

Universidad de San Carlos de Guatemala

Facultad de Ciencias Médicas



**Informe final: depresión en mujeres infértiles.
Estudio descriptivo de corte transversal, realizado en
una muestra de 190 pacientes que consultan la clínica
de infertilidad de la Asociación Pro-bienestar de la
Familia (APROFAM).
Período 1 de mayo 1999 a 1 de mayo 2000**

presentado como tesis de grado por el bachiller

**ESLI SIELER OROZCO VELÁSQUEZ
Carné 9413792**

**Asesor Dr. Hugo Soto Chávez
Revisor Dr. Otoniel Cardona**

Guatemala, mayo de 2001

INDICE

Capítulo	Descripción	Página
I	Introducción	-01-
II	Definición y análisis del problema	-03-
III	Justificación	-04-
IV	Objetivos	-05-
V	Revisión bibliográfica	-06-
VI	Material y métodos	-21-
VII	Presentación y análisis de resultados	-25-
VIII	Conclusiones	-31-
IX	Recomendaciones	-32-
X	Resumen	-33-
XI	Referencias bibliográficas	-34-
XII	Anexo.	-37-

CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN

La depresión es una enfermedad que afecta a toda población. Esta investigación está dirigida a establecer la relación causal entre la infertilidad y los procesos depresivos en la mujer guatemalteca atendida en las clínicas de la Asociación Pro Bienestar de la Familia (**APROFAM**).

La relación puede establecerse a partir de un sujeto de investigación (infertilidad) y una serie de posibles consecuentes (entre los cuales se establece los procesos de depresión) que están homogéneamente determinados y definidos.

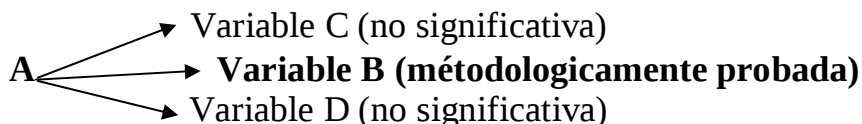
Esto quiere decir que no se descarta por indeterminación la posibilidad de que la infertilidad produzca otros efectos en las mujeres. Sin embargo si es posible derivar sistemáticamente y determinar en una población significativa lo siguiente: que los procesos de depresión siempre derivan cuando está presente la condición de infertilidad.

Sea A infertilidad

Sea B depresión

Sea C (cualquier variable)

Sea D (cualquier variable, etc)



El investigar en medicina los procesos de infertilidad, sus causas, sus manifestaciones, sus niveles de alcance, los factores de tratamiento reversibles de la infertilidad, los factores irreversibles, las relaciones meta-médicas tales como las relaciones interpersonales de la mujer infertil con su núcleo familiar (padres, cónyuge, hermanas fértiles, etc), conlleva un estudio exhaustivo multietápico.

Sin embargo el criterio de discriminación para esta investigación está unificado. Con esto se pretende decir que solo se partirá después de dada la relación causal sin establecer condiciones inductivas que llevaron al proceso de infertilidad.

Sin embargo todos los proceso, situación médicas, meta-médicas que conllevan el paso del diagnóstico de la infertilidad al proceso de depresión si estan considerados inclusivamente en la investigación.

Las comunidades contemporáneas, expuestas a una serie de dificultades, problemas cotidianos y una calidad de vida no-óptima con poco índice de desarrollo tenderá a generar diferentes niveles depresivos. En este sentido es necesario diferenciar los procesos depresivos derivados del *modus vivendi* de los procesos depresivos por infertilidad. Si no se distingue esta diferencia estaría investigándose un pseudo-problema o una característica derivada de procesos depresivos masificados en la sociedad guatemalteca.

Esta investigación separa y aísla los criterios para que los mismos sean efectivos y derivados de estudios de depresión por infertilidad aislado de la depresión por criterios propios de la cotidianidad de la vida contemporánea.

El presente estudio metodológicamente es de tipo descriptivo-trasversal. Tiene como objetivo principal determinar la prevalencia de depresión en pacientes con diagnóstico de infertilidad, así como de los diferentes grados de depresión existentes en la misma población.

Este estudio fue realizado en la clínica de Aprofam en área de infertilidad de la zona 1, donde se tomaron 190 expedientes de pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión del estudio, durante el periodo del 1 de mayo de 1999 al 1 de mayo del 2000, posteriormente se localizó a las pacientes para pasarles el test y proceder a evaluarlas según las puntuaciones establecidas.

El estudio nos conducirá a determinar si la depresión es un factor para tomar en cuenta en los pacientes que cursan con infertilidad y proporcionarles una alternativa terapéutica completa.

CAPÍTULO II

DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DE PROBLEMA.

La depresión, se ha convertido en la enfermedad de nuestro siglo. Y se define como alteraciones francas de la esfera afectiva, que en la mayoría de las ocasiones se encuentra acompañada de síntomas somáticos que no son fácilmente identificables por el médico.

La historia conceptual de la enfermedad depresiva tiene sus orígenes desde la época de Hipócrates, donde la misma no tenía un concepto específico sino abarcaba una concepción más amplia de las enfermedades mentales, haciendo énfasis en la melancolía, la que se caracteriza por aversión, cansancio, irritabilidad y somnolencia.(3)

En el transcurso del tiempo, en el período medieval, la melancolía fue sustituida y la conceptualización de Acedía que consiste en un desorden de la vida emocional, desequilibrios humorales, a través de la cual se establece una conexión con el ambiente médico.

En el transcurso del tiempo ambos términos, fueron convergiendo hasta los conceptos actuales.

Se estima que la mitad de las consultas del médico, se debe a una enfermedad depresiva que puede ser explícita o enmascarada y por lo general se ven más afectadas las mujeres en una proporción de 2:1 con relación a los hombres.(15)

Los estudios realizados de depresión en distintos países evidencian que la prevalencia de depresión es mayor en mujeres en todos los grupos etáreos. Dichos estudios revelan que la depresión es mayor en mujeres de 45 a 65 años.(3)

Entre los factores que pueden llevar a una mujer a cursar con depresión, se encuentra la infertilidad, evidenciando en ellas sentimientos de depresión, cólera consigo mismas, con familiares y amigos por no sentirse comprendidas, por lo que el presente estudio persigue determinar la prevalencia de depresión en la mujer infértil mediante el test de Zung, que evalúa los aspectos: afectivos, fisiológicos y psicológico.(24)

CAPÍTULO III JUSTIFICACIÓN

Durante los procesos formativos y práctica clínica es necesario correlacionar los factores que desde una base clínica pueden establecerse y relacionarlos con el grupo de problemas de una sociedad. Por ejemplo, la educación, si se torna deficiente provocará problemas de desarrollo a una sociedad particular.

La depresión en la mujer producto de la infertilidad afecta al núcleo social en la que ella se desenvuelve y las relaciones interpersonales que ella establece. La profesión de médico está correlacionada con el trabajo terapéutico que realizan los psicólogos, los psiquiatras y otros profesionales.

El establecer las condiciones de depresión el médico puede indicar los procesos terapéuticos a seguir en pacientes que presenten estos síntomas.

En Guatemala se han realizado varios estudios sobre depresión en estudiantes de nivel medio y universitario, prostitutas y exiliados, no existiendo estudios de depresión en mujeres infértiles.

La prevalencia de infertilidad en la mayoría de las sociedades es de 10-15 %; constituyendo un problema que afecta a la pareja emocionalmente llevándola a una serie de conflictos personales, familiares y con la sociedad que les rodea predisponiéndolas a alcanzar un estado depresivo y no lograr el embarazo deseado, de ahí la importancia de investigar la depresión en la mujer infértil.(3,16)

El principal impacto de la relación depresión-infertilidad lo constituye, el grado de depresión que puede alcanzar la mujer dependiendo de el tiempo de evolución de la infertilidad y los múltiples tratamientos recibidos.

El propósito de la presente investigación, radica en determinar la prevalencia de depresión existente en la mujer infértil y el grado de la misma, en relación al tiempo de evolución de la infertilidad, edad de la paciente y grado de escolaridad.

CAPÍTULO IV

OBJETIVOS

GENERAL

1. Determinar la prevalencia de depresión en pacientes con diagnóstico de infertilidad que consultan a la clínica de APROFAM durante el período del 1 de mayo de 1999 al 1 de mayo de 2000.

ESPECÍFICOS

1. Determinar el porcentaje de pacientes que cursan con depresión.
2. Establecer los niveles de depresión existentes en dicha población.
3. Determinar si existe relación entre el nivel de depresión y el tiempo de evolución de la infertilidad.
4. Determinar si existe relación entre el nivel de depresión y la edad de la paciente.
5. Determinar la relación entre la escolaridad y el nivel de depresión en el grupo de estudio.
6. Determinar el porcentaje de población que está interesada en recibir ayuda psicológica y/o farmacológica.

CAPÍTULO V

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

A. DEPRESIÓN.

1. Definición.

Es el prototipo de una enfermedad seria del cerebro causada especialmente por trastornos bioquímicos que se caracteriza por síntomas vegetativos y psicológicos, pudiendo tener consecuencias tan fatales como el cáncer y enfermedades del corazón. Sus síntomas pueden ser:

- Estado de ánimo triste e intenso.
- Mal humor con inhibición de sus movimientos.
- Disminución de la libido.
- Insomnio, irritabilidad, pérdida de peso o ganancia de peso.
- Pérdida de la autoestima, con sentimientos de inferioridad, de culpabilidad, de desesperanza, con ideas de ruina, auto negación, autodestrucción.
- Pérdida del apetito o aumento del apetito, tendencia al llanto, fobias constipación, cansancio infinito.
- Pérdida de motivación.
- Ansiedad.(1,2,5,6,10,16,18,20)

Algunos médicos no suelen establecer el diagnóstico específico de depresión, porque los pacientes nunca llegan quejándose de hallarse deprimidos. Para el profano estar deprimido significa estar triste, lloroso y sentirse que ya no vale la pena seguir viviendo. No obstante, una depresión manifiesta de este tipo es el estado terminal de un proceso, siendo las formas más leves de depresión las que se presentan a menudo enmascaradas.(3,6)

Los afectos a la depresión enmascarada, pueden afirmar que se sienten enfermos, cansados o letárgicos y describen algunos síntomas somáticos que acompañan a estas sensaciones, como lo son la anorexia y la pérdida de energía.

Por lo consiguiente debe de realizarse una investigación exhaustiva en un intento de explicar la pérdida de peso antes de indagar sobre las presiones

laborales o las preocupaciones financieras o domésticas. La mayoría de pacientes prefieren referirse a síntomas somáticos, como el dolor, porque son mas fáciles de describir y porque son mas respetables en contraste si expone sus sentimientos emocionales.

Esta actitud es frecuente encontrarla en los hombres, tratan de ocultar sus sentimientos ya que los pueden catalogar como débiles o cobardes. Las personas de este tipo pueden acudir con manifestaciones de cefalea, o debilidad, su depresión puede permanecer oculta y revelarse únicamente mediante un interrogatorio directo. Es útil preguntar a estas personas sobre su sueño, pues en ellos no es fácil que se de un sueño normal.(6,16).

A muchos médicos no les es agradable enfrentarse a problemas psicológicos y se sienten más a gusto estableciendo un diagnóstico somático que uno psiquiátrico.

Sin embargo, lo que se persigue es un alivio de sus síntomas, no es agradable para el paciente que todas las investigaciones sean negativas y que nada puede hacerse por él.

Los síntomas de la depresión pueden ser tan reales para el paciente como los síntomas de una enfermedad física.

Los psicoanalistas opinan que en la niñez, los deprimidos nunca tuvieron seguridad de ser amados y deseados.(13)

2. Historia.

La historia conceptual de la enfermedad depresiva tiene su primera formulación en Hipócrates (460-370 a.C.).

En realidad, el punto de vista hipocrático sobre depresión no es específico, sino que abarca una concepción más amplia de las enfermedades mentales.

Cornelio y Celso en su obra de medicina fue quien definió la depresión como una enfermedad causada por la bilis negra. En la época de Hipócrates y hasta el principio de este siglo la depresión era conocida como melancolía y definía

a todo trastorno sin diferenciación. El término de “melancolía” fue muy usado por muchos médicos en la época Areteo, Galeno, Alejandro de Tralles. En la Edad Media la melancolía la diferenciaban de otras enfermedades.

Cullen fue quien introdujo el término “depresión” en el siglo XVII.(3,5,18)

3. Epidemiología.

Según la Organización Mundial de la Salud el 3 al 5 % de la población general sufre de depresión clínica manifiesta y que requieren tratamiento según la OMS.(14)

Se han efectuado diversos estudios epidemiológicos en diferentes países que detectan y documentan la prevalencia del trastorno de depresión mayor en mujeres en todos los grupos etéreos considerados. Además existe evidencia suficiente para considerar que la prevalencia es mayor en mujeres de 45 a 65 años.(3)

Las investigaciones realizadas han planteado que la susceptibilidad o vulnerabilidad de las mujeres a los efectos de la temporada pueden dar como resultado los altos porcentajes de depresión en la mujer, durante ciertas épocas del año.

Estudios realizados en otros países como EE.UU. e Inglaterra, mediante cuestionarios auto administrados por Zung, revelan que la prevalencia de los síntomas depresivos oscila entre el 13 y el 20 % de la población.(24)

La posibilidad de desarrollar depresión en el transcurso de la vida es de 8 a 20 % y de esta población solo el 20 por ciento recibe tratamiento adecuado para este problema.(3)

4. Etiología.

La depresión tiene un origen multifactorial; según los factores que pueden actuar en la personalidad y que tenga predisposición más acentuada.

Hay muchos factores que predisponen pero no hay factores etiológicos específicos, de los cuales les daremos a conocer los siguientes:

a) Factores psicosociales.

Según las investigaciones tanto los hombres como las mujeres por igual presentan síntomas depresivos, pero las mujeres son mas abiertas para buscar ayuda y poder hablar de sus síntomas. No se a encontrado evidencia para sostener que la personalidad antisocial sea equivalente de depresión.(1,5)

En cuanto al estado civil, contrario a los hombres, que siendo solteros presentan mayor incidencia, las mujeres solteras son mas susceptibles de padecer de depresión.(3)

La inaptabilidad conyugal, problemas en relación con los padres y familia del cónyuge son las causas predisponentes más frecuentes.

Las mujeres que se casan en edad avanzada y que tienen hijos en épocas más tardías o que por algún motivo no pueden concebir son personas que están predispuestas a la depresión.(3)

b) Factores biológicos:

i. Genéticos.

Estudios en familias han demostrado evidencia de elementos genéticos en el desarrollo de trastornos afectivos.

La hipótesis del modelo genético han sugerido que la diferencia entre los sexos de la frecuencia de depresión mayor es porque esta ligada al cromosoma X. Si el locus afectado esta situado en el cromosoma X , y conlleva un rasgo dominante, la mujer es más susceptible por poseer dos cromosomas X (XX). Sin embargo los hallazgos no son concluyentes.(13)

ii. Endocrinológicos y bioquímicos

Las hormonas gonadales aparentemente ejercen influencia sobre el sistema de neurotransmisión, el sistema neuroendocrino y el sistema neuromodulador del sistema nervioso central. Aquí se incluyen los sistemas de neurotransmisión monoaminérgica que es la base de la acción antidepresiva.(5,21)

Existen hallazgos substanciales para indicar que el estradiol y la progesterona influyen en la síntesis, el metabolismo y el recambio la serotonina, norepinefrina y dopamina. Además de los niveles de gonadotropina influyen sobre el recambio de catecolaminas.

Para algunos psicoanalistas la depresión es una forma de expresar hostilidad y castigar a quienes le rodean. La depresión neurótica es una regresión parcial alestado genital.(18)

En la actualidad es la corriente más aceptada, y se cree las aminos biogénicas como: dopamina, noradrenalina y adrenalina. La serotonina y la acetilcolina son otras aminos piogenaza asociadas. En varios estudios realizados se ha podido demostrar que en caso de depresión hay escasez de noradrenalina cerebral en líquido ceforraquídeo y orina, y disminución del metabolito 3-metoxi-4-hidroxifeniletieno-glicol.

Cuando en la relación fisiológica acetilcolina / noradrenalina y la primera se eleva se agravan los estados depresivos. En los pacientes deprimidos la serotonina se encuentra en niveles bajos en todo el sistema nervioso central y en el líquido ceforraquídeo.

Se ha identificado que en el sistema límbico se dan los invalances en los neuro-transmisores que son los mensajeros cerebrales y la otra razón es que en ese centro radica el centro emocional.(21)

Los invalances humorales juegan un papel muy importante en la depresión. Según expertos un mecanismo probable radica en anomalías en la función de el eje hipotalámico y su activación crónica contribuye a la depresión, pues este eje es el responsable del stress en los cuerpos.(21)

5. Manifestaciones clínicas.

La depresión puede presentar dos aspectos, uno con alteraciones francas de la esfera afectiva que permiten el diagnóstico rápido y seguro, y otro en el cual los síntomas somáticos que no son fácilmente detectados por los médicos como constituyentes del cuadro depresivo. Los síntomas se dividen en cuatro grupos:

a) Trastornos afectivos

La afectividad seriamente perturbada en el síndrome depresivo originan síntomas diversos:

- Indiferencia afectiva: disminución o pérdida de intereses vitales.
- Tristeza: con o sin tendencia al llanto.
- Inseguridad: dificultad para tomar decisiones.
- Pesimismo: enfoque vital derrotista, da origen a dependencia hacia la familia.
- Miedo: específico o indiferenciado, en ocasiones absurdo (miedo a bañarse). Estos síntomas limitan en forma considerable sus actividades.
- Ansiedad: más intensa en la mañana y disminuye en el transcurso del día, puede ser confundida con síntomas depresivos. Para ayudar al diagnóstico es importante investigar componentes orgánicos como nudo en la garganta, peso en el estómago, constricción en el pecho o falta de aire.
- Irritabilidad: con agresividad que da lugar a problemas familiares y laborales.

b) Trastornos intelectuales.

Las funciones intelectuales no son las más afectadas.

- Sensopersepción disminuida: mala captación de estímulos, situación que determina que durante el examen del paciente sea necesario repetirle la pregunta dos o tres veces para recibir respuesta.
- Trastornos de memoria: dificultad para evocar recuerdos almacenados y se manifiesta por el impedimento para encontrar la palabra precisa en el momento que se desea.
- Disminución de la atención: mala fijación de los hechos de la vida cotidiana, como un síntoma de inhibición.
- Disminución de la comprensión: dificultad de comunicación.
- Ideas de culpa o fracaso: auto devaluación. Incapacidad de enfrentamiento. Paciente se siente incapaz de hacer una acción que le produzca satisfacción

personal. Pensamiento obsesivo: presenta ideas o recuerdos repetitivos molestos.

c) Trastornos conductuales.

- Actividad disminuida: descuido de sus obligaciones y de su aseo personal.
- Productividad disminuida: mal rendimiento en el trabajo, la autoridad, la capacidad de mando y de estimulación se bloquean.
- Impulsos suicidas: ideas o intentos de privarse de la vida.
- Uso y abuso de alcohol y otras drogas: tendencia a beber o a utilizar drogas como un escape a la ansiedad.

d) Trastornos somáticos.

Estos síntomas constituyen el motivo de consulta del paciente.

- Trastornos en el sueño: insomnio que se presenta al inicio o al final del período de descanso. Dormir inquieto, en algunos casos hay hipersomnia.
- Trastornos en el apetito: anorexia que puede originar pérdida importante de peso, en ocasiones hambre compulsiva.
- Disminución de la libido: debilitamiento o desaparición del deseo sexual. Este es un trastorno fundamental, los fracasos que originan en el hombre la impotencia, en la mujer también es muy evidente, pero suele perturbarla menos que el hombre.
- Cefalea tensional: afecta de preferencia a los músculos de la nuca y a los temporales.
- Trastornos digestivos: dispepsia, aerofagia, meteorismo, náuseas y otros síntomas como “colón irritable”.
- Otros: mareos, prurito y alopecia.(1,2,3,6,10,15)

6. Clasificación.

a) Enfermedades afectivas primarias.

i. Enfermedad unipolar.

Un paciente con este problema solo sufre de depresión que puede ser mayor o recurrente.

ii. Enfermedad bipolar.

Este paciente puede sufrir de manía sola o alternarse clínicamente con depresión.

b) Enfermedades depresivas secundarias:

- i.** La depresión se toma como parte de otra enfermedad como el alcoholismo o la esquizofrenia.
- ii.** Se toma como parte de una enfermedad sistémica como la encefalitis o el hipotiroidismo.(3,21)

c) Según la organización mundial de la salud (OMS)

- i.** Depresiones sintomáticas o somatógenas, que se desencadenan por un factor orgánico.
- ii.** Depresiones reactivas y situacionales, que surge de una disposición psicobiológica.
- iii** Depresiones neuróticas, su origen se da por un conflicto más o menos reciente.
- iv.** Depresiones larvadas o enmascaradas, son las que se manifiestan con síntomas somáticos.(14)

d) Según la clasificación internacional de enfermedades (CIE 10):

i. Episodio depresivo leve.

Para su diagnóstico el ánimo depresivo, la pérdida de interés, la capacidad de disfrutar y aumento de la fatigabilidad suelen

considerarse como los síntomas mas típicos de depresión al menos dos de las tres deben de estar presentes para hacer un diagnóstico. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

- Sin síntomas somáticos: se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos síntomas somáticos.
- Con síntomas somáticos: se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y están presentes cuatro o más síntomas somáticos.

ii Episodio depresivo moderado.

Pueden estar presentes al menos dos de los tres síntomas típicos y que varios de estos síntomas se presentan en un grado intenso. Los síntomas deben durar al menos dos semanas. Generalmente estos pacientes tienen dificultad para desarrollar sus actividades diarias.

- Sin síntomas somáticos: Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síntomas somáticos.
- Con síntomas somáticos: están presentes cuatro o más síntomas somáticos.

iii. Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

El enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación. Es probable que la pérdida de la autoestima, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves.

Para catalogarlos por lo menos deben estar presentes tres síntomas de los episodios depresivos leve, moderada y además cuatro de los síntomas somáticos de intensidad grave. El episodio debe durar por lo menos dos semanas, pero si los síntomas son más intensos puede tener una duración menor de dos semanas.

- Depresión grave con síntomas psicóticos: todo lo presente en el anterior inciso además incluye ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo.(3,9,15)

e) Depresiones sintomáticas o somáticas.

Son las que aparecen asociadas a enfermedades (auto inmunes, neurológicas, acv, enfermedades degenerativas y neoplasias). A fármacos que intervienen en el metabolismo de las monoaminas como los antihipertensivos (propanolol, alfa-metildopa y la guanetidina). Otros fármacos como las benzodiazepinas, los glucocorticoides, la cimetidina, la indometacina y los fármacos anticancerosos.(3)

f) Depresiones reactivas.

Son las que surgen como consecuencia de ciertos acontecimientos como la pérdida de un ser querido, separación de la familia, desempleo, mudanzas, etc. La depresión puede ser de corta duración pero en ocasiones se prolonga.(3)

g) Depresiones endógenas.

Se caracteriza por ser intensa y tiene un origen que se hereda biológicamente, con antecedentes familiares y su duración es menor de un año y pueden dividirse en unipolares y bipolares.(3)

h) Depresión enmascarada.

Generalmente se manifiesta con síntomas somáticos, los síntomas característicos de depresión pasa a segundo plano y pueden ser: cefaleas, parestésias, vértigo, mareos, etc. Son de presentación atípicas y generalmente son atendidas por médico general rara vez son atendidas por psiquiatra.(3)

i) Depresiones neuróticas o psicóticas

La diferencia radica en el grado de conciencia o inconciencia que prevalezca, la barrera entre las dos es la realidad.(3)

j) Distimia.

Se da en su mayoría en pacientes mayores de 21 años y se caracteriza por periodos alternos normales y de depresión. Se da como consecuencia de trastornos psicológicos y de stress.(21)

7. Diagnóstico.

Se toman en cuenta los síntomas o manifestaciones clínicas presentes en el paciente, para realizar un buen diagnóstico en el paciente es necesario realizar una buena entrevista, pero existe algunas pruebas que nos ayuda entre ellas están: la supresión de dexametasona, prueba de la estimulación de la hormona tiroidea y muchas mediciones del trastorno del sueño.(20)

a) Medición de la depresión.

Existen varios test con escala de medición cuantitativa entre las encontramos Hamilton, Beck y el de William Zung, este último tiene varias ventajas entre las que encontramos las siguientes:

- * Es útil para seguir el curso de una enfermedad y para diferenciar la depresión de la ansiedad.
- * No se requiere de mucho tiempo para su aplicación y generalmente se necesitan más o menos cinco minutos para hacer la prueba y calificar al paciente.
- * Puede ser usada en cualquier tipo de paciente que manifieste síntomas físicos sin base orgánica aparente, puede descubrir y medir las depresiones ocultas.
- * Es relativamente independiente a factores como: edad, educación, estado marital, sexual, inteligencia, ingresos económicos familiares, y situación social del paciente.
- * Aspectos que evalúa: afectivo, fisiológico y psicológico.
- * El paciente no podrá discernir alguna tendencia en sus respuestas ya que la mitad de las preguntas esta redactada de manera sintomática positiva y la segunda mitad sintomática negativa.
- * Se omite una posible columna que tenga la opción “nunca” para que se puedan elegir respuestas significativamente mesurables, y se utiliza columnas pares para que el paciente no pueda tener la posibilidad de que marque una columna central y dar la apariencia de promedio.(24)

El test de Zung, consta de 20 declaraciones, el sujeto responde según su caso: “muy pocas veces”, “algunas veces”, “la mayor parte del tiempo” o “continuamente”.

A estas respuestas son aplicados valores que van desde 1 a 4 puntos. El paciente cuando está más deprimido más alto es el punteo y si es más bajo el punteo menos deprimido se encuentra, el punteo mínimo que presenta el paciente es de 20 puntos.

(24)

Interpretación:

PUNTAJE	INTERPRETACIÓN
25-49	En límites normales
50-59	Depresión leve
60-69	Depresión moderada
70-100	Depresión severa

8. Tratamientos:

El tipo de tratamiento depende del grado de depresión existente y por lo tanto es necesario tomar en cuenta parámetros como:

Si en paciente existe amenaza de suicidio, las depresiones endógenas responden a drogas antidepressivas y electrochoque; las formas neuróticas seden más con psicoterapia.(9,15,21)

En la actualidad se considera que la base de la depresión se debe a alteraciones bioquímicas y trastornos en los neurotransmisores por lo que el tratamiento será 100% farmacológico y la psicoterapia se utilizara como tratamiento coadyuvante.

a) Farmacológico.

- * Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina: setraline, fluoxetina, paroxetina fluvoxamina.
- * Inhibidores selectivos de recaptación de noradrenalina: reboxetina.
- * Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina y noradrenalina: venlafaxine, trazodone, nefazodone.
- * Actúan sobre dopamina: bupropión.(21)

Los grupos de fármacos anteriormente descritos son los más novedosos y más utilizados en la actualidad. A continuación describiremos otros grupos

farmacológicos que por sus efectos secundarios ya no se usan.

- Antidepresivos tricíclicos: imipramina, la clorimipramina y la amitriptilina, se debe de considerar edad del paciente, idiosincrasia, efectos colaterales y contraindicaciones de los fármacos antes de establecer la terapéutica adecuada por regla general hacer antes un buen diagnóstico.
- Inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO). Se da como segunda opción actúa a nivel de la enzima mitocondrial MAO, presentan interacciones farmacológicas peligrosas, son menos efectivas que los antidepresivos tricíclicos, pero son mejores tolerados que los anteriores ya que tienen menos efectos colaterales y entre estas encontramos a: amoxapina, la maprotilina, la mianserina, la viloxacina, la trazodona y la fluoxetina. Es muy importante recordar que las sobredosis con medicamentos antidepresivos es muy frecuente y es muy peligroso ya que puede causar muerte por depresión del sistema nervioso central, arritmias, crisis convulsivas y paro respiratorio.(10,13)

b) Psicoterapia.

Pese al empleo frecuente en alguna forma de las medidas psicoterápicas, hasta ahora no se ha podido elucidarse hasta que punto contribuye la psicoterapia a la recuperación del paciente depresivo. Uno de los problemas estriba en que existen más de 100 supuestas doctrinas acerca de la psicoterapia y de que cada una de las tales escuelas sostiene una teoría propia-que a veces se entrecruza con otras sobre las enfermedades efectivas y la salud así como las técnicas terapéuticas y las finalidades que persigue.

No pocas de las mencionadas escuelas están orientadas exclusivamente a procedimientos analíticos.

En realidad, solo cuatro de los numerosos tipos de psicoterapia son verdaderamente útiles para el generalista, a saber: la psicoterapia de apoyo, la terapia conductual, la psicoterapia cognoscitiva y la interpersonal.

i. Psicoterapia de apoyo.

El terapeuta se esfuerza por reforzar los mecanismos de defensa del enfermo y por ayudarlo a eliminar los factores psíquicos perturbadores.

ii. Terapéutica cognoscitiva

Se basa en que las ideas se adaptan mal y de que los conceptos negativos autodestructivos son la causa de la depresión.

iii. Psicoterapia interpersonal.

El cuarto método, parte de la base de que la depresión se debe, entre otras cosas a un trastorno de las relaciones interpersonales.

iv. Tratamiento asociativo.

Algunos estudios han confirmado que la combinación de farmacoterapia y psicoterapia produce los mejores resultados en el tratamiento de la depresión, dicha asociación es más efectiva que la farmacoterapia sola y notablemente superior a la psicoterapia sola; al parecer surte un efecto que consta de la acción respectiva de la sustancia antidepresiva y del procedimiento psicoterapéutico.(3,5,15,16,20)

B. INFERTILIDAD.

1. Definición.

En la literatura la definen como la imposibilidad de tener hijos, después de tener relaciones sexuales por doce meses sin protección alguna.(4,11,22)

2. Clasificación:

- Infertilidad primaria femenina: se da en la mujer que nunca concibió un hijo, después de un año de intento.
- Infertilidad secundaria femenina: se da en la mujer que ha tenido un embarazo, que el producto no necesariamente sea vivo y que no logra concebir después de un año de exposición.

3. Epidemiología:

En los últimos años los investigadores se han preocupado por las causas que predisponen a las pacientes a tener este problema, aunque la prevalencia del mismo, existe un incremento debido al aumento de las enfermedades de transmisión sexual y que las parejas deciden casarse y tener hijos mucho más tarde y ello contribuye a alteraciones en el aparato reproductor femenino.

Según estudios la prevalencia alcanza un 10-15%, que con tratamientos actualizados se ha reportado que del cien % de estas pacientes un 25-30 % revierten su condición y tienen la capacidad de tener un hijo, el resto de la población persiste con esta condición; de la cual se ocupo nuestro estudio ya que puede ser un factor que predispone a la población ha padecer de depresión en algún grado. Ya que tienen sentimientos de culpabilidad, tristeza, inseguridad, ideas de fracaso.(4,11)

En estudio reciente, realizado en la ciudad de Boston, en el presente año, se comprobó que mujeres que participan en grupos de intervención psicológica, tienen una viabilidad de embarazo más significativa comparada con mujeres que no reciben esta clase de ayuda. En otros estudios demostró que puede prevenir la depresión en pacientes que han intentado concebir por 12 a 24 meses ya que estas pacientes experimentan un cuadro depresivo al tercer año de intento.(11)

El impacto por stress psicológico tienen gran influencia y provocan alteraciones hipotalámicos-pituitaria y del sistema inmunológico, que funcionan como factores adversos en la ovulación, fertilización, función tubárica y de implantación.(11)

Otro estudio comparativo realizado con pacientes con diagnóstico de depresión y en un grupo de pacientes normales se demostró que este problema influye negativamente en la regulación de la hormona luteinizante, la activación del eje adrenal-hipotalámico y puede inhibir profundamente la función reproductiva. Esta inhibición de la función reproductiva puede darse en varios niveles, desde la inhibición de la hormona hipotalámica que posibilita acciones directas sobre el ovario y endometrio que previene el embarazo.(11) Los autores recientes sobre depresión llegan a la conclusión que los programas que relacionan el cuerpo/mente son efectivos para reducir las emociones negativas.

CAPÍTULO VI MATERIAL Y MÉTODOS

A. METODOLOGÍA

1. Tipo de estudio: descriptivo, de corte transversal.
2. Sujeto de estudio: pacientes de sexo femenino, infértiles, que consultan la clínica de APROFAM..
3. Población y muestra: una muestra de 190 pacientes, de sexo femenino, cuyo conjunto universo representa al total de consultas atendidas en un año.

$$n = \frac{N * (p * q)}{N-1 \frac{(le)^2}{4} (p * q)}$$

$$n = \frac{360 \times 0.5 \times 0.5}{359 \frac{(0.05)^2}{4} 0.5 \times 0.5} \quad n = 189.72$$

4. Criterios de inclusión:
 - pacientes con diagnostico de infertilidad primaria. (Pacientes que han estado expuestas al embarazo por más de un año y que no lo han logrado).
 - Expedientes clínicos completos.
5. Criterios de exclusión:
 - pacientes que después de tres intentos de localización no se encuentran.

6. Variables de estudio:

CUADRO No. 1.
DEFINICION DE VARIABLES.

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	UNIDAD DE MEDICIÓN.	ESCALA
DEPRESIÓN	Cuadro clínico caracterizado por trastornos afectivos.	Por medio del test de Zung obtendremos los grados de depresión.	Test de Zung punteo. Limite normal: 25-49. Depresión leve: 50-59. Depresión moderada: 60-69. Depresión severa: 70-100.	Nominal.
TIEMPO DE INFERTILIDAD.	Tiempo transcurrido desde el diagnostico hasta el momento de pasar el test.	Datos proporcionados por el paciente al momento de pasar el test.	Años, meses y días.	Ordinal.
EDAD	Tiempo que se cuenta desde el nacimiento.	Edad de cada paciente.	Años.	Nominal.
ESCOLARIDAD.	Grado de estudio cursado por una persona.	Grado cursado.	Ninguno. Primaria Secundaria Universitario.	Nominal.
INFERTILIDAD.	Pacientes que han estado expuestas al embarazo por más de un año y no lo han logrado.	Dato obtenido del listado de pacientes de Aprofam.	Si y no	Nominal.

7. Instrumentos de recolección y medición de las variables o datos:

La recolección de datos se realizó por medio del test de Zung, donde contestaron lo que se les pidió y en el mismo existían opciones a las preguntas. Todas las variables a estudio son de tipo nominal.

8. Ejecución de la investigación:

Primer paso:

Para la investigación se necesitó la colaboración de la clínica de infertilidad de APROFAM, para la obtención de la lista de pacientes que han consultado en un año, por medio del cual se calculó la muestra en base a una fórmula, y para la escogencia de los pacientes que entrarán al estudio se realizó lo siguiente en base a:

$$\text{Espacio entre pacientes} = \frac{\text{Total de pacientes que consultaron en un año}}{\text{Total de pacientes de la muestra}}$$

Después de obtener el número de registros médicos de los expedientes, se recabó información sobre los datos generales del paciente en especial la dirección para localizarlas por medio de un telegrama para una reunión en la clínica de infertilidad, el cual se realizaría por etapas, ya que no se pudo citar a todas las pacientes al mismo tiempo.

Las pacientes que por algún motivo no se presentaron a la cita se procedió a hacerles visita domiciliaria.

Segundo paso:

Al explicarles el motivo de la reunión se procedió a pasarles el test evaluador que ellas mismas contestaron y posteriormente realizar un análisis del resultado de las mismas.

9. Presentación de resultados: se realizará a través de una correlación entre los resultados obtenidos en la investigación. Se cotejarán cuadros de respuesta y porcentajes, estableciendo la relación infertilidad-depresión.

B. RECURSOS

1. Humanos:
Personal de la clínica de APROFAM.
Pacientes que se dieron cita y que participaron en la evaluación.
Personal del archivo de la institución.
2. Materiales:
Test de Zung.
Libro de pacientes que acuden a la clínica de infertilidad.
Equipo de oficina. (computadora personal, lapiceros, etc.).
3. Económicos:
Papel de computadora.
Fotocopias.
Gasolina.

CAPÍTULO VII
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

CUADRO No.1.
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

**PORCENTAJE DE PACIENTES INFÉRTILES CON DEPRESIÓN QUE
CONSULTARON A LA CLÍNICA DE APROFAM EN EL PERIODO DEL 1
DE MAYO DE 1999 AL 1 DE MAYO DEL 2000.**

Estado mental	Número de pacientes	Porcentaje de pacientes
Deprimidas	156	82.10
No-deprimidas	34	17.90
Total	190	100.00

FUENTE: boleta de recolección de datos.

ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL
CUADRO No. 1.

Si tomamos como referencia el total de la muestra y establecemos que la relación causal entre la infertilidad y la depresión alcanza el 82%, se puede inferir que es significativa. De esta forma es posible determinar que la infertilidad trae como consecuencia en los pacientes depresión. El índice de casos en los cuales la infertilidad no provoca depresión es no-significativo.

Los factores culturales guatemaltecos y la importancia de la familia en nuestra cultura hace que los resultados enfoquen una depresión directamente relacionada con la infertilidad. Muchos textos aunque hablan de uno y otro caso en forma aislada, no establecen una relación causal, pues la misma está ligada a factores culturales, tasa de natalidad, actitudes respecto a la familia nuclear, la familia numerosa y otros factores que rebasan los límites de esta investigación. Sin embargo si es posible delimitar que en Guatemala, la relación causal entre infertilidad y depresión es significativa.

CUADRO No. 2.
PRESENTACIÓN DE RESULTADO

**DIFERENTES GRADOS DE DEPRESIÓN EN PACIENTES INFÉRTILES
QUE CONSULTARON A LA CLÍNICA DE APROFAM, EN EL PERIODO
DEL 1 DE MAYO DE 1999 AL 1 DE MAYO DEL 2000.**

Grado de depresión	Número de pacientes	Porcentaje de pacientes
Normal	34	17.90
Depresión leve	119	62.60
Depresión moderada	31	16.30
Depresión severa	06	3.10
Total	190	100.00

FUENTE: boleta de recolección de datos

**ANALISIS DE RESULTADOS DEL
CUADRO No.2**

En el presente estudio la evaluación de depresión se realizó por medio del test de Zung, donde el 62.6% presenta depresión leve con una puntuación que va desde 50 a 59 y los síntomas clásicos que presentan pérdida de interés, la no capacidad de disfrutar y aumento de fatigabilidad; el 16.3% se encuentra con depresión moderada con una puntuación de 60 a 69 presentan los mismos síntomas solo que más intensos; el tercer grupo con un 3.1% presenta depresión severa con una puntuación de 70 a 100 y presentan síntomas como pérdida de la autoestima y angustia; el 17.9% se encuentra en límites normales con una puntuación que va de 25 a 49.

CUADRO No. 3.
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

**NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA
INFERTILIDAD EN PACIENTES QUE CONSULTARON LA CLÍNICA DE
APROFAM EN EL PERIODO DEL 1 DE MAYO DE 1999 AL 1 DE MAYO
DEL 2000.**

Tiempo de infertilidad	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión severa	Normal
12-24 meses	67	01	00	18
25-36 meses	42	06	00	07
> de 36 meses	10	24	06	09
Total	119	31	06	34

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

**ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL
CUADRO No.3.**

Se comprobó que los pacientes con dos a tres años de evolución de la infertilidad hay más probabilidad que presente algún grado de depresión.

En nuestra población a estudio observamos que el grupo más afectado son las que llevan de 12 a 24 meses de evolución de la infertilidad ya que un 43 % se ven afectadas por depresión; le siguen las pacientes con 25 a 36 meses con un 30 %.

**CUADRO No.4.
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

**RELACIÓN DE NIVEL DE DEPRESIÓN Y EDAD DE LAS PACIENTES
INFÉRTILES QUE CONSULTARON A LA CLÍNICA DE APROFAM, EN
EL PERIODO DEL 1 DE MAYO DE 1999 AL 1 DE MAYO DEL 2000.**

Edad en años	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión severa	Normal
20-30	69	06	00	25
31-35	24	11	01	05
36-40	18	05	01	02
> de 41 años	08	09	04	02
Total	119	31	06	34

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

**ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL
CUADRO No. 4.**

Según los resultados presentados en el cuadro anterior se observa que mientras a mayor edad de la paciente mayor es el grado de depresión.

La población de 20 a 30 años se ve afectada más frecuentemente por depresión leve, no observándose ningún caso de depresión severa; el grado de depresión severa solo se observa en las pacientes mayores de 30 años.

Lo anterior podría deberse a que la población sabe que mientras más edad tiene la paciente menor es la probabilidad de quedar embarazada.

CUADRO No. 5.
PRESENTACIÓN DE RESULTADO

CORRELACIÓN ENTRE LA ESCOLARIDAD DE LA PACIENTE Y EL NIVEL DE DEPRESIÓN POR INFERTILIDAD EN EL PERÍODO DE 1 DE MAYO DE 1999 A 1 DE MAYO DE 2000 EN LA CLÍNICA DE APROFAM.

Nivel de depresión	Pacientes con grado de escolarida		Pacientes sin grado de escolaridad	
Depresión leve	94	77.00%	25	73.50%
Depresión moderada	24	19.60%	07	20.50%
Depresión severa	04	3.40%	02	6.00%
Total	122	100.00%	34	100.00%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL
CUADRO No. 5.

El cuadro anterior pretende establecer un control que demuestre que la relación causal que sustenta la investigación es válida.

En los resultados obtenidos, no existe variación entre la relación causal establecida: infertilidad-depresión. Esto se comprobó al verificar que el nivel de educación no es significativo para establecer niveles de depresión. Por lo tanto la depresión está directamente relacionada con la infertilidad y los factores periféricos a los mismos no son significativos.

CUADRO No. 6.
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

**PORCENTAJE DE PACIENTES INFÉRTILES CON ALGÚN GRADO DE
DEPRESIÓN QUE DESEAN AYUDA PSICOLÓGICA Y/O
FARMACOLÓGICA Y QUE CONSULTARON A LA CLÍNICA DE
APROFAM EN EL PERIODO DEL 1 DE MAYO DE 1999 AL 1 DE MAYO
DEL 2000.**

Opciones	Número de pacientes	Porcentage de pacientes
Desea ayuda	141	90.40
No-desea ayuda	15	9.60
Total	156	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

**ANALISIS DE RESULTADOS DEL
CUADRO No. 6**

Al establecer la relación causal entre infertilidad-depresión, sucede que los pacientes desean paliar el efecto. No obstante en la entrevista con los pacientes se estableció que los mismos si pueden ser orientados a buscar ayuda relacionada específicamente al tratamiento de la infertilidad y no al tratamiento de la depresión.

El porcentaje de pacientes que desean apoyo es significativo independientemente del tipo farmacológico y/o psicológico, comparado con el de las que son reticentes al mismo.

CAPÍTULO VIII

CONCLUSIONES

1. En la población de pacientes que consulta por infertilidad a la clínicas de APROFAM, la depresión tiene una prevalencia de 82.1% , la cual varía dependiendo del tiempo de evolución del problema.
2. Las mujeres en su mayoría (62.6%) sufre de depresión leve, principal mente en aquellas con poco tiempo de evolución de la infertilidad; situación que de alguna manera tiene repercusiones en sus vidas diarias.
3. El grado de depresión existente en cada paciente es directamente proporcional al tiempo de evolución de la infertilidad, ya que mientras mayor sea el tiempo de evolución de la infertilidad mayor es el grado de depresión observado.
4. La edad de la paciente es un factor a tomar en cuenta, ya que mientras mayor es la edad de la paciente mayor es el grado de depresión existe.
5. El grado de escolaridad no influye en el grado de depresión existente.
6. Del 82 % de la población que cursan con depresión, el 90 % de la misma desea ayuda profesional.

CAPÍTULO IX

RECOMENDACIONES

1. Que la clínica de Aprofam, establezca talleres de ayuda psicológica para las pacientes con problemas de infertilidad más depresión.
2. Realizar un estudio en el cual se pueda determinar el impacto que tiene el grado de depresión en los resultados de los tratamientos por infertilidad.

CAPITULO X

RESUMEN.

El presente estudio es de tipo descriptivo, de corte transversal, realizado en la clínica de infertilidad de Aprofam, se planteó con el objetivo de determinar la prevalencia de depresión en la población con problemas de infertilidad; así como el de conocer, actualizar e informar al gremio médico que atiende a pacientes con problemas de infertilidad sobre la importancia de la depresión en ellas, para proponerles un plan terapeutico integral.

Para elefecto se revisaron 210 expedientes clínicos de pacientes infértiles que consultaron a la clínica de Aprofam, durante el periodo del 1 de mayo de 1999 al 1 de mayo del 2000, donde se tomaron pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión, así como tomar datos generales para su localización y posterior evaluación a través del test de Zung.

Los resultados del estudio evidencian que el 82% de la población con problemas de infertilidad sufre de depresión y de ellos el 62% sufre de depresión leve, 16% presenta depresión moderada y el 3% depresión severa. A estas ultimas se les impartió charla personalizada sobre depresión y su posible impacto en el aspecto fisiológico, asi como de la importancia de recibir ayuda de un profesional experto en la materia.

En conclusión, la depresión es un problema a considerar en dicha población y hay que tomarla en cuenta para aportar una terapéutica global como ser humano y no solo abordar el problema ginecoobstétrico.

CAPÍTULO XI BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarado, Gladys. Psiquiatría Biológica. Depresión en la Mujer. 1ed. Editorial AGPsB. Guatemala 1996. 130-134 p.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 4ed. Washington, D.C. 1994.
3. Aquino, P.L. La Depresión. Ediciones Martínez S.A. Barcelona: 1985.
4. Berek J.S. et al. Ginecología de Novak. 12ed. México: editorial McGraw Hill Interamericana 1997. Cap.25 837-844, cap. 26 887-905.
5. Bleichmar E, Dio. La Depresión en la Mujer. Editoriales Temas de Hoy. Madrid 1991. Pags 23-79.
6. Calderón N. Guillermo. Depresión: Causas, manifestaciones y Tratamiento. Editorial Trillos. 1989. 1179 p.
7. Cecil. Tratado de Medicina Interna. Trastornos Afectivos. 18va.ed. Vol 2. Editorial Interamericana. México. 1990. 2320-2322 p.
8. Cervera Engrix, Salvador. Depresiones de la infancia y de la adolescencia. Tribuna de la depresión. No.7, Vol.1, 1985.
9. Corynell, W. Et al. Excess mortality in panic disorder: a comparison With Primary unipolar depression. Arch Gen Psychiatry 1982;39:701-4.
10. Dardón, Luis Fernando. Factores predisponentes en el apareamiento de depresión en prostitutas. Tesis (médico y cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1992.
11. Domar D.A. et al. Impact of Group Psychological Interventions on Pregnancy Rates In Infertile Women. Fertility And Sterility. 2000 April; 73(4): 805-811.

12. Durán B. Et al. Diagnóstico de la Mujer Infértil. Rev Centr Obst Gyneco. 1997 sep-dic; 7(3): 74-78.
13. Flores Mazariegos, José Antonio. Depresión en Pacientes Hospitalizados. Tesis (médico y cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1997.
14. González, Lavav. Reestructuración de la atención psiquiátrica. Bases Conceptuales y guías para su implementación. OPS-OMS. Washington, D.C. 1991.
15. Guimon, J. Diagnóstico en Psiquiatría. Salvat Editores S.A. 1998.
16. Kaplan, A.Y. Tratado de Psiquiatría. 2ed. Editorial Salvat. México: 1992.
17. O.M.S.(Organización Mundial de la Salud). Depressive Disorder in Different Cultures. Génova, 1983. 1-9 p.
18. Pérez Franco, Mario Roberto. Síndrome Depresivo en el Médico Durante su entrenamiento de post-grado Hospitalario. Tesis (médico y cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de ciencias Médicas. Guatemala, 1994. 43 Págs.
19. Speroff L. et al. Clinical Gynecology Endocrinology and Infertility. 5ed. Baltimore, Maryland: Williams & Wilkins 1994.
20. Sturgeon, Wina. Depresión: Como Identificarla, Como Superarla, Como Curarla. Editorial Martínez Roca. México D.F. 1992 Págs. 23-204.
21. Swartz, Karen. Et al. The Johns Hopkins Medical. Depression And Anxiety. Baltimore, Maryland. 2000.

22. Usandinaga J. A. et al. Tratado de Obstetricia y Ginecología. España. Mc Graw Hill Interamericana 1998. Pags. 300-307.
23. Wayne W. Daniel. Bioestadística. México. Editorial Limusa 1998.
24. Zung, William. La Depresión. México. Editorial Trillas. 1984.

CAPÍTULO XII

ANEXOS

Universidad de San Carlos de Guatemala.**Facultad de Ciencias Médicas.****TEST DE ZUNG**

No. Reg._____.

Nombre de la paciente:_____Edad:_____

Dirección:_____

Tiempo de Infertilidad: Años:_____Meses:_____

Grado de escolaridad: ninguno:___Primaria:___Secundaria:___Universitario:___.

Lea a continuación 20 aseveraciones que se le presentan. Respóndalas con sinceridad.

Solamente puede marcar una opción.

N.	Opciones	Muy pocas veces.	Algunas veces.	La mayor parte del día.	Continúa Mente.
1.	Me siento abatido y melancólico.				
2.	En la mañana me siento mejor.				
3.	Tengo deseos de llorar.				
4.	Me cuesta trabajo dormirme.				
5.	Como igual que antes solía hacerlo.				
6.	Todavía disfruto de las relaciones sexuales.				
7.	Noto que estoy perdiendo peso.				
8.	Tengo molestias de estreñimiento.				
9.	El corazón me late más aprisa que de costumbre.				
10.	Me canso sin hacer nada.				
11.	Tengo la mente más clara que antes.				
12.	Me resulta fácil hacer las cosas que de costumbre.				
13.	Me siento intranquilo y no puedo estar quieto.				
14.	Tengo esperanza en el futuro.				
15.	Estoy más enojado de lo usual.				
16.	Me resulta fácil tomar decisiones.				
17.	Siento que soy útil y necesario.				
18.	Mi vida tiene bastante interés.				
19.	Creo que les haría un favor a los demás muriéndome.				
20.	Todavía disfruto con las mismas cosas.				

¿ Le interesaría recibir apoyo psicológico? SI:___ NO:___.

ANEXO 2

Escala Para la Automedición de la Depresión

N.	Opciones	Muy pocas veces.	Algunas veces.	La mayor parte del día.	Continuamente.
1.	Me siento abatido y melancólico.	1	2	3	4
2.	En la mañana me siento mejor.	4	3	2	1
3.	Tengo ganas de llorar.	1	2	3	4
4.	Me cuesta trabajo dormirme en la noche.	1	2	3	4
5.	Como igual que antes solía hacerlo.	4	3	2	1
6.	Todavía disfruto de las relaciones sexuales.	4	3	2	1
7.	Noto que estoy perdiendo peso.	1	2	3	4
8.	Tengo molestias de estreñimiento.	1	2	3	4
9.	El corazón me late más aprisa que de costumbre.	1	2	3	4
10.	Me canso sin hacer nada.	1	2	3	4
11.	Tengo la mente más clara que antes.	4	3	2	1
12.	Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro.	4	3	2	1
13.	Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.	1	2	3	4
14.	Tengo esperanza en el futuro.	4	3	2	1
15.	Estoy más irritable de lo usual.	1	2	3	4
16.	Me resulta fácil tomar decisiones.	4	3	2	1
17.	Siento que soy útil y necesario.	4	3	2	1
18.	Mi vida tiene bastante interés.	4	3	2	1
19.	Creo que les haría un favor a los demás muriéndome.	1	2	3	4
20.	Todavía disfruto con las mismas cosas.	4	3	2	1

ANEXO 3

TABLA PARA CONVERTIR LA CALIFICACIÓN BÁSICA AL ÍNDICE AMD*.

Calificación Básica.	Índice AMD	Calificación Básica.	Índice AMD:
20	25	51	63
22	26	52	64
23	28	53	65
24	29	54	66
25	30	55	69
26	31	56	70
27	33	57	71
28	34	58	73
29	35	59	74
30	36	60	75
31	38	61	76
32	39	62	78
33	40	63	79
34	41	64	80
35	43	65	81
36	44	66	83
37	45	67	84
38	46	68	85
39	48	69	86
40	49	70	88
41	50	71	89
42	51	72	90
43	53	73	91
44	54	74	92
45	55	75	94
46	56	76	96
47	58	77	97
48	59	78	98
49	60	79	99
50	61	80	100

AMD*: Automedición de depresión.

