

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

DEPRESION POST-ABORTO

Grado de depresión en 200 pacientes post-aborto atendidas en la Consulta Externa del Servicio de Complicaciones Prenatales del Hospital General San Juan de Dios, mayor, junio y julio de 2002. Guatemala.

LOURDES MARÌA TRIGUEROS LÒPEZ

MEDICA Y CIRUJANA

Guatemala, agosto de 2002

Asesores: Dr. César Augusto Reyes Martínez
Dr. Francisco Erick Fernando Von Ahn Rodas
Revisora: Dra. Ana Margarita Rodas de Recinos
Docente Unidad de Tesis: Dr. Edgar de León

INDICE

I. INTRODUCCION	04
II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	05
III. JUSTIFICACION	06
IV. OBJETIVOS	07
V. REVISION BIBLIOGRAFICA	08
VI. MATERIAL Y METODOS	20
VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	24
VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	42
IX. CONCLUSIONES	44
X. RECOMENDACIONES	45
XI. RESUMEN	46
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	47
XIII. ANEXOS	50

I. INTRODUCCION

La depresión es una patología que afecta muy frecuentemente a la población en general y que se puede desencadenar tanto por factores internos como externos. El embarazo crea una tensión psíquica en las pacientes y la interrupción de éste, asociado a otros factores socioculturales pueden contribuir grandemente a la aparición de un cuadro depresivo.

El presente trabajo es un estudio descriptivo transversal realizado en pacientes post-aborto en el Hospital General San Juan de Dios, durante mayo y junio de 2002. Tiene como objetivo principal determinar la presencia y el grado de depresión en las pacientes post-aborto que estuvieron ingresadas en el Servicio de Complicaciones Prenatales, y luego relacionar ésta con el estado civil, la edad, ocupación y procedencia, todo esto realizando una entrevista personal a cada paciente y luego aplicando el test de Hamilton para la depresión.

Esto se realizó entrevistando primero a las pacientes que se encontraban en el servicio de Complicaciones Prenatales del Hospital General San Juan de Dios y de ellas, se tomó a 200 pacientes no tenían síntomas depresivos antes del aborto para que acudieran al hospital, luego de 2 semanas del legrado para hacerles entonces el test de Hamilton.

En los resultados se puede observar que la presencia de depresión en las pacientes post-aborto en dicho hospital, es mayor a lo que reporta la literatura internacional, por lo que es de suma importancia que se le de la atención adecuada a este campo para que las pacientes tengan una mejor atención.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

La depresión es un problema que afecta a una gran parte de la población mundial, misma que actualmente va en aumento. Estudios recientes reportan que del 15% al 25% de la población mundial es afectada por dicha entidad, y que solamente el 25% de ellos es tratado por un especialista.(15) Es dos veces más común en mujeres que en hombres, y su pico de incidencia se encuentra durante la edad reproductiva

Para que aparezca depresión tienen que interactuar tanto aspectos biológicos como psicosociales. Constantemente el apareamiento de un cuadro depresivo se relaciona con un evento emocionalmente traumático, como una enfermedad no psiquiátrica, uso de drogas, muerte o separación de un ser querido y predisposición personal y familiar a padecer depresión.

Las mujeres durante el embarazo están expuestas a muchos factores que pueden contribuir a la interrupción temprana de éste. Diversos estudios internacionales revelan que hay aproximadamente 35 millones de abortos al año debido a diferentes causas.(3) Según las estadísticas del Hospital General San Juan de Dios, en un año se atienden 1500 casos de aborto.

El stress que ocasiona el inicio de un embarazo y luego la interrupción del mismo, son factores que pueden contribuir enormemente a la aparición de un cuadro depresivo y como consecuencia de esto amenazar la salud y la vida de las pacientes y de las personas que los rodean. Si a esto le asociamos el nivel socioeconómico en nuestro país y otras situaciones personales, nos damos cuenta que las pacientes que han abortado tienen un riesgo muy elevado de padecer un cuadro depresivo.

III. JUSTIFICACION

El diagnóstico de depresión ha sido siempre subestimado en la práctica médica, aún teniendo conocimiento de que una gran parte de la población la padece y un mayor número está en riesgo de padecerla.

Debido a las complicaciones que esta enfermedad conlleva es muy importante hacer un diagnóstico temprano y dar el tratamiento adecuado a estos pacientes para evitar problemas posteriores que pueden ser fatales. Un estudio realizado en Estados Unidos informa que el 60% de las pacientes que han abortado presentan tendencias suicidas. (13)

Actualmente en Guatemala no se cuenta con ningún estudio en relación a depresión post-aborto, y por la cantidad de pacientes que consultan al Hospital General San Juan de Dios por aborto, y la influencia que tiene esta situación sobre la depresión, es de gran importancia prestarles la atención adecuada para poder ofrecer en el futuro una mejor ayuda no sólo en el aspecto físico sino también en el aspecto emocional para así contribuir a prevenir situaciones más complicadas.

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL

1. Establecer la presencia de depresión y grado de la misma en mujeres después de un aborto, atendidas en el Servicio de Complicaciones Prenatales del Hospital General San Juan de Dios, durante el período de mayo a julio de 2002.

B. ESPECIFICOS

1. Relacionar el grado de depresión que presenten las pacientes con la edad, estado civil, ocupación y procedencia.
2. Determinar el grado de depresión que presentan las mujeres después de un aborto por medio del test de Hamilton.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. DEPRESIÓN

1. Definición

La depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por sentimientos exagerados de tristeza, melancolía, abatimiento, disminución de la autoestima, aislamiento social y soledad. Es una entidad que afecta al organismo, el ánimo, la manera de pensar y de vivir. (9, 14, 22)

2. Epidemiología

Se han hecho estudios que revelan que en nuestros tiempos el 15- 25% de la población mundial sufre de depresión y que de ellos, menos del 25% es tratado por un especialista en Salud Mental. Se estima que de los enfermos que acuden al médico general del 10 al 20% cursan con síntomas depresivos. (9, 15)

Actualmente el diagnóstico de depresión es considerado el más frecuente en la práctica psiquiátrica, aproximadamente el 50% de los pacientes atendidos por los psiquiatras padecen esta patología. (4, 22)

Un estudio hecho en 1993 por Karasu y cols. indica que en el curso de la vida la probabilidad de padecer un cuadro depresivo es de 26% en las mujeres y 12% en los hombres. Es dos veces más común en las mujeres que en los hombres y aparece principalmente entre los 25 - 45 años de edad. (15, 31)

De todos los pacientes deprimidos, el 50% experimentan otro episodio depresivo y el 30% permanece con síntomas entre cada episodio. Se estima que un episodio depresivo dura un año en promedio, que el 80% se recupera totalmente en dos años, y en el 20% restante se convierte en una depresión crónica. El 35% recaen en un año. (30, 31)

3. Etiología

Según los estudios efectuados acerca del origen de la depresión, ahora se sabe que interactúan factores biológicos y psicosociales. Estas circunstancias pueden actuar entonces sobre una personalidad con predisposición a padecer depresión y entonces aparecer tal patología.

a. Aspectos Biológicos

i. Bioquímica

A partir de todos los estudios realizados, se puede aceptar que un estado depresivo está dado por una alteración en los neurotransmisores. Hay una disregulación de dopamina, noradrenalina y serotonina, fundamentalmente, lo que se traduciría entonces en una menor estimulación de receptores postsinápticos e interrupción del estímulo nervioso. Esta estimulación disminuida de las neuronas conlleva una menor actividad de estructuras neurofisiológicas que serían las responsables de una sensación de menor tono afectivo. En esta situación podemos encontrar alteración, en la sangre, líquido cefalorraquídeo y orina, de los metabolitos de las aminas siendo estos el derivado de la serotonina el ácido 5-hidroxiindolacético, derivado de la dopamina ácido homovanílico y derivado de la noradrenalina el 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol. (4, 5, 14, 15, 28, 31)

ii. Hormonal

Se encuentran también alteraciones neuroendócrinas que podrían ser debidas a disminución de la llegada de las aminas al hipotálamo, por lo que se encuentra hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, mayor secreción de cortisol, menor liberación de tiotropina, disminución de hormona de crecimiento, disminución de hormona folículo-estimulante, disminución de hormona luteinizante y disminución de testosterona. Los cambios en la regulación hipotálamo-hipófisis-suprarrenal orientan a que la depresión puede ser una disregulación adaptativa a la respuesta de stress mediada genéticamente o secundaria a la exposición a niveles significativos de stress durante períodos largos. (5, 14, 15, 28)

iii. Genético

Es necesario que se haga una historia clínica adecuada, con mucho énfasis en los antecedentes familiares, ya que se ha visto que los trastornos del estado de ánimo se transmiten en familias, aunque es mucho más dominante en los trastornos bipolares que en los depresivos. (14, 22)

Cuando uno de los padres tiene un trastorno depresivo mayor, el hijo tiene 10-13% de probabilidad de trastorno del estado de ánimo. Si

ambos progenitores padecen un trastorno bipolar, el hijo tendrá 50-75% de probabilidad de padecer un trastorno del estado de ánimo y cuando sólo uno de los padres padece de trastorno bipolar, la probabilidad para el hijo será de 25%. Si un gemelo monocigoto es bipolar I, el otro gemelo tiene la probabilidad de 33-90% de ser bipolar I. Si un gemelo monocigoto tiene trastorno depresivo mayor, el otro tiene 50% de probabilidad de serlo también. (14)

b. Aspectos Psicológicos

En los últimos años se ha estudiado más a profundidad las teorías psicológicas sobre la etiología de los trastornos del estado de ánimo.

i. Teorías Psicodinámicas

La teoría del psicoanálisis realiza la baja autoestima como síntoma principal del trastorno. Otras de estas teorías psicoanalíticas afirman que la depresión es una reacción a la pérdida de un objeto amado, lo cual provocaría deseos hostiles hacia dicho objeto pero que serían dirigidos hacia uno mismo como consecuencia de la introyección del objeto, llevando entonces a un exceso de autorreproches y sentimientos de culpa. Las teorías psicodinámicas más recientes siguen apoyando la pérdida del objeto amado como factor clave de la depresión, pero no están de acuerdo con la hipótesis de la ira interiorizada, ya que para ellos, las personas vulnerables a la depresión serían quienes desde la niñez, debido a pérdidas tempranas del objeto amado, normalmente por rechazo, separación o muerte de los padres, han desarrollado una autoestima excesivamente dependiente de la aprobación y el afecto de los demás por lo que se ven incapaces de superar la frustración cuando son rechazados, criticados o abandonados. (4, 9,14)

ii. Teorías Conductuales

Estas teorías resaltan la reducción generalizada en la frecuencia de las conductas como síntoma más importante de la depresión, esta reducción sería la consecuencia de una pérdida de refuerzos positivos o de una pérdida en la efectividad de tales reforzadores. Dichas pérdidas podrían deberse también a la combinación de factores ambientales e intrapersonales. (4)

iii. Teorías Cognitivas

El conjunto de estas teorías señalan que la depresión depende de cómo el individuo ve e interpreta los acontecimientos que le ocurren. En este aspecto, se caracteriza la depresión por un procesamiento

negativamente distorsionado de la información del entorno, procesamiento que se concreta en una visión negativa del yo, del mundo y del futuro, que sería responsable del mantenimiento y exacerbación del resto de síntomas depresivos. Esto tendría lugar luego de la aparición de un acontecimiento estresante en personas con actitudes disfuncionales para interpretar la realidad y que también exageran el valor de ciertos acontecimientos vitales. (4, 14)

c. Aspectos Físicos

Se ha comprobado que muchos trastornos médicos pueden contribuir a la aparición de depresión ya sea que estos directamente contribuyan desencadenando aspectos biológicos o como una reacción a los síntomas de la enfermedad que padece.(20)

Puede coexistir en pacientes con diabetes, hipotiroidismo, enfermedad de Parkinson, Alzheimer, aterosclerosis cerebral, lesión cerebral traumática, epilepsia, enfermedad de Cushing, enfermedad de Addison, con cambios hormonales, otras enfermedades psiquiátricas y abuso de sustancias. (10, 20, 23)

4. Clasificación

Se han utilizado diversas clasificaciones para la depresión. Las que se encuentran más comúnmente son las que se escriben a continuación. (4, 6, 24, 25)

a. Depresión Reactiva

Se caracteriza por un sentimiento agudo de abatimiento, tristeza y disforia depresiva y que puede variar en intensidad y duración. En general, está provocada por una reacción no realista e inapropiada frente a una situación externa identificable o un conflicto intrapsíquico, y desaparece cuando se altera la circunstancia o el conflicto se entiende y resuelve.

b. Depresión Endógena

En este tipo de depresión, los síntomas no aparecen en respuesta a algún factor psicológico obvio precipitante o causante. Las causas suelen ser factores biológicos que no son indentificables y que regularmente pasan luego de eventos que son cambiados por otros mejores. Ha sido llamada también melancolía.

c. Depresión Psicótica

Es una depresión grave que va acompañada de delirios y alucinaciones y que regularmente incapacita al paciente para desenvolverse en la mayoría de áreas.

d. Depresión Neurótica

Depresión con sintomatología que interfiere sólo con algunas áreas del funcionamiento del paciente, mantiene el contacto con la realidad y es menos grave.

e. Depresión Primaria

Trastorno depresivo que existe aisladamente, es decir, sin la presencia actual o pasada de otro cuadro distintivo al afectivo (alcoholismo, esquizofrenia, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos orgánicos cerebrales, etc.).

f. Depresión Secundaria

Es un cuadro depresivo que se da en pacientes con un trastorno médico o psiquiátrico preexistente diferente a la depresión o a la manía.

5. Otros criterios de clasificación

a. La Asociación Psiquiátrica Americana ha utilizado otra clasificación, según el DSM-IV: (4, 28)

i. Episodio Depresivo Mayor

Cuando se encuentra presencia simultánea de una serie de síntomas importantes durante un período prácticamente continuado de 2 semanas, que los síntomas interfieran marcadamente con la vida cotidiana del paciente, que los síntomas no sean causados por una enfermedad o ingesta de sustancias y que los síntomas no se deban a una reacción de duelo normal por la muerte de un ser querido.

ii. Distimia

Es un estado depresivo que está presente durante casi todo el día y que ha durado por lo menos dos años dentro de los cuales no ha habido un período de más de 2 meses libre de síntomas depresivos.

iii. Trastorno depresivo no especificado

En este se incluyen todos aquellos trastornos depresivos que no se adecúan a los dos conceptos anteriores. Entre este grupo se encuentra el

trastorno disfórico premenstrual, depresión pospsicótica de la esquizofrenia, etc.

b. También se puede clasificar la depresión, según la intensidad de los síntomas que se presentan. El CIE-10 la clasifica así: (24)

i. Episodio depresivo leve

En este grado de depresión los síntomas no deben presentarse en grado intenso, el paciente tiene alguna dificultad para llevar a cabo sus actividades laborales y sociales, aunque es probable que no las abandone completamente. Los síntomas depresivos deben estar presentes por lo menos dos semanas.

ii. Episodio depresivo moderado

Los síntomas se presentan probablemente, en grado intenso y por lo menos durante dos semanas, suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

iii. Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

El paciente presenta una considerable angustia o agitación, se encuentra mayor cantidad de síntomas depresivos y de intensidad grave. Hay un elevado riesgo de suicidio. El episodio debe durar al menos dos semanas, pero cuando los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido se puede hacer diagnóstico en tiempo menor. Es probable que el paciente no pueda continuar con sus actividades cotidianas.

iv. Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Con las características del episodio depresivo grave pero además presentan ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes se asocian a temas de pecado, ruina o catástrofes e hipocondría, de los que el paciente se siente responsable, las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido. Las alucinaciones e ideas delirantes pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

v. Otros episodios depresivos

Son episodios que no reúnen las características de los anteriores, pero que por la sintomatología son de naturaleza depresiva.

5. Sintomatología

Una persona con estado de ánimo deprimido puede tener síntomas y signos muy variados, que se pueden presentar en episodios o puede permanecer continuamente y van desde los leves hasta graves, pudiendo aparecer ideas o intentos suicidas. Estos síntomas se han agrupado en cinco grupos, siendo éstos: (4, 6, 11)

a. Síntomas anímicos

El más importante y característico de este grupo es la tristeza, la cual se presenta en la gran mayoría de deprimidos. También se encuentran sentimientos de abatimiento, infelicidad, irritabilidad, sensación de vacío y en casos graves los pacientes manifiestan que no son capaces de tener sentimiento alguno y que les es casi imposible llorar. (4, 9, 14, 22)

b. Síntomas motivacionales y conductuales

Se manifiestan por estado general de inhibición, apatía, indiferencia y disminución de la capacidad de sentir placer. Los pacientes sienten que les es muy difícil realizar sus tareas diarias, tienen dificultad para tomar decisiones. Cuando estos síntomas son muy graves se manifiesta con retardo psicomotor que es el enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras, el habla, gestos e inhibición de motivaciones. En casos muy extremos el paciente se encuentra en un estado caracterizado por mutismo y parálisis motora casi totales, a lo cual se le ha llamado estupor depresivo. Los pacientes presentan ideas suicidas que muchas veces se convierten en intentos suicidas. (4, 11, 29)

c. Síntomas cognitivos

Los pacientes se ven muy afectados en este sentido, ya que la memoria, la atención y la capacidad de concentración se ven disminuidos, lo cual los incapacita en la realización de sus actividades normales. Además los pacientes tienen ideas negativas acerca de ellos mismos y su entorno. Hay autodepreciación, autoculpación y pérdida de autoestima. (4, 9, 14)

d. Síntomas físicos

Son el principal motivo de consulta de los pacientes deprimidos. La mayoría se queja de problemas de sueño, ya sea insomnio o hipersomnias. Son comunes también la fatiga, disminución de la actividad sexual y de la libido, dolores de cabeza, espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, anorexia o alimentación compulsiva, micción dolorosa,

visión borrosa, sequedad y ardor en la boca, opresión precordial, taquicardia, dolor pélvico y amenorrea.(9, 11, 20)

e. Síntomas interpersonales

Existe un marcado deterioro en las relaciones con los demás, disminuyen el interés por la gente, se sienten rechazados por los demás lo cual aumenta su poco interés por relacionarse con más personas. (4, 14)

6. Diagnóstico

Los pacientes con depresión presentan gran cantidad de síntomas que muchas veces pueden confundir al médico, por lo que es necesario ser muy observador y aplicar los métodos precisos para llegar a un diagnóstico certero.

a. Entrevista

Es de suma importancia realizar una entrevista donde el médico deberá evaluar y poner mucho énfasis en el aspecto, la expresión, el comportamiento y la actitud del paciente y escuchar a lo que éste le dice, más que hacer preguntas directas que al principio pueden incomodarle. Es importante también hacer una comparación entre la forma de vida actual y de tiempo atrás, comparar las actividades y rendimiento que evidenciará el cambio en la vida del paciente. (6, 22, 27)

b. Pruebas psicológicas

Se han propuesto varias pruebas para ayudar al diagnóstico de depresión, pero lo más importante es lo obtenido de la entrevista con cada paciente. Entre las pruebas más conocidas se mencionan:(7, 14)

i. Prueba de autoevaluación de rasgos depresivos de Zung: Mide la intensidad de la depresión y la puntuación es asignada por cada paciente.

ii. Test de evaluación para depresión de Hamilton: Originalmente consistía en una serie de 21 ítems para evaluar la intensidad de la depresión, pero actualmente se hizo una modificación quedando con 17 ítems que son valorados por el examinador. Es el más utilizado desde que fue creado en 1959.

iii. Test de Rorschach: Consiste en una colección de 10 manchas de tinta que son interpretadas por cada paciente y que en caso de

depresión hay escasas asociaciones y tiempo de respuesta lento. Es necesario que la persona que lo califica sea experta en ello.

iv. Test de apercepción temática: También conocido como T.A.T. por las siglas en inglés (Thematic Aperception Test). Es una serie de 30 f figuras que representan situaciones ambiguas y episodios interpersonales. El paciente tiene que elaborar una historia de cada una de ellas. En los pacientes depresivos se oyen historias depresiva y en pacientes maníacos son historias más dramáticas y grandiosas.

c. Pruebas de laboratorio (11, 14, 28)

i. Prueba de supresión con dexametasona: Existe falta de supresión debida a la hipersecreción de cortisol secundaria a la hiperactividad del eje hipotálamo- hipófisis-suprarrenal. Es anormal en el 50% de pacientes con depresión mayor.

ii. TSH: Hay menor liberación en respuesta a la hormona liberadora de tirotrópina.

iii. Liberación de prolactina: Es disminuida, en respuesta al triptófano.

d. Diagnóstico por imágenes

En ninguno de estos estudios se evidencia grandes cambios en el cerebro, por lo que no son de mucha utilidad.(14, 28)

i. Tomografía axial computarizada: Muestra agrandamiento de los ventrículos cerebrales o menor flujo en los ganglios basales.

ii. Resonancia magnética nuclear: Se ha observado que los núcleos caudados y lóbulos frontales son más pequeños en los pacientes con trastorno depresivo mayor que en los pacientes control.

7. Tratamiento

Los trastornos del estado de ánimo deben ser tratados adecuadamente para ayudar a recobrar la salud del paciente y evitar problemas posteriores que pueden ser más graves. Debe considerarse tanto el uso de psicofarmacoterapia como de psicoterapia ya que una es complemento de la otra y si se menosprecia cualquiera de ellas el tratamiento puede que no sea

eficaz. La selección del tratamiento se basará en el examen y diagnóstico hecho por el médico, la psicoterapia sola es efectiva en algunas personas con formas leves de depresión, las personas con depresión moderada o severa mejoran con antidepresivos y psicoterapia.

a. Psicofármacos

Existen diversos tipos de medicamentos antidepresivos utilizados actualmente. Hay ocasiones en las que el médico utiliza varios medicamentos antes de encontrar el adecuado para cada paciente. El efecto terapéutico aparece entre las 2 a 4 semanas de iniciado el tratamiento y la dosis debe ir aumentándose hasta que sea efectiva y debe ser evaluado periódicamente por el médico para verificar que la dosis indicada es la adecuada. Estos medicamentos no crean dependencia. (5, 7, 12, 17, 22, 31)

i. Antidepresivos tricíclicos

Estos fármacos inhiben la captación neuronal de noradrenalina y serotonina y potencian la acción de las aminas. Sus efectos secundarios más importantes son estreñimiento, retención urinaria, boca seca, sedación e hipotensión postural.

ii. Litio

Este fármaco inhibe la liberación de noradrenalina y regulariza el metabolismo del sodio en el tejido cerebral. No es un antidepresivo sino que se usa en psicosis cíclicas, pero en depresión se ha usado en combinación con antidepresivos tricíclicos y se ha obtenido una buena respuesta. Se utiliza también como profiláctico. No produce tolerancia o dependencia y no tiene ningún efecto sobre el estado de ánimo normal sino que actúa en las variaciones anormales del afecto.

iii. Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)

Estos actúan sobre la función reguladora de la degradación de catecolaminas en los tejidos efectores. Se utilizan principalmente en pacientes que no responden a los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y otros antidepresivos nuevos.

En pacientes que toman estos medicamentos se pueden observar efectos secundarios como aumento de calor en las extremidades, somnolencia, estreñimiento, disuria, sequedad de la boca, temblor fino, mioclonías durante la noche, retrasos en la eyaculación y la micción, impotencia, palpitaciones, aumento o disminución de peso,

hipotensión, vértigo, fatiga y mareos. Es necesario también que en estos pacientes se hagan restricciones de alimentos como quesos fermentados, vinos, encurtidos y alimentos en conserva de vinagre ya que contienen elevados niveles de tiramina y la interacción de ésta con los IMAO puede ocasionar una crisis hipertensiva que puede conllevar a un evento cerebro-vascular.

iv. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

Es un grupo de fármacos relativamente nuevo que actúan bloqueando la recaptura de serotonina en el botón presináptico, evitando así su destrucción por la monoaminoxidasa intramitocondrial, quedando entonces mayor cantidad de serotonina en el corredor sináptico para estimular al receptor postsináptico.

Se han impuesto como alternativa de primera elección en el tratamiento debido a su mayor seguridad, tolerabilidad y facilidad de dosificación. Se utiliza también en pacientes con depresión mayor y cuando hay resistencia al efecto de otros antidepresivos o si los efectos secundarios de éstos son insoportables para el paciente.

Muestran pocos efectos secundarios, siendo algunos de ellos náuseas, diarrea, ansiedad, agitación psicomotora, temblor, insomnio o somnolencia, sequedad de boca, pueden disminuir la frecuencia de embarazo e incrementar las pérdidas por implantación.

v. Nuevos antidepresivos

Recientemente han aparecido nuevos antidepresivos que han mejorado la capacidad terapéutica de la depresión con respecto a los antiguos tratamientos, aunque no se puede decir que han superado a los ISRS. De ellos se han utilizado los siguientes:

- Reboxetina: Es el más reciente de los antidepresivos, único inhibidor selectivo de la recaptación de la noradrenalina. Se ha utilizado en depresiones severas con alto componente melancólico, depresiones inhibidas o en los que es aconsejable favorecer el estado de alerta, la motivación y la capacidad cognitiva del paciente.
- Venlafaxina: Es un inhibidor dual de receptores de serotonina y noradrenalina. Ha demostrado una reducción significativa en los síntomas depresivos desde la segunda semana de tratamiento. Es eficaz también en tratamientos a largo plazo. Su efecto secundario más frecuente es la náusea.

- Nefazodona: Inhibe la recaptación de serotonina, norepinefrina y la neurotransmisión por los receptores 5-HT₂. Sus efectos adversos más comunes son náusea, somnolencia, boca seca, vértigo, estreñimiento, mareo y visión borrosa.
- Mirtazapina: Antidepresivo que además mejora los síntomas de ansiedad, somatización e insomnio. Es un sedante a dosis bajas. Sus efectos adversos son somnolencia, aumento de apetito, aumento de peso, boca seca, estreñimiento y vértigo.

b. Terapia natural

En la época actual se ha intensificado el uso de la terapia naturista. En Europa y en Estados Unidos se utiliza actualmente la hierba de San Juan, o *Hypericum perforatum*, para el tratamiento de la depresión aunque no se sabe la forma en que actúa. Actualmente en Alemania es el antidepresivo más utilizado. Se ha visto que tiene interacciones farmacológicas con anticonceptivos orales y antiretrovirales, pero aún se están haciendo estudios en relación a sus efectos secundarios. (9, 22)

Debido al gran interés que este tratamiento ha despertado, se está realizando un estudio en pacientes con depresión severa, en quienes se comparará el uso de hierba de San Juan, ISRS y placebo, el cual está pendiente de publicación de resultados. (22)

c. Terapia electroconvulsiva

También llamada electroshock. Se ha utilizado principalmente en pacientes con depresión severa, que pone en peligro su vida y en quienes no pueden tomar antidepresivos. Se ha visto, a lo largo de los años, que es efectiva en los casos en que los antidepresivos no proporcionan alivio suficiente. Para obtener su máximo beneficio se requieren varias sesiones, que pueden ser hasta por tres semanas. (9, 14)

d. Psicoterapia

La psicoterapia en pacientes deprimidos se basa en la motivación para ver una esperanza y proporcionar satisfacciones. Se ha utilizado principalmente la terapia cognitiva que radica en cambiar el patrón de pensamientos nocivos, examinando los sentimientos y el pensamiento automático relacionado a los mismos para aprender a diferenciar entre pensamientos realistas de los pensamientos distorsionados de la realidad. (26)

B. DEPRESION Y SU RELACION CON EL ABORTO

Cuando una mujer inicia un embarazo presenta cambios psicológicos, el primero de los cuales es la identificación, conforme el embarazo sigue su curso la mujer fantasea con el niño y luego desea tener al bebé lo más pronto posible, esto puede llevar a alteraciones en el equilibrio emocional de estas mujeres aunque su salud mental sea excelente. (15)

Después de experimentar un aborto la mujer está predispuesta a sufrir trastornos psiquiátricos. Se ha encontrado en diversos estudios que las mujeres han presentado disforia en 50 - 60%, depresión en 10 - 20% y psicosis en 2x1000 dentro de las primeras ocho semanas después del aborto.(13, 32)

Los principales síntomas en las paciente depresivas son labilidad emocional, irritabilidad, sentimientos de inferioridad, sentimientos de culpa, fatigabilidad, miedo, palpitaciones, tensión y trastornos del sueño. Además pueden presentar disfunción sexual, abuso de alcohol y drogas, desórdenes alimenticios y trastornos de adaptación. Un estudio revela que el 60% de pacientes post-aborto tienen ideas suicidas y que de ellas el 28% intenta realmente suicidarse, para estas mujeres el riesgo de suicidio es 7 veces mayor que en una mujer que no ha pasado por esta situación. (1, 13, 32)

En los países desarrollados se ha visto que estas pacientes tienen muchas más probabilidades que otras de requerir ingreso posterior a un hospital psiquiátrico, pero que esto ha disminuido ya que el 25% de estas pacientes acuden a buscar ayuda psiquiátrica, aunque es un porcentaje relativamente bajo, por lo que se espera que cada vez sean más las que busquen ayuda. (1)

VI. MATERIAL Y METODOS

A. Metodología

1. Tipo de estudio:

Descriptivo transversal.

2. Sujeto de estudio:

Mujeres post-aborto que acudieron a las clínicas de Consulta Externa del Servicio de Complicaciones Prenatales del Hospital General San Juan de Dios.

3. Muestra del estudio:

En el Hospital General San Juan de Dios, durante el año 2001, se atendieron 1500 casos de aborto, según los datos de Registros Médicos de dicho hospital. Con este dato, se utilizó el programa EPIINFO 6 para obtener la muestra del estudio, quedando ésta en 200 pacientes. Este programa fue facilitado por el programa de EPS Rural de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC.

4. Criterios de inclusión y de exclusión:

a. De Inclusión:

- Pacientes entre 15 y 49 años
- Pacientes que tuviesen como mínimo 2 semanas post-aborto
- Pacientes a quien se les hubiese realizado legrado post-aborto en el Hospital General San Juan de Dios
- Pacientes que acudieron a la Consulta Externa del servicio de Complicaciones Prenatales del HGSJDD
- Consentimiento informado para participar en la investigación

b. De Exclusión:

- Pacientes con diagnóstico de depresión hecho previamente
- Pacientes con tratamiento con antidepresivos
- Pacientes con menos de dos semanas post-aborto
- Pacientes menores de 15 años y mayores de 49 años
- Pacientes atendidas en la Consulta Externa del servicio de Complicaciones Prenatales del HGSJDD por un diagnóstico diferente a aborto

- Pacientes que al momento de la entrevista refirieran síntomas depresivos desde antes del aborto

5. Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición
Depresión post aborto	Trastorno emocional caracterizado por sentimientos exagerados de tristeza, melancolía, abatimiento, disminución de autoestima, desesperanza y que afecta también al organismo, desencadenado por una situación de stress.	Se observó la presencia de depresión por medio de una entrevista realizada a la paciente y por las respuestas obtenidas en el test de Hamilton	Dependiente cualitativa	Nominal
Edad	Cantidad de años de vida	Se le preguntó a la paciente cuántos años cumplidos tenía en el momento de la entrevista y se clasificó en rangos de 15-20, 21-25, 26-30, 31-35, 36-40, 41-45, 46-49 años	Independiente cuantitativa	De Intervalo
Tiempo post-legrado	Período desde el día en que fue realizado el legrado hasta el día de la entrevista	Mujeres con 2 semanas post-aborto como mínimo, que acudieron a la Consulta Externa	Independiente cuantitativa	De intervalo
Etnia	Agrupación natural de individuos de igual cultura	Se clasificó en ladina si hablaba español o indígena si hablaba una lengua	Independiente cualitativa	Nominal
Ocupación	Acciones en las	Se clasificó en Ama	Independiente	Nominal
		22		

	que se desempeña una persona diariamente	de Casa quien se dedicara a labores del hogar exclusivamente y Asalariada quien es remunerada por las acciones que realiza	cualitativa	
Procedencia	Lugar donde vive la persona.	Se clasificó en Area rural si vivía fuera de la ciudad y Area urbana si vivía en la ciudad	Independiente cualitativa	Nominal
Escolaridad	Cursos que recibe una persona por parte de un sistema de educación	Se clasificó en Alfabeto quien sabía leer y escribir y analfabeto quien no sabía leer ni escribir	Independiente cualitativa	Nominal
Estrato socio económico	Nivel social que es dado a una persona por la sociedad según su forma de vida y sus ingresos	Se clasificó en Extrema pobreza a las que no alcanzaban a cubrir el costo de consumo mínimo de alimentos (Q1911 por persona/año), Pobreza no extrema a quien alcanzaba a cubrir el costo del consumo mínimo de alimentos pero no el costo mínimo adicional calculado para otros servicios básicos (Q4318 por persona/año), y No pobres quienes podían cubrir el costo del mínimo alimentario y el no alimentario (más de Q4,318 por persona/año)	Independiente cualitativa	Nominal
Paridad	Clasificación de una mujer por el número de hijos nacidos vivos que ha tenido	Se le preguntó la paciente cuántas veces ha estado embarazada, cuántos han sido partos normales, cuántas cesáreas, cuántos abortos y	Independiente cualitativa	Nominal

		cuántos hijos vivos tiene.		
--	--	----------------------------	--	--

6. Recolección de datos y aplicación del Test de Hamilton:

Se realizó una encuesta a las pacientes cuando aún se encontraban ingresadas en el servicio de Complicaciones Prenatales del Hospital General San Juan de Dios, de la cual se obtuvieron los datos personales de las pacientes y se les citó a la Consulta Externa para que fueran atendidas dos semanas después del aborto.

Cuando las pacientes acudieron a la Consulta Externa se les hizo una entrevista en la cual las pacientes explicaron como se había sentido y que sintomatología había observado, además allí se pudo observar la actitud, postura, desenvolvimiento, interés, atención y otros aspectos del paciente que ayudaron a evaluar su estado de ánimo.

Luego se les aplicó el Test de Hamilton por medio de preguntas directas según los conceptos que se contemplan en dicho test, estas preguntas se formularon con lenguaje sencillo para que las pacientes entendieran lo que se les preguntaba. Se procedió después a la calificación del Test de Hamilton sumando los puntajes de cada concepto y al obtener un puntaje final ya se pudo clasificar el grado de depresión de cada paciente, según los rangos ya establecidos. Se utilizó el test de Hamilton para la depresión ya que es el que ha dado mejores resultados en los estudios de depresión realizados internacionalmente.

7. Presentación de resultados

Se utilizó estadística descriptiva: cuadros y gráficas según se necesitó.

8. Aspectos éticos de la investigación:

Previo a la recolección de datos y aplicación del test de Hamilton, se le explicó a cada paciente que estos datos servirían para realizar un estudio de investigación, que no correrían ningún riesgo y que todos los datos que ellas aportaran son confidenciales. Se le explicó también que el beneficio será para las pacientes que en un futuro lleguen al Hospital General San Juan de Dios ya que se les podrá dar un apoyo más completo, tanto en el aspecto físico como en el psicológico.

Después de explicar todo lo anterior a cada paciente, quedó a su discreción participar o no en el estudio, y las que aceptaron firmaron una hoja donde consta que así lo desean o imprimieron su huella digital en caso de que fueran analfabetas.

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

PRESENCIA DE DEPRESION POST-ABORTO EN PACIENTES ENTREVISTADAS EN EL SERVICIO DE COMPLICACIONES PRENATALES DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, DURANTE LOS MESES MAYO Y JUNIO DE 2002.

Número de pacientes a quienes no se diagnosticó depresión post-aborto	Número de pacientes a quienes se diagnosticó depresión post-aborto	Total de pacientes entrevistadas
155	45	200

Fuente: Resultados del test de Hamilton

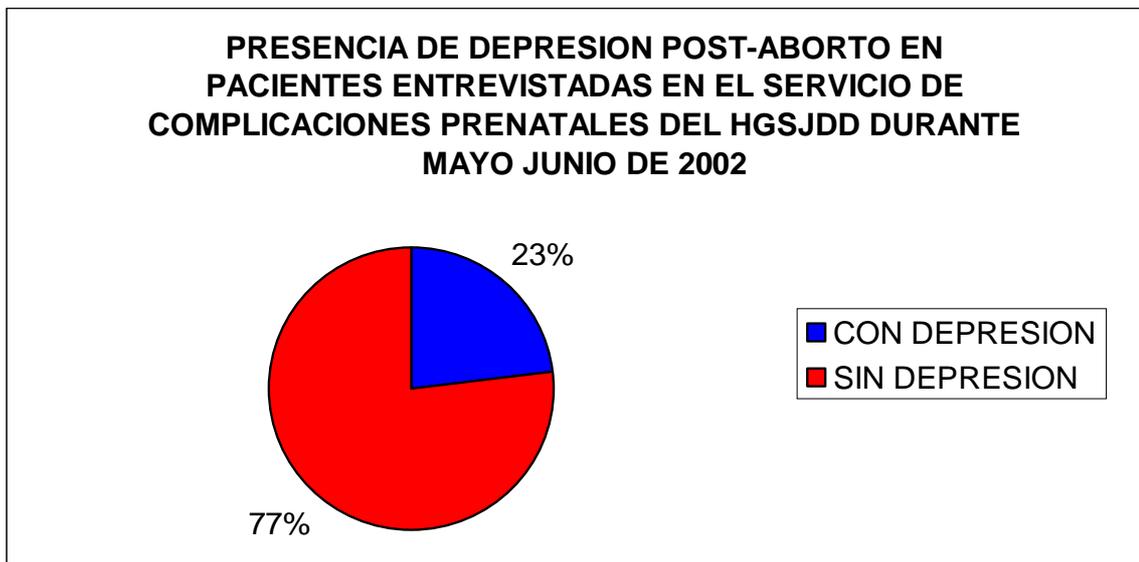
CUADRO No. 2

GRADO DE DEPRESION QUE PRESENTANRON LAS PACIENTES POST-ABORTO ENTREVISTADAS EN EL SERVICIO DE CPN DEL HGSJDD

GRADO DE DEPRESION	TOTAL DE PACIENTES	PORCENTAJES
Depresión leve	45	100
Depresión moderada	00	0
Depresión severa	00	0
TOTAL	45	100

Fuente: Resultados del test de Hamilton

GRAFICA 1



Análisis: En esta gráfica se puede observar que del total de pacientes entrevistadas, el 23% presentó depresión post-aborto.

CUADRO No. 3

TOTALES Y PORCENTAJES DE PACIENTES CON Y SIN DEPRESION ENTREVISTADAS EN EL SERVICIO DE COMPLICACIONES PRENATALES DEL HGSJDD DURANTE LOS MESES JUNIO Y JULIO DE 2002, CLASIFICADAS POR GRUPO ETAREO

GRUPO ETAREO	Total de pacientes con depresión	Porcentaje %	Total de pacientes sin depresión	Porcentaje %	TOTAL DE PACIENTES ENTREVISTADAS
15-20 años	07	3.5	41	20.5	48
21-25 años	16	8	41	20.5	57
26-30 años	13	6.5	23	11.5	36
31-35 años	06	3	22	11	28
36-40 años	02	1	21	10.5	23
41-45 años	01	0.5	06	3	07
46-50 años	00	0	01	0.5	01
TOTAL	45	22.5	155	77.5	200

Fuente: Guía de recolección de datos y test de Hamilton

CUADRO No. 4

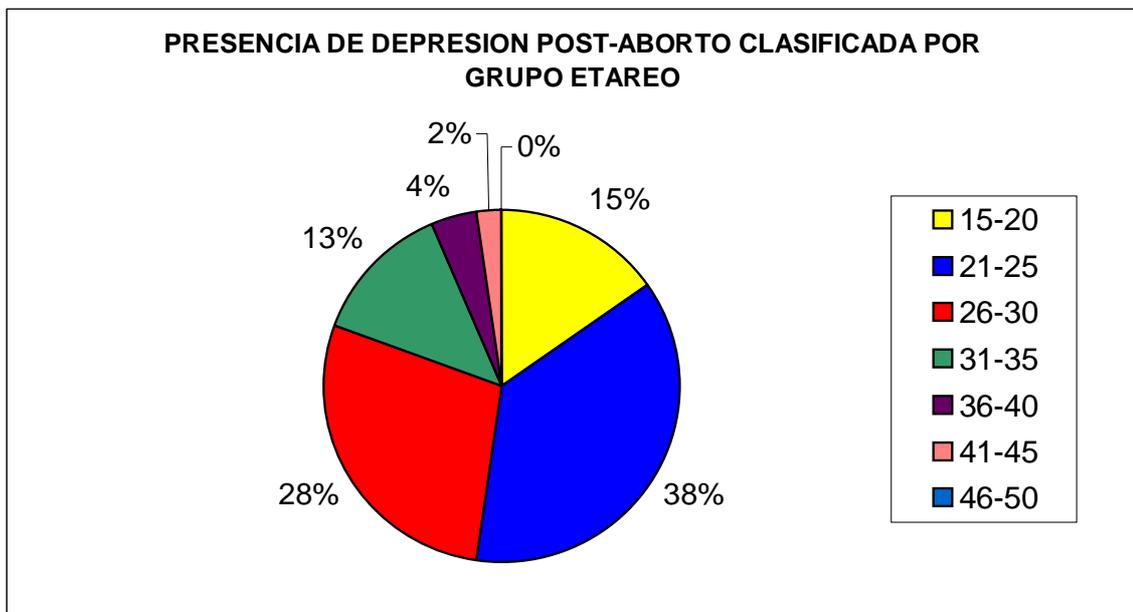
PRESENCIA DE DEPRESION POST-ABORTO CLASIFICADO POR GRUPO ETAREO

GRUPO ETAREO	Total de pacientes con depresión	Porcentaje %
15-20 años	07	15
21-25 años	16	38
26-30 años	13	28
31-35 años	06	13
36-40 años	02	4
41-45 años	01	2
46-50 años	00	0

TOTAL	45	100
-------	----	-----

Fuente: Guía de recolección de datos y test de Hamilton

GRAFICA 2



Análisis: En esta gráfica se puede observar que el grupo más afectado con depresión es el de las pacientes entre 21 y 25 años de edad, con el 38%, siguiéndole las de 26 a 30 años con el 28%.

CUADRO No. 5

TOTALES Y PORCENTAJES DE PACIENTES CON Y SIN DEPRESION,
CLASIFICADAS POR AREA DE PROCEDENCIA

AREA DE PROCEDENCIA	Total de pacientes con depresión	Porcentaje %	Total de pacientes sin depresión	Porcentaje %	TOTAL DE PACIENTES ENTREVISTADAS
Area Rural	11	5.5	42	21	53
Area Urbana	34	17	113	56.5	147
TOTAL	45	22.5	155	77.5	200

Fuente: Guía de recolección de datos y test de Hamilton

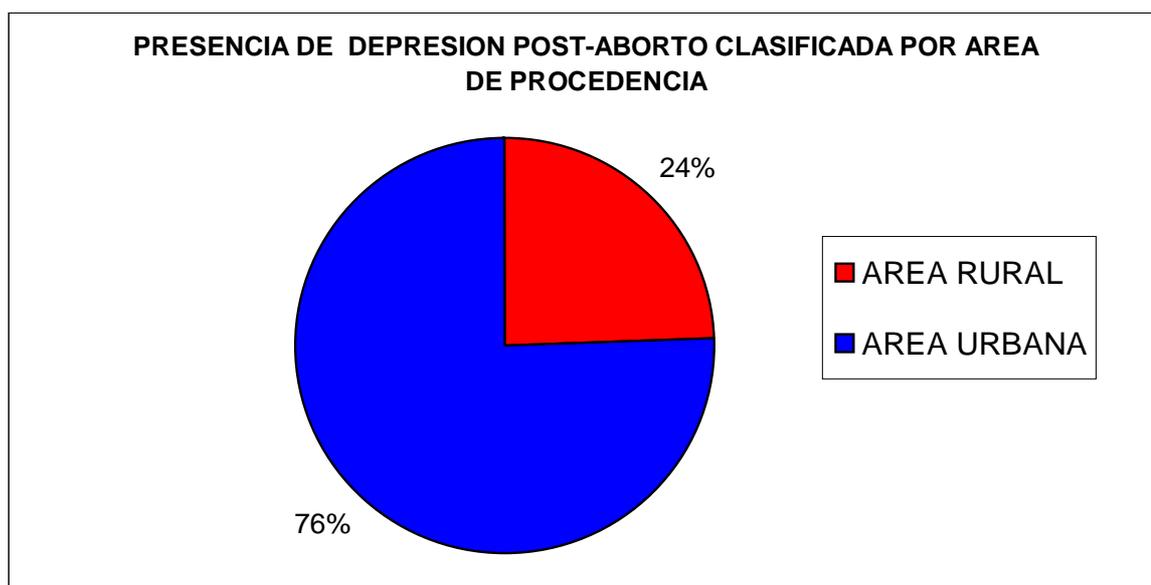
CUADRO No. 6

PRESENCIA DE DEPRESION POST-ABORTO CLASIFICADO POR AREA DE PROCEDENCIA

AREA DE PROCEDENCIA	Total de pacientes con depresión	Porcentaje %
Area Rural	11	24
Area Urbana	34	76
TOTAL	45	100

Fuente: Guía de recolección de datos y test de Hamilton

GRAFICA 3



Análisis: En esta gráfica se puede observar que el grupo de pacientes más afectadas por depresión post-aborto son las procedentes del área urbana.

CUADRO No. 7

TOTALES Y PORCENTAJES DE PACIENTES CON Y SIN DEPRESION,
CLASIFICADAS POR ESTRATO SOCIOECONOMICO

ESTRATO SOCIOECONOMICO	Total de pacientes con depresión	Porcentaje %	Total de pacientes sin depresión	Porcentaje %	TOTAL DE PACIENTES ENTREVISTADOS
Pobreza extrema	01	0.5	11	5.5	12
Pobreza no extrema	11	5.5	48	24	35
No pobres	33	16.5	96	48	81
TOTAL	45	22.5	155	77.5	200

Fuente: Guía de recolección de datos y test de Hamilton

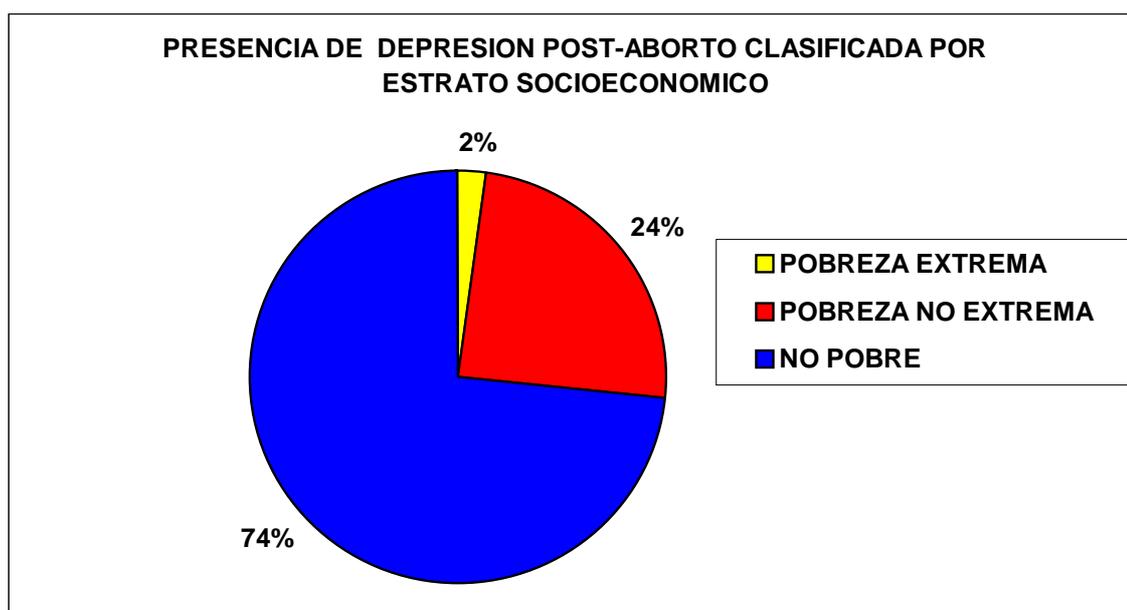
CUADRO No. 8

PRESENCIA DE DEPRESION POST-ABORTO CLASIFICADO POR ESTRATO SOCIOECONOMICO

ESTRATO SOCIOECONOMICO	Total de pacientes con depresión	Porcentaje %
Pobreza extrema	01	2
Pobreza no extrema	11	24
No pobres	33	74
TOTAL	45	100

Fuente: Guía de recolección de datos y test de Hamilton

GRAFICA 4



Análisis: En esta gráfica se puede observar que las pacientes más afectadas con depresión post-aborto son de situación económica No Pobre.

CUADRO No. 9

TOTALES Y PORCENTAJES DE PACIENTES CON Y SIN DEPRESION
CLASIFICADAS SEGÚN LA PARIDAD

PARIDAD	Total de pacientes con depresión	Porcentaje %	Total de pacientes sin depresión	Porcentaje %	Total de pacientes entrevistadas
Primigesta	09	4.5	44	22	53
Múltipara	36	18	111	55.5	129
TOTAL	45	22.5	155	77.5	100

Fuente: Guía de recolección de datos y test de Hamilton

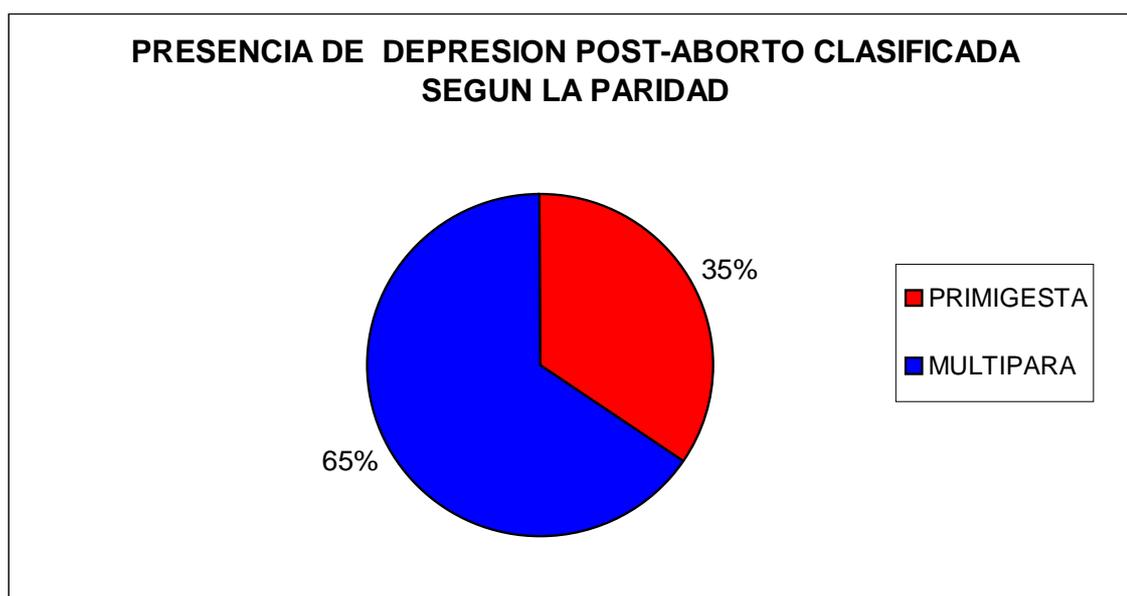
CUADRO No. 10

PRESENCIA DE DEPRESION POST-ABORTO CLASIFICADO SEGÚN LA
PARIDAD

PARIDAD	Total de pacientes con depresión	Porcentaje %
Primigesta	09	20
Múltipara	36	80
TOTAL	45	100

Fuente: Guía de recolección de datos y test de Hamilton

GRAFICA 5



Análisis: En esta gráfica se puede observar que las pacientes más afectadas con depresión post-aborto son quienes han tenido más de una gesta.

CUADRO No. 11

TOTALES Y PORCENTAJES DE PACIENTES CON Y SIN DEPRESION
CLASIFICADAS SEGÚN LA RAZA

RAZA	Total de pacientes con depresión	Porcentaje %	Total de pacientes sin depresión	Porcentaje %	TOTAL DE PACIENTES ENTREVISTADAS
Indígena	15	7.5	47	23.5	62
Ladina	30	15	108	54	138
TOTAL	45	22.5	155	77.5	200

Fuente: Guía de recolección de datos y test de Hamilton

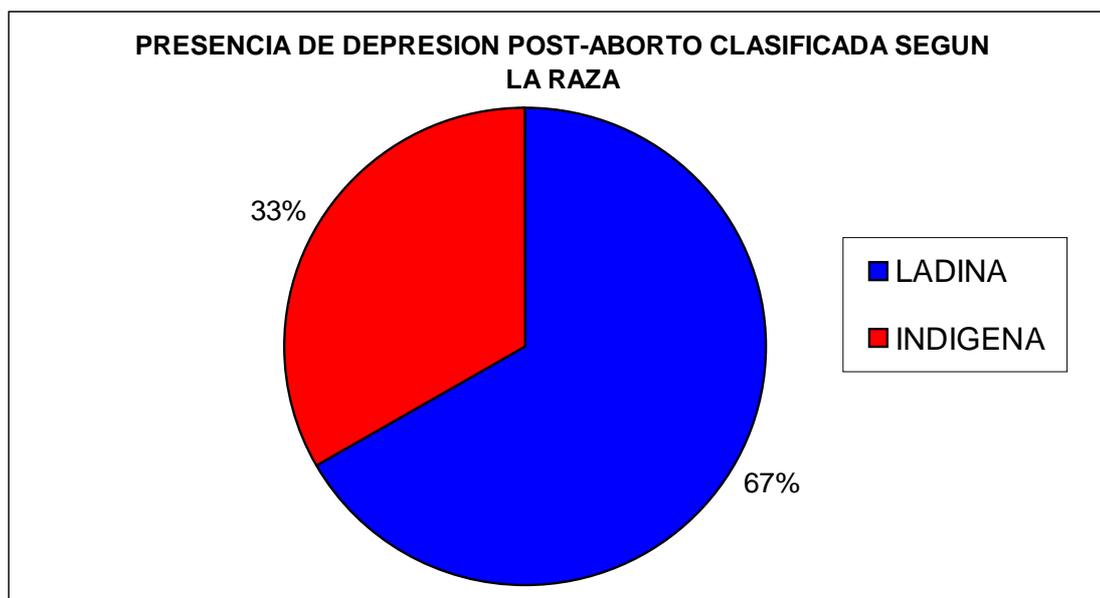
CUADRO No. 12

PRESENCIA DE DEPRESION POST-ABORTO CLASIFICADO SEGÚN LA
RAZA

RAZA	Total de pacientes con depresión	Porcentaje %
Indígena	15	33
Ladina	30	67
TOTAL	45	100

Fuente: Guía de recolección de datos y test de Hamilton

GRAFICA 6



Análisis: En esta gráfica se puede observar que las pacientes ladinas son más afectadas por depresión post-aborto que las pacientes indígenas.

CUADRO No. 13

TOTALES Y PORCENTAJES DE PACIENTES CON Y SIN DEPRESION
CLASIFICADAS SEGÚN LA ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	Total de pacientes con depresión	Porcentaje %	Total de pacientes sin depresión	Porcentaje %	TOTAL DE PACIENTES ENTREVISTADAS
Alfabeta	39	19.5	124	62	163
Analfabeta	06	3	31	15.5	37
TOTAL	45	22.5	155	77.5	200

Fuente: Guía de recolección de datos y test de Hamilton

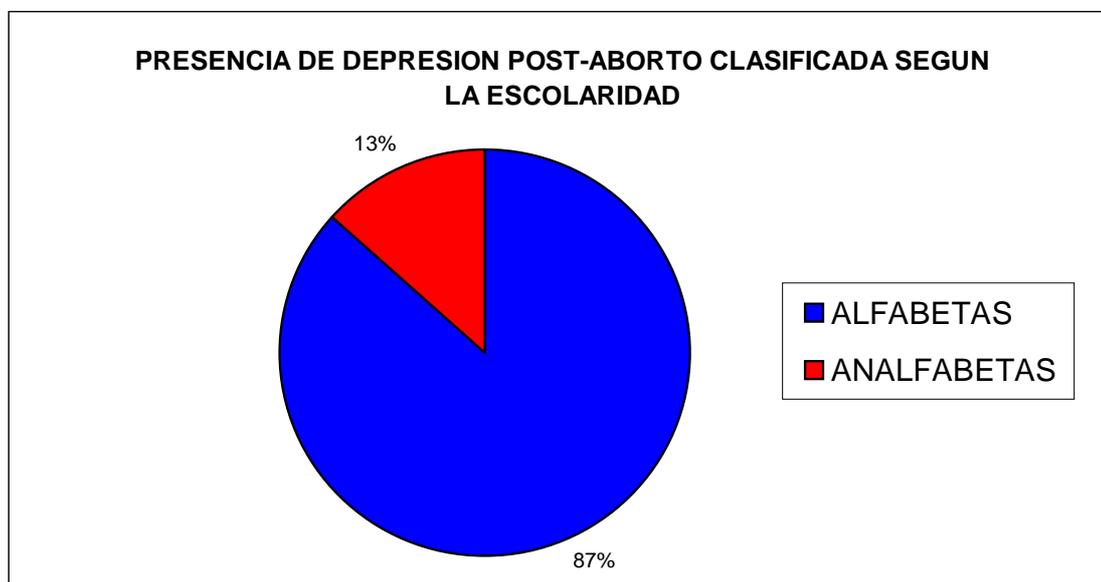
CUADRO No. 14

PRESENCIA DE DEPRESION POST-ABORTO CLASIFICADO SEGÚN LA
ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	Total de pacientes con depresión	Porcentaje %
Alfabeta	39	87
Analfabeta	06	13
TOTAL	45	100

Fuente: Guía de recolección de datos y test de Hamilton

GRAFICA 7



Análisis: En esta gráfica se puede observar que las pacientes más afectadas con depresión post-aborto son las alfabetas.

CUADRO No. 15

TOTALES Y PORCENTAJES DE PACIENTES CON Y SIN DEPRESION
CLASIFICADAS SEGÚN LA OCUPACION

OCUPACION	Total de pacientes con depresión	Porcentaje %	Total de pacientes sin depresión	Porcentaje %	TOTAL DE PACIENTES ENTREVISTADAS
Ama de casa	35	17.5	132	66	167
Asalariada	10	5	23	11.5	33
Total	45	22.5	155	77.5	200

Fuente: Guía de recolección de datos y test de Hamilton

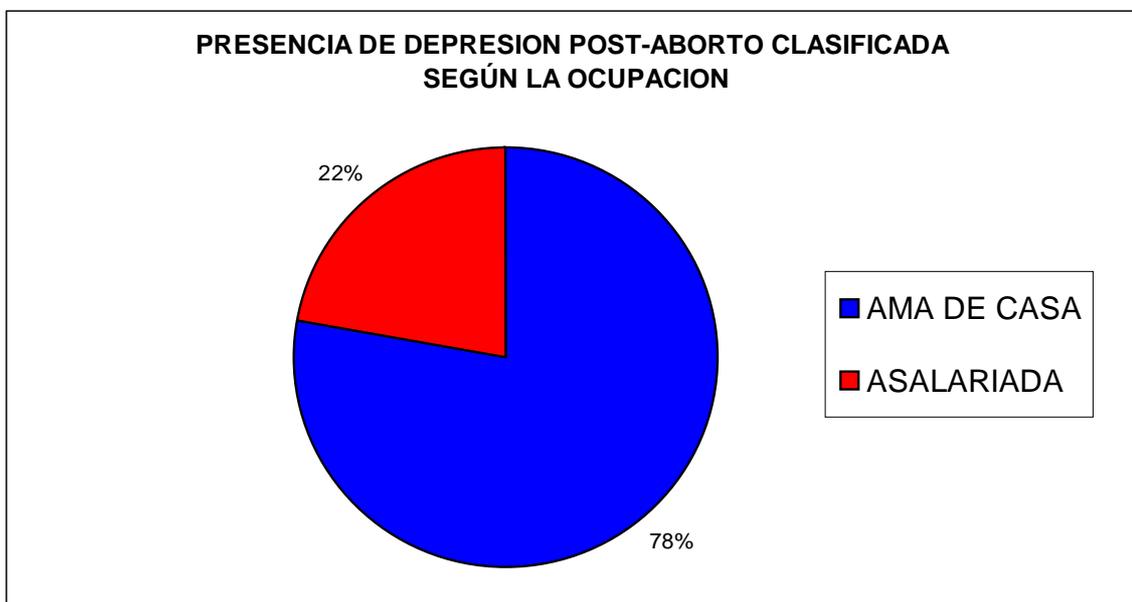
CUADRO No. 16

PRESENCIA DE DEPRESION POST-ABORTO CLASIFICADO SEGÚN LA
OCUPACION

OCUPACION	Total de pacientes con depresión	Porcentaje %
Ama de casa	35	78
Asalariada	10	22
Total	45	100

Fuente: Guía de recolección de datos y test de Hamilton

GRAFICA 8



Análisis: En esta gráfica se puede observar que las pacientes amas de casa son más afectadas con depresión post-aborto que las asalariadas.

CUADRO No. 17

TOTALES Y PORCENTAJES DE PACIENTES CON Y SIN DEPRESION
CLASIFICADAS SEGÚN EL ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	Total de pacientes con depresión	Porcentaje %	Total de pacientes sin depresión	Porcentaje %	TOTAL DE PACIENTES ENTREVISTADAS
Solteras	5	2.5	17	8.5	22
Casadas	18	9	70	35	88
Unidas	21	10.5	68	34	89
Viudas	1	0.5	0	0	1
Divorciadas	0	0	0	0	0
Total	45	22.5	155	77.5	200

Fuente: Guía de recolección de datos y test de Hamilton

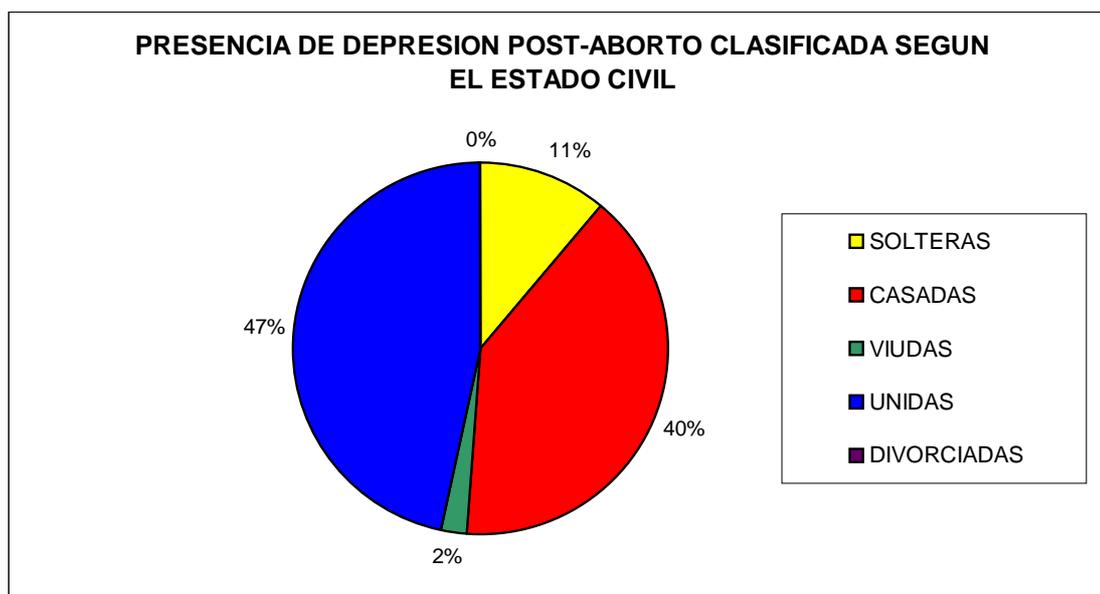
CUADRO No. 18

PRESENCIA DE DEPRESION POST-ABORTO CLASIFICADO SEGÚN EL
ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	Total de pacientes con depresión	Porcentaje %
Solteras	5	11
Casadas	18	40
Unidas	21	47
Viudas	1	2
Divorciadas	0	0
Total	45	100

Fuente: Guía de recolección de datos y test de Hamilton.

GRAFICA 9



Análisis: En esta gráfica se puede observar que las pacientes Unidas se ven afectadas en un 47% por depresión post-aborto, siguiendo las casadas con un 40%.

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Este trabajo de investigación se realizó en pacientes post-legaldo que estuvieron en el servicio de Complicaciones Prenatales del Hospital General San Juan de Dios y que después acudieron a la cita que se les había asignado, y se obtuvieron los resultados ya presentados de lo cual se analiza:

Se observa que del total de las pacientes entrevistadas el 23% presentó depresión post-aborto de acuerdo a lo observado en la entrevista con cada paciente y a los resultados obtenidos del test de Hamilton para la depresión. Este porcentaje esta por encima de lo que refiere la literatura internacional, la cual nos dice que del 10 al 20% de las pacientes post-aborto presentan depresión dentro de las primeras 8 semanas después del aborto. (13, 32)

De las pacientes con depresión post-aborto, el 100% es depresión leve, dato que se asemeja a lo que informa la literatura, pero esto no significa que el problema es menor ya que si no se les da un seguimiento adecuado a las pacientes el problema se puede agravar y las consecuencias ser peores. (13)

De acuerdo a la edad de las pacientes se puede observar que las más afectadas son las que tienen de 21 a 25 años, mientras que las menos afectadas son las de edad avanzada, aunque esto podría deberse también a que la muestra de pacientes de 46 a 50 años es muy poca por lo que no se puede concluir que estas pacientes no presenten depresión o sean menos afectadas por su edad.

Al estudiar la depresión por el área de procedencia de las pacientes, se observa que están más afectadas las pacientes procedentes del área urbana que las que proceden del área rural, lo cual coincide con lo que nos explica la literatura de depresión que se ven más afectadas con depresión las personas de las grandes ciudades que las personas que habitan en lugares pequeños. (29)

Se clasificó a cada paciente en extremadamente pobre, pobre no extrema o no pobre según los datos del Instituto Nacional de Estadística, y según ésta clasificación las pacientes más afectadas con depresión post-aborto son las no pobres. Las pacientes devengan cierto salario, pero según el número de integrantes de sus familias así será la clasificación a la que pertenezcan lo cual muchas veces, para mi criterio, no es lo correcto ya que hay pacientes que no llegan al salario mínimo pero por ser pocos los integrantes de la familia son clasificados como no pobres, por lo que la mayoría de pacientes con depresión estuvo en este grupo. Esto concuerda también con otros estudios realizados de

depresión que indican que las pacientes de nivel socioeconómico privilegiado tienen más riesgo de padecer depresión que las personas pobres. (21, 29)

De las pacientes con depresión post-aborto, la mayor parte (80%) son pacientes que ya habían estado embarazadas antes. Probablemente esto se puede relacionar a que las pacientes primigestas, son muy jóvenes lo cual puede contribuir a que no les afecte de la misma manera que a las pacientes que están en una edad en las que uno de sus más grandes deseos es criar a sus hijos.

De acuerdo a la clasificación de pacientes con depresión post-aborto según la raza, se observa que el mayor porcentaje de las pacientes son ladinas, lo cual también es verídico ya que las pacientes ladinas en su mayoría son personas que habitan en ciudades grandes y tienen una profesión, y estas personas son las que más se ven afectadas con depresión. (22, 29)

De las pacientes con depresión post-aborto la gran mayoría son personas alfabetas, lo que puede relacionarse con el grado de conocimiento que tienen las pacientes alfabetas de lo que es un aborto y los riesgos y complicaciones que esta situación puede traer a una persona, mientras que alguien analfabeta tiene mucho menos conocimiento de esto.

De las pacientes entrevistadas, el 84% eran amas de casa y el 16% restantes eran asalariadas, de ellas 45 tenían depresión post-aborto y fue el 22% asalariadas y el 78% amas de casa, situación que nos hace pensar que esta entidad afecta más a las personas que dedican su tiempo completo a cuidar de su familia que a las personas que tienen un trabajo estable. (22)

Según la clasificación de estado civil se observó que del total de pacientes entrevistadas, la mayor parte eran pacientes unidas (44.5%) y casadas (44%), lo que nos puede orientar a que tienen una vida familiar organizada. De las pacientes con depresión el 47% eran pacientes unidas y el 40% pacientes casadas, pero puede que la depresión no se manifieste más en estas personas sino que por el tamaño de la muestra que es mucho mayor al de los otros grupos, el resultado haya sido de esta manera.

IX. CONCLUSIONES

1. La presencia de depresión post-aborto en las pacientes que consultaron al servicio de Complicaciones Prenatales del Hospital General San Juan de Dios fue de 23%.
2. El 100% de las pacientes con depresión post-aborto se encontraban dentro de la clasificación de depresión leve.
3. La mayor parte de las pacientes afectadas con depresión post-aborto fueron las que tenían entre 21 y 25 años de edad.
4. Las características especiales de la mayoría de pacientes afectadas por depresión post-aborto fueron que eran procedentes del área urbana, ladinas, alfabetas, amas de casa y unidas.
5. De las pacientes con depresión post-aborto estuvieron más afectadas las de estrato socioeconómico No Pobre (se clasificó como No pobre a aquellas personas que pueden cubrir el costo del mínimo alimentario y el no alimentario -Q4,318 por persona por año o más-, Pobres no extremas a quienes alcanzan a cubrir el costo de consumo mínimo de alimentos pero no el adicional para otros gastos -más de Q1,911 pero menos de Q4,318 por persona al año- y Extremadamente pobres a quienes no alcanzan a cubrir el costo de consumo mínimo de alimentos -menos de Q1,911 por persona al año-).
6. Las pacientes multíparas se vieron más afectadas con depresión post-aborto que las pacientes primigestas.

X. RECOMENDACIONES

1. Que se haga ver a los médicos que laboran en los departamentos de Ginecología-Obstetricia, la importancia que tiene la depresión en las pacientes ginecoobstétricas.
2. Que los médicos presten atención e investiguen el estado de ánimo de todas sus pacientes para poderles ofrecer una atención médica integral y llevar seguimiento adecuado de su evolución.
3. Que se implemente un programa de salud mental para las pacientes ginecológicas, embarazadas, post-aborto y post-parto ya que son grupos muy vulnerables a padecer trastornos mentales.
4. Que se instituya en la Facultad de Medicina un programa de Salud Mental y/o Psiquiatría para estudiantes de pregrado, para que tengan una mejor orientación en ese campo.
5. Presentar los resultados de este trabajo al personal del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios para incentivar a la promoción de programas de salud integrales.

XI. RESUMEN

Estudio descriptivo transversal para determinar la presencia y el grado de depresión en pacientes después de un aborto en el Hospital General San Juan de Dios.

Fueron entrevistadas las pacientes post-aborto en el servicio de Complicaciones Prenatales, a quienes se les realizó un entrevista personal y las que afirmaron que no presentaban ninguna sintomatología depresiva antes del aborto, se les aplicó posteriormente de Hamilton para la depresión para establecer lo que se pretendía.

De las 200 pacientes que entraron al estudio, 45 presentaron depresión dentro de las primeras semanas después del aborto, correspondiendo esta cifra al 23% de las pacientes. Por lo que se concluye que la presencia de depresión post-aborto en el Hospital General San Juan de Dios es mayor a lo que reporta la literatura internacional y que ésta se relaciona al nivel sociocultural de cada persona.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alva L., María del Carmen. Impacto psicológico del aborto.
http://www.alertamexico.org.mx/impacto_psic.htm
2. Arias, F. Pérdida Precoz del Embarazo. En su: Guía Práctica para el Embarazo y el Parto de Alto Riesgo. 2ed. Madrid: Mosby, 1994. 475p. (pp.55-70)
3. Bohlin, Sue. El Aborto.
http://espanol.leaderu.com/docs/humanidades/el_aborto.html
4. Belloch, A. et al. Manual de Psicopatología. Madrid: McGraw-Hill, 1995. 2t.
5. Baldessarini, R.J. Fármacos y Tratamiento de los Trastornos Psiquiátricos: Depresión y Manía. En: Hardman, J.G. et al. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. 9ed. México D. F.: McGraw-Hill, 1996. T.I (pp.469-489)
6. Chen, L. et al. Empirical Examination of Current Depression Categories in a Population-Based Study: Symptoms, Course, and Risk Factors. Am J Psychiatry 2000 Ab;157(4):573-580
7. Comité de Consenso de Catalunya en Terapéutica de los Trastornos Mentales. Recomendaciones Terapéuticas en los Trastornos Mentales. 2de. Barcelona: Masson, 1999. 448p.
8. Cunningham, F.G. et al. Williams Obstetricia. 20ed. Buenos Aires: Panamericana, 1998. 1352p.
9. Depression.
<http://www.depression.org/depression.html>
10. Dixit, A.R. et al. Prospective Study of Depression and the Risk of Heavy Alcohol Use in Women. Am J Psychiatry 2000 May; 157(5):751-758
11. Esteve, S.M. Nociones de Exploración Psiquiátrica y de Psicopatología. En: Surós B., J. y Surós B., A. Semiología Médica y Técnica Exploratoria. 7ed. Barcelona: Masson, 1998. 1070p. (pp.1029-1046)
12. Greenfield, S.F. et al. Treatment for Depression Following the 1996 National Depression Screening Day. Am J Psychiatry 2000 Nov;

- 157(11):1867-1869
13. Iglesias, Alberto. El Síndrome Postaborto en la Mujer
http://www.vidahumana.org/vidafam/aborto/sindrome_mujer.html
 14. Kaplan, H.I. y B.J. Sadock. Psiquiatría Clínica. 2ed. Buenos Aires: Waverly Hispánica, 1996. 405p.
 15. Leopold, Kathryn A. y Lauren B. Zoschnick. Postpartum Depression.
http://www.MediSpecialty.com/psychiatry/pp_depression
 16. Malone, K.M. et al. Protective Factors Against Suicidal Acts in Major Depression: Reasons for Living. Am J Psychiatry 2000 Jul;157(7):1084- 1088
 17. McManamy, J. Antidepressants and Brain Cell Growth.
<http://www.ndmda.org/ResearchUpdate2-6.html>
 18. McManamy, J. Lithium: The ultimate Brain Food?
<http://www.ndmda.org/McManamy.html>
 19. National Depressive and Manic-Depressive Association. Depression.
<http://www.ndmda.org/depression.html>
 20. National Mental Health Association. Depression and Co-occurring Illnesses.
<http://www.nmha.org/ccd/support/cooccurfacts.cfm>
 21. National Mental Health Association. Depression in Women.
<http://www.nmha.org/infoctr/factsheets/23.cfm>
 22. National Institute of Mental Health. Depresión.
<http://www.nimh.nih.gov/publicat/spdepression.cfm>
 23. National Institute of Mental Health. Co-Occurrence of Depression with Medical, Psychiatric, and Substance Abuse Disorders.
http://www.nimh.nih.gov/depression/co_occur/abuse.htm
 24. Organización Mundial de la Salud. CIE-10
http://www.psicoactiva.com/cie10/cie10_20.htm

25. Parker, G. Classifying Depression: Should Paradigms Lost be Regained? Am J Psychiatry 2000 Ag; 157(8):1195-1203
26. Psicoterapia de la Depresión.
<http://www.eutimia.com/psicoterapia/index.htm>
27. Ramírez B., M. et al. Methods to Improve Diagnostic Accuracy in
in
a Community Mental Health Setting. Am J Psychiatry 2000 Oct;157
(10):1599-1605
28. Reus, V.I. Trastornos Mentales. En: Fauci, A.S. et al. Harrison
Principios
de Medicina Interna. 14ed. Madrid: McGraw-Hill, 1998. T.II (pp.2831-
2850)
29. Rich, C.L. et al. Suicide, Stressors, and the Life Cycle. Am J Psychiatry
1991 Ab; 148(4):524-527
30. Salomon, D.A. et al. Multiple Recurrences of Major Depressive Disorder.
Am
J Psychiatry 2000 Feb;157(2):229-233
31. Uriarte B., V. Psicofarmacología. 4ed. México D. F.: Trillas, 1997. 527p.
32. Verdier, Pablo. Subtipos Clínicos del Síndrome Postaborto.
<http://www.vidahumana.org/vidafam/aborto/subtipos.html>

XIII. ANEXOS

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Hospital General San Juan de Dios

GUIA DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha: _____

Nombre: _____

Historia Clínica: _____

Edad: _____

Procedencia: _____

Ingresos familiares mensuales: _____

Número de integrantes de la familia: _____

Paridad: _____

Fecha de legrado: _____

Lugar donde se realizó el legrado: _____

Etnia: Indígena Ladina

Escolaridad: Alfabeta Analfabeta

Ocupación: Ama de casa Asalariada

Estado Civil: Soltera Casada Divorciada
 Viuda Unida

¿Padece algún trastorno psiquiátrico? SI NO

¿Toma antidepresivos? SI NO

Antes del aborto sentía usted:

• Mucha tristeza sin causa aparente	SI	NO
• Muchas ganas de llorar sin ningún motivo	SI	NO
• Dificultad para dormir	SI	NO
• Dificultad para concentrarse	SI	NO
• Mala memoria	SI	NO
• Desinterés	SI	NO
• Irritabilidad	SI	NO
• Temblor de manos	SI	NO

OTROS DATOS:

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Hospital General San Juan de Dios

CARTA DE ACEPTACION

Guatemala, _____ de _____ de 2002

A quien interese:

Yo, _____,
de _____ años de edad, acepto participar en el estudio de DEPRESION POST-
ABORTO que se está realizando en el Hospital General San Juan de Dios,
teniendo conocimiento que no corro ningún riesgo y que los beneficios de este
estudio serán para pacientes que en un futuro consulten a este hospital por un
motivo similar al que yo lo hice.

Firma o huella digital

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Hospital General San Juan de Dios

TARJETA DE CITA A CONSULTA EXTERNA

Nombre: _____

Edad: _____ H.C. _____

Dirección: _____

Fecha de cita a Consulta Externa: _____

Clínica # _____

Diagnóstico: _____

Fecha de realización de LIU: _____

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Hospital General San Juan de Dios

TARJETA DE CITA A CONSULTA EXTERNA

Nombre: _____

Edad: _____ H.C. _____

Dirección: _____

Fecha de cita a Consulta Externa: _____

Clínica # _____

Diagnóstico: _____

ESCALA DE VALORACION DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN

Nombre: _____

No. H. Clínica: _____ Fecha: _____

HUMOR DEPRIMIDO

- | | |
|--|---|
| 0. Ausente | 0 |
| 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado | 1 |
| 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente | 2 |
| 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir
Por la expresión facial, postura, voz y tendencia al llanto | 3 |
| 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación
Verbal y no verbal de forma espontánea | 4 |
-

SENSACIÓN DE CULPABILIDAD

- | | |
|---|---|
| 0. Ausente | 0 |
| 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente | 1 |
| 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o
malas acciones | 2 |
| 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad | 3 |
| 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones
Visuales amenazadoras | 4 |
-

SUICIDIO

- | | |
|---|---|
| 0. Ausente | 0 |
| 1. Le parece que la vida no vale la pena de ser vivida | 1 |
| 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir | 2 |
| 3. Ideas de suicidio o amenazas | 3 |
| 4. Intentos de suicidio | 4 |
-

INSOMNIO PRECOZ

- | | |
|--|---|
| 0. No tiene dificultad para dormirse | 0 |
| 1. Se queja de dificultades ocasionales para dormirse, más de media hora | 1 |
| 2. Se queja de dificultades para dormirse cada noche | 2 |
-

INSOMNIO MEDIO

- | | |
|---|---|
| 0. No hay dificultad | 0 |
| 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche | 1 |
| 2. Está despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la
cama se clasifica en 2 | 2 |
-

INSOMNIO TARDIO	
0. No hay dificultad	0
1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero se vuelve a dormir	1
2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2
<hr/>	
TRABAJO Y ACTIVIDADES	
0. No hay dificultad	0
1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo y aficiones	1
2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación (siente que debe esforzarse en su trabajo o actividades)	2
3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso de la productividad	3
4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad	4
<hr/>	
INHIBICIÓN	
0. Palabra y pensamientos normales	0
1. Ligero retraso en el diálogo	1
2. Evidente retraso en el diálogo	2
3. Diálogo difícil	3
4. Torpeza absoluta	4
<hr/>	
AGITACIÓN	
0. Ninguna	0
1. Juega con sus manos, cabellos, etc.	1
2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios, etc.	2
<hr/>	
ANSIEDAD PSÍQUICA	
0. No hay dificultad	0
1. Tensión subjetiva e irritabilidad	1
2. Preocupación por pequeñas cosas	2
3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla	3
4. Terrores expresados sin preguntarle	4
<hr/>	
ANSIEDAD SOMÁTICA	
0. Ausente	0
1. Ligera	1
2. Moderada	2
3. Severa	3

4. Incapacitante	4
(Síntomas fisiológicos concomitantes de la ansiedad como gastrointestinales, cardiovasculares, respiratorios, frecuencia urinaria, sudoración)	
SÍNTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINALES	
0. Ninguno	0
1. Pérdida del apetito, come sin necesidad que lo estimulen	1
2. Dificultad para comer si no se le insiste. Necesita laxantes o medicación	2
SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES	
0. Ninguno	0
1. Pesadez en extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgia, cefalalgia, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad	1
2. Cualquier síntoma bien definido se clasifica 2	2
SÍNTOMAS GENITALES	
0. Ausente	0
1. Débil	1
2. Grave	2
3. Incapacitantes	3
(Síntomas como pérdida de libido, trastornos menstruales)	
HIPOCONDRIA	
0. No la hay	0
1. Preocupado por sí mismo (corporalmente)	1
2. Preocupado por su salud	2
3. Se lamenta constantemente. Solicita ayudas	3
4. Ideas delirantes hipodondríacas	4
PERDIDA DE PESO	
Según manifestaciones del paciente	
0. No hay pérdida de peso	0
1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual	1
2. Pérdida de peso definida (según el enfermo)	2
Según pesaje hecho por el psiquiatra	
0. Pérdida de peso inferior a 500g en una semana	0
1. Pérdida de más de 500 g en una semana	1
2. Pérdida de más de 1 kg en una semana	2
INSIGHT	
0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo	0
1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso	1
2. Niega que está enfermo	2

VARIACIÓN DIURNA		
0. Ausente		0
1. Ligera		1
2. Grave		2
M	Indicar si los síntomas son más severos por la mañana o por la tarde.	
T		
<hr/>		
DESPERSONALIZACIÓN Y FALTA DE REALIDAD		
0. Ausente		0
1. Ligera. Como sensación de irrealidad		1
2. Moderada. Ideas Nihilistas.		2
3. Grave		3
4. Incapacitante		4
<hr/>		
SÍNTOMAS PARANOIDES		
0. Ninguno		0
1. Sospechosos		1
2. Leves		2
3. Ideas de referencia		3
4. Delirios de referencia y de persecución		4
<hr/>		
SÍNTOMAS OBSESIVOS Y COMPULSIVOS		
0. Ausentes		0
1. Ligeros		1
2. Graves		2
<hr/>		
SUMA TOTAL DE PUNTUACIONES		
<hr/>		