



# FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Carrera de Psicología

“ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y RIESGO SUICIDA EN MUJERES QUE HAYAN PRESENTADO ABORTO EN EL DISTRITO DE TRUJILLO”

Tesis para optar el título profesional de:

Licenciada en Psicología

Autor:

Torres Vilchez, Claudia Carolina

Asesor:

Dra. Molina Alvarado Janeth

Trujillo - Perú

2020

## DEDICATORIA

A mi familia por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A mi asesora que siempre ha estado junto a mí, por su valiosa guía y asesoramiento a la realización de la misma.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a la Dra. Romy Díaz Fernández ya que siempre nos está de una u otra manera  
exigiéndonos para tener un buen aprendizaje.

A cada uno de mis profesores como la Dra. Karla Azabache y la Mg. Yrina Roldán quienes  
me brindaron su tiempo y sus conocimientos para enriquecer a la presente investigación

## Tabla de contenidos

<b>DEDICATORIA .....</b>	<b>2</b>
<b>AGRADECIMIENTO.....</b>	<b>3</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS .....</b>	<b>5</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>6</b>
<b>CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO II. METODOLOGÍA .....</b>	<b>35</b>
<b>CAPÍTULO III. RESULTADOS.....</b>	<b>45</b>
<b>CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....</b>	<b>50</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>60</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>67</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: <i>Muestra de las mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo según su edad</i> .....	38
Tabla 2: <i>Relación entre estrés postraumático y riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo</i> .....	46
Tabla 3: <i>Relación entre la dimensión evitación conductual y las dimensiones de riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo</i> .....	47
Tabla 4: <i>Relación entre la dimensión re experimentación y las dimensiones de riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo</i> .....	48
Tabla 5: <i>Relación entre la dimensión alteraciones cognitivas y las dimensiones de riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo</i> .....	49
Tabla 6: <i>Relación entre la dimensión Aumento de alteraciones y las dimensiones de riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo</i> .....	50
Tabla 7: <i>Resultados descriptivos del Estrés Postraumático en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo</i> .....	77
Tabla 8: <i>Niveles de riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo</i> .....	78
Tabla 9: <i>Niveles de estrés postraumático en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo</i> .....	79
Tabla 10: <i>Prueba de normalidad de Kolmogorov – Smirnov de las dimensiones y escala total de Estrés Postraumático en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo</i> .....	80
Tabla 11: <i>Prueba de normalidad de Kolmogorov – Smirnov de las dimensiones y escala total de riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo</i> .....	81
Tabla 12: <i>Baremos en percentiles para la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R) en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito Trujillo</i> .....	82

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar la relación entre estrés postraumático y riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo. La investigación fue no experimental bajo un enfoque cuantitativo, con un diseño transversal y de tipo correlacional, en donde se tuvo como población a 108 de los cuales se seleccionó una muestra de 80 mujeres quienes fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, siendo evaluadas con la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno del Estrés Postraumático de Echeberúa, Corral (1997). y la Escala de la ideación suicida de Beck en 1979. Los resultados indicaron que existe relación directa de grado mediano entre las variables de estrés post traumático y riesgo suicida ( $r_s = 0.44$ ). Además, se logró identificar que existe relaciones leves directas entre las dimensiones (reexperimentación, evitación y aumento de la activación) de estrés postraumático y las dimensiones (Actitud hacia la vida/muerte, Pensamientos/deseos suicidas, Proyecto de intento suicida y Desesperanza) del riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo. Por lo que se acepta la hipótesis general de la investigación.

**Palabras clave:** Trastorno de Estrés Postraumático, riesgo suicida, aborto.

## CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Realidad problemática

El aborto en la actualidad es visualizado como un problema social y de salud, un tema poco explorado por las implicancias éticas, morales y prejuiciosas que posee, debido a ello, las mujeres que han atravesado por esta situación deben enfrentarse no solo al estigma social, sino también a la falta de apoyo de sus parejas y/o familia, al miedo de atravesar esta situación, y a las consecuencias tanto físicas como mentales. Sea un aborto inducido o espontáneo, las consecuencias a nivel psicológico que ocasionan en la mujer pueden ser comparados a una experiencia sumamente traumática y que podrían acarrear daños emocionales por muchos años (Erviti, 2005).

Cardoso, Zavala y Alva (2017) coinciden al señalar que el aborto es un suceso traumático y violento que atenta contra la salud mental de la mujer, el impacto psicológico que puede ocasionar implica diversidad de síntomas asociados a depresión, ansiedad y conductas autodestructivas. Asimismo, diversas investigaciones advierten que las mujeres tienen mayores riesgos de desarrollar problemas psicológicos si han atravesado un aborto y aumenta aún más el riesgo cuando el bebé abortado era deseado.

El trauma post aborto en ocasiones genera en la mujer estrés postraumático (TEPT), el cual tiene como principales síntomas pesadillas, reexperimentación persistente del suceso y evitación de estímulos asociados al acontecimiento traumático de aborto; otros como sentimientos de culpabilidad, y necesidad de reparar por la pérdida. Suele ocurrir, además,

cuando la mujer es muy joven o adolescente, que presenten conductas compulsivas de autocastigo e intentos suicidas (Moratalla, 2012).

Según el Imperial College de Londres (2020), casi un tercio de las mujeres que padecieron aborto sufren estrés postraumático (35%), mientras que una de cada cuatro (24%) experimenta ansiedad moderada a severa, y una de cada diez (11%) tiene depresión moderada a severa. Así mismo, en un estudio realizado por Forray (2018) en Estados Unidos encontraron una prevalencia de TEPT en pacientes en un nuevo embarazo entre 8.9 y 12.5%, la prevalencia de TEPT en un segundo embarazo es alrededor de 21%. En otro estudio realizado por Farren et al (2019), 29% de mujeres que abortaron experimentaron TEPT, y, tras 9 meses, el porcentaje se redujo a 18%, es decir, la sintomatología por trastorno de estrés postraumático seguía presente tras un lapso de tiempo en mujeres que experimentaron un aborto.

Las consecuencias del estrés postraumático van ligadas a reacciones depresivas más o menos duraderas, el abuso de sustancias, los trastornos de personalidad, las disfunciones sexuales, la ideación suicida y los intentos de suicidio. Como se mencionó en párrafos anteriores, el aborto podría considerarse como un detonante de trastorno por estrés postraumático, y a su vez, las mujeres que lleguen a padecer ese trastorno, presentar riesgo de suicidio (Moratalla, 2012).



La conducta suicida es un fenómeno multicausal y complejo, manifestado en una variedad de comportamientos que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los gestos e intentos, hasta el suicidio propiamente dicho; la presencia de cualquiera de estos indicadores debe considerarse como un signo de riesgo (Mansilla, 2010). Siendo el suicidio una causa de muerte prevenible, la detección y evaluación del riesgo suicida es una tarea relevante para los psicólogos (Gómez, 2012).

El riesgo suicida es considerado como un conjunto de acciones y cogniciones que se configuran en la persona, quien a través de pensamientos o comportamientos busca la propia muerte. De igual forma se ha conceptualizado como la capacidad de predicción con base en la historia pasada y actual del sujeto, para determinar su potencial suicida. Diversos factores se encuentran asociados con el riesgo suicida, tales como la depresión, la desesperanza, ideación, planeación e intencionalidad suicida, aislamiento, consumo de sustancias, algunos trastornos de personalidad, trastornos de ansiedad y el estrés postraumático (Bahamón y Alarcón, 2018).

En la actualidad, a nivel mundial uno de los problemas de salud mental que despierta un especial interés es el suicidio, nuestro contexto no es ajeno a ello, de acuerdo al Instituto Nacional de Salud Mental (2019) las cifras de suicidios crecen de manera preocupante en el Perú, dándonos a conocer que, durante el 2018, se suicidaron a nivel nacional 385 personas, asimismo, entre los meses de enero y abril del año 2019, se han registrado 110 suicidios, cabe resaltar que por cada suicidio hay 20 intentos; entre las principales causas de suicidio

se encuentra el TEPT y la depresión profunda, abuso de drogas y la esquizofrenia. Adicionalmente, según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (2018), durante el 2017 se reportó que los intentos de suicidio se presentan, predominantemente, en el sexo femenino, y el 4,7 % de los intentos de suicidio en mujeres correspondieron a gestantes y aquellas que padecieron aborto, además, cerca de la mitad de los intentos de suicidio presentaban antecedente de intentos previos lo que indica una evolución no favorable o ausencia de acompañamiento psicológico previo. La localidad de Trujillo no es ajena a la problemática de suicidio, de acuerdo a la Dra. Asenjo, jefa del Centro de Salud Mental del Hospital Regional Docente de Trujillo, durante el año 2019 se reportaron más de 230 casos de intentos de suicidios en la ciudad (Redacción Web BCC, 2019).

Refiriéndose a la población de estudio de la presente investigación, en algunas investigaciones se ha encontrado que un porcentaje muy alto del total de suicidio femenino correspondía a mujeres que abortaron, igualmente, el aborto también estaba vinculado con un mayor riesgo de intento de suicidio en un 155%. (Moratalla, 2012).

Como se ha podido apreciar en los párrafos previos, la problemática de estrés postraumático y la de riesgo suicida están relacionadas a mujeres que han atravesado por un aborto, quienes son las participantes del presente estudio, pues evidentemente, el atravesar un aborto supone un evento traumático en la vida de la mujer, ocasionando en ella una serie de dificultades a nivel emocional, alterando su salud mental y bienestar psicológico; de no

contar con mecanismos de defensa adecuados, apoyo de sus redes sociales, y un acompañamiento profesional psicológico adecuado, la mujer puede llegar a presentar ideas y conductas que atenten contra su propia vida, incrementando el riesgo de cometer suicidio. A pesar de la relevancia de estudiar tanto el estrés postraumático y también el riesgo suicida debido a las consecuencias que podrían generar en la salud mental, en nuestra localidad son escasas las investigaciones que abordan las variables en mención; además, las mujeres que han presentado aborto no han sido tomadas en cuenta en investigaciones en Trujillo, a pesar de ser una población sumamente vulnerable y que presenta riesgo de padecer daños psicológicos por muchos años, por lo tanto, resulta sumamente relevante llevar a cabo la presente investigación.

En resumen, resulta importante indagar acerca de la relación entre Estrés Postraumático y Riesgo Suicida, pues será útil como antecedente para otros investigadores, además permitirá plantear estrategias de abordaje y tratamiento para las mujeres que hayan sufrido aborto y presenten riesgo de conductas suicidas. Asimismo, permitirá comprender si el aborto, considerado como un proceso traumático, puede llegar a ocasionar en las mujeres que lo padecieron, riesgo de presentar conductas suicidas.

Por último, a nivel práctico, tomando como base los resultados alcanzados, los psicólogos podrán realizar programas preventivos y estrategias de intervención orientadas a disminuir los niveles de estrés postraumático en mujeres que hayan atravesados por abortos, en consecuencia, se podrá reducir el riesgo suicida en la población femenina.

- **Antecedentes**

Con respecto a los antecedentes de investigación es importante considerar el interés en los temas del trastorno del estrés postraumático y riesgo suicida, en las diferentes investigaciones que existen a nivel internacional, nacional y local que se presentarán a continuación.

- **Antecedentes Internacionales**

Según Bologna (2013) en su investigación desarrollada en Estados Unidos- Florida, cuyo objetivo principal fue medir el nivel de influencia del aborto inducido en el estado actual de salud mental de mujeres universitarias, utilizaron un método explicativo con una muestra representada por 258 estudiantes de pregrado en la Universidad de Florida Central. El cuestionario evaluó 20 características demográficas, antecedentes de aborto y preguntas específicas sobre el impacto del aborto en su salud mental y el nivel percibido de angustia fue medido utilizando el inventario de síntomas SCL-90R. Los resultados indicaron que no hubo diferencia significativa en los puntajes del SCL-90R entre las mujeres que abortaron y las que llevaron a cabo su embarazo. Demostraron que la salud mental se ve afectada por la obtención de un aborto, finalmente, dentro de los sentimientos negativos asociados psicológico se pudo observar que el 30% corresponde a un estado de depresión leve, 27% moderado, 23% grave; sin embargo, cabe recalcar que un 20% no presento ningún tipo de depresión.

Mendoza (2011) en su investigación desarrollada en España (provincia de Alicante), tuvo como principal objetivo demostrar la existencia del Trastorno del estrés postraumático como consecuencia del aborto inducido. Aplicó un método descriptivo simple, teniendo una muestra de 250 mujeres, utilizando como instrumento de escala sociodemográficas. El estudio también describió características sociodemográficas de la población en estudio donde se encontró que el 18,40% de las mujeres tenían grado de instrucción superior incompleta, seguido de un importante 17,40% que tuvieron estudios superiores técnicos concluidos. El estado civil al momento del aborto fue: 36% solteras y 33 % convivientes y se tenía como antecedente que el 30,28% había abortado entre los 16 – 20 años; la manifestación física más frecuente en un 75,92% fue la cefalea. En cuanto a las repercusiones psicológicas el 73,31% presentó desajustes en la relación con su pareja y el 48,01% con las demás personas y el 47,70 lo tuvo con sus hijos, el 50,15% presentó sentimientos de remordimiento, culpa y rabia, mientras que el 48,31% presentó sentimientos de remordimientos, culpa y dolor.

En el estudio de Coleman (2010) en su investigación desarrollada en Estados Unidos-Florida, cuyo objetivo fue analizar la relación entre el antecedente de aborto inducido con diferentes diagnósticos psiquiátricos, teniendo un estudio trasversal- correlacional, se llevó a cabo con una muestra de 3000 en Estados Unidos obteniendo como resultado que un 13% tuvieron al menos un aborto provocado., y se controló el potencial efecto confuso de 22 variables (demográficas, problemas relacionales, experiencias traumáticas previas, etc.). La intensidad de la asociación independiente del aborto inducido con diferentes trastornos

psiquiátricos resultó ser: 2.1 para trastorno de pánico; 1.6 para trastorno de estrés post traumático, 1.7 para episodios maniacos y por último y más importante 2,4 para síntomas asociados a la depresión.

Otro importante estudio es el realizado por Coleman (2009) en su investigación desarrollada en México, cuyo objetivo fue revisar todos los artículos en lengua inglesa publicados entre 1995 y 2009, con un diseño sistemático, recoge 22 que responden a la rigurosidad científica, 15 de Estados Unidos y 7 de otros países. Se dividió en tres grupos a un total de 877.181 mujeres: sanas no embarazadas; embarazadas que dieron a luz un niño vivo y un tercer grupo que incluye a 163.831 mujeres que tuvieron un aborto. La recopilación concluye que las mujeres que han abortado han presentado hasta en un 71% alguna alteración psicológica, en un 29% no se encontró alteración significativa. La posibilidad de padecer ansiedad es 34% mayor y 37% de tener depresión, es más probable el alcoholismo y el consumo de drogas.

- **Antecedentes Nacionales**

Así mismo, según Fergusson (2001) en su investigación desarrollada en Lima – Perú, se evaluó mediante una cohorte a 4 grupos de mujeres con diferentes características obstétricas, todas ellas con un límite de edad de 30 años. Los cuatro grupos comprendieron pacientes con los siguientes eventos obstétricos: aborto inducido, pérdida del embarazo, embarazo no deseado llevado a término y embarazo a término sin rechazo y fueron comparadas con mujeres sin embarazo. Este nuevo estudio fue realizado con mayor

refinamiento y 5 años más de seguimiento que el previo estudio del 2006. Sus conclusiones confirman las estipuladas en el primer estudio refiriendo que la experiencia de un aborto provocado está asociada a un recatado pero significativo aumento de las tasas de trastornos mentales.

Por su parte Taft y Watson (2000) en su investigación desarrollada en Lima – Perú, tuvo como finalidad identificar la relación entre el aborto y la depresión, teniendo un diseño no experimental transversal correlacional, teniendo una muestra 9683 mujeres entre 22 y 27 años, presentando como instrumento la Escala de Zum; teniendo como resultado que establecen una correlación positiva entre el aborto inducido y la depresión.

- **Antecedentes Locales**

Comettant (2016) en su investigación desarrollada en Trujillo – Perú, realizó un estudio enfocado a determinar los factores personales, familiares y relacionados a la pareja que influyen en la decisión de abortar en adolescente, se aplicó un método descriptivo simple, teniendo una muestra de 124 adolescentes, utilizando la técnica de análisis documental y como instrumento ficha de recolección de datos (de las historias clínicas de los archivos estadísticos). En esta ficha de recolección de datos se obtiene información acerca sobre los factores personales (menarquia precoz y antecedentes de aborto), factores sociodemográficos (edad, procedencia, nivel de instrucción, ocupación, primera relación sexual y estado civil) y el tipo de aborto. Los resultados fueron: niveles bajos de grado de instrucción tienen un riesgo significativo de 2.68, el número de parejas sexuales tiene una

protección significativa de 0.343 y el embarazo planificado tiene una protección significativa de 0.059.

Es importante poder recalcar que no existen muchas investigaciones con nuestras variables de estudio ya que aún no ha sido investigadas a profundidad.

Con el fin de conocer y profundizar las variables, es importante conceptualizarlas.

### ***El Trastorno del Estrés Postraumático***

Según Di Nasso (2009) define al estrés postraumático como procesos fisiológicos y psicológicos que se desarrollan cuando existe un exceso percibido de demandas ambientales sobre las capacidades percibidas del sujeto para poder satisfacerlas, con lo que concluye que es una sobrecarga frente a un acontecimiento en el medio en el que se desarrolla la persona, y tienden a provocar un malestar por no poder suplir sus necesidades, y principalmente por la necesidad de no fracasar. Así mismo Benyakar (1997) resaltó que para que un evento estresante se convierta en traumático es necesario que este sea de una intensidad o de naturaleza que supere las capacidades de procesamiento del sistema nervioso del individuo.

Al igual, según la Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE- 10] (1996) Trastorno del Estrés Postraumático (TEPT), es una respuesta retardada o diferida a un acontecimiento estresante o situación (tanto breve como prolongada) de naturaleza excepcionalmente amenazadores o catastrófica. Así también, Hermoza (2013) nos explica que es un conjunto de síntomas entre los que se incluyen: revivir el suceso, los recuerdos



angustiosos, la evitación y la hiperexcitabilidad en respuesta a la exposición a uno o varios sucesos traumáticos. Por otra parte, también definen los autores Navia y Alarcón (2018) que el trastorno de estrés postraumático suele ocurrir muchas veces después de experimentar una situación traumática emocional por una amenaza física o hasta la muerte, que experimentan algunas personas como otras no.

En cuanto a la diferencia entre el estrés y trauma, según refiere Benyakar (1997) el estrés es detectado por el individuo como una amenaza, desarrollándose en su organismo una respuesta adaptativa como es la vigilancia y que persiste mientras los factores externos lo exigen o mientras dura su resistencia, por otra parte, en el trauma no se detecta la amenaza, indica ya una ruptura, un fracaso de integración de la situación externa o interna.

- **Sintomatología**

Con lo que respecta a la sintomatología del estrés postraumático, según la Organización Mundial de la Salud (2013) se ha suscitado muchas veces por que el hombre usa de manera intencional la fuerza física y/o el poder, como golpes, empujones, humillaciones, control de dinero, lo cual los ejerce sobre otra persona, abortos, teniendo como consecuencias posibles lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones de su desarrollo. Así también según el DSM - V (American Psychiatric Association, 2002) los síntomas del TEPT son re experimentación, evitación y activación, llegando a provocar un deterioro social, persona y /o laboral en otras parejas importantes con al menos un mes de duración. Además, está demostrado que las mujeres son quienes corren mayor riesgo de

manifestar un TEPT (Palacios y Heinze, 2002), cabe resaltar que un acontecimiento traumático severo e inesperado suele ocurrir en menos de un minuto, pero sus secuelas viven dentro de la persona por varios años, el ser humanos tiene la capacidad de producir sucesos traumáticos sin medir los límites como, guerras, violaciones, abuso sexual, secuestros, abortos, torturas, etc., estos ejemplos dan a conocer como el hombre es responsable de propiciar alteraciones cognitivas, conductuales y emocionales que son propias de TEPT (Pieschacon, 2011).

Así también, cabe resaltar que según El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición [DSM V] (2013) el TEPT puede iniciarse a cualquier edad, incluso durante la infancia, los síntomas suelen aparecer en los primeros 3 meses posteriores al trauma, con frecuencia la alteración reúne inicialmente los criterios diagnósticos, la duración de los síntomas muestra considerables variaciones, la mitad de los casos logran recuperarse en los primeros meses, sin embargo, existen un gran número que no lo hace. Además para American Psychiatric Association [APA] (2013) la intensidad, duración y proximidad de la exposición al acontecimiento traumático constituyen los factores más importantes que determinan las probabilidades de presentar el trastorno, así mismo nos refiere que se debe tomar en cuenta lo siguiente para determinar el inicio y duración de los síntomas de TEPT: El trastorno puede ser agudo cuando la duración de los síntomas es inferior a los 3 meses, tornarse crónicos es cuando la duración es igual o mayor a los 3 meses y de inicio demorado que indica que el acontecimiento y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

- **Factores de Riesgo**

Así mismo, existen factores que pueden aumentar como reducir el desarrollo del TEPT, entre ellos se destacan los factores de riesgo que se clasifican en diversas categorías, tenemos los factores personales, el contexto socio familiar, también influye la edad, el nivel de desarrollo, sexo, antecedentes psicopatológicos, personalidad, las estrategias de afrontamiento, entre los factores relacionados con el acontecimiento traumático son, el tipo de evento, el nivel de exposición, tiempo recorrido desde la exposición al evento, magnitud del evento, y cabe resaltar que mucho influye el contexto familiar, su falta de apoyo, el nivel de emoción de la madre o del padre, ausencia de factores sociales (Castro, 2011). Sin embargo, cuando se habla sobre los factores protectores o los factores de ayuda, según Wolak y Finkelhor (1998) informan que existen tres categorías; tenemos a los factores personales de la víctima como tener una autoestima positiva, facilidad para adaptación, optimismo, capacidad para relacionarse, inteligencia, intereses bien marcados; los factores familiares son protectores cuando existe un vínculo afectivo y un apego seguro con otra persona, ya que esta parte es muy necesaria para la víctima, el sentirse acompañada y ayudada.

- **Modelos Teóricos**

Existen distintos modelos teóricos que se han desarrollado en la búsqueda de las explicaciones para el trastorno de estrés postraumático, así tenemos a la teoría del aprendizaje donde Rincón (2003) y Alonso (2007) refieren que el condicionamiento clásico y el operante son los procesos de aprendizaje por los cuales se puede explicar la adquisición y el mantenimiento de los síntomas del estrés postraumático; para el condicionamiento clásico el evento traumático se convierte en el estímulo incondicionado que produce una

respuesta incondicionada, es decir los sentimientos de temor extremo, ansiedad e indefensión; de este modo el trauma se asocia con el recuerdo traumático y con los diferentes estímulos que se encuentran en el preciso momento del evento traumático, que a su vez, se convierte en estímulos condicionados lo cual genera que cada vez que la persona presencie los estímulos, ya sea por evocación, narración o visualización, lo que provocará una respuesta de miedo y ansiedad, por lo que la persona tendría una respuesta condicionada. Sin embargo, cuando hablamos del condicionamiento operante explicaría los síntomas de evitación y mantenimiento del TEPT a través del tiempo, es la generalización de los estímulos de los estímulos y de condicionamiento de orden superior, los que darán lugar a nuevos estímulos que provoquen las respuestas de temor intenso y ansiedad en las víctimas; se explican de esta manera, que los síntomas de ansiedad y temor sean entendidos como una respuesta emocional condicionada (Alonso, 2007). Por otro lado, se encontró el modelo cognitivo, donde los procesos cognitivos que se generan al experimentar los efectos de un suceso traumático, estos desempeñan un papel importante cuando el sujeto interpreta y otorga significados a los sucesos; de esta manera la persona atribuye la responsabilidad de lo ocurrido, donde puede agravarse el cuadro de la persona, sin embargo, sucede lo contrario cuando las atribuciones de la persona son externas (Caballo et al., 2011).

También tenemos el modelo de Bryant y Harvey (2000) quienes proponen que en cada respuesta que, de la persona ante un hecho traumático, influirá en la posibilidad de desarrollar el TEPT, entre los factores tenemos a las estrategias de afrontamiento evitativas, antecedentes psiquiátricos; estos autores explican la aparición del trastorno de estrés

postraumático y el estrés postraumático agudo mediante las inclusiones de la dimensión temporal en la reacción al trauma. Y por último tenemos a la teoría del procesamiento emocional, aquí se habla de que el desarrollo de una estructura patológica del miedo originada por un evento traumático, es la propuesta de la teoría del procesamiento emocional como una explicación a la aparición del TEPT, en esta teoría se explica cómo esta estructura de miedo, a través de la reexperimentación, da lugar a la representación sobre los estímulos, respuestas y sus significados (Foa, Steketee y Rothbaum, 1989).

- **Criterios diagnósticos**

Según el DSM V (2013) considera los siguientes criterios diagnósticos en el TEPT:

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes: Experiencia directa del suceso traumático; presencia directa del suceso ocurrido a otros; conocimiento de que el suceso traumático ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo, es importante considerar que en los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso ha de haber sido violento o accidental; exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático (por ejemplo: socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil), es importante considerar que el criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso traumático, que comienza después del suceso traumático y se da de las siguientes formas: Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático, es

importante considerar que en los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso traumático; sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso traumático, es importante considerar que en los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible; reacciones disociativas (por ejemplo: escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático. (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.); malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático; reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso traumático, que comienza tras el suceso traumático, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes: Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático; evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático.

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso traumático, que comienzan o empeoran después del suceso traumático, como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes: Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso traumático (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como

una lesión cerebral, alcohol o drogas); creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (por ejemplo: “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”); percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás; estado emocional negativo persistente (por ejemplo: miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza); disminución importante del interés o la participación en actividades significativas; sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás; incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (por ejemplo: felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso traumático, que comienza o empeora después del suceso traumático, como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes: Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos; comportamiento imprudente o autodestructivo; hipervigilancia; respuesta de sobresalto exagerada; problemas de concentración; alteración del sueño (por ejemplo: dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo: medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Cuando se habla del criterio A, se describe de forma más amplificada y precisa el concepto del evento traumático (APA, 2013) el evento al que la persona puede ser expuesta puede ir de una o varias formas de exposición como puede darse en experiencias directas, siendo testigo, al enterarse de que a alguien le ha ocurrido algo violento o accidental y que ha experimentado repetidas exposiciones o una aversión extrema, cabe resaltar que aquí no se incluye la exposición a través de medios de exposición de medios electrónicos, televisión, películas o algunas imágenes. En cuanto al criterio B (re experimentación), según el DSM-V (APA, 2013), donde es usual que el paciente tenga recuerdos recurrentes o intrusivos, también pesadillas donde el acontecimiento estresante vuelve a suceder o es visto de otra manera, en otros casos muy rara vez el paciente experimenta estados de desconexión como falta de continuidad en sus pensamientos (disociación), donde se reviven detalles del suceso y el paciente actúa como si el evento estuviera ocurriendo en el lugar, esto puede durar desde unos segundos, horas e incluso días. A estos episodios se les denomina flashbacks, son breves, pero pueden estar asociados a una hipervigilancia y malestar prolongado, cuando el paciente se expone a situaciones desencadenantes similares a las del evento estresante que vivió se suele experimentar un malestar psicológico y respuestas de tipo fisiológico. Con respecto al criterio C, la persona pone en manifiesto que evita persistentemente los hechos asociados al trauma, la persona se esfuerza para no pensar, sentir y conversar sobre el suceso, también evita actividades, situaciones o personas que puedan aflorar en el paciente recuerdos sobre el evento, llegando hasta a veces en una amnesia total de una parte del evento traumático, aquí el paciente manifiesta desinterés por actividades que antes les resultaba gratificantes, y disminución de la capacidad de sentir emociones, donde la sensación de un futuro está limitado según el DSM- 5 (APA, 2013). Y finalmente en el criterio D, el paciente



manifiesta que los niveles de ansiedad están en aumento, su capacidad de conciliar el sueño se ve disminuida asociada a las pesadillas donde revive el evento, aparecen los estados de hipervigilancia, respuestas de ira y dificultad para concentrarse o ejecutar alguna actividad (APA, 2000).

Según la Clasificación internacional de enfermedades, 10.<sup>a</sup> edición [CIE – 10] (2014) los criterios diagnósticos del trastorno del estrés postraumático son:

- A- La persona ha estado expuesta a un acontecimiento estresante o situación (tanto breve como prolongada) de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica, que podría causar profundo disconfort en casi todo el mundo.
- B- Recuerdo continuado o reaparición del recuerdo del acontecimiento estresante en forma de reviviscencias disociativas (flashbacks), recuerdos de gran viveza, sueños recurrentes o sensación de malestar al enfrentarse a circunstancias parecidas o relacionadas con el agente estresante.
- C- Evitación de circunstancias parecidas relacionadas con el acontecimiento traumático.
- D- Una de las dos: Incapacidad para recordar parcial o totalmente aspectos importantes del periodo de exposición al agente estresante; síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica y activación, manifestados por al menos dos de los síntomas siguientes: dificultad para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad, dificultad de concentración, facilidad para distraerse, sobresaltos y aprensión exagerados.

E- Los criterios B, C, y D se cumplen en los 6 meses posteriores al acontecimiento estresante o del fin de periodo de estrés (si el inicio de los síntomas se produce tras más de 6 meses es necesario especificarlo).

Considerando las clasificaciones diagnósticas del DSM – IV, el DSM – V (APA, 1994, 2000, 2013) como el CIE- 10 (OMS, 1992) exigen como condición necesaria para el diagnóstico del TEPT la identificación de un suceso grave y estresante en la que la persona ha sido expuesto; el CIE -10 enfatiza en la naturaleza del estresor, señalando que un acontecimiento es traumático cuando su naturaleza es excepcionalmente amenazante o catastrófica y que podría ocasionar casi en cualquier sujeto un profundo malestar.

### ***Riesgo suicida***

Según la OMS (2008) el suicidio es un acto deliberadamente iniciado y llevado a cabo por una persona con el conocimiento o la expectativa de que su resultado va a ser la muerte, así también el riesgo suicida es la probabilidad que tiene una persona de intentar matarse, esto es influenciado por medio de factores epidemiológicos de antecedentes personales, el estado mental y los estresores actuales en la que la persona está sometida.

Por su parte, se debe tener en cuenta que existen factores que pueden reducir la probabilidad de su aparición, entre ellos se destacan las relaciones familiares, apoyo familiar, social, es importante que la persona se acepte a sí mismo, la autoconfianza, las habilidades sociales, la tolerancia a la frustración, la autoestima y la regulación emocional (Cervantes y Melo, 2009). Dichos factores son fundamentales para el alcance de una apropiada salud

mental en la persona, sin embargo, hay que tener en cuenta que durante algunas etapas de la vida existen necesidades de lograr establecer el sentido de la vida y la identidad propia, a fin de poder superar los conflictos existenciales de su rol e identidad personal (Sierra, Reyes y Córdoba, 2010).

- **Factores**

Así pues, es importante resaltar que el suicidio es multifactorial, dado que intervienen distintos factores como los sociodemográficos, clínicos y neurobiológicos (Borges et al., 2010). En cuanto a los factores sociodemográficos existen diferencias en las tasas en función al género, teniendo en cuenta el género femenino es quien mantiene un mayor porcentaje en comparación con los varones (García y Peralta, 2002); por otro lado, el nivel socioeconómico influye dentro de la conducta suicida, por ejemplo lo podemos apreciar cuando las personas que se encuentran desempleadas o que mantienen un menor nivel socioeconómico y cultural sienten y piensan que ya no puede hacer más y hasta a veces deciden tomar una decisión drástica, aquellas persona que no encuentran un trabajo estable y necesitan economía con urgencia son quienes presentan una mayor prevalencia al intento de suicidio (Agerbo, Qin y Mrtensen, 2002).

Con lo que respecta a los factores clínicos se reporta que existen algunas enfermedades relacionadas con la salud mental, como podemos ver a la depresión mayor, trastornos de la personalidad, adicciones, el trastorno del estrés postraumático y del estado de ánimo son los que presentan un alto nivel de relación con el suicidio (Borges et al., 2010). En cuanto a los

factores neurobiológicos son los escasos niveles de producción de serotonina y esto a su vez pueden producir un insuficiente control de impulsos, pueden presentar agresividad y a su vez tendencias al acto suicida (Mansourian, Marjani y Saifi, 2010). Por otro lado las personas que mayormente presentan riesgo suicida son las que por lo general han experimentado depresión, sentimientos de soledad, desespero, deterioro de las relaciones intra familiares, consumo de sustancias psicoactivas, tensiones, abortos, abuso físico o sexual (Cañon, 2011), así también estas personas presentan bajos niveles de autoconcepto, y presentan indicadores de perturbación emocional que están más propensos a la ideación suicida (Wang, Hughes, Tomblin, Rigby y Langille, 2003).

- **Enfoques y/o modelos teóricos**

De acuerdo a lo mencionado, es fundamental conocer que el riesgo suicida y la conducta suicida se analiza en base a distintos enfoques y /o modelos teóricos, entre los cuales podemos referir al enfoque psicodinámico y cognitivo, cuando hablamos del enfoque psicodinámico se refiere a la conducta suicida, ésta se debe a la prevalencia de los impulsos autodestructivos, como por ejemplo la autoevaluación negativa, la desesperación, el desamparo, el dolor intolerable del que la persona desea escapar (Castillo, Ledo y Ramos, 2013; Villalobos, 2009) y en cuanto al enfoque cognitivo, nos indica que el comportamiento suicida se encuentra vinculado netamente con la depresión y la desesperanza, en donde van apareciendo las distorsiones cognitivas con respecto a la vida y muerte (Beck, 1980). La aparición de la desesperanza es un elemento fundamental para los comportamientos suicidas, por lo que Abramson et al. (2000) proponen un modelo en donde se establece que los eventos

negativos pueden contribuir con el desarrollo y mantenimiento de las creencias y evaluaciones de sí mismo o del futuro de la persona.

Según Beck et al. (1983) conceptualiza a la teoría cognitiva del suicidio, como una imagen distorsionada de la realidad que experimenta la persona, en donde ella puede experimentar puntos de vistas negativos sobre su capacidad para relacionar con su entorno y pone en interrogación la posibilidad de desarrollarse en un futuro, lo que conlleva a que la persona desarrolle deseos suicidas, con el fin de poder escapar de los problemas que parecen que no existe ninguna solución.

### ***El aborto***

Finalmente, en cuanto al aborto encontramos estudios realizados a nivel mundial donde se realizaron encuestas de población se han encontrado que la prevalencia a lo largo de la vida de relaciones sexuales forzadas por una pareja íntima varía entre el 5% y el 47%, además se encontró que entre el 8% y el 27% de las mujeres relatan haber sufrido violencia sexual por alguien que no era su pareja” (Contreras, Bott, Guedes y Dartnall, 2010). Así también encontramos que nuestro país es uno de los países de América del Sur con mayor tasa de denuncias por violación sexual, 22.4% por cada 100,00 habitantes (Mujica, 2011). De acuerdo a la Policía Nacional del Perú [PNP] (2011), el 78% del total de denuncias por violación a la libertad sexual a nivel nacional desde el año 2000 al 2009 eran de mujeres víctimas menores de edad (45,736) y solo el 22% correspondía a víctimas mayores de 18 años; encontrándose la concentración más alta de denuncias en el rango de los 14 a los 17

años (45%). Así también los datos más recientes nos revelan que el 90% de delitos contra la libertad sexual quedan impunes, pese a que solo se denuncia el 48% de casos, tanto así que Perú ocupa el tercer lugar en el mundo entre los países con más prevalencia de mujeres entre 15 y 49 años que sufren de violencia sexual por parte de su pareja (PERÚ 21, 2019).

Según Gutiérrez y Ferrando (2011) se estima que en América Latina entre el 40% a 60% de los embarazos no son planificados, siendo la mayoría no deseados aproximadamente la mitad de ellos termina en aborto; en el Perú se estima que del total de embarazos (aproximadamente un millón), el 40% termina en nacimiento deseado, el 25% en nacimiento no deseado y el 35% en aborto inducido.

Así pues, el aborto según Ezaine (2008) es la interrupción del proceso fisiológico del desarrollo del feto o la expulsión prematura del fruto de la concepción y su destrucción dentro del claustro materno; así también desde el punto de vista de la Medicina se entiende por aborto a toda expulsión del feto, natural o provocada, en el período no viable de su vida intrauterino, es decir, cuando no tiene ninguna posibilidad de sobrevivir. (Arzobispado de Lima, 2008).

- **Clases de aborto**

Para Neira (2002) se puede clasificar al aborto según su origen, así tenemos al aborto espontáneo o involuntario que es aquel en el cual no interviene la voluntad de la madre o terceros y tenemos el aborto inducido provocado o voluntario, donde este tipo de aborto es el resultado de maniobras directas destinadas a interrumpir el embarazo; este puede ser en

un contexto de legalidad o ilegalidad. El otro tipo de aborto es el inducido que, según la Organización Mundial de la Salud, el aborto provocado es definido como el resultante de maniobras practicadas deliberadamente con ánimo de interrumpir el embarazo, estas maniobras pueden ser realizadas por la propia embarazada o por otra persona (Trujillo y Sembrera, 2015). En ese sentido, Neira (2002) llama aborto inducido a la interrupción de un embarazo provocada intencionalmente, ya sea por medicamentos, o por una intervención mecánica, este tipo de aborto consiste en la interrupción del embarazo antes que el feto sea viable, a petición de la mujer, pero no originado por deficiencia de la salud de la mujer embarazada o enfermedad del feto.

Así también las causas de que las mujeres no deseen el embarazo pueden ser de tipo social, económico, físico o de otra naturaleza, pero todas ellas son de carácter individual, y por lo tanto, el peso o la importancia que se le dé dependerán única y exclusivamente de cada una de las mujeres, es por lo que es muy complejo saber que lleva a las mujeres a decidir interrumpir una gestación, tendríamos que ponernos en la situación de cada una de ellas para entender las circunstancias a las que se enfrentan individualmente, según Paredes (2014).

- **Consecuencias a causa del aborto:**

Según Paredes (2014) el aborto tiene consecuencias en la salud psicológica y física, cuando se habla de los daños psicológicos el aborto causa marcas emocionales como sentimiento de culpabilidad, la mujer presenta reacciones de hostilidad, de enojo o de tristeza, ella desea castigarse buscando relaciones abusivas o aislándose de sus amigos y

familia, por lo que las mujeres llegan a experimentar insomnio, pensando en el aborto o en el bebé. Así también según Gonzales (2017) nos refiere que pierden la capacidad de concentrarse, en los estudios o en el trabajo y tienen planteamientos suicidas e intentos de suicidio y por último algunas mujeres sienten odio hacia sus parejas a los cuales culpan por el aborto, ansiedad, temor a relacionarse con los demás, baja autoestima, desconfianza, tristeza constante; las mujeres que viven dentro de esta exposición producirán alteraciones cognitivas, afectivas y/o comportamentales, que causan enfermedades, lesiones y problemas sociales.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Existe relación entre el estrés postraumático y el riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo?

## **1.3. Objetivos**

### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar la relación entre el estrés postraumático y el riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Establecer la relación entre la dimensión (evitación conductual) del estrés postraumático y las dimensiones del riesgo suicida (Actitud hacia la vida/muerte, pensamiento/ deseos suicidas, proyecto de intento suicida y desesperanza) en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo.



- Establecer la relación entre la dimensión (re experimentación) del estrés postraumático y las dimensiones del riesgo suicida (Actitud hacia la vida/muerte, pensamiento/ deseos suicidas, proyecto de intento suicida y desesperanza) en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo.
- Establecer la relación entre la dimensión (alteración cognitiva) del estrés postraumático y las dimensiones del riesgo suicida (Actitud hacia la vida/muerte, pensamiento/ deseos suicidas, proyecto de intento suicida y desesperanza) en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo.
- Establecer la relación entre la dimensión (aumento de alteración) del estrés postraumático y las dimensiones del riesgo suicida (Actitud hacia la vida/muerte, pensamiento/ deseos suicidas, proyecto de intento suicida y desesperanza) en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo.

## **1.4. Hipótesis**

### **1.4.1. Hipótesis general**

Hi. Existe relación entre el estrés postraumático y el riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo.

### **1.4.2. Hipótesis específicas**

- H1: Existe relación entre la dimensión (evitación conductual) del estrés postraumático y las dimensiones del riesgo suicida (Actitud hacia la

vida/muerte, pensamiento/ deseos suicidas, proyecto de intento suicida y desesperanza) en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo.

- H2: Existe relación entre la dimensión (re experimentación) del estrés postraumático y las dimensiones del riesgo suicida (Actitud hacia la vida/muerte, pensamiento/ deseos suicidas, proyecto de intento suicida y desesperanza) en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo.
- H3: Existe relación entre la dimensión (alteración cognitiva) del estrés postraumático y las dimensiones del riesgo suicida (Actitud hacia la vida/muerte, pensamiento/ deseos suicidas, proyecto de intento suicida y desesperanza) en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo.
- H4: Existe relación entre la dimensión (aumento de alteración) del estrés postraumático y las dimensiones del riesgo suicida (Actitud hacia la vida/muerte, pensamiento/ deseos suicidas, proyecto de intento suicida y desesperanza) en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo.

## CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

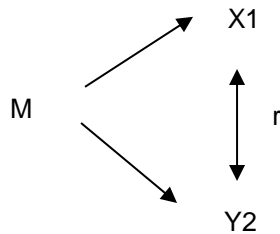
### 2.1. Tipo de investigación

La presente investigación es de enfoque cuantitativo, no experimental, ya que no se realizó la manipulación de ninguna variable, sino más bien una medición y comparación para identificar la relación que existe entre las variables del estrés postraumático y el riesgo suicida (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Así mismo, se indica que, de acuerdo a su temporalidad, la investigación es de corte transversal, en función que se buscó realizar el análisis de las variables, en función a un momento único de recolección de datos (Hernández et al., 2014).

Conforme a lo señalado anteriormente, se estima que la presente investigación mantiene un diseño correlacional porque tiene como propósito conocer la relación que exista entre dos o más conceptos, categorías, variables en un contexto en particular. Se va a determinar si dos variables tienen relación entre sí, esto significa analizar si un aumento o disminución en una variable coincide con un aumento o disminución en la otra variable (Sánchez y Cáceres, 2002).

El diseño correlacional mantiene el siguiente esquema:



Donde:

M= muestra

r= Relación

X<sub>1</sub>= Variable 1 (trastorno del estrés postraumático)

Y<sub>2</sub>= Variable 2 (riesgo suicida)

## 2.2. Población y muestra (Materiales, instrumentos y métodos)

La población objetivo se constituyó por un total de 108 mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo.

Para conocer el tamaño de muestra se decidió emplear la fórmula para población finita, en donde se asumió un nivel de confianza del 95%, con un valor normal estándar del 1.96 y un margen de error del 5%. De acuerdo al resultado de la fórmula es posible señalar que se evaluó a 80 mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo.

Con respecto a la selección de la muestra, se utilizó la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que se trató de evaluar a la mayor cantidad de participantes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

**Tabla 1**

*Muestra de las mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo según la edad*

Edades	Muestra
24-30	10
31-45	45
46-55	25
Total	80

Dentro de los criterios de selección de la muestra se tendrán en consideración los siguientes criterios:

**Criterios de Inclusión:**

- Mujeres que hayan presentado aborto en los últimos 3 años (2016-2019).
- Acepten ingresar al estudio.
- El aborto sea el primero o segundo (inducido)
- No hayan pasado por terapia psicológica.
- Acepten llenar el consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión:**

Por su parte, los criterios de exclusión contemplados refieren a:

- Las participantes presenten algún tipo de patología ya que pueden alterar los resultados de la evaluación.
- No completen los cuestionarios.

### **2.3. Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de datos**

#### **• Técnica**

En la presente investigación se empleó la técnica de la entrevista, la cual permite recoger de forma sistemática obtener medidas sobre las variables que previamente se han demarcado como problema de investigación (López- Roldán y Fachelli, 2015).

#### **• Instrumentos**

#### **Instrumento 1: La Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno del Estrés Postraumático**

La Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno del Estrés Postraumático tiene como autores a Echeberúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua (1997), esta escala es de procedencia española y tiene como objetivo Facilitar el diagnóstico del trastorno de estrés postraumático desde una perspectiva categorial y medir la severidad al cuantificar cada síntoma según su frecuencia e intensidad. El tiempo de aplicación es de 10 a 15 minutos.

Esta escala está estructurada en un formato de tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas y consta de 4 subescalas: evitación conductual, reexperimentación, alteraciones cognitivas y aumento de alteraciones. Así mismo, el número de ítems son 21.

La escala en cuanto a su calificación se realiza cuando se suman las puntuaciones obtenidas en cada una de las subescalas (reexperimentación 0-15, evitación 0-9 y aumento de la activación 0-15, alteraciones cognitivas 0-18). Se suma también la puntuación total obtenida en la escala complementaria con un rango 0-39. Se evalúa la presencia del trastorno de estrés postraumático con 1 síntoma de reexperimentación, 3 de evitación y 2 en el aumento de la activación y 2 de alteraciones cognitivas). Se evalúa la gravedad del trastorno mediante puntos de corte en la escala global (15) y en las subescalas (5, 6 y 4 respectivamente) (Echeburúa et al., 1997).

En cuanto a su confiabilidad su índice de consistencia interna (alfa de Cronbach) es de 0.92. Fiabilidad test-retest (a las 4 semanas): 0.89. Del mismo estudio, (Echeburúa et al., 1997). En el presente estudio, se obtuvo una consistencia de -0.409 para la prueba en general, y de -0.424 para las dimensiones de reexperimentación, -0.438 para evitación y -0.281 en Activación.

La validez se ha procedido a definir por medio de la determinación del grado en que los ítems de este cuestionario cubran los criterios de diagnóstico del DSM-IV. El sistema politético de la clasificación del DSM- IV reconoce variantes de síntomas

dentro de un mismo trastorno, desde esta perspectiva, la validez del contenido de esta escala, que abarca el 100% del contenido de los criterios de diagnóstico del DSM-IV, puede considerarse totalmente satisfactoria (Echeburúa et al., 1997).

La Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno del Estrés Postraumático al ser validada en Perú por Gonzales en el 2017 quien utilizó el método de consistencia interna para lo cual se ha correlacionado cada sub test con los criterios del DSM-IV, utilizando el coeficiente de Correlación Rho de Spearman, cabe resaltar que esta versión es la utilizada en esta investigación. Además, otorga una puntuación total, la cual permite determinar el nivel de ideación suicida teniendo en cuenta las siguientes categorías: Bajo (0 a 36), Medio (37 a 42) y Alto (43 a más), estos baremos se realizaron con la muestra de estudio. Ver con más precisión en anexo 8

La confiabilidad se realizó utilizando el procedimiento alfa de Cronbach, para cada subescala y luego para el test total, encontrando 0.804 para reexperimentación, 0.79 para evitación, 0.77 para hiperactivación y, para la escala global 0.899. Por lo que podemos afirmar que la escala es confiable, los niveles obtenidos son similares a los de sus autores que elaboraron la escala Echeburúa en 1997 (Gonzales, 2017).

Para esta investigación se realizó un estudio piloto con la finalidad de hallar la confiabilidad y validez interna del instrumento, hallándose un coeficiente de



confiabilidad por alfa de Cronbach de 0.79, un valor aceptable, en cuanto a la validez mediante correlación item test se halló valores superiores a 0.20.

## **Instrumento 2: Escala de ideación suicida (SSI)**

La Escala de Ideación Suicida fue desarrollada por Beck, Kovacs y Weissman (1979), tiene como objetivo cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, el grado de seriedad e intensidad con que alguien ha pensado suicidarse, la procedencia fue en Estados Unidos en el Albert Einstein College of Medicine. Así mismo cabe resaltar que este instrumento se respalda en la teoría cognitiva de la conducta suicida planteada por Aaron Beck.

La traducción del instrumento y utilizada en esta investigación se llevó a cabo por Rodríguez y González en el año 2000, con fines de investigación para la evaluación y medición de la autolesión y el suicidio que tenía como población a adultos de la unidad de Psiquiatría y Psicología.

La escala se encuentra compuesta por 18 ítems, de los cuales su puntuación fluctúa entre 0,1 y 2 por cada reactivo según las alternativas de respuesta para cada caso. Estos 18 ítems se descomponen en cuatro dimensiones, las cuales son: actitud hacia la vida / muerte (ítems del 1 al 5), pensamiento / deseos suicidas (ítems del 6 al 11), proyecto de intento suicida (ítems del 12 al 15) y desesperanza (ítems del 16 al 18). Además, otorga una puntuación total, la cual permite determinar el nivel de ideación suicida teniendo en cuenta las siguientes categorías: Bajo (0 a 17), Medio (18 a 30) y Alto (31

a 36), indicando así que un mayor puntaje representa una mayor probabilidad de presentar alguna intencionalidad del suicidio. En cuanto a la aplicación esta escala se encuentra dirigida a adolescentes y adultos de población general, así también puede ser aplicada de forma individual o colectiva, no tiene un tiempo límite establecido, pero se estima que puede resultar entre 10 a 15 minutos aproximadamente.

Con respecto a la validez de la escala de Ideación Suicida, se empleó un análisis factorial, de acuerdo con al análisis ítem – test de la escala de ideación suicida de Beck registra coeficientes que oscilan entre .216 y .538. Mientas que, en lo referente a la consistencia interna de la escala ser reporta que el coeficiente de Alfa de Cronbach para la escala general es de .834 y en las subescalas los valores oscilan entre .763 y .819 reportando así un buen nivel con lo que respecta a la confiabilidad.

Para esta investigación se realizó un estudio piloto con la finalidad de hallar la confiabilidad y validez interna del instrumento, hallándose un coeficiente de confiabilidad por alfa de Cronbach de 0.79, un valor aceptable, en cuanto a la validez mediante correlación ítem test se halló valores superiores a 0.20.

## **2.4. Procedimiento**

Para el desarrollo de la investigación inicialmente se escogió el tema a investigar, realizándose una revisión bibliográfica profunda, y a la vez la posibilidad de incluir a variables de interés de estudio. Es así que se determinó el estudio del estrés postraumático y el riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto,

considerando que actualmente el número de abortos va en aumento. Las dos variables de estudio se hacen interesantes al considerar la relación que hay entre el trastorno del estrés postraumático y el riesgo suicida ya que pueden aparecer distintos malestares ya sean físicos o psicológicos y que influiría para la aparición de alguna idea suicida, lo que provocaría el aumento del riesgo suicida en la población.

Se tuvo una serie de ayudas para conseguir los contactos para poder desarrollarse la siguiente investigación con los cuales se pudo completar la cifra planteada. A su vez se buscó a cada una de las personas, hacerles una previa y solicitarles que llenaran los cuestionarios para poder realizar un estudio, accediendo a todas accedieron al llenado

Asimismo, se les explico a cada participante sobre el estudio, los instrumentos, siempre reiterando que no existen respuestas buenas o malas, y que es necesario que se conteste con la mayor sinceridad posible. Posteriormente, se procedió a procesar los datos obtenidos mediante la corrección de los instrumentos de medición aplicados a las participantes y que todo era anónimo.

Luego de aplicado los cuestionarios se procedió al vaciado de las puntuaciones obtenidas en una hoja de cálculo de Microsoft Excel, para su posterior procesamiento.

Así mismo se analizó la valides de los ítems de ambos instrumentos mediante el coeficiente de correlación item test corregido, el cual arrojó índices superiores al valor mínimo de 0.20. En cuanto a la confiabilidad de los instrumentos, se determinó a través

del Alfa de Cronbach, hallando valores de superiores a 0.75 es decir los instrumentos cuentan on adecuados niveles de confiabilidad.

Con respecto al análisis de datos en el presente estudio se empleó el paquete estadístico IBM SPSS versión 25, en el cual se importó la base de datos los puntajes objetivos para cada una de las dimensiones y variables de estudio. Se procedió a emplear la prueba de normalidad para comprobación si la distribución de los puntajes de la muestra en cada una de las variables fue normal ( $p > 0.05$ ) o asimétrica ( $p < 0.05$ ), a fin de determinar el uso de la fórmula para hallar las correlaciones entre las variables. Al determinar que la distribución para cada una de las variables fue asimétrica ( $p < .05$ ) se optó por el empleo del coeficiente de correlación de Spearman, el cual se obtiene para determinar la existencia o no de relación entre las variables de estrés postraumático y resigo suicida, en donde según Cohen (1998) la clasificación del mismo fue la siguiente:  $r_s$  entre 0 y 0.10 representa una relación trivial; un  $r_s$  entre 0.11 y 0.30 representa una relación leve, un  $r_s$  entre 0.30 y 0.50 representa una relación moderada y un  $r_s$  superior a 0.51 indica una fuerte relación.

En cuanto a los aspectos éticos considerados en el presente estudio son el derecho a la confiabilidad y anonimato, la participación voluntaria que le reserva el derecho a participar y retirarse del mismo si así lo decide el participante (APA, 2010). Finalmente los resultados de la investigación realizada se encuentra basados en los objetivos planteados.

### CAPÍTULO III. RESULTADOS

**Tabla 2**

*Relación entre estrés postraumático y riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo*

Variables	Riesgo Suicida
Estrés postraumático	$r_s = .44$

La tabla 2 muestra que existe una relación directa de grado mediano entre el Estrés Postraumático y el riesgo suicida ( $r_s = .44$ ). De acuerdo a este resultado se permite dar por confirmada la hipótesis general de la investigación.

**Tabla 3**

*Relación entre la dimensión evitación conductual y las dimensiones de riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo*

Dimensiones	Evitación conductual
Actitud hacia la vida/muerte	$r_s = .01$
Pensamiento/deseos suicidas	$r_s = .17$
Proyecto de intento suicida	$r_s = .20$
Desesperanza	$r_s = .23$

Fuente: datos obtenidos de las mujeres evaluadas

La tabla 3 muestra que la dimensión evitación conductual mantiene relaciones leves directas ( $r_s < .30$ ) con las dimensiones (Pensamientos/deseos suicidas, Proyecto de intento suicida y Desesperanza) del riesgo suicida.

**Tabla 4**

*Relación entre la dimensión re experimentación y las dimensiones de riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo*

Dimensiones	Re experimentación
Actitud hacia la vida/muerte	$r_s = .23$
Pensamiento/deseos suicidas	$r_s = .06$
Proyecto de intento suicida	$r_s = .04$
Desesperanza	$r_s = .19$

Fuente: datos obtenidos de las mujeres evaluadas

La tabla 4 muestra que la dimensión Re experimentación mantiene relaciones leves directas ( $r_s < .30$ ) con las dimensiones (Actitud hacia la vida/muerte y la Desesperanza) del riesgo suicida.

**Tabla 5**

*Relación entre la dimensión alteraciones cognitivas y las dimensiones de riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo*

Dimensiones	Alteraciones cognitivas
Actitud hacia la vida/muerte	$r_s = .15$
Pensamiento/deseos suicidas	$r_s = .32$
Proyecto de intento suicida	$r_s = .07$
Desesperanza	$r_s = .12$

Fuente: datos obtenidos de las mujeres evaluadas

La tabla 5 muestra que la dimensión alteraciones cognitivas mantiene relaciones leves directas ( $r_s < .30$ ) con las dimensiones (Actitud hacia la vida/muerte y Desesperanza) del riesgo suicida. Asimismo, se reporta que existe una relación directa de grado mediano entre las alteraciones cognitivas y pensamiento/deseos suicidas.



**Tabla 6**

*Relación entre la dimensión Aumento de alteraciones y las dimensiones de riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo*

Dimensiones	Aumento de alteraciones
Actitud hacia la vida/muerte	$r_s = .13$
Pensamiento/deseos suicidas	$r_s = .02$
Proyecto de intento suicida	$r_s = .17$
Desesperanza	$r_s = .15$

Fuente: datos obtenidos de las mujeres evaluadas

La tabla 6 muestra que la dimensión aumento de alteraciones mantiene relaciones leves directas ( $r_s < .30$ ) con las dimensiones (Actitud hacia la vida/muerte, Proyecto de intento suicida y Desesperanza).

## CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

### 4.1 Discusión

En esta parte daré a conocer los resultados con su debida contratación de mi investigación titulada Estrés Postraumático y riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo, en los siguientes párrafos se describe un análisis de los resultados que se obtuvieron.

Se acepta la hipótesis general que dice que, existe relación entre el estrés postraumático y riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo, de lo cual se deduce que tras experimentar o ver algún evento traumático, la persona muestra distintos cambios como volver a revivir ese hecho, presenta pesadillas , se siente tenso, tiene problemas para recordar cosas importantes , y a la vez tiene muchos pensamientos negativos sobre sí mismo y sobre el mundo, se relaciona significativamente con que la persona presente pensamientos de quitarse la vida para no seguir sufriendo. Esto es corroborado por por Leal y Vásquez (2012) afirman que existe relación entre las variables estrés postraumático y riesgo suicida, al encontrar un coeficiente ( $\rho = .45$ ), así mismo indican que las mujeres que participaron en su estudio al experimentar sentimientos de desesperanza y un nivel crónico de estrés postraumático tenían un mayor nivel o riesgo de incurrir en conductas que atenten contra su vida. Dicho resultado se debería a que el estrés percibido junto con el trauma genera más tensión psicológica y emocional, lo cual podría reflejarse en ideas suicidas como posible salida a situaciones difíciles (Virveda et al, 2011).

Así mismo, Fergusson, Horwood y Ridder (2006) revela que en su estudio que tuvo una muestra de 630 el 50% de las mujeres que experimentaron una pérdida reportaron ideación suicida.

Por otro lado, se acepta la hipótesis específica, que dice que existe relación trivial entre la dimensión evitación conductual de Estrés Postraumático y actitud hacia la vida / muerte del Riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo, de lo cual se deduce que la persona que ha pasado por alguna situación traumática intenta evitar pensamientos, sentimientos, situaciones o personas que desencadenan recuerdos del evento traumático, y esto se relaciona con que la persona pasa distintas situaciones, donde se reflejan temores, esperanzas, expectativas, y puede desencadenar la muerte. Esto se ve corroborado por Alva (2007) reporta el impacto psicológico que esta puede generar y que implica evitación de pensamientos o sentimientos acerca del aborto, evitación de situaciones relacionadas con el mismo evento, sentimientos reprimidos, aislamiento, sensación de revivir la experiencia, ataques de angustia, recelo hacia sus hijos vivos, concentrarse, falta de energía, desinterés, llanto frecuente, conductas autodestructivas, entre otros.

Así también se acepta la hipótesis, que dice que existe relación leve entre la dimensión evitación conductual de Estrés Postraumático y pensamiento/ deseos suicida del Riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo, de lo cual se deduce que, la persona que ha pasado por algún hecho traumático intenta evitar situaciones o personas que desencadenan recuerdos del evento traumático; a su vez se relaciona con que la persona en algunas ocasiones no puede enfrentar acontecimientos

personales que le resulten insoportables. Esto se ve corroborado por Sánchez (2013) quien en su investigación encontró que un 70% de las personas de su estudio luego de desarrollar el aborto, se alejan de su entorno para analizar el acto que han cometido, este alejamiento es de mínimo 1 año, sin embargo, refieren que hasta la fecha no han podido superar, lo que muchas veces las han llevado a pensar en quitarse la vida.

De igual manera se acepta la hipótesis, que dice que existe relación leve entre la dimensión evitación conductual de Estrés Postraumático y proyecto de intento suicida del Riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo, de lo cual se deduce que la persona que ha pasado por alguna situación traumática intenta evitar pensamientos, sentimientos, situaciones o personas que desencadenan recuerdos del evento traumático, se relaciona con que al ver que no pueden solucionar o superar alguna situación deciden realizar o ejecutar un plan estratégico para acabar con su vida. Esto se ve corroborado por Sather (2000) quien en su investigación concluyó que las mujeres luego de una pérdida tratan de olvidar ese hecho, evitando las distintas maneras que les pueden hacer revivir este hecho, al mismo tiempo refiere que un 40% de su muestra ya tenía pensado como acabar con su vida.

Así también se acepta la hipótesis, que dice que existe relación leve entre la dimensión evitación conductual de Estrés Postraumático y desesperanza del Riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo, de lo cual se deduce que, cuando la persona ha pasado por alguna situación traumática intenta evitar pensamientos o situaciones que desencadenan recuerdos del evento traumático, a su vez se relaciona con que aquella persona a causa de ese sentimiento no tiene expectativas de futuro. Esto se ve

corroborado por Alva (2007) quien nos dice que la persona cuando no tiene ayuda social ni familiar, se pone a pensar en que todo a su alrededor es negativo por el hecho traumático que sufrió.

Por otro lado, se acepta la segunda hipótesis específica, que dice que existe relación leve entre la dimensión re experimentación de Estrés Postraumático y actitud hacia la vida / muerte del Riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo, de lo cual se deduce que la persona siente como si estuviera pasando por el evento nuevamente el hecho traumático para ella, ocasionándole pesadillas o pensamientos aterradores , a su vez se relaciona , cuando le sucede eso a la persona es donde se reflejan temores, miedos y puede llegar a que desarrolle la muerte. Esto se ve corroborado por Bados (2017) que refiere que la mujer que presenta un aborto ya sea de cualquiera de los tipos un 70% presentan constantemente pesadillas, haciéndoles revivir el hecho, pero lo más resaltante es que un 60% presentan los flashbacks.

Así también se acepta la hipótesis, que dice que existe relación trivial entre la dimensión re experimentación de Estrés Postraumático y pensamiento/ deseos suicida del Riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo, de lo cual se deduce que la persona siente como si estuviera pasando por el evento nuevamente el hecho traumático para ella, ocasionándole pesadillas o pensamientos aterradores , a su vez se relaciona con que no puede enfrentar distintos acontecimientos que le resulta traumático. Esto se ve corroborado por García (2002) quien refiere que las personas que tienden a revivir un hecho o situación traumática tienden a tener muchos pensamientos con el fin de suicidarse con el fin de aliviar el dolor que sienten.

Así también se acepta la hipótesis, que dice que existe relación trivial entre la dimensión de experimentación de Estrés Postraumático y proyecto de intento suicida del Riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo, de lo cual se deduce que el hecho traumático hace que la persona experimente imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, recuerdos vívidos y repentinos (reviviscencias) recurrentes; o sensación de revivir la experiencia; o malestar al exponerse a lo que hace recordar el suceso traumático, a su vez se relaciona con que la persona presenta la disposición para realizar o ejecutar un plan estratégico que tenga como fin acabar con tu vida. Esto se ve corroborado por Salas (2013) donde evaluó a mujeres que sufrieron aborto, así mismo se hallaron resultados que sostienen que el riesgo suicida se mantienen cuando existe dificultad para comprender y entender el hecho traumático y esto se ve reflejado mediante los sueños, recuerdos vívidos, ilusiones o llegan a presentar malestar al exponerse a lo que hace recordar el suceso traumático.

Del mismo modo se acepta la hipótesis, que dice que existe relación leve entre la dimensión de experimentación de Estrés Postraumático y desesperanza del Riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo, de lo cual se deduce que el hecho hace que la persona experimente recuerdos, pesadillas, flashback o reacciones fisiológicas ante estímulos similares, a su vez se relaciona con que la persona presente actitudes negativas con respecto al futuro y como uno de los elementos cognitivos que se encuentra asociado con la conducta suicida. Esto se ve corroborado por Adwey (1998) quien en su investigación concluyó que un 70% presentaba pesadillas 3 veces por semana y en cuando los flashbacks 2 veces por semana aproximadamente, las evaluadas mucho se referían a ellas mismas como si fueran un problema o las causantes de la situación, sin

embargo, referían que les gustaría tener apoyo por especialistas que les ayuden a salir de esa situación que sobrellevaban mucho tiempo.

Por otro lado, se acepta la tercera hipótesis específica, que dice que existe relación leve entre la dimensión alteración cognitiva de Estrés Postraumático y actitud hacia la vida / muerte del Riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo, de lo cual se deduce que el hecho hace que la persona presente incapacidad para recordar un aspecto importante del suceso/s traumático , a su vez se relaciona con que la persona da a conocer sus miedos, temores y desesperación al no poder recordar lo que pasó, así mismo la persona presenta cambios emocionales. Esto se ve corroborado por los datos de Fergus y Bardeen (2016), que refiere que estas alteraciones, especialmente las de incontrolabilidad y peligro, pueden ser más importantes que el contenido de las creencias sobre el trauma en relación con los síntomas del TEPT y hasta en algunos casos pueden llegar a terminar con su propia vida.

Así también se acepta la hipótesis, que dice que existe relación moderada entre la dimensión alteración cognitiva de Estrés Postraumático y pensamiento/ deseos suicida del Riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo, de lo cual se deduce que el hecho o situación traumática se muestra en fragmentos, es decir la persona no recuerda toda la situación y a su vez presenta disminución en el interés o la participación en actividades que antes era significativo , a su vez se relaciona con que la persona no puede enfrentarse a una serie de acontecimientos personales que le parecen, en su momento, insoportables. Estos resultados son corroborados por Wells (2009) ha destacado también que las alteraciones cognitivas se dan a tras un evento traumático, estas son parte de un proceso

adaptativo temporal que sesga la atención y cognición hacia la amenaza con el fin de hallar nuevas estrategias de afrontamiento. Sin embargo, este proceso puede verse bloqueado por un estilo cognitivo caracterizado por preocupación y recuerdos exhaustivos que persiguen encontrar significado. Este proceso también incluye la exploración de peligros potenciales y el intento de detectar, evitar o suprimir pensamientos y sentimientos dolorosos, por lo que piensan en acabar con su vida.

Del mismo modo se acepta la hipótesis, que dice que existe relación trivial entre la dimensión alteración cognitiva de Estrés Postraumático y proyecto de intento suicida del Riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo, de lo cual se deduce que el hecho hace que la persona presente incapacidad para recordar un aspecto importante del suceso/s traumático , a su vez se relaciona con la persona realiza o ejecuta un plan estratégico que tenga como fin acabar con tu vida.

Se acepta la hipótesis, que dice que existe relación leve entre la dimensión alteración cognitiva de Estrés Postraumático y desesperanza del Riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo, de lo cual se deduce que el hecho hace que la persona presente incapacidad para recordar un aspecto importante del suceso/s traumático , a su vez se relaciona con que la persona presenta actitudes negativas con respecto al futuro y como uno de los elementos cognitivos que se encuentra asociado con la conducta suicida. Esto se ve corroborado por González, Sánchez, Gómez, Aldana y Morales (2012) que encontraron que la pérdida gestacional se relaciona con afecciones en su autoconcepto, siendo mayor en mujeres con pérdidas gestacionales que en mujeres con embarazo de alto riesgo que hacen que la persona olvide distintas partes de la situación traumática que vivió.



Por otro lado, se acepta la cuarta hipótesis específica, que dice que existe relación leve entre la dimensión aumento de alteraciones de Estrés Postraumático y actitud hacia la vida / muerte del Riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo, de lo cual se deduce que la persona presenta dificultad para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuesta de sobresalto exagerada, a su vez se relaciona con la influencia de factores socioculturales que se reflejan los temores, las esperanzas, las expectativas y muerte. Estos resultados son similares a Sánchez (2010), que refiere que y concuerda con la presencia de algunos síntomas psicológicos, esto se debería a que, las mujeres se podrían hallar en la primera fase del estrés llamada reacción de alarma, en donde el cuerpo responde a los estímulos externos y se liberan sustancias como el cortisol y adrenalina las cuales producen reacciones psicológicas (Bedoya, 2006; Tolentino, 2009).

Así también se acepta la hipótesis, que dice que existe relación trivial entre la dimensión aumento de alteraciones de Estrés Postraumático y pensamiento/ deseos suicida del Riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo, de lo cual se deduce que la persona presenta dificultad para concentrarse, está atento a distintas situaciones que pueden ocurrir, hay cambio de carácter; esto se relaciona con que no puede enfrentarse a una serie de acontecimientos personales que le parecen, en su momento.

Se acepta la hipótesis, que dice que existe relación leve entre la dimensión aumento de alteraciones de Estrés Postraumático y proyecto de intento suicida del Riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo, de lo cual se deduce que dificultad para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuesta de sobresalto exagerada, a su vez se relaciona con la disposición que la persona se ha formado

para realizar o ejecutar un plan estratégico que tenga como fin acabar con tu vida. Esto se ve corroborado por Arrabos (2001) quien en su investigación concluyó que una 50% presentaba dificultad para dormir, así también tenían mala concentración y estaban en un gran nivel de preocupación y estado de alerta sin embargo presentaban ya los pasos que seguirían para poder terminar con ese sufrimiento.

Del mismo modo se acepta la hipótesis, que dice que existe relación leve entre la dimensión aumento de alteraciones de Estrés Postraumático y desesperanza del Riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo, de lo cual se deduce que dificultad para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuesta de sobresalto exagerada, a su vez se relaciona con las ideas negativas que presenta una persona, tanto de él mismo como del mundo. Esto se ve corroborado por Vélez (1998) quien nos refiere que la persona luego de evidenciar un hecho traumático tiene mucha tendencia a estar en constante alerta y cambios de humor muy repentinos, cuando la persona lo desarrolla en un 60% de los casos tiende a tener una percepción negativa del mundo como de ella.

## 4.2 Conclusiones

Después de haber desarrollado la investigación se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- Existe una relación directa de grado mediano entre el Estrés Postraumático y el riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo.
- Existe relación leve directa entre la dimensión (evitación conductual) del estrés postraumático y las dimensiones del riesgo suicida (Actitud hacia la vida/muerte, pensamiento/ deseos suicidas, proyecto de intento suicida y desesperanza) en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo.
- Existe relación leve directa entre la dimensión (re experimentación) del estrés postraumático y las dimensiones del riesgo suicida (Actitud hacia la vida/muerte, pensamiento/ deseos suicidas, proyecto de intento suicida y desesperanza) en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo.
- Existe relación leve directa entre la dimensión (alteración cognitiva) del estrés postraumático y las dimensiones del riesgo suicida (Actitud hacia la vida/muerte y desesperanza), así mismo, se reporta que existe una relación directa de grado mediano entre las alteraciones cognitivas del estrés postraumático y pensamiento/deseos suicidas en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo.
- Existe relación leve directa entre la dimensión (aumento de alteración) del estrés postraumático y las dimensiones del riesgo suicida (actitud hacia la vida / muerte, proyecto de intento suicida y desesperanza).

## REFERENCIAS

- Abramson, L., Alloy, L., Hogan, M., Whitehouse, W., Gibb, B. & Hankin, B. (2000). *The hopelessness theory of suicidality. Suicide Sciencia. Expanding the boundaries.* Boston: Kluwer Academic.
- Alonso, J (2007). *Mujeres Víctimas de Violencia Doméstica con trastornos de Estrés Postraumático: Validación empírica de un programa de tratamiento.* Tesis doctoral. U.A.M, Madrid
- American Psychiatric Association (2002) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental*
- American Psychological Association (2010). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct.* Recuperado el 22 de abril del 2019 de:  
<https://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>
- American Psychiatric Association [APA] (2013). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – DSM V.* 5ta edición. Washington, DC.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado por DSM – IV-TR.* Barcelona: Editorial Masson
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5, 5° Ed.* Médica Panamericana
- Bahamón, M., & Alarcón, Y. (2018). Diseño y validación de una escala para evaluar el Riesgo Suicida (ERS) en adolescentes colombianos. *Universitas Psychologica, 17(4), 1-15*

- Beck, A. (1980). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbo: Desclee de Brouwer.
- Beck, A., Epstein, N., & Harrison, R. (1983). *Cognitions, attitudes and personality dimensions in depressions*. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1(1), 1 – 16
- Benyakar, M. (1997). *Definición, Diagnostico y Clínica del Estrés y el Trauma*. *Revista electrónica Psiquiatría*, 1 (43)
- Borges, G.; Nock, M., Haro, J., Hwang, I, Sampson, N., Alonso, J., Andrade, L., Angermeyer, M., Beitrais, A., Bromet,E., Bruffaerts, R.(2010). *Twelve - mont prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Health Organization World Mental Health Surveys*. *J Clin Psychiatric*, 71 (12), 1617 – 1628.
- Bryant, R. & Harvey, A. (2000). *Acute stress disorder: A hand – book of theory, assessment and treatment*. Washington: American Psychological Association
- Cano, P.; Gutiérrez, C.& Nizama, M. (2009). *Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonía peruana*. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 26 (2), 175 – 181.
- Cardoso, M., Zavala, M., & Alva, M. (2017). *Depresión y estrés postraumático en mujeres con pérdidas gestacionales inducidas e involuntarias*, 15(2), 109-120.
- Carmona, D. (2017). *Estrategias de afrontamiento y violencia conyugal en mujeres de la ciudad de Chiclayo*. *Revista Paian*, 8(1), 61 – 72.
- Carvajal, G. & Virginia, C (2011). *Ideación suicida en la adolescencia: Una explicación desde tres de sus variables asociadas en Bogotá, 2009*. *Colombia Médica*, 42(1), 45 – 56

- Castillo, I., Ledo, H. & Ramos, A. (2013). *Consideraciones psicodinámicas de la conducta suicida en la población infanto juvenil. Norte de salud mental*, 11 (46), 13 -19
- Cervantes, W. & Melo, E. (2009). *El suicidio en los adolescentes: Un problema en crecimiento*. España: Duazary, 2 (5), 148 – 154.4
- Delgado, T (2019). *Suicidio: una persona muere cada 40 segundos, OPS*. Recuperado de: [https://www.paho.org/per/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4367:suicidio-una-persona-muere-cada-40-segundos&Itemid=1062](https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=4367:suicidio-una-persona-muere-cada-40-segundos&Itemid=1062)
- Di Nasso, O. (2009). *Ensayo trastorno por Estrés Post Traumático*, pp. 1- 14. Recuperado de [https://fci.uib.es/digitalAssets/177/177937\\_6.pdf](https://fci.uib.es/digitalAssets/177/177937_6.pdf)
- Echeberúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Zubizarreta, I. & Sarasua, B. (1997). *Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas*. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23,90, 503 – 526
- Erviti, J. (2005). *El aborto en mujeres pobres. Sociología de la experiencia*. México: UNAM.
- Farren, J., Jalmbant, M., Falconieri, N., Mitchell, N., Bobdiwala, S., Al-Memar, M., Bourne, T. (2019). Posttraumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy: a multicenter, prospective, cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(4).
- Foa, E. & Kozak, M. (1986). *Emotional processing of fear: Exposure to corrective information*. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E., Steketee, G., & Rothbaum, B. (1989). *Behavioral / cognitive conceptualization of posttraumatic stress disorder*. *Behavior Therapy*, 20, 155 – 176.

- Foa, E. & Meadows, E. (1997). *Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review*. Annual Review of Psychology, 48, 449 – 480
- Gallup, A. (2020). *La próxima crisis de salud podría ser una ola de suicidios*. Diario Gestión. Recuperado de: <https://gestion.pe/mundo/eeuu/la-proxima-crisis-de-salud-podria-ser-una-ola-de-suicidios-noticia/>
- García de Jalón, E. & Peralta, V. (2002). *Suicidio y riesgo de suicidio*. Anales del sistema sanitario de Navarra, 25 (3), 87 - 96
- Gérvas, J. (2011). *Seamos prácticos: frente a la crisis, ningún suicido*. Equipo CESCA.
- Gómez, A. (2012). Evaluación del Riesgo de Suicidio: Enfoque actualizado. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(5), 607-615.
- Gonzales, S. (2017). *Violencia intrafamiliar como factor causal del trastorno de estrés post traumático, en las pacientes de edades comprendidas entre 15 a 50 años, que acuden a la sala de primera acogida del Hospital general Isidro Ayora*. Universidad Nacional de Loja. Recuperado de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18259/1/Silvana%20Cec>
- Health Information System (2016). *Primer foro aborda avances y retos en la prevención del suicidio, Plan de Acción sobre Salud Mental 2015- 2020*. Recuperado de [https://www.paho.org/per/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3565:primer-foro-aborda-avances-y-retos-en-la-prevencion-del-suicidio&Itemid=900](https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=3565:primer-foro-aborda-avances-y-retos-en-la-prevencion-del-suicidio&Itemid=900)
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. 6ta edición. México, México D.F. Editorial McGraw Hill.

Imperial College de Londres (2020). *El aborto espontaneo puede desencadenar estrés postraumático. Madrid. Europa Press.* Recuperado de <https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-aborto-espontaneo-puede-desencadenar-estres-postraumatico-20200115075841.html>

Instituto Nacional de Salud Mental (2019), *¡Preocupante! Todos los días se suicida una persona en Perú. Perú 21.* Recuperado de <https://peru21.pe/vida/suicidio-preocupante-dias-suicida-persona-peru-473768-noticia/?ref=p21r>

Mansilla, F. (2010). *Suicidio y Prevención.* España: Intersalud.

Melinda, W. (2009). Corteza frontopolar. *Mente y cerebro*, pg 8.

Moratalla, N. (2012). ¿Cómo cambia el cerebro un aborto inducido? *Cuadernos de Bioética*, XXIII(9), 565-584.

Moreira, A., Navia, A., & Alarcón, B. (2018). *Estrés post traumático como consecuencia del terremoto del 16 – A en bomberos de la ciudad de Portoviejo, Revista Caribeña de Ciencias Sociales. Caribeña De Ciencias Sociales.* Recuperado de <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/03/estr%C3%A9s->

Organización Mundial de la Salud (2008). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer.* ARES. Ginebra: Naciones Unidas

Organización Mundial de la Salud (2013). *La OMS publica unas directrices sobre la atención de salud mental tras los eventos traumáticos.* Ginebra. Recuperado de <https://www.who.int/>

Palacios, L. & Heinze, G. (2002). *Trastorno por estrés post traumático: Una revisión del tema (Primera Parte)* Salud Mental, 25 (3), 19 – 26.



- Passalacqua, M. (2012). *Suicidología*. Recuperado el 03 de diciembre el 2012.
- Pieschacon, M. (2011). *Postrumatic stress disorder. A cognitive behavioral approach*  
(Doctor). Atlantic International University
- Qin, P., Agerbo, E. & Mortensen, P. (2002). *Suicide risk in relation to family history of  
completed suicide and psychiatric disorders: a nested case control study based on  
longitudinal register*. The Lancet, 3(60). 1126 – 1130.
- Redacción Web BCC. (2019). *Trujillo registra una alta tasa de conductas suicidas*.  
Obtenido de BCC Noticias: <https://www.bccnoticias.pe/trujillo-registra-una-alta-tasa-de-conductas-suicidas/>
- Rincón, P. (2001). *Trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico:  
Evaluación de programas de intervención*. Proyecto D.E.A. Universidad  
Complutense de Madrid
- Rincón, P. (2003). *Trastorno de estrés Postraumático en Mujeres Víctimas de Violencia  
Doméstica: Evaluación de Programas de intervención*. (Tesis doctoral, Universidad  
Complutense de Madrid, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos  
Psicológicos I. Recuperado de <http://webs.ucm.es/BUCM/tesis//psi/ucm-t26887.pdf>
- Saifi, A., Mansourian, A. & Marjani, A. (2010). *Drugs and suicide by young adults*. *Journal  
of Clinical and Diagnostic Research*, 4(22), 53 – 56.
- Sánchez, R., Cáceres, H. & Gómez, D. (2002). *Ideación suicida en adolescentes  
aniversarias: Incidencia y factores asociados*. *Revista Biomédica*, 22, 407 – 416.
- Sierra, J., Reyes, P. & Córdoba, M. (2010). *El papel de la comunicación en la búsqueda de  
la identidad en la etapa adolescente*. *Adolescencia: identidad y comunicación*. Vivat  
Academia, 110, 1 – 20.

Sociedad Española de Psiquiatría (2010). *Trastorno por estrés post traumático, puntos clave.*

*Royal Colleg of Psychiatrists*, 4(1). Recuperado a partir de  
[http://www.sepsiq.org/file/Royal/5\\_-TEPT.pdf](http://www.sepsiq.org/file/Royal/5_-TEPT.pdf)

Solano, M. (2004). *Estrés post traumático en niños y adolescentes y sus consecuencias,*  
*Honduras Pediátrica*, 24 (2)

Villalobos, F. (2010). *Validez y fiabilidad del Inventario de Ideación Suicida Positiva y  
Negativa – PANSI, en estudiantes colombianos.* *Universitas Psychologica*, 9, 509 –  
520.

Wang, J., Hughes, J., Tomblin, G., Rigby, J.A.& Langille, D. B. (2003). *Suicidal Behaviours  
Among Adolescents in Northern Nova Scotia.* *Canadian Journal of Public Health*,  
94, 207 – 211

Wolak, J., & Finkelhor, D. (1998). *Children exposed to partner violence.* *Cahiers de  
Psychologie*, 11 (1), 73 – 112. Recuperado de  
<https://doi.org/10.1023/A:1008970312068>

**ANEXO 01 :**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Usted ha sido invitado a participar en la investigación, teniendo como objetivo en identificar la relación entre el estrés post traumático y el riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto, si acepta participar en esta investigación, se le solicitará que brinde información verídica que el investigador registrará en la encuesta. El participar en este estudio le tomará aproximadamente un tiempo de 20 a 30 minutos.

La identidad del participante será protegida debido a que la encuesta aplicada es totalmente anónima y tampoco se registrará el número de historial clínico. Toda información o datos que nos brinde serán manejados confidencialmente.

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

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad.

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

**Firma del participante**

**Anexo 2:**

**ESCALA DE GRAVEDAD DE SINTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS  
POSTRAUMÁTICO**

Colóquese en cada síntoma, la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la duración e intensidad del síntoma

NADA	UNA VEZ POR SEMANA / POCO	DE 2 A 4 VECES POR SEMANA/ BASTANTE	5 O MAS VECES POR SEMANA /MUCHO
------	---------------------------	-------------------------------------	---------------------------------

1. ¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del caso de forma involuntaria?	
2. ¿Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso?	
3. ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?	
4. Sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos / imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso?	
5. ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (sobre saltos, sudoración, mareos, etc.) al tener presentes situaciones o pensamientos / imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso?	

Puntuación: ----- (Rango de 0 a 15)

6. ¿Suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	
7. ¿Evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	
8. ¿Procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	

Puntuación: ----- (Rango de 0 a 9)

9. ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	
10. ¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro?	
11. ¿Suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático?	
12. ¿Experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror d su vida cotidiana?	
13. ¿Se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana?	
14. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean?	

15. ¿Se nota limitado para sentir o expresan emociones positivas (por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)?	
--	--

Puntuación en alteraciones cognitivas / estado de ánimo negativo: ----- (Rango de 0 a 21)

16. ¿Suele estar irritable a tener explosiones de ira sin motivos aparentes que justifiquen?	
17. ¿Muestra conductas de riesgo (comida descontrolada, conducción peligrosa, conductas adictivas, etc.) o autodestructivas?	
18. ¿Se encuentra en un estado de alerta permanente (por ejemplo, pararse de forma repentina para ver quien está a su alrededor, etc.) desde el suceso?	
19. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?	
20. ¿Tiene dificultades de concentración, por ejemplo, para seguir una conversación o al atender a sus obligaciones diarias?	
21. ¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador?	

Puntuación en activación / reactividad psicofisiológica ----- (Rango 0-18)

### **ANEXO 03:**

#### **Ficha técnica de Escala de ideación suicida de Beck**

<b>Nombre de la prueba:</b>	Escala de ideación Suicida de Beck
<b>Autor:</b>	Beck (1970)
<b>Año de publicación:</b>	Beck (1979) da a conocer su inventario
<b>Administración:</b>	Individual, colectiva

#### **Descripción de la prueba:**

La escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI) es una escala eteroaplicada, elaborada por Beck (1979) para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse. La escala de Ideación Suicida consta de 18 ítems con respuesta SÍ y No; de las cuáles su puntuación oscila entre 1 y 2.

#### **Interpretación de la Prueba:**

El Interno tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 1 – 2, la suma total va a ser de acuerdo a la sumatoria de los valores asignados por cada ítem; así mismo se utilizará una planilla para la calificación

**Puntuación:**

18 – 23, Bajo

24 – 29, Medio

30 – 36, Alto

**Indicadores de la Escala:**

Actitud hacia la vida / muerte Pensamientos / deseos Proyecto de Intento de Suicidio Desesperanza.

**Validez y Confiabilidad:** Con respecto a la validez total de la Escala de Ideación Suicida adaptada; Beck (2004) utiliza un análisis factorial y halla 3 factores principales en la construcción de la escala de intencionalidad suicida; misma que coincide por Plutchik en el análisis factorial de la Escala, demuestra la existencia de 4 factores subyacentes principales. En cuanto a la confiabilidad es de 0.81 coincidiendo con Plutchik (2004), la coincidencia interna de la escala era de 0.84 coincide con Beck (0.82) siendo su consistencia interna elevado de 0.82.



## Escala de ideación suicida de Beck

En este cuestionario encontrarás una serie de enunciados con diferentes respuestas, donde tendrás que marcar una de ellas de acuerdo a la que más se asemeje a tu deseo, actitud o pensamiento. No dediques mucho tiempo a cada frase, simplemente responde lo que crees que se ajusta mejor a tu forma de pensar, sentir o actuar.

### I. ACTITUDES HACIA LA VIDA / MUERTE

- 1) Deseo de vivir.
  - a) Moderado a intenso.
  - b) Débil.
  - c) Ninguno.
- 2) Deseo de morir.
  - a) Ninguno.
  - b) Débil.
  - c) Moderado.
- 3) Razones para vivir/morir.
  - a) Las razones para vivir son superiores a los de morir.
  - b) Iguales.
  - c) Las razones para morir son superiores a las de vivir.
- 4) Deseo de realizar un intento de suicidio activo.
  - a) Ninguno.
  - b) Débil.
  - c) Moderado a intenso.

- 5) Intento pasivo de suicidio.
  - a) Tomaría precauciones para salvar su vida.
  - b) Dejaría la vida/muerte en manos del azar (cruzar sin cuidado una calle muy transitada).
  - c) Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida (por ejemplo: dejar de tomar su medicina).

### II. PENSAMIENTOS / DESEOS SUICIDAS

- 6) Dimensión temporal: duración.
  - a) Breves, periodos pasajeros.
  - b) Periodos más largos.
  - c) Continuos (crónicos), o casi continuos
- 7) Dimensión temporal: Frecuencia.
  - a) Rara, ocasionalmente.
  - b) Intermitente.
  - c) Persistentes o continuos.

8) Actitud hacia los pensamientos/deseos. Rechazo.

- a) Ambivalentes, indiferente.
- b) Aceptación.

9) Control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo.

- a) Tiene sensación de control.
- b) No tiene seguridad de control.
- c) No tiene sensación de control.

10) Por qué no lo harías (familia, religión, posibilidad de quedar seriamente lesionado si fracasa el intento, irreversible)

- a) No intentaría el suicidio debido a algún factor persuasivo, algo lo detiene.
- b) Los factores persuasivos tienen una cierta influencia.
- c) Influencia mínima o nula de los factores persuasivos.

11) Razones de pensar en el proyecto de intento.

- a) Manipular el medio, llamar la atención, venganza.
- b) Combinación de ambos.
- c) Escapar, acabar, salir de problemas.

### III. PROYECTO DE INTENTO SUICIDA

12) Método: especificación/planes.

- a) No lo ha considerado.
- b) Lo ha considerado, pero sin detalles específicos.
- c) Los detalles están especificados/bien formulados

13) Método: disponibilidad/oportunidad de pensar el intento.

- a) Método no disponible, no hay oportunidad
- b) El método llevaría tiempo/esfuerzo; la oportunidad no es accesible fácilmente.
- c) Método y oportunidad accesible del método proyectado.

14) Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento.

- a) No tiene coraje, demasiado débil, temeroso, incompetente.
- b) Inseguridad de su coraje, competencia.
- c) Seguro de su competencia, coraje.

15) Expectativa/anticipación de un intento real

- a) No.
- b) Incierto, no seguro.
- c) Sí.

#### **IV. ACTUALIZACION DEL INTENTO O DESESPERANZA**

16) Preparación real

- a) Ninguna.
- b) Parcial (ejemplo: empezar a recoger píldoras).
- c) Completa (tener píldoras, la navaja, la pistola cargada).

17) Notas acerca del suicidio

- a) No escribo ninguna nota.
- b) Empezaba, pero no completa, solamente pensó en dejarla.
- c) Completa.

18) Preparativos finales: anticipación de muerte (escribir una carta de despedida a mis familiares y amigos, realizar donación de bienes)

- a) Ninguno.
- b) Pensamiento de dejar algunos asuntos arreglados.
- c) Hacer planes definidos o dejaría todo arreglado.

#### Anexo 4:

**Tabla 7**

*Resultados descriptivos del Estrés Postraumático en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo*

<b>Dimensiones</b>	<b>M</b>	<b>De</b>
Evitación conductual	8.96	1.952
Re experimentación	6.36	1.204
Alteraciones cognitivas	13.54	2.164
Aumento de alteraciones	11.05	1.961
<b>Estrés Postraumático</b>	<b>39.91</b>	<b>4.063</b>

*Nota: M = Media aritmética; De = Desviación estándar*

En la tabla 7 se muestran los resultados de las medidas de tendencia central obtenidas por cada una de las dimensiones y escala total al realizar la aplicación de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático en mujeres que hayan presentado aborto (n=80); en donde se logró identificar un puntaje elevado en la media aritmética de la Escala total (M = 39.91; De = 4.063).

**ANEXO 5:**

**Tabla 8**

*Niveles de riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo*

<b>Niveles</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Moderado	74	92.5
Bajo	6	7.5
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100.0</b>

Fuente: datos obtenidos de las mujeres evaluadas

En la tabla 8 se muestra los niveles de riesgo suicida en las mujeres evaluadas que hayan presentado aborto; en donde se identificó que el 74% de ellas mantiene un nivel moderado de riesgo suicida, y sólo un 7.5% mantiene un nivel bajo en dicha variable.

**ANEXO 6:**

**Tabla 9**

*Niveles de estrés postraumático en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo*

<b>Niveles</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Bajo</b>	24	30.0
<b>Medio</b>	41	51.3
<b>Alto</b>	15	18.7
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Datos obtenidos de las mujeres evaluadas

Se muestra los niveles de estrés postraumático en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo; se identificó que el 51.3% posee un nivel medio de estrés postraumático, un 30% un nivel bajo y el 18.7% presenta un nivel alto.

**ANEXO 7:**

**Tabla 10**

*Prueba de normalidad de Kolmogorov – Smirnov de las dimensiones y escala total de Estrés Postraumático en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo*

Dimensión	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	<i>gl</i>	<i>p</i>
Evitación conductual	.133	80	.001
Reexperimentación	.206	80	.000
Alteraciones cognitivas	.103	80	.036
Aumento de alteraciones	.116	80	.009
Estrés Postraumática	.064	80	.200

**ANEXO 8:**

**Tabla 11**

*Prueba de normalidad de Kolmogorov – Smirnov de las dimensiones y escala total de riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo*

Dimensión	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	<i>gl</i>	<i>p</i>
Actitud hacia la vida/muerte	.151	80	.000
Pensamiento/deseos suicidas	.160	80	.000
Proyecto de intento suicida	.159	80	.000
Desesperanza	.166	80	.000
Escala total	.100	80	.045



## ANEXO 9:

**Tabla 12**

*Baremos en percentiles para la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R) en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito Trujillo*

<b>PC</b>	<b>EGS-R Total</b>	<b>Reexperimentación</b>	<b>Evitación conductual / cognitiva</b>	<b>Alteraciones cognitivas y estado de ánimo</b>	<b>Activación y reactividad psicofisiológica</b>
99	47	13	8	18	15
95	47	12	8	17	14
90	45	12	8	16	14
85	44	11	8	16	13
80	43	10	8	16	13
75	43	10	7	15	13
70	42	10	7	15	12
65	41	10	7	14	12
60	41	9	7	14	12
55	41	9	6	14	11
50	40	9	6	14	11
45	39	9	6	13	11
40	39	9	6	13	10
35	38	8	6	13	10
30	37	8	6	12	10
25	37	8	6	12	10
20	36	7	5	12	9
15	35	7	5	11	9
10	34	6	5	11	8
5	33	6	5	9	8
3	33	5	4	9	8
1	31	4	3	9	7
D.S	4.06	1.95	1.20	2.16	1.96
Media	39.91	8.96	6.36	13.54	11.05
Mediana	40	9	6	14	11
Moda	41	9	6	14	11

En la tabla 11, se presentan los baremos percentilares de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito Trujillo, en una muestra de 80 féminas; además, en la parte inferior se muestran estadísticos descriptivos para cada dimensión y para la escala general.

## ANEXO 8:

**Tabla 12**

*Puntos de Corte de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito Trujillo*

Nivel	Puntuación directa	Puntuación en percentiles
<b>EGS-R Total</b>		
Bajo	< 37	1 -24
Medio	37 - 43	25 – 74
Alto	> 43	75 - 99
<b>Reexperimentación</b>		
Bajo	< 8	1 -24
Medio	8 - 10	25 – 74
Alto	> 10	75 - 99
<b>Evitación conductual / cognitiva</b>		
Bajo	< 6	1 -24
Medio	6 - 7	25 – 74
Alto	> 7	75 - 99
<b>Alteraciones cognitivas y estado de ánimo</b>		
Bajo	< 12	1 -24
Medio	12 - 15	25 – 74
Alto	> 15	75 - 99
<b>Activación y reactividad psicofisiológica</b>		
Bajo	< 10	1 -24
Medio	10 - 13	25 – 74
Alto	> 13	75 - 99

En la tabla 12 se visualizan los puntos de corte de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito Trujillo, contruidos a partir de los baremos percentilares, jerarquizando los niveles en bajo, medio y alto.