

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**DEPRESION POST ASPIRACION MANUAL
ENDOUTERINA EN PACIENTES CON ABORTO
ESPONTANEO**

DALIA YOLANDA BATEN SAC

Tesis

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias en Ginecología y Obstetricia**

Febrero 2014

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora: Dalia Yolanda Baten Sac

Carné Universitario No.: 100018042

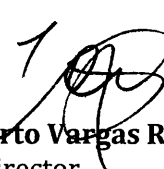
Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Ciencias en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis **"Depresión post aspiración manual endouterina en pacientes con aborto espontáneo"**

Que fue asesorado: Dr. Julio Francisco Hernández Regalado

Y revisado por: Dr. Julio Francisco Hernández Regalado

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para febrero 2014.

Guatemala, 06 de febrero de 2014


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director

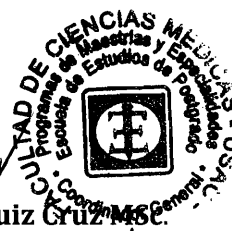
Escuela de Estudios de Postgrado




Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General

Programa de Maestrías y Especialidades



/lamo

Guatemala 28 de octubre de 2013

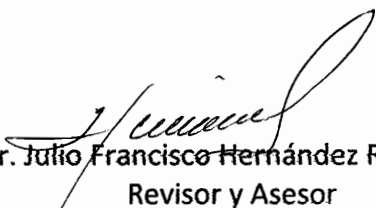
Señores
UNIDAD DE TESIS
Facultad de Ciencias Médicas
Presente

Respetables Señores:

El Revisor y Asesor del informe de tesis de la Doctora Dalia Yolanda Baten Sac, de la especialidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cuilapa, titulado "Depresión Post-Aspiración Manual Endouterina en Pacientes con Aborto Espontáneo", hace constar que éste ha sido revisado y se ha confirmado la realización de las correcciones correspondientes de acuerdo a la guía para impresión de informe final de tesis.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,


Dr. Julio Francisco Hernández Regalado
Revisor y Asesor
Maestría en Ginecología y Obstetricia

Dr. Julio F. Hernández R.
Gineco - Obstetra
C.C. No. 3449

INDICE DE CONTENIDOS

	PAGINA
I. INTRODUCCION	01
II. ANTECEDENTES	02
III. OBJETIVOS	12
3.1 General.....	12
3.2 Específicos	12
IV. MATERIAL Y METODOS	13
V. RESULTADO.....	17
VI. DISCUSION Y ANALISIS	21
6.1 CONCLUSIONES	23
6.2 RECOMENDACIONES	24
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	25
VIII. ANEXOS	28

INDICE DE TABLAS

CUADRO No 1	17
CUADRO No 2	18
CUADRO No 3	19
CUADRO No 4	20

INDICE DE GRAFICAS

TABLA No 1	17
TABLA No 2	18
TABLA No 3	19
TABLA No 4	20

(Estudio descriptivo, prospectivo, transversal realizado en el Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa durante periodo de Enero-Octubre 2,010)

RESUMEN

Estudio descriptivo cualitativo prospectivo transversal realizado en el área de Ginecología obstetricia del Hospital de Cuilapa Santa Rosa durante el periodo de enero a octubre 2,010. Se seleccionan pacientes post aspiración manual endouterina (ameu) que cursaron con aborto espontaneo las cuales son un total de 151 pacientes y cumpliendo los criterios de inclusión a quienes se les paso una encuesta a cada paciente luego se realizado dicho procedimiento. Se utilizo una tabla de recolección de datos y el inventario de depresión de Beck , el cual cuenta con 21 preguntas de las cuales seleccionaban una respuesta para cada ítems dando una puntuación para cada pregunta de 0 a 3. Luego se tabularon los datos con una puntuación máxima posible de 63 , tomando los puntos de corte sugeridos para interpretar los resultados.

En el inventario de depresión de Beck, los resultados obtenidos de acuerdo a grupo etàreo, un 22% corresponde a edades entre 21-25 años de estos 45% de pacientes cursaron con depresión clínica borderline, seguidas por edad de 26-30 años 15%; fueron pacientes jóvenes las mas afectadas y es principalmente por este tipo de trastornos el cual siendo detectado a tiempo nos lleva a una recuperación pronta de las paciente, incluso muchas veces estas pacientes pueden pasar con síntomas los cuales sino se detectan avanzan a una depresión moderada, jugando un papel importante el ámbito familiar de la paciente

23% del total de pacientes con depresión moderada, 14% corresponden a grupo de edad entre 21-25 años, pacientes que necesitan ayuda psicológica para poder enfrentar con avidez los obstáculos que se presentan en la vida.

Según estado civil, las casadas (23%) del total de las pacientes con depresión clínica borderline (34%), son las más afectadas; seguidas por las unidas 17% del total con ligero trastorno emocional (41%).

PALABRAS CLAVE: Depresión, Post- Aspiracion Manual Endouterina, Aborto Espontaneo, Inventario de Beck.

I. INTRODUCCION

La depresión es una enfermedad que puede afectar a toda persona en un momento dado no importando edad, raza, religión estado socioeconómico; ocasionalmente, todos nos sentimos melancólicos o tristes, pero estos sentimientos, por lo general, son pasajeros y desaparecen en unos días. La depresión puede ser generado por múltiples factores; incluso el embarazo que no es una enfermedad puede ser capaz de producir un ambiente de tensión psicológica en las pacientes; la pérdida del producto de la concepción asociado a otros factores socioculturales puede contribuir a la aparición de un cuadro depresivo.

En España, el único estudio existente es el informe de 1993 de la Asociación Española de Neuropsiquiatría titulado "Mujer y salud mental" que señalaba como rasgos de las mujeres que abortan más de una vez la inmadurez, la inestabilidad emocional, la sexualidad pasiva y dependiente, la aversión a los métodos anticonceptivos, los problemas de pareja, conflictos con los padres, mala auto imagen, vivencias negativas o traumáticas, y tendencia y rasgos de personalidad patológica: esquizofrenia, paranoia y psicopatía.⁰⁶

Cuando una persona tiene un trastorno depresivo, este interfiere con la vida diaria y el desempeño normal y causa dolor tanto para quien padece el trastorno como para quienes se preocupan por él o ella. La depresión es una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar.

Este estudio fue realizado en pacientes que fueron sometidas a aspiración manual endouterina luego que la gestación menos o igual a 12 semanas termine en un aborto de manera espontánea; estas pacientes son subestimadas y no se les da un seguimiento buscando mejorar tanto el estado emocional de la misma como su pronta recuperación tanto física, mental y social.

II. ANTECEDENTES

ABORTO

El aborto espontáneo es la pérdida del embarazo antes de las 20 semanas, mucho antes de que el feto esté en condiciones de sobrevivir fuera del útero materno. Entre las mujeres que saben que están en embarazo, la tasa de aborto espontáneo es alrededor del 15 al 20%. La mayoría de los abortos espontáneos ocurren durante las primeras 7 semanas del embarazo. La tasa de este tipo de aborto disminuye después de que se detecta el latido cardíaco del bebé.¹⁻²

Se calcula que hasta la mitad del total de los óvulos fecundados mueren y se pierden (son abortados) en forma espontánea, casi siempre antes de que la mujer se percate de que está embarazada.³

Las causas del Aborto espontáneo pueden ser divididas en dos grupos fundamentales:

- causas ovulares
- causas maternas.

En las **causas ovulares**, el aborto se produce por degeneración y muerte del embrión y su trofoblasto. El 50% de los abortos tempranos son producidos por esta afección.

En las **causas maternas**, el organismo de la madre impide la nutrición y desarrollo del huevo, siendo causa de su expulsión.⁶

La destrucción del embrión y/o muerte fetal puede ser debido a anomalías del óvulo-cigoto o por enfermedad sistémica de la madre y más rara vez del padre.

FACTORES FETALES.— El hallazgo morfológico más frecuente en abortos precoces espontáneos es una anomalía del desarrollo del cigoto, el embrión, el feto temprano y a veces la placenta.

Más del 50 por ciento de los abortos espontáneos que tienen lugar durante el primer trimestre se originan en problemas cromosómicos del feto.^{3,4} Cada persona tiene 23 pares de cromosomas, o 46 en total. Un cromosoma de cada par proviene del padre y el otro de la madre. La mayoría de las anomalías cromosómicas es resultado de un óvulo o espermatozoide defectuoso que tiene cromosomas de más o de menos.

El embrión resultante tiene una cantidad incorrecta de cromosomas, lo que suele llevar a un aborto espontáneo. Las anomalías cromosómicas se vuelven más comunes a medida que aumenta la edad, al igual que el riesgo de aborto espontáneo.

El cigoto detenido es un saco de embarazo que no contiene feto alguno, ya sea porque el embrión no se formó o porque dejó de desarrollarse muy temprano. En algunos casos, es causado por anomalías cromosómicas. En las primeras semanas, la madre puede notar que sus síntomas de embarazo han desaparecido y puede tener sangrado vaginal de color marrón oscuro. Con un ultrasonido podrá observarse que el saco de embarazo está vacío. Un cigoto detenido resultará en última instancia en un aborto espontáneo, aunque en algunos casos éste no tiene lugar hasta varias semanas más tarde⁴.

En el año 2002 en la Maternidad Isidro Ayora se encuentra 128 huevos anembrionados o huevos que corresponde al 7.8% en los que el embrión había degenerado o se encontraba ausente en la mitad de los casos. El 60% de los embriones en los que se practicó cultivo de tejido y análisis cromosómicos presentaba anomalías cromosómicas es decir un número anormal de cromosomas (aneuploidía) y el que presenta un componente cromosómico normal (euploidía)⁶.

ANOMALÍAS CROMOSOMICAS ADQUIRIDAS

Ha podido comprobarse que un creciente número de agentes, entre los que se incluyen virus, radiaciones y sustancias químicas inducen anomalías estructurales en los cromosomas tales como roturas, fragmentos decéntricos y anillos se han encontrado alteraciones similares en varias enfermedades genéticas, así como en la leucemia y en otras entidades malignas.³

Factores Maternos

Las enfermedades maternas suelen asociarse con **abortos euploides**.

Los problemas hormonales, infecciones, diabetes, enfermedad tiroidea, lupus eritematoso sistémico y otras enfermedades autoinmunes pueden aumentar el riesgo de aborto espontáneo en la primera etapa del embarazo. En algunos casos, el tratamiento de estos trastornos antes y durante el embarazo logran prevenir el aborto espontáneo³.

Factores relacionados con el estilo de vida. Las mujeres que beben alcohol, fuman o consumen drogas ilícitas pueden correr un riesgo mayor de tener un aborto espontáneo.² Un estudio reciente comprobó que las mujeres que consumen 200 miligramos o más de cafeína a diario (equivalente a una taza de café de 12 onzas aproximadamente) tienen un riesgo dos veces mayor de sufrir un aborto espontáneo que las mujeres que no consumen cafeína.⁵ March of Dimes recomienda a las mujeres embarazadas o que están intentando quedar embarazadas no consumir más de 200 miligramos de cafeína a diario.¹⁸

El aborto espontáneo durante el segundo trimestre es menos común y se da en el uno al cinco por ciento de los embarazos entre las semanas 13 y 19.³ Estas pérdidas se deben a menudo a problemas en el útero o a un cuello uterino debilitado que se dilata de forma prematura. Al igual que con las pérdidas que ocurren durante el primer trimestre, las anomalías cromosómicas, las infecciones y los trastornos de salud de la madre pueden causar estas pérdidas.¹⁹

El sangrado vaginal, a veces acompañado por dolores menstruales o dolores abdominales más fuertes. No obstante, muchas mujeres experimentan manchado vaginal durante los primeros meses del embarazo y la mayoría no tiene un aborto espontáneo.

Según ecografía e histología es posible subclasificarlos abortos precoces en:

1. huevos aberrantes o anembrinados
2. muerte embrión precoz

La mayoría de abortos precoces son embarazos anembrionicos o huevos aberrantes, en tanto la mayoría de embarazos con feto ocurren en II trimestre.

Cuando se analiza la edad de las mujeres que presentan abortos espontáneos se observa que en las adolescentes puede alcanzar un 10-12%, en tanto que en las mujeres mayores de 40 años, el porcentaje aumenta entre cuatro y cinco veces¹²

Aspiración manual endouterina (AMEU). Es la técnica más segura para practicar un aborto. Se trata de una operación relativamente sencilla que dura aproximadamente 15 minutos. Generalmente se utiliza anestesia local; sólo en casos excepcionales se utiliza

anestesia general. Puede realizarse desde las primeras tres semanas del embarazo y hasta la semana número doce. El procedimiento consiste en dilatar el cuello del útero para introducir en él una cánula flexible, parecida a un popote y aspirar el contenido con una jeringa. El grosor de la cánula y el grado de dilatación, dependen de que tan desarrollado esté el embarazo, pero en general el AMEU requiere un grado de dilatación bajo, por lo que se considera muy seguro. Este método es, además un recurso eficaz para atender las complicaciones derivadas del aborto incompleto o en proceso⁶.

DEPRESION

La **depresión** (del latín *depressus*, que significa 'abatido', 'derribado')²³ es un trastorno del estado de ánimo que en términos coloquiales se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida. Aunque ése es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático.²⁴

En la mayor parte de los casos, el diagnóstico es clínico, aunque debe diferenciarse de cuadros de expresión parecida, como los trastornos de ansiedad. La persona aquejada de depresión puede no vivenciar tristeza, sino pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades lúdicas habituales, así como una vivencia poco motivadora y más lenta del transcurso del tiempo. Su origen es multifactorial, aunque hay que destacar factores desencadenantes tales como el estrés y sentimientos (derivados de una decepción sentimental, la contemplación o vivencia de un accidente, asesinato o tragedia, el trastorno por malas noticias, pena, y el haber atravesado una experiencia cercana a la muerte). También hay otros orígenes, como una elaboración inadecuada del duelo (por la muerte de un ser querido) o incluso el consumo de determinadas sustancias (abuso de alcohol o de otras sustancias tóxicas) y factores de predisposición como la genética o un condicionamiento educativo⁷.

La depresión puede tener importantes consecuencias sociales y personales, desde la incapacidad laboral hasta el suicidio. Las diferentes escuelas psiquiátricas han propuesto varios tratamientos para la depresión: la biopsiquiatría, a través de un enfoque

farmacológico, avalado por los éxitos de las últimas generaciones de antidepresivos (abanderados por la fluoxetina, la "*píldora de la felicidad*" del siglo XX), la escuela psicoanalítica a través de procedimientos psicodinámicos, o la terapia cognitivo-conductual, a través de propuestas conductuales y cognitiva.³¹ La Asociación Norteamericana de Psiquiatría, a principios de los años 80, identificaba la depresión, la hostilidad, el desinterés y aislamiento, las imágenes recurrentes, el insomnio y pesadillas, y la incapacidad de expresar sentimientos como secuelas psicológicas del aborto.

Otros estudios posteriores muestran un alto índice de intentos suicidas, de alcoholismo, bulimia y anorexia, frigidez y disfunciones sexuales, ruptura de relaciones de pareja (un 70%), de maltrato doméstico y autolesiones, de incapacidad de concentración, agotamiento y nerviosismo, crisis histéricas y agresividad.⁰⁶

En España, el único estudio existente es el informe de 1993 de la Asociación Española de Neuropsiquiatría titulado "Mujer y salud mental" que señalaba como rasgos de las mujeres que abortan más de una vez la inmadurez, la inestabilidad emocional, la sexualidad pasiva y dependiente, la aversión a los métodos anticonceptivos, los problemas de pareja, conflictos con los padres, mala auto imagen, vivencias negativas o traumáticas, y tendencia y rasgos de personalidad patológica: esquizofrenia, paranoia y psicopatía.⁰⁶

Las manifestaciones más características de la depresión se conocen desde la antigüedad pero cada vez se nos presenta con diferentes perspectivas y distintos retos. El problema de la depresión no sólo atañe al campo de la psiquiatría, sino a la medicina en general y a la sociedad y lo que es más importante a las personas. Ninguna enfermedad mental y muy pocas enfermedades médicas conllevan un grado de sufrimiento subjetivo tan intenso como los trastornos depresivos. Puede afectar a cualquier persona, de cualquier nivel económico y en cualquier edad⁸.

La depresión surge de esta sociedad fundamentalmente capitalista, donde las exigencias son cada vez mayores y, la inseguridad se está incrementando sobremanera a todos los niveles. La depresión afecta fundamentalmente a los que por sus estructuras psíquicas son más vulnerables, especialmente los más "sensibles"⁸.

La ansiedad y la depresión representan aproximadamente el 80% de todos los diagnósticos psiquiátricos en asistencia primaria. En los países occidentales, se estima que el promedio de pacientes con depresión en asistencia primaria es elevado, entre un 10-20%⁸.

Además, la depresión y las enfermedades somáticas interaccionan de diferentes formas. La depresión puede ser consecuencia de una enfermedad somática grave, pero también puede coexistir al mismo tiempo⁸.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que la depresión se convertirá en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en La depresión es una de las principales cargas sanitarias, como consecuencia del impacto social que provoca, del elevado precio del tratamiento, del alto índice de suicidios (12-15%) y del incremento de la mortalidad debido a la asociación con enfermedades médicas.³²⁻³³

El mundo, detrás de las enfermedades isquémicas, mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar. Por este motivo, desde los distintos estamentos sanitarios se está potenciando la investigación para intentar atajar este trastorno mental, cuyo índice de prevalencia, lejos de disminuir, amenaza con incrementarse a medida que transcurre el siglo XX²⁸. Con respecto a la depresión, Beck (1972) menciona que la principal alteración en pacientes deprimidos está en el procesamiento de la información, lo cual conlleva a una serie de distorsiones sistemáticas de su malestar, afectando su percepción de la realidad⁹.

Las hormonas sexuales femeninas parecen modular de alguna manera el desarrollo y la gravedad de los cuadros depresivos.

La depresión se da en la mujer con una frecuencia que es casi el doble de la del varón.^{10 11} Factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer.

En particular, en relación con los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de posparto, la premenopausia y la menopausia. Las hormonas sexuales femeninas (estrógenos y progesterona), debido a una existencia de menores niveles de estrógenos, parecen desempeñar por tanto un cierto papel en la etiopatogenia de la depresión.¹²

Un estudio reciente del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH) demostró que las mujeres que presentaban predisposición a padecer el síndrome

premenstrual (SPM) grave se alivian de sus síntomas físicos y anímicos (por ejemplo, de la depresión) cuando se les suprimen sus hormonas sexuales a través de un tratamiento farmacológico. Si ese tratamiento se interrumpe, las hormonas se reactivan y, al poco tiempo, los síntomas vuelven. Por otro lado, a las mujeres sin SPM, la supresión temporal de las hormonas no les produce ningún efecto.^{13 14}

La depresión posparto es un trastorno depresivo que puede afectar a las mujeres después del nacimiento de un hijo. Está ampliamente considerada como tratable. Los estudios muestran entre un 5 y un 25 por ciento de prevalencia, pero las diferencias metodológicas de esos estudios hacen que la verdadera tasa de prevalencia no esté clara.¹⁵

En recientes estudios se ha demostrado una asociación entre la aparición de depresión en mujeres de edad avanzada y un aumento de la mortalidad (por diferentes causas, principalmente por accidentes vasculares cerebrales).¹⁶

El estudio más reciente sobre la epidemiología de los trastornos mentales psiquiátricos en la población general en España es la participación en el European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED), realizado en una muestra representativa de la población general mayor de 18 años de seis países Europeos (Alemania, Bélgica, España, Francia, Holanda e Italia) que ha incluido en la rama española a 5.473 individuos que se evaluaron utilizando la versión de la Composite Internacional Diagnostic Interview desarrollada para la iniciativa. Encuestas de La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que los trastornos mentales o del comportamiento afectan a unos 450 millones de personas en todo el mundo y más de 150 millones sufren depresión en un momento dado.³³

El número de individuos con trastornos mentales probablemente aumentará con el envejecimiento de las poblaciones y como resultado de conflictos sociales lo que implica un costo enorme en términos de sufrimiento, discapacidad y miseria^{17...}

La OMS estimó en el año 2001 que un tercio de los años vividos con discapacidad se atribuyen a trastornos neuropsiquiátricos. Globalmente el 12,15% de estos años se deben únicamente a depresión unipolar y constituye la tercera causa contribuyente a la carga global de las enfermedades.²⁹

Cuatro de las seis causas más frecuentes de años vividos con discapacidad son la depresión, los trastornos por abuso del alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar.

El total de personas con un certificado de discapacidad en España por causa psíquica era de 204.066 en 2005. Salud Mental de la OMS.

NADA STOTLAND considera que la respuesta emocional inmediata después del aborto puede incluir sentimientos de dolor, culpa, indiferencia o ambivalencia, los cuales son a menudo confundidos con un trastorno mental. La autora analiza los sentimientos que experimenta la mujer después del aborto en la siguiente forma¹⁵:

Culpa. Con frecuencia las mujeres que abortan experimentan culpa después del aborto, sentimiento que puede estar relacionado con la terminación de una vida humana pero también con la precipitación o la concepción inoportuna lo cual denota una falta de control o falta de autoestima.

Tristeza/pérdida. Los sentimientos de tristeza y pérdida son universales y frecuentes entre las mujeres que experimentan un aborto. La expresión de estos sentimientos genera confusión en la paciente y en los que le proveen atención y cuidados. Puede parecer paradójico que una mujer que ha elegido terminar un embarazo pueda experimentar tristeza después del procedimiento; sin embargo, la tristeza es originada por la ambivalencia hacia el embarazo y el aborto, porque no se trata de una decisión cualquiera y, por sí mismo, el aborto es un evento vital en la vida de la mujer y está relacionado íntimamente con sus deseos, principios religiosos y éticos, sentimientos, frustraciones y otras emociones¹⁵.

Madurez. Con frecuencia las mujeres reportan que la experiencia del aborto ha significado un cambio en sus vidas, que han pasado de la pasividad a la responsabilidad activa, y que ahora planean y conducen su destino. Reconocen que esta dolorosa decisión les ha enseñado a tomar con seriedad su futuro, sus deberes y obligaciones y que se sienten más responsables de sus actuaciones, decisiones y de la manera de afrontar las situaciones difíciles.

Alivio. A pesar de los sentimientos de remordimiento, de la decepción y las recriminaciones, algunas mujeres sienten que pueden reenfocar su vida y continuar adelante.

Aspectos psiquiátricos del aborto: Existen dificultades y deficiencias metodológicas inherentes en el estudio de los aspectos psiquiátricos del aborto¹⁶.

Las enfermedades psiquiátricas pueden actuar como factor de riesgo para un embarazo no planeado o para la aparición de complicaciones o problemas de salud mental después de un aborto.

Los trastornos mentales pueden deteriorar la autoestima de la mujer, su asertividad, el control de sus impulsos, el juicio y su introspección. La depresión produce sentimientos de indefensión, falta de dominio, desesperanza y falta de autoestima, sentimientos que pueden

interferir con la capacidad de la mujer para insistir en la contracepción o para rehusar a un intercambio sexual¹³.

En el caso de la psicosis, la falta de juicio, la impulsividad y la desinhibición, aumentan el riesgo de acceder a una relación de tipo sexual de manera Indiscriminada¹⁶.

La incidencia total de los episodios de enfermedad psiquiátrica después del aborto no es aun conocida. Los estudios realizados en el Reino Unido, donde el aborto es legal, han demostrado que las complicaciones psiquiátricas severas posaborto, caracterizadas por psicosis y la necesidad de hospitalización psiquiátrica, ocurren en mujeres con enfermedad psiquiátrica previa o en curso.²⁵

La enfermedad psiquiátrica severa es ocho veces más común en el período posparto que en el período posaborto, en ambos casos, el riesgo de padecer una enfermedad mental, está relacionado con los cambios hormonales ocasionados por la terminación de la gestación¹³.

En el estudio de PAYNE y colaboradores, se evaluaron los sentimientos de ansiedad, ira y culpa en 102 pacientes, observándose que el impacto emocional es menor seis meses después de practicado el aborto que en el período previo a la maniobra abortiva. Los datos de investigación sugieren que las mujeres más vulnerables al conflicto son las solteras y nulíparas, que presentan historia de serios problemas emocionales previos, relaciones conflictivas con los novios, relaciones conflictivas con la madre, fuerte ambivalencia frente al aborto o a sus principios religiosos y culturales¹³.

Beck¹⁷ explica la depresión como el resultado de un desarreglo cognitivo. A lo largo del proceso de socialización, los seres humanos van formando conceptos y generalizaciones a partir de identificaciones con personas relevantes, de experiencias propias, de juicios de los demás sobre terceros y sobre uno mismo. Estos conceptos, llamados esquemas, serían estructuras permanentes (creencias, actitudes, suposiciones, normas) a través de las cuales se perciben, codifican y valoran los estímulos. La predisposición para el trastorno depresivo viene dada por la presencia, latente en el individuo, de esquemas que, al ser reactivados por situaciones vitales más o menos específicas, darían lugar a la emergencia de la tríada cognitiva que representa la visión negativa sobre uno mismo, el entorno y el futuro³¹

Las cogniciones –sucesos verbales o figurativos que componen el flujo de conciencia- son pensamientos específicos que, además de derivar de los esquemas y depender de la situación en que aparecen, confirmarían las primitivas creencias mediante los errores lógicos que Beck identifica en el pensamiento depresivo:

- 1) Indiferencia arbitraria.
- 2) Abstracción selectiva.
- 3) Sobregeneralización
- 4) Magnificación y minimización.
- 5) Personalización
- 6) Pensamiento dicotómico.

Beck clasifica el pensamiento depresivo atendiendo a su contenido (tríada cognitiva), a la forma en que procesa la Información (distorsiones) y a las características con que se presenta (las cogniciones aparecen de forma automática, involuntaria y perseverante). Mediante este modelo quedaría explicado el factor causal del síndrome y de la sintomatología depresiva, al menos los síntomas afectivos y motivaciones. También se puede deducir el objetivo fundamental de su terapia.²⁶

El plan de terapia, a través de la utilización de técnicas tanto conductuales como cognitivas, consiste en:

- 1) Formar al paciente en los principios de la terapia cognitiva.
- 2) Enseñarle a detectar los pensamientos automáticos y a comprobar su relación con el estado de ánimo.
- 3) Conseguir una rápida remisión de los síntomas conductuales y cognitivos.
- 4) Modificar los esquemas de los que parten los pensamientos automáticos¹⁷

Actualmente en nuestra sociedad se han observado muchos casos de abortos espontáneos a los cuales no se le da seguimiento a la pacientes por lo que no se tiene una estadística del total de las pacientes que son afectadas posteriormente con depresión.

Existen también varios cuestionarios estandarizados que pueden ayudar a discriminar si existe o no un trastorno depresivo: como la Escala de Depresión de Yesavage, la Escala de Depresión de Zung, el Inventario de Depresión de Beck, el Test de Depresión de Goldberg o el Test de Depresión de Hamilton. Algún estudio ha evaluado incluso la eficacia de dos simples preguntas para un diagnóstico rápido de elevada fiabilidad.

III. OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GENERAL

3.1.1. ESTABLECER EL GRADO DE DEPRESIÓN POST ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA (AMEU) EN PACIENTES QUE CURSARON CON ABORTO ESPONTANEO, POR MEDIO DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA, SANTA ROSA.

3.2 ESPECIFICO

3.2.1 ESTABLECER EL RANGO DE EDAD MAYORMENTE AFECTADO Y QUE GRADO DE DEPRESIÓN ES EL MÁS ENCONTRADO EN PACIENTES CON ABORTO INCOMPLETO POST ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA (AMEU).

3.2.2 IDENTIFICAR EL GRADO DE DEPRESIÓN ENCONTRADAS EN PACIENTES POST ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA (AMEU) SEGÚN ESTADO CIVIL.

3.2.3 DETERMINAR QUE GRUPO SE VE MAYORMENTE AFECTADOS POR DEPRESIÓN POST ABORTO ENTRE PACIENTES NULÍPARAS, MULTÍPARAS, ESCOLARIDAD Y PROFESION.

IV. MATERIAL Y METODOS

4.1 TIPO DE ESTUDIO :

- Culitativo descriptivo prospectivo.

4.2 SUJETO DE ESTUDIO:

- Mujeres post aspiración manual endouterina (ameu) por aborto espontáneo que fueron atendidas en el hospital regional de Cuilapa durante el período de enero-octubre 2,010.

4.3 UNIVERSO:

- Lo constituyen todas las pacientes post aborto espontáneo a quienes se le haya realizado AMEU que fueron atendidas en el hospital regional de Cuilapa durante los períodos de enero a octubre 2,010.

4.4 MUESTRA:

- En éste estudio se tomó a todas las pacientes tomadas en el universo.

5. INCLUSIÓN:

- Pacientes entre 20-35 años
- Pacientes a quienes se les haya realizado una aspiración manual endouterina en el Hospital Regional de Cuilapa.
- Pacientes con aborto incompleto menor o igual a 12 semanas de edad gestacional.

6. EXCLUSIÓN:

- Pacientes a quienes se les ha diagnosticado depresión previo al aborto.
- Pacientes con tratamiento antidepresivos
- Pacientes menores de 20 años y mayores de 35 años
- Pacientes con diagnóstico de aborto diferente a aborto espontaneo

- Pacientes con aborto incompleto mayor a 12 semanas de edad gestacional.

7. VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
depresión	Trastorno del estado del ánimo que se presenta como estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. Conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida	Presencia de depresión por medio de una entrevista realizada a la paciente y por las respuestas obtenidas en el inventario de depresión de beck.	Cualitativa Dependiente	Nominal.	Inventario de depresión de beck
ameu	Aspiración manual endouterina con embarazo menor o igual a 12 semanas de edad gestacional	Según procedimiento realizado	Cualitativo Dependiente	Nominal	Se realizó Sí No
aborto espontaneo	Perdida involuntaria del embarazo antes de que el feto sea viable	Hemorragia vaginal con orificios cervicales abiertos	Cualitativo Dependiente	Nominal	No sucedio Sí sucedio
Edad	Años de vida	Se le pregunto la edad a la paciente y se clasifico de acuerdo a la edad 21años-25años 26años-30años 31años-35años	Cuantitativa Independiente	Intervalo	Años

Estado civil	Vínculo que una persona con otra de sexo opuesto	Se le pregunto a la paciente se era unida, casada, soltera, divorciada, viuda	Cualitativa Independiente	Nominal	Casada Unida Soltera Divorciada
Ocupación	Actividad a la que se dedica una persona	Ama de casa Asalariada	Cualitativo Independiente	Nominal	Asalariada Ama de casa
Escolaridad	Año escolar aprobado por la paciente	Alfabeta Analfabeto	Cualitativa Independiente	Ordinal	Primaria Básico Diversificado Universitaria Ninguno
Paridad	Clasificación de una mujer por el número de hijos nacidos vivos que ha tenido	Se le preguntó a la paciente cuántas veces ha estado embarazada, cuántos partos, cesáreas, abortos, hijos vivos, hijos muertos	Cualitativa Independiente	Ordinal	Primípara Múltipara

8. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

- a. ABORTO INCOMPLETO
- b. Se identificó en el momento que la paciente consulto a la emergencia de Ginecología y obstetricia.
- c. Mediante evaluación clínica y edad gestacional
- d. DEPRESION
- e. De acuerdo a los punteos obtenidos mediante el inventario de depresión de Beck.

9. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN

- Pacientes que ingresaron al servicio de emergencia del Hospital Nacional de Cuilapa santa Rosa con diagnóstico aborto incompleto a quienes se les realizó Aspiración Manual Endouterina.

- a. Se solicita permiso a paciente para poder realizar estudio y se pasó una boleta de recolección de datos, en la que se recabo la información a través de 21 items de los cuales se suman y nos dan un punteo donde se clasifica el grado de depresión.

10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

- Se recolectaron los datos de las pacientes que ingresaron al servicio de Ginecología y obstetricia, los cuales fueron utilizados en forma confidencial.

V. RESULTADOS

CUADRO NUMERO 1
NUMERO DE PACIENTES CON ABORTO ESPONTÁNEO SEGÚN RANGOS DE EDADES
TRATADAS EN EL SERVICIO DE COMPLICACIONES PRENATALES HOSPITAL
REGIONAL DE CUILAPA, ENERO – OCTUBRE 2,010

EDAD	CASOS	PORCENTAJE
21-25	72	48%
26-30	33	22%
31-35	46	30%
TOTAL	151	100%

FUENTE: Ficha recolectora de datos a pacientes atendidas en hospital regional de Cuilapa, Santa Rosa.

TABLA NUMERO 1.1
NUMERO DE PACIENTES CON ABORTO ESPONTÁNEO SEGÚN RANGOS DE EDADES
Y EL GRADO DE DEPRESION OBSERVADOS, TRATADAS EN EL SERVICIO DE
COMPLICACIONES PRENATALES HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA, ENERO –
OCTUBRE 2,010

EDAD	CONSIDERO NORMAL	DEPRESION CLINICA BORDERLINE	DEPRESION MODERADA	DEPRESION SEVERA
21-25	11	32	21	08
26-30	07	22	04	00
31-35	23	13	10	00
TOTAL	41	67	35	08
PORCENTAJE	27%	45%	23%	5%

FUENTE: Ficha recolectora de datos a pacientes atendidas en hospital regional de Cuilapa, Santa Rosa.

CUADRO NUMERO 2
PACIENTES CON ABORTO ESPONTÁNEO SEGÚN ESTADO CIVIL TRATADAS EN EL
SERVICIO DE COMPLICACIONES PRENATALES HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA,
ENERO – OCTUBRE 2,010

ESTADO CIVIL	TOTAL	POR CIENTO
UNIDA	63	42%
SOLTERA	21	14%
CASADA	67	44%
TOTAL	151	100%

FUENTE: Ficha recolectora de datos a pacientes atendidas en hospital regional de Cuilapa, Santa Rosa.

TABLA NUMERO 2.1
PACIENTES CON ABORTO ESPONTANEO SEGÚN ESTADO CIVIL Y EL GRADO DE
DEPRESION ENCONTRADOS, EN EL SERVICIO DE COMPLICACIONES PRENATALES
HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA, ENERO – OCTUBRE 2,010

ESTADO CIVIL	CONSIDERO NORMAL	LIGERO TRANSTORNO EMOCIONAL	DEPRESION CLINICA BORDERLINE	DEPRESION MODERADA	DEPRESION SEVERA
UNIDA	00	25	18	16	04
SOLTERA	08	13	00	00	00
CASADA	00	23	34	06	04
TOTAL	08	61	52	22	08
POR CENTAJE	05%	41%	34%	15%	05%

FUENTE: Ficha recolectora de datos a pacientes atendidas en hospital regional de Cuilapa, Santa Rosa.

CUADRO NUMERO 3
PACIENTES CON ABORTO ESPONTÁNEO SEGÚN ESCOLARIDAD TRATADAS EN EL
SERVICIO DE COMPLICACIONES PRENATALES HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA,
ENERO – OCTUBRE 2,010

ESCOLARIDAD	TOTAL	PORCENTAJE
PRIMARIA	94	63%
BASICO	2	1%
DIVERSIFICADO	2	1%
ANALFABETA	53	35%
TOTAL	151	100%

FUENTE: Ficha recolectora de datos a pacientes atendidas en hospital regional de Cuilapa, Santa Rosa.

TABLA NUMERO 3.1
PACIENTES CON ABORTO ESPONTÁNEO SEGÚN ESCOLARIDAD Y EL GRADO DE
DEPRESION ENCONTRADOS, EN EL SERVICIO DE COMPLICACIONES PRENATALES
HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA, ENERO – OCTUBRE 2,010

ESCOLARIDAD	LIGERO TRANSTORNO EMOCIONAL	DEPRESION BORDERLINE	DEPRESION MODERADA	DEPRESION SEVERA
PRIMARIA	33	28	25	08
BASICO	02	00	00	00
DIVERSIFICADO	00	02	00	00
ANALFABETA	17	29	07	00
TOTAL	52	59	32	08
POR CENTAJE	34%	39%	21%	5%

FUENTE: Ficha recolectora de datos a pacientes atendidas en hospital regional de Cuilapa, Santa Rosa.

CUADRO NUMERO 4
PACIENTES NULIPARAS Y MULTIPARAS CON ABORTO ESPONTÀNEO TRATADAS
EN EL SERVICIO DE COMPLICACIONES PRENATALES HOSPITAL REGIONAL DE
CUILAPA, ENERO– OCTUBRE 2,010

PARIDAD	TOTAL	PORCENTAJE
NULIPARA	93	62%
MULTIPARA	58	38%
TOTAL	151	100%

FUENTE: Ficha recolectora de datos a pacientes atendidas en hospital regional de Cuilapa, Santa Rosa.

TABLA NUMERO 4.1
PACIENTES NULIPARAS Y MULTIPARAS CON ABORTO ESPONTÀNEO Y EL GRADO
DE DEPRESION ENCONTRADOS EN EL SERVICIO DE COMPLICACIONES
PRENATALES HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA, ENERO – OCTUBRE 2,010

PARIDAD	CONSIDERO NORMAL	LIGERO TRANSTORNO EMOCIONAL	DEPRESION BORDERLINE	DEPRESION MODERADA	DEPRESION SEVERA
NULIPARAS	18	40	22	11	02
MULTIPARAS	17	26	09	06	00
TOTAL	35	66	31	17	02
PORCENTAJE	23%	44%	21%	11%	1%

FUENTE: Ficha recolectora de datos, pacientes atendidas en hospital regional de Cuilapa, Santa Rosa.

VI. DISCUSION Y ANALISIS

La depresión es una de las principales cargas sanitarias, como consecuencia del impacto social que provoca, del elevado precio del tratamiento, del alto índice de suicidios (12-15%) y del incremento de la mortalidad debido a la asociación con enfermedades médicas³²⁻³³.

Según el inventario de depresión de Beck, los resultados obtenidos de acuerdo a grupo etáreo, un 22% corresponde a edades entre 21-25 años del 45% de pacientes con depresión clínica borderline, seguidas por edad de 26-30 años 15%; son pacientes jóvenes las más afectadas y es principalmente por este tipo de trastornos el cual siendo detectado a tiempo nos lleva a una recuperación pronta de las paciente, incluso muchas veces estas pacientes pueden pasar con síntomas los cuales sino se detectan puede que avance o no a una depresión moderada, jugando un papel importante el ámbito familiar de la paciente

23% del total de pacientes con depresión moderada, 14% corresponden a grupo de edad entre 21-25 años, pacientes que necesitan ayuda psicológica para poder enfrentar con avidez los obstáculos que se presentan en la vida.

Según estado civil, las casadas (23%) del total de las pacientes con depresión clínica borderline (34%), son las más afectadas; seguidas por las unidas 17% del total con ligero trastorno emocional (41%).

Como resultado en este estudio las casadas se observan más afectadas ya que cursan con embarazos deseados, con matrimonio estable por lo que hace en un momento dado sino recibe apoyo familiar o especializado caigan en una depresión moderada o incluso severa; en cambio las pacientes unidas cursan con ligero trastorno emocional debido a que son embarazos no planificado o no deseados.

Con respecto al grado de escolaridad, profesión no podemos concluir ya que no se encuentra una equidad entre los grupos.

Observamos según paridad un 27% de las nulíparas y 17% de las multíparas se encuentran con ligero trastorno emocional; mayor porcentaje de pacientes nulíparas son embarazos deseados. Datos de investigaciones sugieren que las pacientes más vulnerables a los conflictos son las nulíparas, que presentan historia de relaciones conflictivas con los novios o relaciones conflictivas con la madre.²⁰⁻²¹

Pacientes por el hecho de presentar un aborto piensan nunca podrán concebir sin embargo hay muchos factores que influyen al momento en que se produzca un aborto, la cultura y tabu de la población las lleva a un pensamiento en el cual no aceptan las explicaciones médicas y eso las pone en un estado de negación.

El plan de terapia, a través de la utilización de técnicas tanto conductuales como cognitivas, consiste en formar al paciente en los principios de la terapia cognitiva, enseñarle a detectar los pensamientos automáticos y a comprobar su relación con el estado de ánimo, conseguir una rápida remisión de los síntomas conductuales y cognitivos, modificar los esquemas de los que parten los pensamientos automáticos¹⁷

Actualmente en nuestra sociedad se han observado muchos casos de abortos espontáneos a los cuales no se le da seguimiento a las pacientes por lo que no se tiene una estadística del total de las pacientes que son afectadas posteriormente con depresión.²⁵⁻²⁶

Se recomienda que toda pacientes post aspiración manual endouterina por aborto espontáneo se les debe dar seguimiento por la clínica de psicología; de esta manera mejorar su recuperación emocional de forma menos traumática para las pacientes, que al inicio del control prenatal las pacientes se les incluya al menos 3 citas al psicólogo ya que de esta manera identificaremos y trataremos a pacientes que cursan con problemas psicológicos los cuales repercuten en todos los ámbitos de su vida, hacer conciencia en los familiares que colaboren de la mejor manera en la recuperación de la paciente, ya que son con quienes mayor contacto tiene luego del alta hospitalaria.

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1 Según rango de edad 45% de pacientes cursan con depresión clínica borderline; de estos un 22% corresponden a edades entre 21-25 edades de pacientes mayormente afectados.
- 6.1.2 34% de pacientes cursan con depresión clínica borderlinede de estas 22% corresponden a grupo de pacientes casadas observando como grupo mayormente afectado
- 6.1.3 41% cursan con ligero trastorno emocional de estas las pacientes con estado civil unido corresponden al 16% segundo grupo mas afectado seguidos del grupo de estado civil casado.
- 6.1.4 Según grado de escolaridad el grupo mayormente afectado por ligero trastorno emocional se encuentra en un 22% de pacientes con escolaridad primaria.
- 6.1.5. 44% de pacientes se encuentran con ligero trastorno emocional de estos 27% corresponden al grupo de pacientes nulíparas.

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1 Todas las pacientes post aspiración manual endouterina por aborto espontaneo se les de seguimiento por la clínica de psicología; de esta manera mejorar su recuperación emocional de forma menos traumática.
- 6.2.2 Que al inicio del control prenatal las pacientes se les incluya al menos 3 citas al psicólogo ya que de esta manera identificaremos y trataremos a pacientes que cursan con problemas psicológicos los cuales repercuten en su vida emocional.
- 6.2.3 Hacer conciencia en los familiares y que ellos colaboren de la mejor manera en la recuperación de la paciente, ya que son con quienes mayor contacto tiene la paciente luego del alta hospitalaria.
- 6.2.4 Se recomienda al personal Médico y Paramédico realizar estudios a nivel nacional.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Management of Recurrent Early Pregnancy Loss. ACOG Practice Bulletin, número 24, febrero de 2001 (confirmado 2008).
2. Reddy, U.M. Recurrent Pregnancy Loss: Nongenetic Causes. Contemporary Ob/Gyn, junio 2007, págs. 63-71.
3. Michels, T.C. y Tiu, A.Y. Second Trimester Pregnancy Loss. American Family Physician, volumen 76, número 9, 1 de noviembre de 2007, págs. 1341-1346.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Repeated Miscarriage. ACOG Patient Education Pamphlet AP100, Washington, DC, septiembre de 2005, www.acog.org.
5. Weng, X., et al. Maternal Caffeine Consumption During Pregnancy and the Risk of Miscarriage: A Prospective Cohort Study. American Journal of Obstetrics and Gynecology, publicado en Internet, 21 de enero de 2008
6. Engel G. Is Grief a Disease? Psychosomatic Medicine. 1961; 23: 18-22. Bowlby J. Attachment and Loss, vol 3. Sadness and Depression. Basic Books, New York, 1980. El Boletín, Movimiento Apostólico Manquehue, El aborto Terapéutico, Stgo, 2009.
7. Obstetricia de Alto Riesgo, sexta edición. Editorial Distribuna. Rodrigo Cifuentes B.md.pho 2007
- 8.- Fernando Arias, Guía práctica para el Embarazo y el parto de alto riesgo, segunda edición 1994.
- 9.- Obstetricia de Williams, Vigésimosegunda edición, McGRAHILL 2006.
Página 1,093
10. Beck, A. (1972). *Depression: causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press

11. Blehar, M. D. y Oren, D. A. (1997). Gender differences in depression. *Medscape Women's Health*, 2:3. Revisado de: Women's increased vulnerability to mood disorders: Integrating psychobiology and epidemiology. *Depression*, 1995; 3:3-12.
12. Schmidt, P. J., Neiman, L. K., Danaceau, M. A., Adams, L. F. y Rubinow, D. R. (1998). Differential behavioral effects of gonadal steroids in women with and in those without premenstrual syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 338:209-216.
13. Agency for Health Care Research and Quality: Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes.
14. Whooley, M. A., Browner, W. S. (1998). Association between depressive symptoms and mortality in older women. *Arch Intern Med*, 158:2:129-2:135.
15. Enfoque psicologico de la depresion c. ponce de león hernández, m. morillas urda y r. scigliano herbon. page 1.
16. Pérez Domínguez G, Martín-Santos R, Bulbena A, Berrios GE. "Sentimiento de culpa". En Bulbena A, Berrios GE, Fernández de Larrinoa P (eds.) *Medición clínica en psiquiatría y psicología*, Barcelona, Masson, 2000, pp 179-183.
17. Navío M, Leira M, Quintero FJ. "El duelo". En Chinchilla A (coord.) *Manual de urgencias psiquiátricas*, Barcelona, Masson, 2003, pp 461-467.
18. Tizón J. "El duelo y las experiencias de pérdida". En Vázquez-Barquero JL (ed.) *Psiquiatría en atención Primaria*, Madrid, Aula Médica, 1998, pp 519-540.
19. OMS. CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación, Madrid, Ed. Meditor, 1993.
20. APA. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Barcelona, Ed. Masson, 2002.
21. López-Ibor JJ. El sistema AMDP (Manual para la documentación de los hallazgos

spiquiátricos de la Asociación para la Metodología y Documentación en Psiquiatría), Madrid, Ed. Garsi, 1980

22. Gómez Lavín, Carmen, Consecuencias psicopatológicas del aborto en la mujer, Comunicación presentada en el I Simposium Europeo de Bioética, Santiago de Compostela, V-1993. (23-03-2002)|Bioéticaweb

23. Rue, Vincent M, Ph.D., The psychological safety of abortion: the need for reconsideration, en en Post-Abortion Review, Volume 5, number 4 (fall 1997)| Elliot Institute, 23-03-2002

24. Sobie, Amy R., The risks of choice, en Post-Abortion Review, Volume 8, number 3 (summer 2000)| Elliot Institute, 23-03-2002

25. Cozzarelli C. Personality and self-efficacy as predictors of coping with abortion. J PersSocPsychol 1993;65:1224-36.

26. Bagarozzi DA. Identification, assessment and treatment of women suffering from post traumatic stress after abortion. J FamPsychoter 1994;5:25-54.

27. Zolese G, Blacker CVR. The psychological complications of therapeutic abortion. Br J Psychiatry 1992;160:742-49.

VIII. ANEXOS

ANEXO No 1. Boleta de recolección de datos:

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIA MEDICAS

FASE IV

HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA, SANTA ROSA.

GUIA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE:

FECHA:

EDAD:

REGISTRO MEDICO:

ESTADO CIVIL:

PROCEDENCIA:

PARIDAD:

FECHA DE AMEU:

ESCOLARIDAD:

PRIMARIA
UNIVERSITARIO

BASICO
NINGUNO

DIVERSIFICADO

OCUPACION:

ASALARIADA

AMA DE CASA

ESTADO CIVIL:

SOLTERA

UNIDA

VIUDA

CASADA

DIVORSIADA

PADECE TRANSTORNOS PSIQUIATRICO:

SI

NO

TOMA ANTIDEPRESIVOS:

SI

NO

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK:

El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando cada pregunta una puntuación entre 0 y 3. La puntuación máxima posible es por tanto 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

00–10 Considerado normal

11–16 Ligero trastorno
emocional

17–20 Depresión clínica
borderline

21–30 Depresión moderada

31–40 Depresión severa

**más de
40** Depresión extrema

En el cuestionario hay grupos de afirmaciones. Lea cada uno de los grupos y después elija la afirmación en ese grupo que describa mejor como se ha sentido en la **última semana** incluyendo **hoy**.

1. **Escoja una opción**

1. ☐ No me siento triste.
2. ☐ Me siento triste.
3. ☐ Siempre me siento triste y no puedo quitarme la tristeza de encima.
4. ☐ Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.

2. **Escoja una opción**

1. ☐ No me siento especialmente desalentado ante el futuro.
2. ☐ Me siento desalentado ante el futuro.
3. ☐ Siento que no hay nada que me haga ilusión.
4. ☐ Siento que no tengo ninguna esperanza en el futuro y que las cosas no pueden mejorar.

3. **Escoja una opción**

1. ☐ No me siento fracasado.
2. ☐ Me siento más fracasado que la mayoría de las personas.
3. ☐ Al mirar atrás, en mi vida veo muchos fracasos.
4. ☐ Siento que como persona soy un fracaso absoluto.

4. Escoja una opción

1. ☐ Las cosas me siguen satisfaciendo igual que antes.
2. ☐ Las cosas no me hacen disfrutar como antes.
3. ☐ Ya no encuentro verdadera satisfacción en nada.
4. ☐ Todo me incomoda o aburre.

5. Escoja una opción

1. ☐ No me siento particularmente culpable.
2. ☐ Me siento culpable en muchas ocasiones.
3. ☐ Me siento culpable la mayor parte del tiempo.
4. ☐ Siempre me siento culpable.

6. Escoja una opción

1. ☐ No siento que esté siendo castigado.
2. ☐ Siento que puedo ser castigado.
3. ☐ Espero ser castigado.
4. ☐ Siendo que estoy siendo castigado.

7. Escoja una opción

1. ☐ No me siento decepcionado conmigo mismo.
2. ☐ Me siento decepcionado conmigo mismo.
3. ☐ Estoy asqueado conmigo mismo.
4. ☐ Me odio.

8. Escoja una opción

1. ☐ No creo que sea peor que cualquier otra persona.
2. ☐ Soy crítico conmigo mismo acerca de mis debilidades o errores.
3. ☐ Siempre me estoy culpabilizando por mis fallos.
4. ☐ Me culpabilizo de todo lo malo que sucede.

9. Escoja una opción

1. ☐ No pienso en suicidarme.
2. ☐ Pienso en el suicidio, pero no lo llevaría a término.
3. ☐ Quisiera suicidarme.
4. ☐ Me suicidaría si tuviera oportunidad de ello.

10. Escoja una opción

1. ☐ No lloro más de habitual.
2. ☐ Lloro más de lo que solía.
3. ☐ Ahora siempre estoy llorando.
4. ☐ Antes solía llorar, pero ahora no puedo llorar aunque lo desee.

11. Escoja una opción

1. ☐ Las cosas no me irritan más de lo que me irritaban antes.
2. ☐ Estoy algo más irritado que de costumbre.
3. ☐ Estoy irritado gran parte del tiempo.
4. ☐ Siempre estoy irritado.

12. Escoja una opción

1. ☐ No he perdido el interés por las demás personas.
2. ☐ Estoy menos interesado en las otras personas de lo que solía estarlo.
3. ☐ He perdido gran parte de mi interés en las otras personas.
4. ☐ He perdido todo mi interés en las otras personas.

13. Escoja una opción

1. ☐ No tengo ningún problema en seguir tomando decisiones.
2. ☐ Pospongo tomar decisiones más de lo que solía hacerlo.
3. ☐ Tengo mucha más dificultad que antes en tomar decisiones.
4. ☐ Soy incapaz de tomar decisiones.

14. Escoja una opción

1. ☐ No creo que tenga peor aspecto que antes.
2. ☐ Me preocupa el hecho de volverme viejo o poco atractivo.
3. ☐ Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen poco atractivo.
4. ☐ Creo que soy feo.

15. Escoja una opción

1. ☐ Puedo realizar mis tareas como antes.
2. ☐ Me cuesta un esfuerzo extra ponerme a hacer algo.
3. ☐ Tengo que esforzarme mucho si quiero hacer algo.
4. ☐ No puedo hacer ningún trabajo.

16. Escoja una opción

1. ☐ Puedo dormir tan bien como siempre.
2. ☐ No puedo dormir tan bien como antes.
3. ☐ Me despierto 1 o 2 horas antes de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
4. ☐ Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormir.

17. Escoja una opción

1. ☐ No me canso más de lo habitual.
2. ☐ Me canso con más facilidad de la acostumbrada.
3. ☐ Me canso si hago cualquier cosa, por pequeña que sea.
4. ☐ Estoy demasiado cansado para hacer algo.

18. Escoja una opción

1. ☐ *Sigo teniendo el mismo apetito.*
2. ☐ *Mi apetito ha disminuido.*
3. ☐ *Apenas tengo apetito.*
4. ☐ *Ya no tengo ningún apetito.*

19. Escoja una opción

1. ☐ *No he perdido nada de peso.*
2. ☐ *He perdido más de 2 kilos de peso.*
3. ☐ *He perdido más de 5 kilos de peso.*
4. ☐ *He perdido más de 7 kilos de peso.*

20. Escoja una opción

1. ☐ *No estoy más preocupado de lo habitual por mi salud.*
2. ☐ *Me preocupan mis problemas físicos como dolores, malestar en el estómago o estreñimiento.*
3. ☐ *Me preocupan tanto mis problemas físicos que me resulta difícil pensar en otra cosa.*
4. ☐ *Me preocupan tanto mis problemas físicos que no puedo pensar en otra cosa.*

21. Escoja una opción

1. ☐ *Recientemente no he notado cambios en mi interés por el sexo.*
2. ☐ *Tengo menos interés por el sexo del que solía tener.*
3. ☐ *Casi no tengo interés por el sexo.*
4. ☐ *He perdido completamente mi interés por el sexo.*

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO:

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis DEPRESION POST ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA EN PACIENTES CON ABORTO ESPONTANEO, PARA PROPOSITOS DE CONSULTA ACADÈMICA. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.