalea, dolor de espalda y cuello, indigestión, espasmos musculares y fatiga. En su utilización como parte de otros procedimientos terapéuticos está muy extendida, siendo un elemento importante de las estrategias de autocontrol enseñadas en las terapias cognitivas en las técnicas de exposición.

³⁶ PHARES, J.. Psicología Clínica, Conceptos, Métodos y Práctica, México. 2000

³⁷ **DAVIS, M, MCKAY, M. Y ESHELMAN E.** Técnicas de autocontrol emocional. Martínez Roca. México D.F 1997

Respiración³⁸: una respiración correcta es un antídoto contra el estrés. La sangre insuficientemente oxigenada contribuye a los estados de ansiedad, depresión y fatiga y hace que muchas veces una situación estresante sea todavía más difícil de superar. Unos hábitos correctos de respiración son esenciales para una buena salud física y mental.

Como instrumento para la intervención psicológica de la crisis con síntomas de ansiedad y depresión de las mujeres con aborto incompleto, se creo un protocolo que facilite el trabajo del psicólogo en la recuperación de las pacientes que han experimentado un aborto incompleto internas en el H.U.H.M.P de Neiva.

Retomando todo lo anterior, existen dos antecedentes básicos para el diseño, aplicación y evaluación del protocolo, que fundamentan la realización de éste, dando trascendencia al trabajo interdisciplinario en un contexto hospitalario donde se atiende las necesidades tanto medicas como psicológicas de la mujer que atraviesa por un evento como el aborto. Describe datos de gran relevancia para la intervención a realizarse como los altos índices de ansiedad y depresión tanto por el evento como por la hospitalización y los inadecuados estilos de afrontamiento, además de las características emocionales y conductuales que pueden presentar las mujeres ante una pérdida.

Así mismo, la OMS y la OPS definen dos conceptos básicos, protocolo conceptualizado así dentro de esta investigación precisamente por las características de claridad, máximo de detalles y definición de plan trabajo, que se adapta perfectamente a la caracterización de la guía de intervención psicológica. De este modo el concepto de aborto y su clasificación permite evitar confusiones en lo que se entiende por éste y en la diferenciación del diagnóstico que se ha escogido para la realización de este estudio, además de ser muy específico en cada situación o fase de acuerdo al estado en que se encuentre.

Las mujeres además de pasar por este evento, traumático por sí solo se encuentran con el riesgo, de contraer trastornos psicológicos que trascenderán en la conducta de la persona siendo estas poco tomadas en cuenta.

De este modo el primer momento después del aborto es definido en este estudio como crisis, entendida como “El estado temporal de trastorno y desorganización caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo de abordar situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas” concepto con el cual Slaikev Karl fundamenta su teoría de crisis diferenciando claramente dos tipos de crisis que se pueden dar; para este caso, la crisis es de tipo circunstancial ya que el suceso precipitante no

³⁸ DAVIS, M, MCKAY, M. y ESHELMAN E. Técnicas de autocontrol emocional. México D.F. Martínez Roca. 1997

tiene relación con la edad y afecta en cualquier momento. Así mismo define intervención en crisis como un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático, proceso que en esta investigación está dirigido a disminuir la crisis en los síntomas de ansiedad y depresión en mujeres con diagnóstico de aborto incompleto. Por último las técnicas cognitivo conductuales utilizadas son la relajación y la respiración, solución de problemas. Estas técnicas complementan la intervención psicológica, que por su manejo e implementación se adecuan al ámbito hospitalario.

5. METODOLOGÍA

5.1. TIPO DE ESTUDIO

El diseño de un protocolo de intervención psicológica a pacientes en crisis es un estudio de análisis de impacto que se enmarca en la investigación de evaluación, apoyado en un diseño cuasi-experimental con pre-prueba (prueba previa al estímulo o tratamiento), post-prueba (prueba posterior al tratamiento), grupo de control, grupo placebo y grupo experimental (grupo al que se aplica el tratamiento)³⁹.

El modelo metodológico cuasi-experimental se refiere a un diseño de investigación experimental en los cuales los sujetos de estudio son grupos naturales, por tanto no todas las variables son controladas.

“La investigación de evaluación tiene como propósito determinar la eficacia de un programa, política o procedimiento, práctica y evaluar su validez, así en las evaluaciones el objetivo de una investigación es de carácter utilitario”⁴⁰

Para esta investigación de evaluación, se retomó dentro de sus diferentes tipos, el análisis de impacto que intenta identificar el impacto neto de una intervención; en otras palabras, el impacto que puede atribuirse exclusivamente a determinada intervención, sin tomar en consideración otros factores, en este tipo de análisis, se puede emplear un diseño experimental o cuasi-experimental, pues su objetivo es atribuir una influencia causal a la intervención específica.

El diseño con pre-prueba y post-prueba, grupo de control y grupo experimental es un diseño que incorpora la administración de una prueba, a los grupos que componen el cuasi-experimento. Los sujetos asignados al azar provienen de los grupos naturales que serán divididos en grupo de control, grupo placebo, (entendido este tratamiento como una entrevista para obtener datos demográficos); y grupo experimental. Luego a cada grupo se le aplicó la pre-prueba, un grupo recibió el tratamiento a prueba y los otros no (grupo de control y placebo); finalmente se administró una post-prueba.

³⁹ Polit, Dense, Investigación científica en ciencias de la salud. Polit Hungler. Editorial McGraw-Hill. Quinta edición. Pag 195 1995

⁴⁰ Polit, Dense. Investigación científica en ciencias de la salud. Polit Hungler. Editorial McGraw-Hill. Quinta edición. Pag 195. 1995

El diseño puede diagramarse así:

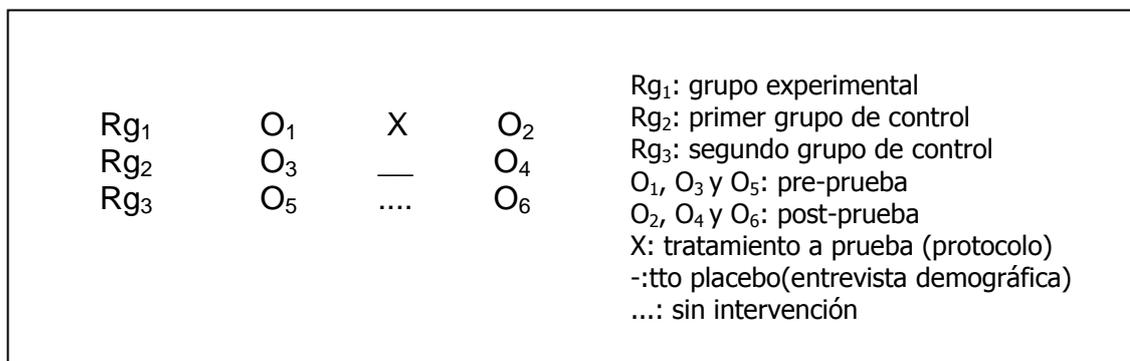


Gráfico 1. Diseño Metodológico.

5.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se empleó como método para el análisis la estadística descriptiva en donde se comparan las frecuencias de los grupos, además se utilizó la prueba de hipótesis la cual tiene el siguiente procedimiento a seguir:

Hipótesis Alternativa e Hipótesis Nula.

1. Seleccionar el nivel de significación.
2. Conocer o estimar la varianza.
3. Determinar la técnica y la prueba estadística.
4. Determinar valores críticos y regiones de rechazo.
5. Calcular los datos muestrales, utilizando formulas correspondientes.
6. Tomar la decisión estadística.
7. Aceptar o rechazar la Hipótesis Nula y el nivel de significancia dado.

Luego para la comparación de las hipótesis se aplicó la prueba t student⁴¹; pues en el presente estudio se estableció que la distribución de los datos es normal, la muestra es pequeña y la varianza poblacional es desconocida. La prueba estadística t student “es un método de análisis estadístico, que compara las medias de dos categorías dentro de una variable dependiente, o las medias de dos grupos diferentes. La prueba t Student, arroja el valor del estadístico t. Según sea el valor de t, corresponderá un valor de significación estadística determinado.

⁴¹MARTÍNEZ, Ciro Estadística descriptiva. Novena edición. Santa Fe de Bogotá. ECOE. 1998

La prueba t para muestras independientes se utiliza para comparar la media de dos grupos o dos categorías dentro de una misma variable dependiente. La prueba t para muestras dependientes se utiliza para comparar las medias de un mismo grupo en diferentes etapas, como por ejemplo pre y post tratamiento”. Esta prueba se adapta adecuadamente a los requerimientos de análisis del modelo metodológico aquí propuesta.

La prueba t Student para muestras dependientes de un mismo grupo se utiliza un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$.

Para analizar los resultados de la investigación se utilizaron las siguientes convenciones⁴², que a continuación se conceptualizan:

Media (X): Promedio

Varianza (S²): Variabilidad o dispersión equivalente a la desviación estándar.

Valor T: evaluación de la significancia estadística de las relaciones entre variables.

Valor Crítico: punto en el cual inicia la zona de rechazo de la H₀.

Nivel de significancia: probabilidad de que la relación observada puede deberse a la causalidad. Una significancia en el nivel de 0.05 indica que la probabilidad de una relación de la magnitud observada se deba al azar es de sólo 5 veces por cada 100.

5.3. HIPÓTESIS

Hipótesis alterna: H_a

Hipótesis nula: H₀

H_a: El protocolo de intervención psicológica coadyuda en la efectividad de la disminución de la crisis en los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de aborto incompleto.

H₀: El protocolo de intervención psicológica no tiene ninguna efectividad en la disminución de la crisis en los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de aborto incompleto.

⁴² MARTÍNEZ, Ciro Estadística descriptiva. Novena edición. Santa Fé de Bogotá. ECOE. 1998

5.4. VARIABLES

5.4.1 Variable Independiente

Protocolo de intervención psicológica. Este puntualiza los pasos que debe realizar el Psicólogo en la intervención para la disminución de la crisis de las pacientes.

5.4.2 Variable Dependiente

La Crisis, se conceptualiza para esta investigación como un estado temporal de trastorno y desorganización caracterizada principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones. Dentro de esta variable se tomará como dimensiones la depresión y ansiedad estado - rasgo. La depresión es definida como la alteración del estado de ánimo debido a pérdidas recientes, probablemente por atribuciones catastróficas y pensamientos erróneos hacia el futuro (Florez 1993)⁴³. Para la depresión se evaluó con el Inventario de Beck, entrevista semiestructurada; y cognoscitivos como pensamientos sobre si mismo, sobre el futuro y sobre el mundo. La ansiedad estado, es definida⁴⁴ como una condición de estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetiva conscientemente percibida y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad. La ansiedad rasgo se refiere⁴⁵ a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones de la intensidad de la ansiedad estado. Los indicadores para evaluar la ansiedad son medidos con el IDARE.

5.4.3 Variables extrañas

- **Nivel de escolaridad:** no se tuvo en cuenta, se considera de poca influencia en la crisis.
- **Estado civil:** no se controló, puesto que esta variable es muy diversa en la población.
- **Atención que recibe la paciente al ingresar al Hospital:** el trato que la paciente tiene por el personal hospitalario no es algo que sea controlable.
- **Medicamentos que se suministran a las pacientes:** no se controló, pues los medicamentos no influyen en el curso de la crisis.

⁴⁴ Tomado de la investigación de CUELLAR y URREGO. "Perfil psicológico de pacientes que ingresa al Instituto Materno Infantil con diagnóstico de aborto inducido y consecuencias sépticas". 1996

⁴⁵ SPIELBERGER, Charles. Inventario de Ansiedad Rasgo Estado, IDARE, México. Manual Moderno. 1975

5.4.4 Variables a controlar

Las siguientes variables caracterizaron la población escogida para esta investigación, permitiendo homogenizar los grupos (experimental y de control) cumpliendo con los requisitos de fiabilidad requeridos para esta investigación.

- **Clase de aborto:** se controló escogiendo las pacientes que presentaron diagnóstico de aborto incompleto, debido a que la mayoría de pacientes ingresan con este diagnóstico.
- **Tiempo de estancia:** un mínimo de 12 horas desde su ingreso al hospital para poder participar dentro de la investigación.
- **Edad:** esta variable no se controla.
- **Historia obstétrica:** se controla la recurrencia máxima de un aborto y un límite de tres hijos.

Este tipo de variables se detectan mediante:

- Revisión detallada de la historia clínica.
- Entrevista semiestructurada.

5.5. MUESTRA

La institución en la cual se llevó a cabo el presente estudio fue el HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO de la ciudad de Neiva, en la sala de legrado, allí existe una cobertura amplia de casos de aborto incompleto, que constituye la población objeto de esta investigación.

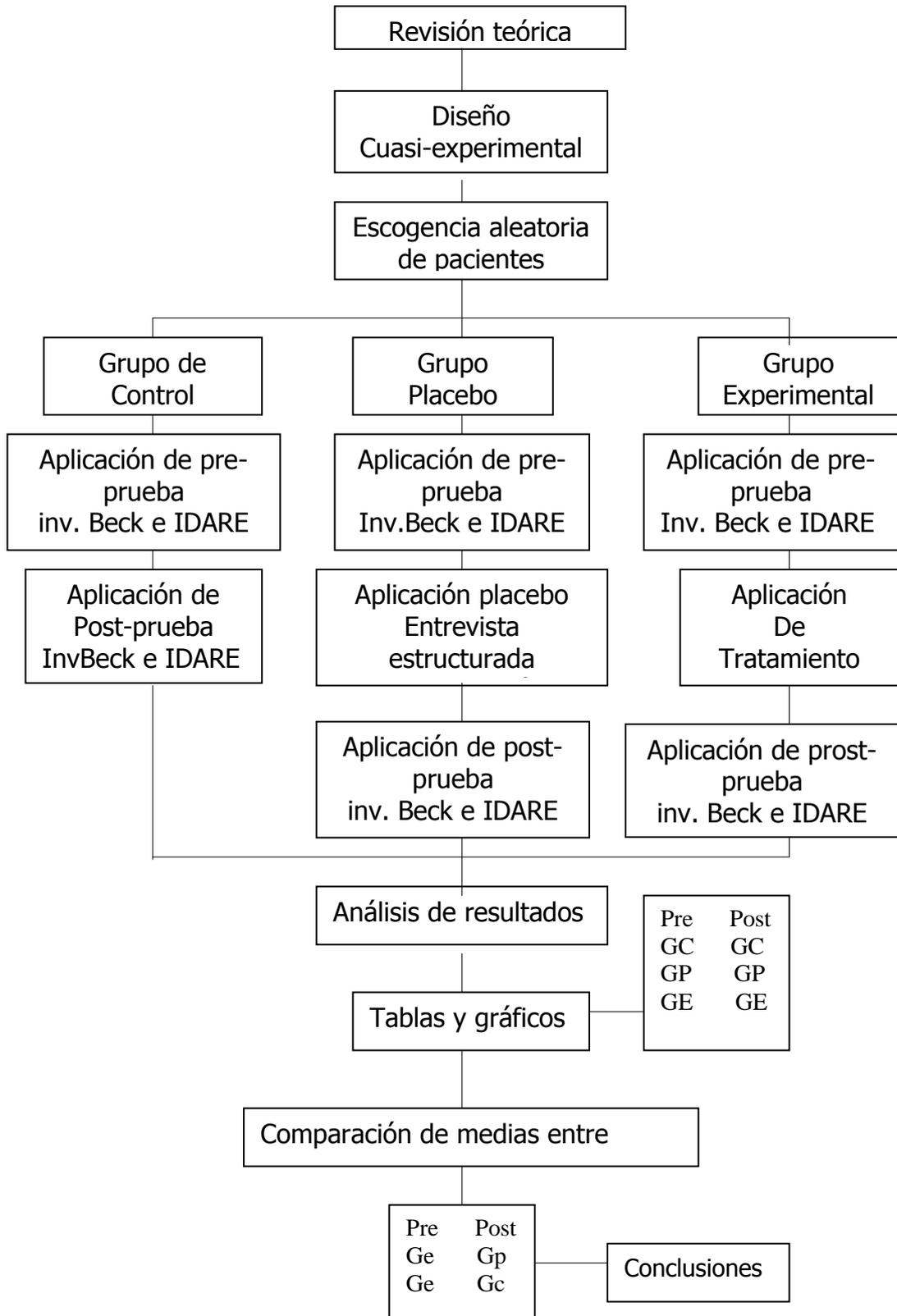
El universo para este estudio se definió como el conjunto de mujeres que presentan aborto en el Huila. La muestra escogida la constituyeron las pacientes que asistieron al H.U.H.M. en un periodo de cinco semanas, del 28 de julio al 31 de agosto de 2003, con diagnóstico de aborto incompleto, que llegaron remitidas por los diferentes centros de salud del Departamento de Huila. Durante este periodo ingresaron a la sala de parto un total de 69 pacientes con diagnóstico de aborto, de las cuales 52 pacientes tenían diagnóstico de aborto incompleto; partiendo de este número, se tomó como muestra representativa 30 pacientes, que se dividieron en tres grupos.

El criterio fundamental que se tuvo en cuenta para la selección de la muestra fue las pacientes que presentaron crisis en sus síntomas de ansiedad y depresión, con diagnóstico de aborto incompleto. Para el diagnóstico de crisis se tuvieron en cuenta los criterios que describe Karl Slaikev y los resultados obtenidos de los inventarios de IDARE Y BECK y entrevista semi-estructurada.

5.6. PROCEDIMIENTO

Luego de realizar una revisión teórica y exploratoria sobre el tema, se procedió a aplicar el diseño cuasi-experimental, en un periodo de cinco semanas donde se escogieron aleatoriamente a las pacientes que reunían las características descritas, para ubicarlas en los grupos de control, placebo y experimental. A estos grupos se les aplicó la pre-prueba (inventario de BECK, IDARE) para confirmar la impresión diagnóstica, luego al grupo experimental se le aplicó el protocolo de intervención psicológica, al grupo de control no se le realizó ningún tipo de intervención terapéutica. Al grupo placebo se le aplicó una entrevista estructurada para obtener datos demográficos. El grupo de control referenció la evolución normal de la crisis. Por último, se les aplicó a los tres grupos la post-prueba (inventario de BECK, IDARE) que nos permitió conocer la frecuencia de los síntomas y evaluar la eficiencia del protocolo para este tipo de pacientes.

PROCEDIMIENTO Gráfico 2. Flujograma.



5.7 INSTRUMENTOS

Los instrumentos de medición de los síntomas de la crisis fueron el Inventario de Beck, e IDARE Estado-Rasgo. Estas son estandarizadas internacionalmente, confiables y frecuentemente utilizadas en este tipo de estudios.

- El Inventario de Depresión de BECK creado por Aaron Beck y adaptado por Luis Florez (1992) mide el grado de depresión experimentado por las pacientes en el momento de la aplicación. Consta de 21 ítems, cada uno con tres afirmaciones como opción de respuesta. Tiene una escala de puntaje entre 0-10 indica ausencia de depresión, entre 11-20 depresión leve, entre 21-30 depresión moderada, más de 31 depresión severa. Evalúa los diferentes indicadores de las alteraciones afectivas dentro de la crisis.

Tabla 1. Tabla de calificación

TIPO DE DEPRESIÓN	PUNTAJE DE CALIFICACIÓN
LEVE	11 – 20
MODERADA	21- 30
SEVERA	Más de 31

- El Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE), creado por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1972). Consta de 20 elementos que miden el estado transitorio de ansiedad de la persona. Existen 10 elementos de escala directa y otros 10 de escala invertida. Cada uno de los elementos posee una puntuación entre 0 y 3 puntos, donde 0= nada, 1= algo, 2= bastante y 3= mucho; una vez se han obtenido las puntuaciones directas, mediante la aplicación de la plantilla de respuestas del sujeto, se busca en una tabla de interpretación de decatipos, donde da el valor correspondiente al tipo de ansiedad correspondiente: mayores de 57 se concibe como un estado de alta ansiedad, entre 34 y 56 un estado medio de ansiedad y menos de 33 un estado bajo de ansiedad.

Tabla 2. Tabla de calificación

TIPO DE ANSIEDAD	PUNTAJE DE CALIFICACIÓN
A. Baja	Menor de 33
A. Media	34 – 56
A. Alta	Más de 57

6. ANÁLISIS DE RESULTADOS

La aplicación del cuasi-experimento fue realizado el 28 de julio al 31 agosto del año 2003, durante este periodo ingresaron a la sala de parto un total de 69 pacientes con diagnostico de aborto, de las cuales 52 pacientes tenían diagnóstico de aborto incompleto; partiendo de este número, se tomo como muestra representativa 30 pacientes, que se dividieron en tres grupos.

FRECUENCIA DE EDAD

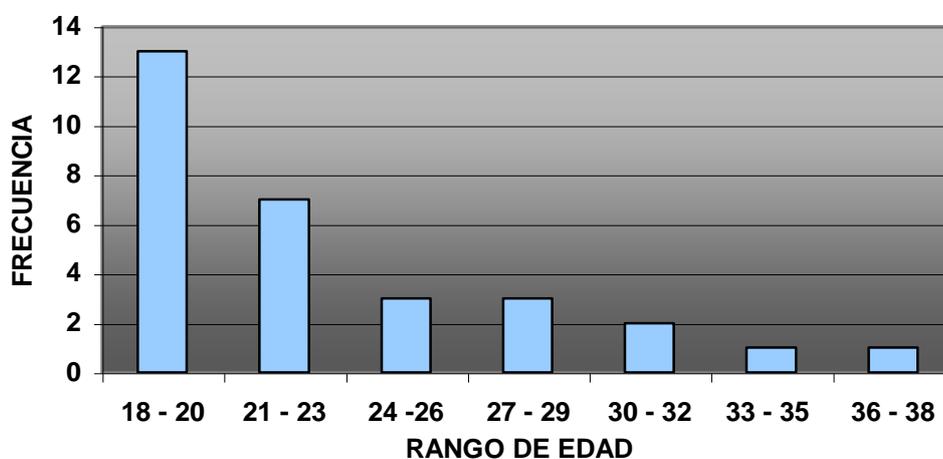


Grafico 3. Frecuencia de edad.
Fuente: Propia

Las edades de la muestra oscilan entre 18-36 años con un promedio de edad de 22 años, presentando mayor frecuencia el aborto incompleto en mujeres entre 18 a 20 años con una frecuencia de 13 y un porcentaje del 43.3%.

ESTADO CIVIL

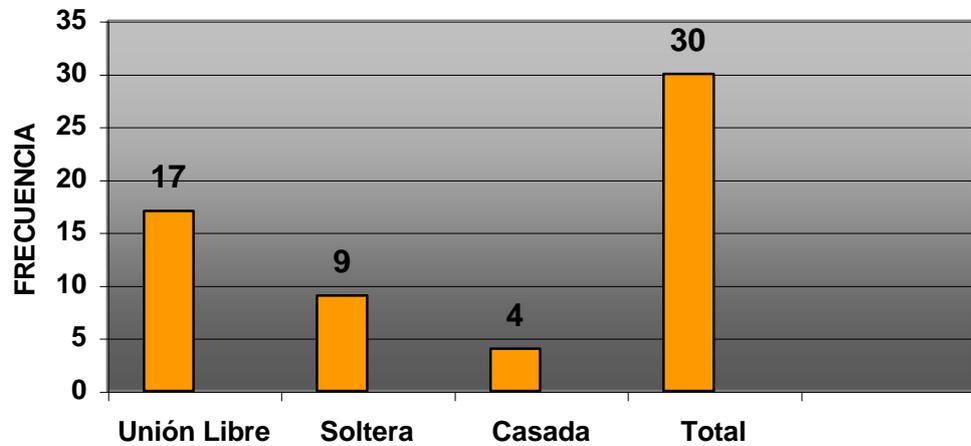


Grafico 4. Estado Civil
Fuente: Propia

Los resultados de esta investigación mostraron que las pacientes de esta investigación presentan una tendencia a vivir en unión libre con un porcentaje de 56.7%, el 30% permanecen solteras y el 13.3% son casadas.

NUMERO DE HIJOS.

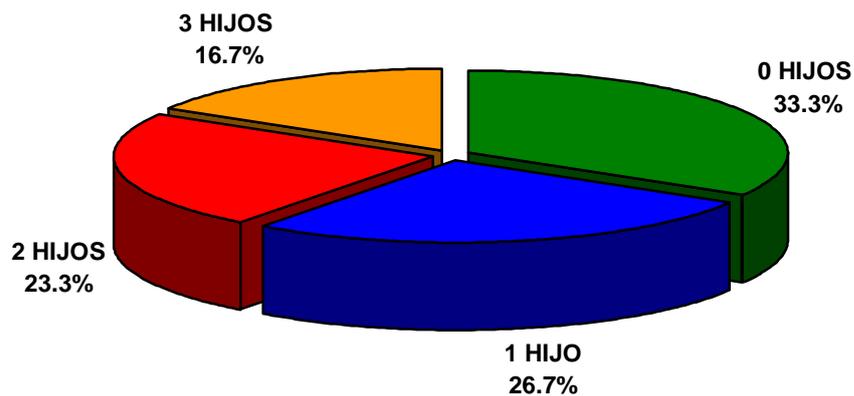


Grafico 5. Número de Hijos.
Fuente: Propia

El 33.3% de las mujeres de la muestra se encontraban en su primera gestación, seguido de aquellas que tienen un solo hijo con 26.7%, dos hijos con el 23.3%, y tres hijos el 16.7%.

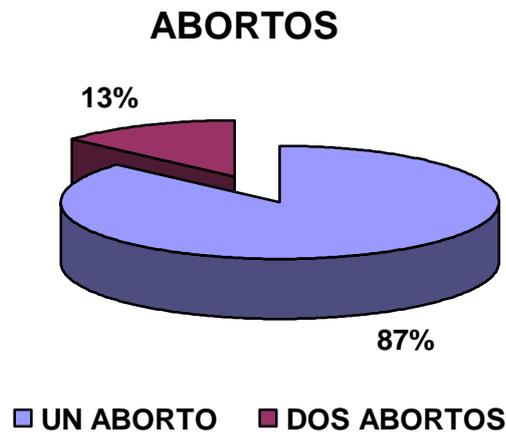


Grafico 6. Abortos.
Fuente: Propia

El 86% de las pacientes registraron que este era su primer aborto y el 13.3% el segundo aborto, representados en 26 y 4 mujeres respectivamente.

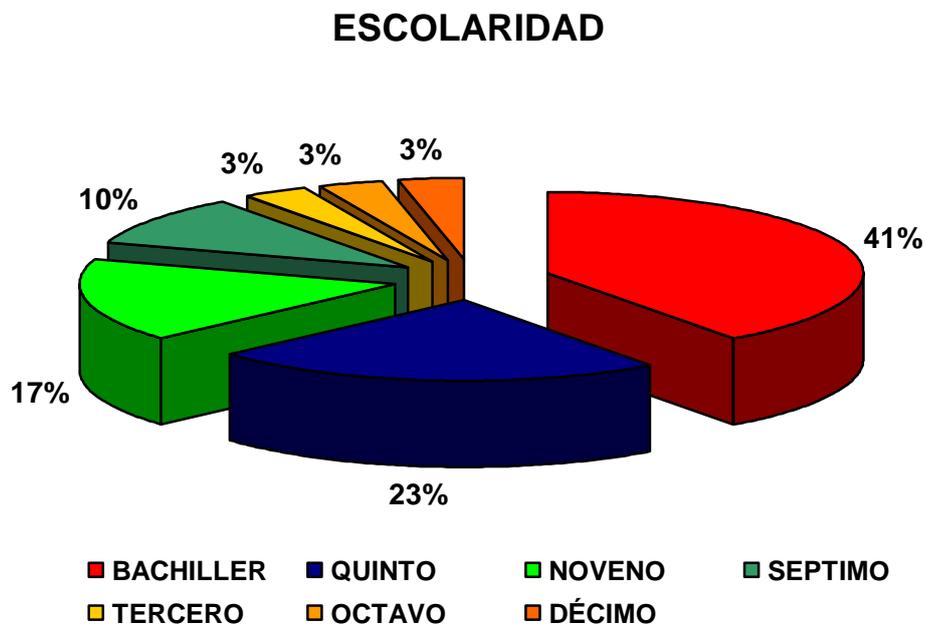


Grafico 7. Escolaridad.
Fuente: Propia

Referente a la escolaridad el 40% de las participantes es bachiller, el 23.3% cursó hasta primaria, siendo estos los datos más representativos de la muestra. De estas pacientes 29 pertenecen a la religión católica y 1 manifestó no tener religión, un 80% representado en 24 mujeres son amas de casa, las demás manifiesta tener oficios varios.

Los datos demográficos como la escolaridad y el estado civil no fueron tenidos en cuenta en la intervención por considerarse de poca influencia, sin embargo hacen parte de la información demográfica sobre este tipo de pacientes que aun no cuenta con un perfil que contenga estas características en la ciudad de Neiva.

Analizados los resultados descriptivos se comparó las medias entre grupos.

En la comparación de pre prueba y post prueba de cada inventario dentro de un mismo grupo, se utilizaron las siguientes hipótesis:

H_0 : La media de pre prueba es igual a la media de post prueba. ($X_{pre} = x_{post}$.)

H_A : La media de pre prueba es diferente a la media de post prueba.
($x_{pre} \neq post$).

En la comparación entre los resultados de las medias de las post pruebas se hipotetizó así:

H_0 : Grupo Experimental post prueba es igual al grupo X post prueba. ($G_e = G_x$)

H_A : Grupo Experimental post prueba es diferente al grupo x post prueba
($G_e \neq G_x$).

En la comparación de las medias de un mismo grupo se observó que en el **grupo de control** no se encontró diferencia significativa en los resultados de la pre prueba y post prueba, puesto que el valor crítico fue de 1.73 para los resultados de las tres pruebas. En el inventario de depresión de Beck, las pacientes presentaron un nivel de depresión leve, con una $T = -0.44$, indicando que se aceptó la **hipótesis nula** con un porcentaje de probabilidad del 33%.

En los resultados obtenidos del Inventario IDARE, Ansiedad Estado, se comprobó que en la pre prueba y la post prueba no hubo cambios significativos, con una $T = 0.07$, indicando la aceptación de la hipótesis nula con el 47%. En la escala de Ansiedad Rasgo tampoco se encontró diferencia entre el pre y el post de la prueba con una de $T = 0.86$ y un 19% de probabilidad de aceptación de la hipótesis nula, aceptando así la hipótesis nula.

Por lo tanto, en el grupo de control al aplicar la pre prueba y post prueba no se encontró diferencia significativa en el estado de crisis en sus síntomas de

depresión y ansiedad de las pacientes durante su estancia en el hospital, manteniéndose estable el nivel de depresión y ansiedad con el que ingresaron.

En los resultados del **grupo placebo** se manejó un punto crítico de 1.73 con una $T = 0.24$ para la prueba de depresión y una $T = -0.38$ para IDARE-Estado. El nivel de depresión fue leve y de ansiedad Estado fue de nivel medio, por tanto, estos síntomas no variaron durante la estancia de las pacientes en el hospital. En comparación con el grupo control, este presentó una diferencia significativa según el resultado de la prueba t, con un 40.1% de probabilidad de que se acepte la Hipótesis nula, en este caso la Hipótesis alternativa es aceptada, lo que indicó que al aplicarse un tratamiento placebo puede variar su nivel de depresión con tendencia a disminuir.

En IDARE rasgo se manejó un valor crítico de 1.64, con una $T = 0.42$. En la aplicación de la prueba de ansiedad Idare, tanto Estado como Rasgo, los resultados se ubicaron en un nivel medio en la pre y post prueba. En el Idare Estado se presentó una tendencia a aumentar la ansiedad en las pacientes, mientras que en Idare Rasgo la diferencia no fue significativa, por tanto, se mantuvo el mismo nivel medio de ansiedad al salir. En ambos casos la Hipótesis nula se aceptó teniendo ésta un 35.3% en Estado y un 33.9% en Rasgo.

El **grupo Experimental** presentó un nivel de **depresión moderado** en las pacientes al ingresar al hospital y una **depresión leve** al salir del mismo, lo que indicó una diferencia altamente significativa, según los resultados de la prueba t. En depresión se obtuvo una $T = 3.6$, en A-Estado una $T = 2.17$ y A-Rasgo una $T = 2.27$, con un 0.01% de probabilidad de aceptación de la Hipótesis nula. En este caso, las pacientes presentaron una diferencia de su estado de crisis en su síntoma de depresión con tendencia a disminuir, luego de una intervención psicológica.

En la puntuación obtenida en las pruebas de ansiedad Estado y Rasgo se encontró una diferencia significativa arrojada por la prueba t, dando un porcentaje de 2.1% en Estado y 1.8% en Rasgo con una probabilidad de aceptación de la hipótesis nula por tanto, ésta se rechazó y se aceptó la Hipótesis alternativa. Existe diferencia entre la pre y post prueba a pesar de mantenerse el mismo nivel de ansiedad.

A continuación se representa en los gráficos la comparación de la pre-prueba y post-prueba entre los grupos de investigación. (Control, placebo y experimental).

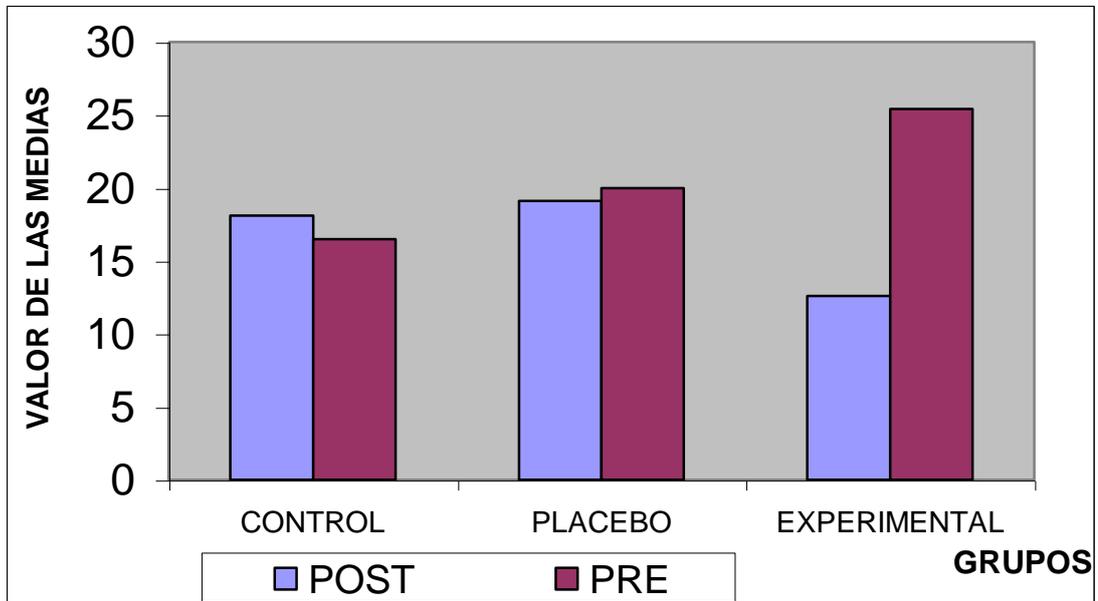


Gráfico 8 inventario de beck
Fuente: propia

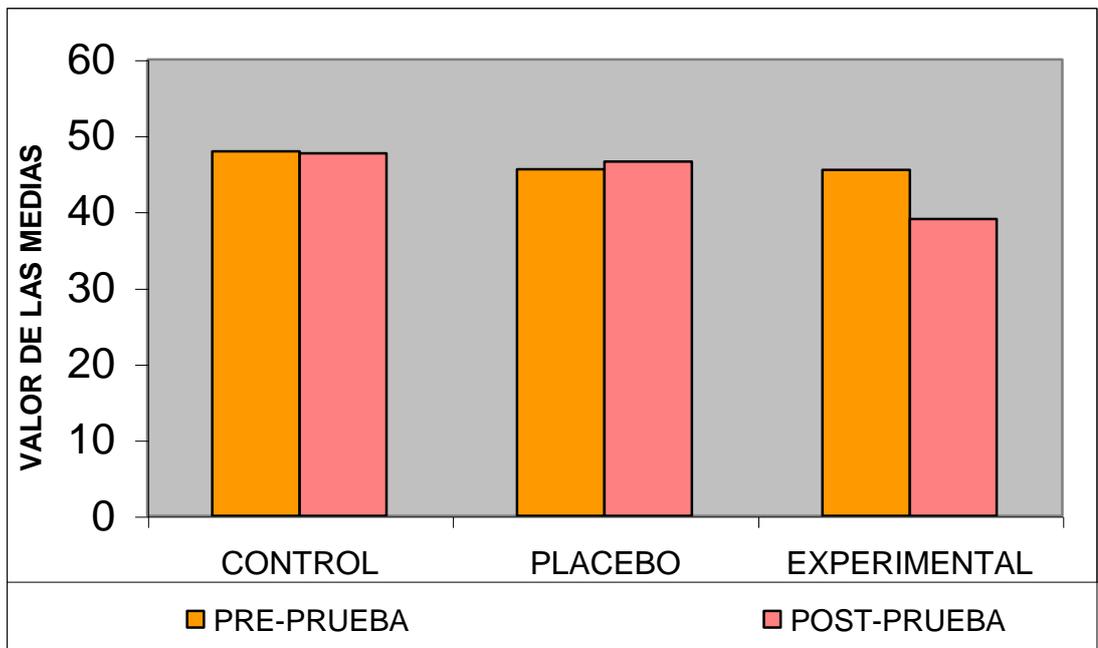


Gráfico 9 inventario IDARE estado
Fuente: propia

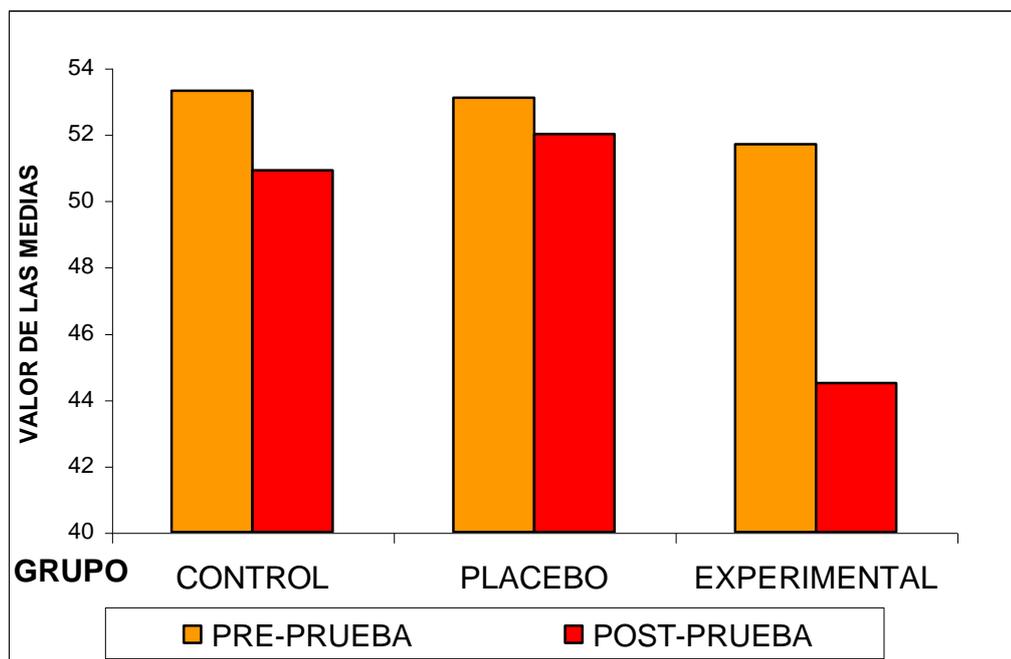


Gráfico. 10 inventario IDARE rasgo

Fuente: propia

Al aplicarse la prueba t a los resultados de las post pruebas de los grupos se obtuvo un valor crítico 1.83 y una $T = 1.83$, observándose diferencia significativa en los **niveles sintomáticos de depresión** que manejó el grupo experimental y de control a la salida de la institución. Se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alterna, es decir, la diferencia significativa entre los grupos se inclinó por la disminución del nivel de depresión en el grupo experimental reflejándose en las comparaciones de las medias (X) y la varianza (S^2) de ambos grupos. En este caso la Hipótesis nula tuvo una probabilidad del 5% de aceptación.

Así mismo, la comparación entre el **grupo experimental** y del **grupo placebo** para la depresión arrojó un puntaje de $T = 2.33$ comprobando una diferencia significativa relevante frente a la significación de la comparación de los grupos anteriores, en este caso, el placebo posiblemente incidió en el aumento del nivel de depresión.

En referencia a la **ansiedad como estado**, la comparación entre los resultados del **grupo experimental** y **control** se observó un puntaje de $T = 3.16$ respecto al valor crítico de 1.83, proporcionando una diferencia significativamente alta en el nivel medio de ansiedad que manejaron las pacientes durante su estancia en el hospital. La comparación **Experimental - control** indicó la incidencia que

tuvo la aplicación del protocolo de intervención psicológica en la disminución de la ansiedad estado. Así mismo, la comparación **Experimental - placebo** también reveló una diferencia significativa en la disminución de la ansiedad estado con una $T = 2.19$, siendo la puntuación del **grupo Experimental** la más baja. El porcentaje de aceptación de la Hipótesis nula en ambas comparaciones es de 0.5% para A-Estado y 2.7% para A-Rasgo, por tanto se acepta la hipótesis alternativa.

Por otra parte, la **ansiedad rasgo** presentó según los resultados de la comparación **Experimental – Control**, también una diferencia significativa con un puntaje de $T = 2.24$ frente a un valor crítico de 1.83, lo cual se traduce en una disminución de la ansiedad como rasgo mayor en el grupo Experimental; al igual que en la relación **Experimental-Placebo** con un puntaje de $T = 2.19$, lo cual indica que se acepta la Hipótesis alternativa.

Por último en los resultados de las tres pruebas (Depresión, A-Estado y A-Rasgo) se evidenció una diferencia significativa con tendencia a disminuir estos síntomas en el grupo experimental, aprobando así la hipótesis alterna. Cabe resaltar que con la intervención psicológica la A-Estado fue la variable que presentó mayor disminución. Ver (anexo 2-3)

7. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El diseño y aplicación del protocolo de intervención psicológica a pacientes en crisis en sus síntomas de ansiedad y depresión con diagnóstico de aborto incompleto, es adecuado para el corto tiempo de permanencia de las pacientes dentro del hospital, para las necesidades psicológicas de las mismas y para el proceso de emergencia que se maneja en el contexto hospitalario; enmarcándose éste dentro del concepto, objetivos y principios de la intervención en crisis propuestos por Slaikev k.

En la evaluación del protocolo, los resultados obtenidos permiten confirmar la hipótesis alternativa “el protocolo de intervención psicológica coadyuda en la efectividad de la disminución de la crisis, en los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de aborto incompleto” y rechazar la hipótesis nula. La hipótesis alternativa se confirma gracias al hecho de encontrar diferencias significativas respecto a que el grupo experimental disminuyó las dimensiones de la crisis (depresión y ansiedad) que fijamos a intervenir en relación al grupo de control y al grupo placebo.

Se puede concluir que al comparar el grupo placebo con el grupo control, la aplicación de un tratamiento placebo es poco conveniente en la evolución de la crisis, pues una intervención no enmarcada en los parámetros y fines terapéuticos no garantiza que la evolución de la crisis de la paciente sea favorable, de modo que los resultados del grupo control fueron positivos respecto al grupo placebo.

En la muestra objeto de estudio del protocolo de intervención psicológica se encontró un promedio de edad de 22 años, con una tendencia a vivir en unión libre, un nivel de escolaridad no superior a la secundaria, con mayor frecuencia las mujeres que tienen el primer aborto lo presentan en la primera gestación, la mayoría de la muestra proviene del sector urbano de la ciudad de Neiva y un alto porcentaje se dedican a las labores del hogar.

De otro modo, en la investigación realizada por Cuellar y Urrego en un centro hospitalario del estado, donde las condiciones socio-económicas de la población son semejantes a la muestra del protocolo; donde coincidieron además los datos demográficos como estado civil, religión, zona urbana; difieren en datos como el rango de edad, donde la población de estudio del Instituto Materno Infantil está entre los 15 a 36 años con un promedio de 24 años; de acuerdo a estos datos Cuellar y Urrego plantean la correlación “a menor edad mayor incidencia de abortos” lo cual se confirma con los resultados obtenidos de la presente investigación.

Además al comparar la muestra del protocolo con el rango de edad de mujeres con aborto en el Huila⁴⁶, es más reducida, puesto que tiene un rango de edad entre los 18 a los 36 años.

Así mismo, se corroboró el planteamiento en la investigación de Méndez y Munevar que afirma “lo traumático de este tipo de pérdidas no está asociado con lo violento de las mismas, sino con lo sorpresivo, en donde no hay tiempo para prepararse, superándose la capacidad de adaptación a dicha situación en quienes la padecen”. En este caso, las mujeres también se enfrentaron a un proceso sorpresivo, en donde sus estrategias de afrontamiento tienen que actuar de acuerdo a la rapidez con que ocurre este evento.

Cabe resaltar que la causa de la crisis no se debe únicamente al aborto, posiblemente también a la hospitalización, los procedimientos médico quirúrgico y las diferentes condiciones de vida en que viven estas pacientes, sin embargo, algo relevante es el manejo del alto nivel de ansiedad y depresión como reacción a la hospitalización, resultado que también se presenta por Cuellar y Urrego.

⁴⁶ SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL, Diagnóstico por consulta externa CIE IX revisión por sexo, grupo de edad. 2000.

8. CONCLUSIONES

Para el diseño del protocolo fue necesaria una base teórico – práctica previa a la investigación, que permitió su diseño, aplicación y evaluación, la cual consiste en:

- La teoría cognitiva – conductual, se adecua al modelo de intervención propuesta para el contexto hospitalario, puesto que modifica o cambia patrones de pensamiento que contribuyen a los problemas de las pacientes.
- La observación e interacción directa con las pacientes en la sala de partos, fue realizada en un lapso de seis meses, los cuales permitieron contextualizar el protocolo.

Durante el ejercicio de la práctica profesional realizada en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, se utilizó para la intervención de la crisis en mujeres con diagnóstico de aborto incompleto el protocolo de intervención psicológica, convirtiéndose ésta práctica en una prueba piloto que permitió la discriminación de los procedimientos planteados en ésta guía, resultando así, la consecuencia de mejores técnicas de intervención adecuadas al contexto hospitalario.

Gracias a la entrevista semiestructurada planteada en el protocolo de intervención psicológica, se logró caracterizar las mujeres que ingresan a la sala de partos del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en cuatro grupos:

- Mujeres que presentan un aborto espontáneo y tenían conocimientos acerca del estado de embarazo en el que se encontraban y estaban conformes con ello.
- Mujeres que presentan aborto espontáneo y conocían su estado de embarazo y no estaban conformes con ello.
- Las mujeres que por acción u omisión provocan un aborto y están conformes con ello.
- Las mujeres que por acción u omisión provocan el aborto y están inconformes con la decisión tomada.

Con base en ésta caracterización, el protocolo de intervención psicológica es adecuado para las pacientes que tenían conocimiento del embarazo, estaban conformes con ello, presentaron un aborto espontáneo y por esta razón había un sentimiento de apego madre – hijo, el cual es una causa de la crisis; también se adecua a las mujeres que por acción u omisión provocan el aborto, inconformes con ello y como consecuencia presentaron un estado de crisis con síntomas de ansiedad y depresión.

El protocolo tuvo gran aceptación dentro de las pacientes puesto que se disminuyó los síntomas de ansiedad y depresión, haciendo que el curso de la crisis sea más favorable, logrando así la reducción del sufrimiento.

Además, la aceptación del protocolo por parte del personal de salud que labora en la sala de partos, fue favorable, puesto que lo consideran como una herramienta de intervención positiva y adecuada para las pacientes con diagnóstico de aborto incompleto que se encuentran en crisis con síntomas de ansiedad y depresión, permitiendo así una mejor disposición de las pacientes para los procedimientos médico – quirúrgicos.

Gracias a que el protocolo es una guía metodológica altamente estructurada, donde se describen detalladamente los pasos a seguir de la intervención psicológica, ofrece un sustento teórico, ético y legal al accionar del psicólogo evitando así posibles problemas jurídicos por prácticas profesionales.

La comparación de los resultados entre el grupo de control y el placebo, indican que no es favorable para la intervención de la crisis y sus síntomas de ansiedad y depresión emplear métodos de intervención no estructurados dentro de los lineamientos terapéuticos de cualquier modelo psicológico de intervención. Puesto que al hacer lo contrario posiblemente incremente la crisis en sus síntomas de ansiedad y depresión.

Cabe resaltar que la aplicación del protocolo se enfoca en el tratamiento de los síntomas de la crisis y no de las causas de esta, aunque los síntomas disminuyen no desaparecen por completo en las pacientes, siendo evidente la necesidad de un seguimiento que complementa la segunda parte de la intervención en crisis.

Por último, el nivel educativo es de poca influencia en la utilización de los métodos de planificación, pues a pesar de alcanzar un nivel educativo de media básica, las pacientes no tienen un adecuado manejo de los métodos anticonceptivos, por el contrario se presenta la utilización de maniobras abortivas como método de planificación las cuales se realizan en condiciones riesgosas para la salud.

9. RECOMENDACIONES

Es importante realizar otras investigaciones de diseño, aplicación y evaluación de protocolos basados en los diferentes modelos de intervención, de manera que al comparar y evaluar entre estos, se pueda aportar a la psicología como ciencia los métodos más efectivos y eficaces de intervención para ésta población. Además facilitarle al psicólogo una herramienta altamente estructurada y fácil de manejar a la hora de su intervención siendo esto beneficioso al paciente y a la institución.

Cabe resaltar que existe la posibilidad que otros pacientes presenten un cuadro con síntomas psicopatológicos, los cuales requieren una intervención con procedimientos diferentes a los descritos en éste protocolo, por lo tanto, es necesario contar con nuevos protocolos que den vía de acción a éstas intervenciones y una cobertura más amplia a esta población.

Se recomienda elaborar protocolos de intervención psicológica para otro tipo de población con diferentes de diagnóstico, de tal forma que éste tipo de investigaciones cubran las necesidades psicológicas de los pacientes en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano de Neiva.

Recomendamos que el psicólogo que labora en el Hospital conozca y utilice el protocolo de intervención psicológica de forma que al aplicarlo a la población se pueda lograr la estandarización de éste, con la opción de institucionalizarlo en el hospital Universitario de Neiva.

10. BIBLIOGRAFÍA

BECK Aarón T, RUSH A. John, SHAW Brian F., EMERY Gary, Terapia Cognitiva de la Depresión, 2da Edición, Editorial Desclee De Brouwer S.A., 1983.

CABALLO, Vicente E., Manual de Técnicas de terapia y modificación de conducta. Editorial Siglo XXI de España, 1998.

CANALES, Francisca H de, ALVARADO Eva De, PINEDA Elia. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de Salud. Organización Mundial y Panamericana de la Salud, 2da Edición. 1989.

CARVAJAL, Maria E. Comportamiento y salud 2 “el amor humano”. Norma. Colombia. 1995

CUELLAR, Pérez Ilva Liliana Y URREGO, Betancourt Yaneth, Perfil psicológico de pacientes que ingresan al Instituto Materno Infantil con diagnóstico de aborto inducido y consecuencias sépticas”. 1996

DAVIS, M, MCKAY, M. Y ESHELMAN E. Técnicas de autocontrol emocional. Martínez Roca. México D.F

FERRER. Christian. Artículo de www.Psicología.com, Síndrome Post aborto. 2001.

GUERRERO Luis Hidalgo. El aborto debe ser considerado un problema de salud pública, www.saludpublica.com 2002.

HILL Joseph. Miscarriag risk factors and causes. What we Know. OBG management. Artículo www.buenasalud.com1998.

HOROWAITZ M. J. “Diagnosis and treatment of stress response syndromes: General principles”. Retomado por Slaikev Karl., Intervención en Crisis, México, Editorial Manual moderno. 1995.

JUBIZ Alfonso, BOTERO Jaime, HENAO Guillermo, Obstetricia y Ginecología, texto Integrado 5ta edición. 1994

LAZARUS, R. Y FOLKAMAN, S. Estrés y procesos cognoscitivos. México. Martínez Roca. 1986.

MARTÍNEZ, Ciro, Estadística descriptiva, Santa Fé de Bogotá, novena edición. ECOE. 1998

MÉNDEZ Mónica Adriana, MUNEVAR Maria Claudia, Estudio descriptivo de los aspectos psicológicos relacionados con la pérdida del embarazo en un grupo de pacientes del Instituto Materno-Infantil, U. Nacional de Colombia. 1994.

NEZU Arthur M., NEZU Christine M. Entrenamiento en solución de problemas. Terapia de la Conducta.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD OPS. Manual de organización y procedimientos hospitalarios PROAHSA. 1985.

PHARES, J. Psicología Clínica, Conceptos, Métodos y Práctica, México: 2da Edición, Manual moderno. 2000.

POLIT, Dense. Investigación científica en ciencias de la salud. Pólit Hungler. Quinta edición. McGraw-Hill, 1995

RUE Vincent, STANFORD Susan. El trauma de un aborto inducido: controversia, diagnóstico y reconciliación. Instituto de investigaciones para la recuperación post aborto. Artículo www.vidahumanainternacional.com 1997.

SHNAFERRER Christian. Síndrome post-aborto Artículo www.psycologia.com 2001.

SLAIKEV Karl., Intervención En Crisis. México, Manual Moderno. 1995

SPIELBERGER Charles, Inventario de Ansiedad Rasgo Estado, IDARE México, manual moderno. 1975.

VÁSQUEZ BAQUERO José Luis. Psiquiatría en atención primaria. Biblioteca Aula médica. 2000.

ANEXOS

ANEXO 1
TABLAS DE ANÁLISIS

Tabla 3. Edad de las muestras

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18 – 20	13	43.3
21 – 23	7	23.3
24 –26	3	10
27 - 29	3	10
30 - 32	2	6.6
33 - 35	1	3.3
36 - 38	1	3.3
TOTAL	30	100

Tabla 4 Estado civil de la muestra

Tipo de Unión	Frecuencia	Porcentaje
Unión Libre	17	56,7
Soltera	9	30,0
Casada	4	13,3
Total	30	100

Tabla 5. Número Hijos

No. Hijos	Frecuencia	Porcentaje
0	10	33,3
1	8	26,7
2	7	23,3
3	5	16,7
Total	30	100

Tabla 6. Número de abortos

No. Abortos	Frecuencia	Porcentaje
1	26	86,7
2	4	13,3
Total	30	100

Tabla 7. Escolaridad

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
11	12	40,0
5	7	23,3
9	5	16,7
7	3	10,0
3	1	3,3
8	1	3,3
10	1	3,3
Total	30	100,0

ANEXO 2

COMPARACIÓN DE MEDIAS ENTRE LA PRE-PRUEBA Y POST-PRUEBA DE CADA GRUPO

Tabla 8. Resultados Inventario Beck Pre-Post Prueba							
	Media Pre	Media Pos	Varianza Pre	Varianza Pos	Valor T	Valor Critico	Decisión De La H ₀
Control	16,5	18,1	73,6	56,5	-0,4	-1,734	Aceptada
Placebo	20	19,1	72,2	68,1	0,2	1,734	Aceptada
Experimental	25,4	12,6	70,48	55,6	3,6	1,734	Rechazada

Tabla 9. Resultados Idare Estado Pre-Post Prueba							
	Media Pre	Media Pos	Varianza Pre	Varianza Pos	Valor T	Valor Critico	Decisión De La H ₀
Control	47,9	47,7	25,2	46,4	0,07	1,734	Aceptada
Placebo	45,6	46,6	38,9	29,3	-0,38	-1,734	Aceptada
Experimental	45,6	39	48,9	43,1	2,17	1,734	Rechazada

Tabla 10. Resultados Idare Rasgo Pre-Post Prueba							
	Media Pre	Media Pos	Varianza Pre	Varianza Pos	Valor T	Valor Critico	Decisión De La H ₀
Control	53,3	50,9	42,01	35,2	0,8	1,734	Aceptada
Placebo	53,1	52	46,98	21,3	0,4	1,745	Aceptada
Experimental	51,7	44,5	33,78	66,2	2,2	1,745	Rechazada

ANEXO 3

COMPARACIÓN DE MEDIAS DE LAS POST PRUEBAS EN LOS TRES GRUPOS DE TRABAJO.

Tabla 11. Resultados Idare Estado

Idare Estado	Media	Media Exp	Varianza	Varianza Exp	Est. T	Valor Critico	Ho Decisión
Experi-control	47,7	39	46,455	43,111	3,169	1,833	Rechazada
Experi-placebo	46,6	39	29,377	43,111	2,199	1,833	Rechazada

Tabla 12. Resultados Idare Rasgo

Idare Rasgo	Media	Media Exp	Varianza	Varianza Exp	Est. T	Valor Critico	Ho Decisión
Experi-control	50,9	44,5	35,211	66,277	2,243	1,833	Rechazada
Experi-placebo	52	44,5	21,333	66,277	1,999	1,833	Rechazada

Tabla 13. Resultados Inventario de Beck

Beck	Media	Media EXP	Varianza	varianza EXP	est. T	valor critico	Ho Decisión
Experi-control	18,1	12,6	56,544	55,6	1,830	1,833	Rechazada
Experi-placebo	19,1	12,6	68,1	55,6	2,333	1,833	Rechazada

ANEXO 4
ENTREVISTA PLACEBO

Nombre y Apellidos: _____ No de H.C: _____

Edad: _____ Procedencia _____

Estado Civil: _____ Ocupación actual _____

No de hijos _____ Abortos _____ Partos _____

Escolaridad _____ Ocupación actual _____

Religión _____ Acudiente _____

1. ¿Cuenta usted con el apoyo de su familia?

Si _____ No _____

2. ¿Cómo es su relación con su familia?

Buena _____ Regular _____ Mala _____

3. ¿Cuenta usted con el apoyo de su pareja?

Si _____ No _____

4. ¿Cómo es su relación con su esposo?

Buena _____ Regular _____ Mala _____

5. ¿éste embarazo fue planeado?

Si _____ No _____

ANEXO 5

**PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA
DISMINUIR LA CRISIS EN LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y
ANSIEDAD EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO
INCOMPLETO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO
MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA.**

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA DISMINUIR LA CRISIS EN LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO INCOMPLETO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA.

El Protocolo de intervención psicológica es una guía altamente estructurada que permite al psicólogo desarrollar su actividad en la sala de partos del Hospital Universitario “Hernando Moncaleano Perdomo”, con resultados eficaces y eficientes en la intervención que se realiza a las mujeres que ingresan a la institución con diagnóstico de aborto incompleto. En la actualidad existe una alta tendencia de estas mujeres a presentar crisis que se manifiesta en síntomas físicos y psicológicos que repercuten de manera disfuncional en el desempeño familiar, social y laboral.

El protocolo especifica la intervención psicológica, proporcionando un soporte ético, teórico y legal al psicólogo en su ejercicio y unas herramientas especializadas y eficaces en la disminución de la crisis en las pacientes.

En este protocolo el abordaje terapéutico consta de 4 etapas, que son: evaluación, análisis de valoración y diagnóstico, intervención en crisis en los síntomas de ansiedad y/o depresión, evaluación de la intervención.

El protocolo se apoya en el estudio realizado por Cuellar y Urrego⁴⁷ sobre el “Perfil psicológico de pacientes que ingresan al instituto Materno Infantil con diagnóstico de aborto inducido y consecuencias sépticas”; a partir de esta investigación se elabora un programa de intervención psicológica dirigido a este tipo de pacientes. De éste, se retoma el enfoque cognitivo-conductual, la descripción de los síntomas que presentan este tipo de pacientes, y la estructura del proceso de intervención que allí proponen. También se apoya en la investigación descriptiva realizada por Méndez y Munevar⁴⁸ sobre “los aspectos relacionados con la pérdida del embarazo” en la cual se describe como síntomas más frecuentes de la población, la ansiedad y la depresión.

Basados en los hallazgos de estas investigaciones y observando las necesidades de la población se diseñó, aplicó y evaluó el protocolo de intervención psicológica, en la sala de legrado del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, en un periodo comprendido entre el

⁴⁷ **CUELLAR, Pérez Ilva Liliana Y URREGO, Betancourt Yaneth**, Perfil psicológico de pacientes que ingresan al Instituto Materno Infantil con diagnóstico de aborto inducido y consecuencias sépticas”. 1996

⁴⁸ **MÉNDEZ Mónica Adriana, MUNEVAR Maria Claudia**, Estudio descriptivo de los aspectos psicológicos relacionados con la pérdida del embarazo en un grupo de pacientes del Instituto Materno-Infantil, U. Nacional de Colombia. 1994.

28 de Julio y el 31 de Agosto; donde se puso a prueba y se confirmó la eficacia de este protocolo. El propósito de este último, es el de brindar al psicólogo un modelo de intervención psicológica adaptado al tiempo y espacio de las pacientes con diagnóstico de aborto incompleto durante su estancia en la sala de legrado, para disminuir la crisis con síntomas de ansiedad y/o depresión. Se concluyó que la aplicación del protocolo de intervención influyó de manera positiva en la disminución de la crisis con síntomas de ansiedad y/o depresión en las pacientes internas en este hospital.

Dentro de esta intervención, además de disminuirse en las pacientes la crisis con síntomas de ansiedad y/o depresión, se realiza un trabajo preventivo frente al futuro desarrollo de un cuadro Depresivo Mayor o un Síndrome Post-Aborto, frecuente en este tipo de pacientes, quienes al presentar conductas lesivas y desadaptativas desencadenan problemáticas sociales, familiares, legales y de Salud (suicidio, consumo de sustancias psicoactivas, conductas delictivas, promiscuidad, prostitución, ETS, consultantes de salud crónicos, maltrato infantil, violencia intrafamiliar entre otras). Además, la paciente tendrá un mejor afrontamiento de los procedimientos médico-quirúrgicos traducido en una pronta recuperación, dados la influencia que tiene el aspecto psicoemocional en los efectos fisiológicos del organismo.

En el caso de presentar un diagnóstico diferente a la crisis con síntomas de ansiedad y/o depresión, se omite el proceso de intervención descrito en el protocolo. Este protocolo excluye a las pacientes con crisis, que presentan un cuadro de síntomas psicopatológicos, por ejemplo, episodios psicóticos, a los cuales se les debe aplicar otro tipo de procedimiento.

TABLA DE CONTENIDO

<u>PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA DISMINUIR LA CRISIS EN LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO</u> <u>HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA.....</u>	<u>65</u>
<u>1. OBJETIVOS</u>	<u>69</u>
1.1 OBJETIVO GENERAL	69
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	69
<u>2. REFERENTE TEÓRICO</u>	<u>70</u>
<u>3. INSTRUMENTOS</u>	<u>78</u>
3.1 INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK:	78
3.2 EL INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO ESTADO (IDARE	78
3.3 ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA CON EL EQUIPO DE SALUD Y CON LA PACIENTE	78
3.4 FORMATO DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA	78
3.5 FORMATO SOLVE PARA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	78
<u>4. NATURALEZA DEL TRABAJO DEL PSICÓLOGO</u>	<u>79</u>
<u>5. PERFIL DEL PSICÓLOGO</u>	<u>79</u>
<u>6. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN A INTERVENIR.....</u>	<u>80</u>
<u>7. DESCRIPCIÓN DE PERMANENCIA DE LA PACIENTE EN SALA DE PARTO DEL H.U.H.M.P.</u>	<u>80</u>
<u>8. PROCEDIMIENTO:</u>	<u>81</u>
<u>9. MATERIALES.....</u>	<u>84</u>
<u>10. ÁREA FÍSICA</u>	<u>84</u>
<u>11. PERSONAL QUE LABORA EN LA UNIDAD</u>	<u>84</u>
<u>12 REFERENTE BIBLIOGRÁFICO.....</u>	<u>85</u>

TABLA DE ANEXOS

<u>ANEXO 1 ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA CON EL EQUIPO DE SALUD Y CON LA PACIENTE</u>	<u>87</u>
<u>ANEXO 2 INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK</u>	<u>89</u>
<u>ANEXO 3 INVENTARIO DE ANSIEDAD IDARE</u>	<u>92</u>
<u>ANEXO 4 FORMATO DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA</u>	<u>94</u>
<u>ANEXO 5 FORMATO DE ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN EN PROBLEMAS</u>	<u>96</u>
<u>ANEXO 6 FLUJOGRMA DEL PROCEDIMIENTO DEL PROTOCOLO</u>	<u>97</u>

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

- Orientar al psicólogo clínico en los procedimientos de intervención psicológica para las pacientes en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano de Neiva, con diagnóstico de aborto incompleto, para disminuir los síntomas de ansiedad y/o depresión propios de la crisis que éstas pacientes presentan.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Proporcionar al psicólogo una herramienta precisa y eficaz para la intervención, adaptada al tiempo y espacio en el que se encuentra la paciente durante la estadía en la sala de partos.
- Brindar al psicólogo un soporte ético y legal en el proceso de la intervención en crisis en las pacientes con diagnóstico de aborto internadas en la sala de partos del H.U.H.M.P.

Que el psicólogo en su abordaje terapéutico logre:

- Evaluar y emitir un diagnóstico del estado psicológico de la paciente.
- Disminuir la crisis en sus síntomas de ansiedad y depresión que presenta la paciente luego de un aborto incompleto durante su estancia en el hospital.
- Proporcionar a las pacientes estrategias cognitivo-conductual adecuadas para la disminución de la crisis.
- Concluir los resultados de la intervención y fijar recomendaciones para la paciente.

2. REFERENTE TEÓRICO

El aborto es un evento físicamente traumático por sí solo; muchas mujeres pueden estar en alto riesgo de desarrollar secuelas psicológicas que trascienden en la conducta de la persona si no cuenta con unas adecuadas estrategias de afrontamiento, o al menos una intervención que le ofrezca éstas herramientas para su adaptación al suceso, además puede desencadenar con el tiempo una depresión mayor, síndrome post-aborto, conducta autolesivas, abortos habituales, somatizar en trastornos de alimentación, dolor abdominal, aislamiento, empobrecimiento de sus relaciones sociales entre otros⁴⁹.

En un estudio realizado por el Dr. Ford.⁵⁰ Con 40 mujeres que vivieron el aborto, demostró la presencia de varios síntomas psicológicos en este tipo de pacientes; la depresión fue más recurrente con el 97.5%, seguida de la ansiedad con 82%, insomnio con 77.5% ideas suicidas 55% y 45% se mostraron con anorexia. Demostrando así los primeros y más relevantes síntomas de la crisis, la ansiedad y la depresión.

De este modo, el primer momento después del aborto, es definido para la intervención psicológica de este protocolo, como crisis entendida como “el estado temporal de trastorno y desorganización caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo de abordar situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas” concepto con el cual Slaikev Karl fundamenta su teoría de crisis, para este caso, la crisis es de tipo circunstancial ya que el suceso precipitante tiene poca o ninguna relación con la edad y afecta en cualquier momento. También afirma que existen cinco características que definen adecuadamente una crisis:

- “Es temporal, es decir el equilibrio se recupera de cuatro a seis semanas.
- Casi siempre hay un suceso que lo precipita.
- Tiene un curso secuencial más o menos predecible.
- Tiene un potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos o más bajos.
- Su resolución depende entre otras cosas de la gravedad del suceso precipitante y de los recursos materiales, personales y sociales del individuo.”

⁴⁹ SCHNAKE FERRER Christian. Síndrome post-aborto Artículo www.psycologia.com 2001.

⁵⁰ GÓMEZ Lavin. “Consecuencias psicopatológicas del aborto en la mujer” asociación vivir en familia. www.vidahumana.org. 2000.

Además sustenta que la “crisis desorganiza y desequilibra a la persona en diversos aspectos: sentimientos (trastornos emocional grave, como depresión, sentimientos de desamparo, ansiedad) pensamientos (confusión) conducta relaciones sociales (laborales, familiares, grupales en general) y funcionamiento físico (úlceras, cólicos, etc.)”. Una crisis implica incremento de la vulnerabilidad del individuo, así como un incremento de su sugestibilidad. Implica una reducción de sus defensas, por cuanto el sujeto siente que, ante la creencia que todo está por perderse, ya no se justifica defender nada. Al mismo tiempo, también aumenta la sugestibilidad, es decir el suceso precipitante deja al organismo confundido y abierto a sugerencias, lo cual, constituye en principio una circunstancia facilitadora de la intervención en crisis.

Así mismo define intervención en crisis “como un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático”, proceso que en este protocolo, está dirigido a disminuir la crisis con síntomas de ansiedad y depresión, en mujeres con diagnóstico de aborto incompleto.

Los pasos que describe Slaikev Karl sobre la intervención en crisis son:

1. **Contacto psicológico:** haga sentir al paciente que es escuchado, comprendido aceptado y apoyado. Comunicar interés, simpatía, invitar a dialogar, resumir y reflejar hechos y sentimientos.

2. **Examinar las dimensiones del problema:** centrarse en el pasado, presente y futuro inmediato a la crisis. En el pasado ver el suceso precipitante, así como la fuerza y la debilidad en las cinco áreas CASIC:
 - **Aspecto Conductual:** son los patrones de trabajo, juego, pasatiempos, ejercicios, hábitos alimentarios, hábitos de sueño, se interroga el uso de drogas, tendencias suicidas u homicidas (aborto inducido o espontáneo).
 - **Aspecto Afectivo:** son los sentimientos sobre el aborto, (ansiedad, cólera, alegría, depresión), ver si estos afectos son adecuados a las circunstancias.
 - **Aspecto Somático:** funcionamiento físico general, salud, tics, dolor de cabeza, malestares estomacales o de otro tipo, estado de relajación o de tensión.
 - **Aspecto Interpersonal:** es la naturaleza de las relaciones con la familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, dificultades y fortaleza en los vínculos. Estilo en la resolución de conflictos con los demás (asertivo, agresivo o introvertido).
 - **Aspecto Cognoscitivo:** sueños actuales, diurnos o nocturnos, imágenes mentales del pasado y el futuro, propósito en su vida. Creencias religiosas, pensamientos disfuncionales y funcionales.

3. **Identificar las necesidades inmediatas:** identificar una o más necesidades inmediatas y posteriores. Preguntar al paciente lo que ha intentado hasta ahora, proponer otras alternativas: nueva conducta del paciente, redefinición del problema.
4. **Orientar a tomar una acción concreta:** implementar soluciones inmediatas al encontrar las necesidades. Se toma una actitud facilitadora estimulando al paciente a actuar, sino corre el riesgo de muerte. En cambio se toma una actitud directiva para controlar la situación cuando hay un riesgo de mortalidad del paciente.

Así mismo, se clarifica para este protocolo que la crisis presenta dos síntomas esenciales, la depresión y la ansiedad que comprende dos dimensiones:

La depresión⁵¹ es definida como la alteración del estado de ánimo debido a pérdidas recientes, probablemente por atribuciones catastróficas y pensamientos erróneos hacia el futuro”, concepto que da Luis Florez en la adaptación que hace del Inventario de Beck a la población colombiana en 1993.

La ansiedad estado⁵² es una condición de estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetiva, conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo, puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad.

La ansiedad rasgo se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones de la intensidad de la ansiedad estado.

Para la intervención de la crisis enfocada en sus síntomas de ansiedad y depresión, el protocolo utiliza la terapia cognitivo-conductual, dado que es un modelo de intervención al contexto hospitalario, haciendo alusión al “conjunto de estrategias, procedimientos y técnicas de intervención que utiliza la modificación o terapia de la conducta”⁵³. De este modo, “las intervenciones de tipo cognoscitivo-conductual buscan modificar o cambiar patrones de pensamiento, que, según se piensa, contribuyen a los problemas del paciente. Estas técnicas tienen una enorme cantidad de apoyo empírico (Smith y

⁵¹ Citado por **CUELLAR, Pérez Ilva Liliانا Y URREGO, Betancourt Yaneth**, Perfil psicológico de pacientes que ingresan al Instituto Materno Infantil con diagnóstico de aborto inducido y consecuencias sépticas”. 1996

⁵² SPIELBERGER Charles D, DIAZ Rogelio, IDARE Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado. Editorial Manual Moderno, 1970.

⁵³ **Vásquez Baquero José Luis**. Psiquiatría en atención primaria. Biblioteca Aula médica 2000

colaboradores, 1980; Hollon y Beck, 1994) y se consideran que se encuentran entre las más eficaces de todas las intervenciones psicológicas.”⁵⁴

Así mismo, la intervención que se propone en este protocolo para el síntoma de depresión se fundamenta en la terapia cognitiva de Beck⁵⁵, definida como “un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (depresión, ansiedad, fobias, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. Sus cogniciones se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores”.

El modelo cognitivo de Beck⁵⁶, sustenta que “la depresión es un desorden del pensamiento más que del afecto. Dicho de otra forma, resaltó la primacía causal cognoscitiva y consideró los síntomas afectivos, motivacionales, comportamentales y fisiológicos del síndrome depresivo como consecuencia de dicho déficit. Otros factores (genéticos, evolutivos, hormonales, bioquímicos y pérdida de reforzadores, etc) pueden estar involucrados en la etiología de la depresión”. Además Beck refiere que, “el esquema depresivo está conformado por una fuerte negatividad y pesimismo. Su organización estructural está caracterizada por una actitud extrema, categórica e inmadura. Teniendo en cuenta estos conceptos, la intervención se enfoca en la *solución de problemas*, donde la visión de túnel que manejan las pacientes con depresión es reevaluada, considerando otras perspectivas a un mismo problema.

Para el manejo de la habilidad en la solución de problemas se tendrá en cuenta la estrategia de Thomas D’ Zurilla y Marvin Goldfried (1971), ellos definieron un problema como: “el fracaso para encontrar una respuesta eficaz”. Afirman que ninguna circunstancia o situación es intrínsecamente problemática. Hay que aprender a definir los problemas no en términos de situaciones imposibles, sino en términos de situaciones inapropiadas. Además Nezu⁵⁷ (1987), define los problemas como “situaciones específicas de la vida (presentes o anticipadas) que exigen respuesta para el funcionamiento adaptativo, pero que no reciben respuestas de afrontamiento eficaces proveniente de las personas que se enfrentan con las situaciones, debido a la presencia de distintos

⁵⁴ PHARES, J.. Psicología Clínica, Conceptos, Métodos y Práctica, México. 2000.

⁵⁵ BECK Aarón T, RUSH A. John, SHAW Brian F., EMERY Gary, Terapia Cognitiva de la Depresión, 2da Edición, Editorial Desclee De Brouwer S.A., 1983.

⁵⁶ BECK Aarón T, RUSH A. John, SHAW Brian F., EMERY Gary, Terapia Cognitiva de la Depresión, 2da Edición, Editorial Desclee De Brouwer S.A., 1983.

⁵⁷ CABALLO, Vicente E., Manual de Técnicas de terapia y modificación de conducta. Editorial Siglo XXI de España, 1998.

obstáculos. Estos obstáculos pueden incluir la ambigüedad, la incertidumbre, las exigencias contrapuestas la falta de recursos y/o la novedad”.

Según ésta definición, un problema no es una característica ni del ambiente ni de la persona por sí solo. Por el contrario, “un problema es un tipo particular de relación persona-ambiente que refleja un desequilibrio o una discrepancia percibidos entre las demandas y la disponibilidad de una respuesta adaptativa. Es probable que éste desequilibrio cambie con el tiempo, dependiendo de los cambios en el ambiente, en la persona o en los dos”.⁵⁸

Una solución, es definida “como cualquier respuesta de afrontamiento destinada a cambiar la naturaleza de la situación problemática, las propias reacciones emocionales negativas o ambas” (D’Zurilla; Nezá 1997)⁵⁹ La adecuación o eficacia de cualquier solución potencial varía de persona a persona y de lugar a lugar, ya que la eficacia percibida de una determinada respuesta de solución de problemas depende también de los propios valores y objetivos y de las otras personas significativas.

De este modo se define La solución de problemas es un proceso de encontrar una solución eficaz a una solución problema (D’ Zurilla 1986; Nezá 1987).

La capacidad general de solución de problemas comprende una serie de habilidades específicas, en vez de una sola capacidad unitaria. La solución de problemas (eficaz) requiere cinco procesos componentes interactuantes, cada uno de los cuales aporta una determinada contribución a la solución eficaz del problema. Estos procesos incluyen⁶⁰:

- f. Orientación hacia el problema: es un proceso motivacional, y puede describirse como un conjunto de respuestas de orientación, que representa las reacciones cognitivo-afectivo-conductuales inmediatas de una persona cuando se enfrenta por primera vez con una situación problemática. Estas respuestas de orientación incluyen una clase particular de aspectos de la atención y un conjunto de creencias, suposiciones, valoraciones y expectativas generales sobre los problemas de la vida y sobre la propia capacidad general de solución de problemas.

⁵⁸ CABALLO, Vicente E., Manual de Técnicas de terapia y modificación de conducta. Editorial Siglo XXI de España, 1998.

⁵⁹ Zurilla D’, Nezá. Citado por CABALLO, Vicente E., Manual de Técnicas de terapia y modificación de conducta. Editorial Siglo XXI de España, 1998

⁶⁰ Zurilla D’, Goldfried (19971) citado por CABALLO, Vicente E., Manual de Técnicas de terapia y modificación de conducta. Editorial Siglo XXI de España, 1998

- g. Definición y formulación del problema: el objetivo de éste proceso consiste en clarificar y comprender la naturaleza específica del problema. Esto puede incluir una revaloración de la situación en términos de su significación para el bienestar y el cambio. Después de definir y formular la naturaleza del problema de forma más clara y concreta, la persona puede entonces valorar el problema de modo más preciso.
- h. Generación de alternativas: el objetivo es hacer que estén disponibles tantas soluciones como sea posible, con el fin de llevar al máximo la posibilidad de que la solución (mejor) se encuentre entre ellas. En este proceso se tiene en cuenta tres principios: Principio de cantidad, cuantas más ideas alternativas se produzcan más elevada será la probabilidad de que se generen opciones eficaces o de gran calidad. Principio de aplazamiento del juicio, sugiere que la regla de cantidad puede aplicarse mejor si se elimina el juicio sobre la calidad o la eficacia de cualquier idea, hasta que se produzca una lista exhaustiva. Principio de la variedad, se alienta a los individuos a pensar en un alto rango de soluciones posibles a través de una variedad de estrategias o tipos de enfoque. En vez de centrarse solo en una o dos ideas limitadas.
- i. Toma de decisiones: el propósito es evaluar (juzgar y comparar) las opciones disponibles con respecto a la solución y seleccionar la (s) mejor (es), para ser llevada a cabo en la situación problema real.
- j. Puesta en práctica de la solución y verificación: consiste en vigilar el resultado de la solución y evaluar la eficacia de la misma para controlar la situación problemática.

Así mismo, la terapia cognitiva de Beck para la ansiedad basada en los conceptos de Clark, Nietzel y Bernstein,⁶¹ quienes sostienen que “la ansiedad es un trastorno emocional generalizado, además ésta es producida por estímulos internos como es el caso del pánico”.

Los aspectos cognitivos más importantes de la ansiedad se centran alrededor de tres temas. Aceptación, competencia y control, que comparten el hilo común de la amenaza⁶².

En la aceptación: se basan sobre el temor de que una persona no sea aceptable para los demás. El componente crucial de su sistema cognitivo es la

⁶¹ Clark, Nietzel y Bernstein citado por CABALLO, Vicente E., Manual de Técnicas de terapia y modificación de conducta. Editorial Siglo XXI de España, 1998

⁶² Beck y Emery, citado por CABALLO, Vicente E., Manual de Técnicas de terapia y modificación de conducta. Editorial Siglo XXI de España, 1998.

creencia necesaria de que necesita la aceptación de todo el mundo con el fin de lograr el bienestar o la felicidad y que el rechazo representa una importante amenaza. Al igual que en el caso de los pacientes deprimidos, las respuestas racionales a las suposiciones se centran en el desarrollo de la valía de uno mismo, independientemente de las fuentes externas de aprobación.

El componente cognitivo central de los pacientes preocupados por la competencia es la creencia de que son inferiores debido a algún defecto que puede ser de carácter físico, que puede atribuirse a la inferioridad del intelecto, o de la personalidad, o incluso a la raza o al sexo. Sus cogniciones automáticas conducen a menudo a una subestimación de sus capacidades y a una exageración de sus debilidades. Vigilan en exceso la amenaza de la crítica.

Las personas que temen perder el control se centran en la amenaza de los demás o en los acontecimientos que los dominan. Esta preocupación particular puede tomar muchas formas. Los sujetos normalmente atribuyen su ansiedad a estímulos externos, pero un examen más minucioso revela que no es la situación en sí misma lo que se teme, sino la posible pérdida de control. Además estos sujetos muestran un deseo de un grado de control poco realista, y, por esta razón, se benefician si estructuran su mundo no en términos del control sino, por el contrario, en términos de elecciones. Para hacer el cambio del control a la elección, la terapia se tiene que centrar en hacer que destaquen las opciones disponibles.

Es importante, para la evaluación del síntoma de ansiedad tener en cuenta todo lo anteriormente mencionado, debido a la necesidad de conocer las dimensiones cognitivas dentro del mismo componente de evaluación. Puesto que existen tres componentes para evaluar la ansiedad: las señales fisiológicas de ansiedad, las manifestaciones conductuales y las cogniciones⁶³. Tales como tics, sudoración, evitación, comerse las uñas, entre otros.

Para la intervención que se propone en este protocolo para el síntoma de ansiedad se fundamenta en las técnicas de autocontrol emocional que manejan Davis, Mckay y Eshelman.⁶⁴

Relajación Progresiva: es un conjunto de técnicas que se derivan de la relajación progresiva original creada por Jacobson en los años treinta para controlar el nivel de activación del organismo a partir del control de la musculatura esquelética. El objetivo final de la relajación progresiva es que el

⁶³ Barlow, 1988; Nietzel y Bernstein, 1985; Wilson y col., 1989. citado por CABALLO, Vicente E., Manual de Técnicas de terapia y modificación de conducta. Editorial Siglo XXI de España, 1998

⁶⁴ DAVIS, M, MCKAY, M. y ESHELMAN E. Técnicas de autocontrol emocional. México D.F. Martínez Roca. 1997

cuerpo perciba cualquier señal de tensión innecesaria y automáticamente reduzca su nivel de activación. Como tratamiento específico ha sido útil en insomnio, ansiedad, depresión, fobias, tensión muscular, presión arterial alta, hiperactividad, cefalea, dolor de espalda y cuello, indigestión, espasmos musculares y fatiga. En su utilización como parte de otros procedimientos terapéuticos está muy extendida, siendo un elemento importante de las estrategias de autocontrol enseñadas en las terapias cognitivas en las técnicas de exposición.

La relajación⁶⁵ es un estado fisiológico de hipoactividad que contrarresta los efectos perniciosos de la excesiva tensión o activación, provocando en el organismo una gran variedad de efectos: disminución de la frecuencia e intensidad cardíaca, incremento de la vasodilatación arterial (mayor riesgo periférico y mayor oxigenación celular), incremento de la amplitud de la respiración y regularidad en el ritmo, disminución de la activación simpática, disminución del consumo de oxígeno, disminución del colesterol y ácidos grasos en plasma, incremento de los leucocitos y mejora del sistema inmunológico, cambios percibidos (subjetivos) en los niveles de tensión, ansiedad y sensación de tranquilidad.

Respiración⁶⁶: una respiración correcta es un antídoto contra el estrés. La sangre insuficientemente oxigenada contribuye a los estados de ansiedad, depresión y fatiga y hace que muchas veces una situación estresante sea todavía más difícil de superar. Unos hábitos correctos de respiración son esenciales para una buena salud física y mental.

⁶⁵ PHARES, J. Psicología Clínica, Conceptos, Métodos y Práctica, México: 2da Edición, Manual moderno. 2000.

⁶⁶ DAVIS, M, MCKAY, M. y ESHELMAN E. Técnicas de autocontrol emocional. México D.F. Martínez Roca. 1997

3. INSTRUMENTOS

3.1 Inventario de Depresión de BECK: creado por Aaron Beck, mide el grado de depresión experimentado por las pacientes en el momento de la aplicación. Consta de 21 ítems, cada uno con tres afirmaciones como opción de respuesta. Tiene una escala de puntaje entre 0-10 indica ausencia de depresión, entre 11-20 depresión leve, entre 21-30 depresión moderada, más de 31 depresión severa. Evaluando así los diferentes indicadores de las alteraciones afectivas dentro de la crisis.

3.2 El inventario de Ansiedad rasgo estado (IDARE): creado por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1972). Consta de 20 elementos que miden el estado transitorio de ansiedad de la persona. Existen 10 elementos de escala directa y otros 10 de escala invertida. Cada uno de los elementos posee una puntuación entre 0 y 3 puntos, donde 0= nada, 1= algo, 2= bastante y 3= mucho; una vez se han obtenido las puntuaciones directas, mediante la aplicación de la plantilla de respuestas del sujeto, se busca en una tabla de interpretación de decatipos, donde da el valor correspondiente al tipo de ansiedad correspondiente: mayores de 57 se concibe como un estado de alta ansiedad, entre 34 y 56 un estado medio de ansiedad y menos de 33 un estado bajo de ansiedad.

3.3 Entrevista Semi-estructurada con el equipo de salud y con la paciente: formato que consta de 3 preguntas abierta con el equipo de salud basada en el estado de la paciente y su pronóstico; 19 preguntas que se le hacen a la paciente, basadas en las esferas del CASIC para la valoración psicológica de la paciente e interpretación del diagnóstico.

3.4 Formato de valoración psicológica: guía en donde se compila la información más relevante concerniente a la valoración psicológica de la paciente y el proceso de intervención.

3.5 Formato SOLVE para Solución de Problemas: consta de cinco pasos para registrar las diferentes etapas en el entrenamiento de solución de problemas que se le aplica a la paciente.

4. NATURALEZA DEL TRABAJO DEL PSICÓLOGO

El trabajo de ejecución profesional:

- ↪ Tiene una naturaleza evaluativa en cuanto realiza la valoración del estado psicológico y emocional de la paciente, partiendo de la observación, la entrevista, y la aplicación de pruebas.
- ↪ Tiene una naturaleza diagnóstica, la cual es una base para identificar el eje central de la disfunción de la paciente para así definir el tratamiento a seguir.
- ↪ Tiene una naturaleza interventiva, en la cual el psicólogo a través de estrategias, técnicas y procedimientos interviene en los procesos psicológicos modificando ideas poco adaptativas para la paciente.
- ↪ Posee una naturaleza psicoprofiláctica en la medida en que la paciente emplea las herramientas dadas para afrontar las diversas situaciones que se pueden presentar en adelante.

5. PERFIL DEL PSICÓLOGO

Las condiciones que debe reunir la persona a cargo de la intervención psicológica a pacientes con crisis producto de un aborto incompleto son:

- Ser psicólogo profesional.
- Tener amplios conocimientos sobre Psicología clínica y de la salud.
- Conocer la teoría y las técnicas cognoscitivo-conductuales para la intervención psicológica.
- Tener capacidad para generar empatía y confianza en las pacientes.
- Conocer el manejo, aplicación, interpretación y evaluación de los test de BECK e IDARE.

6. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN A INTERVENIR

La población a intervenir son mujeres que ingresan a la sala de legrado del Hospital Hernando Moncaleano de la ciudad de Neiva, con diagnóstico de aborto incompleto, en edad fértil, que llegan remitidas por los diferentes centros de salud del departamento de Huila.

7. DESCRIPCIÓN DE PERMANENCIA DE LA PACIENTE EN SALA DE PARTO DEL H.U.H.M.P.

Las pacientes llegan remitidas de otros centros de salud, previamente valoradas por el médico, al ingresar en la sala de parto:

1. Es valorada por el médico interno.
2. Es llevada al área de legrado donde es canalizada por la enfermera.
3. Es asignada al turno para que se le realice el procedimiento médico-quirúrgico de legrado.
4. Le es asignada la cama. El tiempo de permanencia en la cama antes del legrado depende del estado en que se encuentre el proceso de aborto.
5. El psicólogo realiza la primera etapa “evaluación” del protocolo.
6. El psicólogo realiza la segunda etapa “análisis de valoración y diagnóstico” del protocolo intervención.
7. Es llevada a Sala de Cirugía donde se le realiza el procedimiento médico-quirúrgico de legrado.
8. Es trasladada a la habitación. El tiempo de recuperación que establece el protocolo médico es de dos horas aproximadamente.
9. El psicólogo realiza la tercera etapa “intervención en crisis en los síntomas de ansiedad y depresión” del protocolo de intervención.
10. Si no presenta ninguna complicación por el procedimiento realizado, es dada de alta.
11. En adelante el tiempo de permanencia en el hospital, por lo general, depende de la solvencia económica para cubrir los gastos por el servicio prestado.
12. El psicólogo realiza la cuarta etapa “evaluación de la intervención” del protocolo de intervención.

Se establece un promedio de permanencia de las pacientes dentro de la sala de parto mínimo de 12 horas a un máximo de veinticuatro horas aproximadamente.

8. PROCEDIMIENTO:

PRIMERA ETAPA: EVALUACIÓN

Objetivo: Evaluar el estado psicológico de la paciente

Primer paso: se realiza sin la presencia de la paciente.

- ☞ Una vez valorada la paciente por el médico interno, revisar la historia clínica, confirmando el diagnóstico de aborto incompleto de la paciente.
Tiempo estimado: 5 minutos.

Segundo paso:

- ☞ Comuníquese con el equipo de salud y documéntese sobre los datos, procedimientos y plan de intervención realizado a la paciente.
Este paso debe ser realizado en 5 minutos.
Instrumento utilizado: entrevista estructurada para el equipo de salud.
(anexo 1).

Tercer paso: Se realiza con la paciente.

- ☞ hacer contacto psicológico:
 1. Establecer empatía con el paciente.
 2. Informar a la paciente sobre la intervención psicológica que recibirá.Tiempo límite: 10 minutos.

Cuarto paso:

- ☞ Continuar la valoración psicológica aplicando la entrevista estructurada para la paciente. (ver anexo 1).
Tiempo: 20 minutos.

Quinto paso:

- ☞ Aplicar los inventarios de Beck e IDARE. (ver anexos 2 y 3).
Tiempo: 15 minutos.

Dar por terminada la sesión de evaluación con la paciente y retírese de la habitación.

SEGUNDA ETAPA: ANÁLISIS DE VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO.

Objetivo: Analizar la información recogida y emitir un diagnóstico.

Sexto paso: Se realiza sin la presencia de la paciente.

1. Calificar las pruebas.
2. Analizar la información obtenida (entrevistas, estudio de historia clínica y resultados de las pruebas).
3. Emitir un concepto diagnóstico de la paciente.
4. Si la paciente presenta crisis con síntomas de depresión y/o ansiedad, siga los pasos descritos a continuación para cada síntoma, si presenta otra sintomatología no utilizar el modelo de tratamiento descrito en este protocolo de intervención.
5. Registrar todo lo anterior en el formato de historia psicológica de la paciente (ver anexo 4).

Tiempo: 15 minutos.

TERCERA ETAPA: INTERVENCIÓN EN CRISIS EN LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD.

Objetivo: disminuir la crisis enfocándose en los síntomas de ansiedad y depresión con abordaje cognitivo-conductual.

Séptimo paso:

Para ansiedad

↪ Aplicar técnicas de relajación (progresiva y/o respiración).

Tiempo: 30 minutos.

Octavo paso:

Para depresión:

↪ Aplicar la técnica de solución de problemas (identificar las necesidades inmediatas y orientar a una acción concreta) para disminuir la depresión. (ver anexo 5).

Tiempo: 30 minutos.

CUARTA ETAPA: EVALUACIÓN DE INTERVENCIÓN.

Objetivo: concluir resultados de intervención.

Noveno paso: se realiza con la paciente, luego del procedimiento de legado y su recuperación.

↻ Evaluar la evolución psicológica de la paciente.

↻ Aplicar los inventarios de Beck e IDARE.

Tiempo: 30 minutos.

Décimo paso: Se realiza sin la paciente.

↻ Registrar la intervención realizada, en el formato de historia psicológica de la paciente.

9. MATERIALES

Inventario de BECK

Inventario IDARE.

Formato de entrevista semi-estructurada con el personal de salud y con la paciente.

Formato de entrenamiento en solución de problemas.

10. ÁREA FÍSICA

Sala de legrado del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva.

11. PERSONAL QUE LABORA EN LA UNIDAD

Psicólogo.

Médicos especialistas.

Estudiantes practicantes de medicina.

Enfermeras jefe.

Estudiantes practicante de enfermería.

Auxiliar de enfermería.

12 REFERENTE BIBLIOGRÁFICO

BECK Aarón T, RUSH A. John, SHAW Brian F., EMERY Gary, Terapia Cognitiva de la Depresión, 2da Edición, Editorial Desclee De Brouwer S.A., 1983.

CABALLO, Vicente E., Manual de Técnicas de terapia y modificación de conducta. Editorial Siglo XXI de España, 1998.

CUELLAR, Pérez Ilva Liliana Y URREGO, Betancourt Yaneth, Perfil psicológico de pacientes que ingresan al Instituto Materno Infantil con diagnóstico de aborto inducido y consecuencias sépticas". 1996

DAVIS, M, MCKAY, M. Y ESHELMAN E. Técnicas de autocontrol emocional. Martínez Roca. México D.F 1997

LAZARUS, R. Y FOLKAMAN, S. Estrés y procesos cognoscitivos. México. Martínez Roca. 1986.

PHARES, J. Psicología Clínica, Conceptos, Métodos y Práctica, México: 2da Edición, Manual moderno. 2000.

SLAIKEV Karl., Intervención En Crisis. México, Manual Moderno. 1995

SPIELBERGER Charles, Inventario de Ansiedad Rasgo Estado, IDARE México, manual moderno. 1975.

VÁSQUEZ BAQUERO José Luis. Psiquiatría en atención primaria. Biblioteca Aula médica. 2000.

ANEXOS PROTOCOLO

**PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA DISMINUIR LA CRISIS EN
LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE
ABORTO DE ABORTO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO
PERDOMO DE NEIVA.**

ANEXO 1

**ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURA CON EN PERSONAL DE SALUD Y LA
PACIENTE**

Nombre y Apellidos: _____ No de H.C: _____
Edad: _____ Procedencia _____
Estado Civil: _____ Ocupación actual _____
No de hijos _____ Abortos _____ Partos _____
Escolaridad _____ Religión _____ cama _____
Fecha: ingreso: _____ Egreso: _____
Diagnóstico: _____

I. CON EL PERSONAL DE SALUD.

Cargo del informante: _____

Estado Actual de la
paciente: _____

Pronóstico de la
paciente: _____

Sugerencias: _____

II. CON LA PACIENTE

1. ¿Cómo se ha sentido durante el tiempo de hospitalización _____

2. ¿Este embarazo fue planeado? _____

3. ¿Cómo se siente emocionalmente después del aborto? _____

4. ¿Qué significaba para usted estar embarazada?. _____

PROCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA DISMINUIR LA CRISIS EN LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO DE ABORTO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA.

Hoja No 2

5. ¿Qué cree usted que va a pasar con usted luego que salga del hospital?.

6. ¿Qué piensa hacer usted cuando regrese a su hogar?.

7. ¿En este momento tiene temor de algo?.

8. ¿Cree que ahora puede solucionar sus dificultades como antes?.

9. ¿Cuenta usted con el apoyo de su familia?.

10. ¿Cómo ha sido la relación con su familia?.

11. ¿Cuenta usted con el apoyo de su pareja?.

12. ¿cómo ha sido la relación con su pareja antes y durante el embarazo?.

13. ¿Cree que el aborto cambiará la relación con su pareja, familiares y amigos?.

14. ¿Sufre de dolores específicos?.

15. ¿Ha tenido dificultad para dormir y/o comer?.

16. ¿Ha tenido dificultad en las relaciones sexuales?.

17. ¿Ha pensado en suicidarse?.

18. ¿consume algún tipo de sustancia psicoactica?.

19. ¿ha tenido dificultad para realizar su trabajo?.

PSICÓLOGO

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA DISMINUIR LA CRISIS EN LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO DE ABORTO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA.

ANEXO 2

INVENTARIO DE BECK

Nombres y Apellidos _____ Edad _____
Estado civil _____ H.C. _____

Este inventario tiene varios grupos de afirmaciones. Por favor les cada grupo y marque con una (x) la afirmación que describa mejor la forma en que usted se sintió la semana pasada incluyendo la de hoy.

1. 0. No me siento triste
2. Estoy triste todo el tiempo y no puedo salir de este estado
1. Me siento triste
3. Me siento tan triste e infeliz que ya no puedo más.
2. 3. Siento que no hay esperanzas para el futuro y que las cosas no pueden mejorar
2. Siento que nada me llama la atención
1. El futuro me desanima
0. El futuro no me desanima especialmente
3. 1. Siento que he cometido más errores que la mayoría de las personas
2. Al mirar hacia atrás, lo único que veo es una cantidad de errores
0. No me siento un fracaso
3. Siento que soy un completo fracaso como persona.
4. 3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo
2. Ya no tengo satisfacciones reales de nada
1. No disfruto de las cosas como antes
0. Tengo satisfacciones de las cosas como antes.
5. 1. Tengo sentimientos de culpa buena parte del tiempo
3. Tengo sentimientos de culpa todo el tiempo
0. No tengo sentimientos de culpa
2. Tengo bastantes sentimientos de culpa.
6. 2. Tengo la expectativa de que me van a castigar
0. No siento que me estén castigando
3. Siento que me están castigando
1. Siento que puedo ser castigado.

**PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA DISMINUIR LA CRISIS EN
LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE
ABORTO DE ABORTO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO
PERDOMO DE NEIVA.**

Hoja No 2

7. 3. Me odio a mí mismo
2. Estoy disgustado conmigo mismo
1. Estoy desilusionado de mí mismo
0. No me siento desilusionado de mi mismo

8. 0. No me siento peor que otros.
3. Me culpo por todas las cosas malas que me pasan.
1. Soy crítico de mis debilidades y errores.
2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas.

9. 0. No he pensado en matarme.
1. He pensado en matarme pero no lo haría.
2. Me gustaría matarme.
3. Me mataría si tuviera la oportunidad.

10. 3. Antes podía llorar pero ahora no lo puedo hacer.
2. Ahora lloro todo el tiempo.
1. Lloro más ahora que antes.
0. No lloro más de lo usual.

11. 1. Me irrito o enojo más fácil que antes.
0. Ahora me irrito más que antes.
3. Ya no me irritan las cosas que usualmente me irritaban.
2. Ahora me siento irritada todo el tiempo.

12. 0. No he perdido el interés en las personas.
1. Me interesan las personas más que antes.
2. He perdido gran parte de mi interés en otros.
3. He perdido todo el interés en otras personas.

13. 1. Pospongo las decisiones más que antes.
0. Tomo mis decisiones como siempre lo he hecho.
3. Ya no puedo tomar decisiones.
2. me cuesta más trabajo tomar decisiones que antes.

14. 0. No creo que me vea peor que antes.
3. Creo que me veo horrible.
2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia.
1. Me preocupa verme vieja y sin atractivos.

**PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA DISMINUIR LA CRISIS EN
LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE
ABORTO DE ABORTO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO
PERDOMO DE NEIVA.**

Hoja No 3

15.
 3. No puedo hacer ningún trabajo.
 2. Tengo que esforzarme mucho para hacer algo.
 1. Necesito hacer un esfuerzo extra para empezar a hacer algo.
 0. Puedo trabajar tan bien como antes.

16.
 1. No puedo dormir como antes.
 3. Me despierto varias horas más temprano de lo usual.
 0. Puedo dormir tan bien como antes.
 2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo usual.

17.
 0. No me canso más de lo usual.
 1. Me canso más fácil que antes.
 2. Me canso de hacer cualquier cosa.
 3. Me canso demasiado de hacer cualquier cosa.

18.
 3. Ahora he perdido todo el apetito.
 2. Mi apetito es peor ahora.
 1. Mi apetito no es tan bueno como era antes.
 0. Mi apetito no es peor que antes.

19.
 0. No he perdido mucho peso.
 1. No he perdido más de cinco libras.
 2. He perdido más de diez libras.
 3. He perdido más de quince libras.

20.
 0. No me preocupo por mi salud más de lo usual.
 2. Me preocupan mucho más mis problemas físicos y me cuesta trabajo pensar en otra cosa.
 3. Me preocupan mucho más mis problemas físicos y no puedo pensar en otra cosa.
 1. Me preocupan mis problemas físicos como dolores, malestares o estreñimiento.

21.
 3. He perdido completamente el interés por el sexo.
 2. Estoy interesado en el sexo ahora.
 1. Estoy menos interesada en el sexo que antes.
 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés sexual.

**PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA DISMINUIR LA CRISIS EN
LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE
ABORTO DE ABORTO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO
PERDOMO DE NEIVA.**

ANEXO 3

IDARE. AUTOEVALUACIÓN (E)

Nombre _____ Edad _____
Estado civil _____ Fecha _____

Instrucciones

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE USTED AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

0 = Nada 1 = Algo 2 = Bastante 3 = Mucho

1. Me siento calmada	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariada	0	1	2	3
5. Me siento cómoda (estoy a gusto).....	0	1	2	3
6. Me siento alterada.....	0	1	2	3
7. Estoy preocupada ahora por posibles desgracias futuras.....	0	1	2	3
8. Me siento descansada.....	0	1	2	3
9. Me siento angustiada.....	0	1	2	3
10. Me siento confortable.....	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí misma.....	0	1	2	3
12. Me siento nerviosa.....	0	1	2	3
13. Estoy desasosegada.....	0	1	2	3
14. Me siento oprimida.....	0	1	2	3
15. Estoy relajada.....	0	1	2	3
16. Me siento satisfecha.....	0	1	2	3
17. Estoy preocupada.....	0	1	2	3
18. Me siento aturdida y sobre excitada.....	0	1	2	3
19. Me siento alegre.....	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien.....	0	1	2	3

Compruebe si ha contestado a todas las frases con una sola respuesta.

**PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA DISMINUIR LA CRISIS EN
LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE
ABORTO DE ABORTO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO
PERDOMO DE NEIVA.**

Hoja No 2

IDARE. AUTOEVALUACIÓN (R)

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique como se siente generalmente. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente generalmente.

0 = Casi Nunca 1 = Algunas Veces 2 = Frecuentemente 3 = Casi Siempre.

21 Me siento bien.....	0	1	2	3
22 Me canso rápidamente.....	0	1	2	3
23 Siento ganas de llorar.....	0	1	2	3
24 Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo.....	0	1	2	3
25 Pierdo oportunidades por no decidirme rápidamente.....	0	1	2	3
26 Me siento descansado (a).....	0	1	2	3
27 Soy una persona “tranquila, serena y sosegada”.....	0	1	2	3
28 Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas.....	0	1	2	3
29 Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.....	0	1	2	3
30 Soy feliz.....	0	1	2	3
31 Tomo las cosas muy a pecho.....	0	1	2	3
32 Me falta confianza en mí mismo(a).....	0	1	2	3
33 Me siento seguro (a).....	0	1	2	3
34 Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades.....	0	1	2	3
35 Me siento melancólico (a).....	0	1	2	3
36 Me siento satisfecho (a).....	0	1	2	3
37 Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan.....	0	1	2	3
38 Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza.....	0	1	2	3
39 Soy una persona estable.....	0	1	2	3
40 Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso (a) y alterado (a).....	0	1	2	3

**PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA DISMINUIR LA CRISIS EN
LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE
ABORTO DE ABORTO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO
PERDOMO DE NEIVA.**

ANEXO 4

**REGISTRO PSICOLÓGICO DE INTERVENCIÓN
CONFIDENCIAL**

NOMBRE: _____ ESTADO CIVIL: _____

FECHA: _____ HORA: _____ OCUPACIÓN: _____

No H.C: _____

PRIMERA ETAPA DE EVALUACIÓN

ENTREVISTA AL EQUIPO DE SALUD _____

ENTREVISTA A LA PACIENTE: _____

INSTRUMENTOS:

BECK: _____

IDARE: _____

SEGUNDA ETAPA ANÁLISIS DE VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA CRISIS EN
LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD.

DIAGNÓSTICO _____

SÍNTOMAS DEPRESIVOS: _____

ANSIEDAD: _____

OTRO DIAGNÓSTICO: _____

PROCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA DISMINUIR LA CRISIS EN
LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE
ABORTO DE ABORTO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO
PERDOMO DE NEIVA.

ANEXO 5

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

1. **(S)** Priorización de problemas: _____

2. **(O)** Emplear la técnica torbellino de ideas. Proponer diferentes
soluciones. _____

3. **(L)** Se evalúan las soluciones propuestas y se seleccionan las ideas
factibles, razonables o eficaces. _____

4. **(V)** Se determina ventajas y desventajas de las soluciones tentativas
escogidas. _____

5. **(E)** Se planifica cómo llevar a cabo la solución al problema. _____

PSICÓLOGO

PACIENTE

**PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA DISMINUIR LA CRISIS EN
LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE
ABORTO DE ABORTO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO
PERDOMO DE NEIVA.**

**ANEXO 6
FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTOS DEL PROTOCOLO.**

