

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO



PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POST ABORTO

NANCY PAOLA RUANO GONZÁLEZ

CHIQUIMULA, GUATEMALA, OCTUBRE 2019

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO



PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POST ABORTO

Estudio descriptivo sobre prevalencia de depresión post aborto mediante la escala de Hamilton para depresión en pacientes entre 18 a 40 años atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Nicolasa Cruz del departamento de Jalapa durante los meses de julio-agosto del año 2019.

NANCY PAOLA RUANO GONZÁLEZ

CHIQUMULA, GUATEMALA, OCTUBRE 2019

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POST ABORTO



TRABAJO DE GRADUACIÓN

Sometido a consideración del Honorable Consejo Directivo

Por

NANCY PAOLA RUANO GONZÁLEZ

Al conferírsele el título de

MÉDICA Y CIRUJANA

En el grado académico de

LICENCIADA

CHIQUMULA, GUATEMALA, OCTUBRE 2019

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO**



RECTOR
M.Sc. Ing. MURPHY OLYMPO PAIZ RECINOS

CONSEJO DIRECTIVO

Presidente:	Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordón
Representante de Profesores:	M.Sc. Mario Roberto Díaz Moscoso
Representante de Profesores:	M.Sc. Gildardo Guadalupe Arriola Mairén
Representante de Graduados:	Inga. Evelin Dee Dee Sumalé Arenas
Representante de Estudiantes:	A.T. Estefany Rosibel Cerna Aceituno
Representante de Estudiantes:	P.C. Elder Alberto Masters Cerritos
Secretaria:	Licda. Marjorie Azucena González Cardona

AUTORIDADES ACADÉMICAS

Coordinador Académico:	M. A. Edwin Rolando Rivera Roque
Coordinador de Carrera:	M.Sc. Ronaldo Armando Retana Albanés

ORGANISMO COORDINADOR DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN

Presidente:	Ph.D. Rory René Vides Alonzo
Secretario:	M.Sc. Christian Edwin Sosa Sancé
Vocal:	M.Sc. Carlos Iván Arriola Monasterio
Vocal:	Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés

Chiquimula, septiembre 2019

Señores:
Miembros Consejo Directivo
Centro Universitario de Oriente
Universidad de San Carlos de Guatemala
Chiquimula, Ciudad.

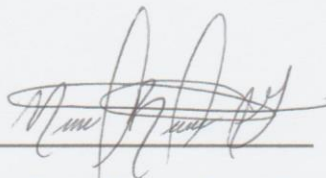
Respetables señores:

En cumplimiento de lo establecido por los estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Centro Universitario de Oriente, presento a consideración de ustedes, el trabajo de graduación titulado "PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POST ABORTO" realizado en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Nicolasa Cruz del departamento de Jalapa.

Como requisito previo a optar el título profesional de Médico y Cirujano, en el Grado Académico de Licenciado.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

(f) 

Nancy Paola Ruano González

Carné 201043654

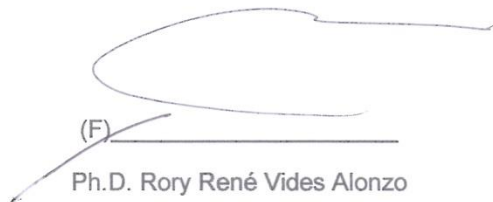
Chiquimula, septiembre 2019

M.Sc. Christian Edwin Sosa Sancé
Secretario del Organismo Coordinador de los Trabajos de Graduación
de Medicina (OCTGM)
Centro Universitario de Oriente-CUNORI-

Respetable Ingeniero:

En atención a la designación efectuada por la Comisión de Trabajos de Graduación para asesorar a la Maestra de Educación Primaria Urbana, Nancy Paola Ruano González, con carné universitario No. 201043654, en el protocolo denominado "PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POST ABORTO", tengo el agrado de dirigirme a usted, para informarle que he procedido a revisar y orientar a la sustentante sobre el contenido de dicho trabajo.

En este sentido, el tema desarrollado plantea la aplicación de la escala de Hamilton a toda paciente post aborto para realizar diagnóstico de depresión y la realización de pruebas tiroideas a las pacientes con depresión severa y muy severa para descartar alguna patología tiroidea. Por lo que en mi opinión reúne los requisitos exigidos por las normas pertinentes, razón por la cual recomiendo su aprobación para la realización del mismo.



(F)

Ph.D. Rory René Vides Alonzo

Colegiado No. 6663

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO



Chiquimula, 18 de septiembre del 2019
Ref. MYCTG-103-2019

Ing. Edwin Filiberto Coy Cordón
Director
Centro Universitario de Oriente

Señor Director:

De manera atenta se le informa que la estudiante NANCY PAOLA RUANO GONZÁLEZ identificada con el número de carné 201043654 ha finalizado el Informe Final del Trabajo de Graduación Titulado **“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POST ABORTO”**, estudio realizado en el Hospital Nacional Nicolasa Cruz del Departamento de Jalapa, el cual fue asesorado por Ph. D Rory René Vides Alonzo. colegiado 6,663 quien avala y dictamina favorable en relación al estudio.

Se considera que el mencionado trabajo de Graduación cumple con los requisitos mínimos para la elaboración de Trabajos de Graduación contempladas en el Normativo de Trabajos de Graduación de la Carrera Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, por tal razón recomiendo su aprobación para autorizar los trámites necesarios para su discusión en el Examen General Público, previo a otorgársele el Título de Médica y Cirujana, en el grado Académico de Licenciada.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente;

“Id y Enseñad a Todos”



Ph.D. Rory René Vides Alonzo
-Presidente Organismo Coordinador de Trabajos de Graduación
- Carrera de Médico y Cirujano- CUNORI-

“42 AÑOS SIRVIENDO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL NORORIENTE”

Nota: La información y conceptos contenidos en el presente Trabajo es responsabilidad única del autor.

Finca El Zapotillo, zona 5, Chiquimula
PBX 78730300 – Extensión 1027 Carrera de Médico y Cirujano
www.cunori.edu.gt

Cc/-Archivo-
Mdo/

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO



Chiquimula, 18 de septiembre del 2019
Ref. MYCTG-104-2019

Ing. Edwin Filiberto Coy Cordón
Director
Centro Universitario de Oriente

Señor Director:

De manera atenta se le informa que la estudiante NANCY PAOLA RUANO GONZÁLEZ identificada con el número de carné 201043654 ha finalizado el Informe Final del Trabajo de Graduación Titulado **"PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POST ABORTO"**, estudio realizado en el Hospital Nacional Nicolasa Cruz del Departamento de Jalapa, el cual fue asesorado por Ph. D Rory René Vides Alonzo. colegiado 6,663 quien avala y dictamina favorable en relación al estudio.

Se considera que el mencionado trabajo de Graduación cumple con los requisitos mínimos para la elaboración de Trabajos de Graduación contempladas en el Normativo de Trabajos de Graduación de la Carrera Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, por tal razón recomiendo su aprobación para autorizar los trámites necesarios para su discusión en el Examen General Público, previo a otorgársele el Título de Médica y Cirujana, en el grado Académico de Licenciada.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente;

"Id y Enseñad a Todos"



MSc. Ronaldo Armando Retana Albanés
-Coordinador - Carrera de Médico y Cirujano-
Centro Universitario de Oriente



"42 AÑOS SIRVIENDO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL NORORIENTE"

Nota: La información y conceptos contenidos en el presente Trabajo es responsabilidad única del autor.

Finca El Zapotillo, zona 5, Chiquimula
PBX 78730300 – Extensión 1027 Carrera de Médico y Cirujano
www.cunori.edu.gt

Cc/-Archivo-
Mdo/

EL INFRASCRITO DIRECTOR DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, POR ESTE MEDIO HACE CONSTAR QUE: Conoció el Trabajo de Graduación que efectuó la estudiante **NANCY PAOLA RUANO GONZÁLEZ** titulado “PREVALENCIA DE **DERESIÓN POST ABORTO**”, trabajo que cuenta con el aval de el Revisor y Coordinador de Trabajos de Graduación, de la carrera de Médico y Cirujano. Por tanto, la Dirección del CUNORI con base a las facultades que le otorga las Normas y Reglamentos de Legislación Universitaria **AUTORIZA** que el documento sea publicado como **Trabajo de Graduación** a Nivel de Licenciatura, previo a obtener el título de **MÉDICA Y CIRUJANA**.

Se extiende la presente en la ciudad de Chiquimula, el treinta de octubre de dos mil diecinueve..

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordón
DIRECTOR
CUNORI - USAC

AGRADECIMIENTOS

Gracias Dios por tu amor y tu bondad que no tienen fin, me permites sonreír ante todos mis logros que son resultado de tu ayuda, y cuando caigo y me pones a prueba, aprendo de mis errores y me doy cuenta de que los pones frente a mí para que mejore como ser humano y crezca de diversas maneras.

Gracias a mis padres por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por cada día confiar y creer en mí y en mis expectativas, gracias a mi madre Zenaida González por estar dispuesta a acompañarme en todo momento; gracias a mi padre Boanerges Ruano por siempre soñar y anhelar lo mejor para mi vida, gracias por cada consejo y por cada una de sus palabras que me guiaron durante mi vida. Gracias mamá y papá porque sin ustedes esto no hubiera sido posible.

A mi hija que es el mejor regalo que haya podido recibir de parte de Dios, ella es mi mayor tesoro y también la fuente más pura de mi inspiración, por esto mismo he decidido agradecerle por cada momento de felicidad en mi vida. Gracias por ser la felicidad de mi vida, gracias a ella por permitirme ser cada día mejor madre a su lado.

Agradecer en lo alto a la persona que me enseñó a ser buena con los demás, a respetar a mis conocidos, a valorar lo que otros hacen por mí, a amarme mucho, y a nunca darme por vencida. Abuela un abrazo hasta el cielo, mi ángel, Mamá Tita muchas gracias.

A mis hermanos Heber Ruano y Alejandro por estar siempre a mi lado, mi hermana Berta Ruano con su esposo Víctor Osorio por el cariño y apoyo incondicional que siempre me brindan y que a lo largo de mi carrera siempre he notado su apoyo.

A mi asesor el Dr. Rory Vides por su orientación y ayuda incondicional al realizar esta investigación. A mis amigos y amigas por los momentos de felicidad y tristeza que pasamos juntos, diferentes experiencias inolvidables que crean vínculos que jamás se romperán, momentos difíciles juntos pero superados.

ACTO QUE DEDICO:

A DIOS

A MI FAMILIA

A MIS CATEDRÁTICOS

AL COORDINADOR DE LA CARRERA Y DESTACADO CATEDRÁTICO

M. Sc. Dr. Ronaldo Retana Albanés

A LOS REVISORES Y DESTACADOS CATEDRÁTICOS

Ph.D. Rory René Vides Alonzo

M.Sc. Carlos Iván Arriola Monasterio

M.Sc. Christian Edwin Sosa Sancé

Dr. Edvin Danilo Mazariegos Albanés

A MI ASESOR

Ph.D. Rory René Vides Alonzo

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

AL HOSPITAL NACIONAL DE CHIQUIMULA

Porque es allí donde me forme como profesional

RESUMEN

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POST ABORTO

Nancy Paola Ruano González¹ Dr. Ronaldo Retana Albanés² y Dr. Carlos Arriola³. Dr. Rory Rene Vides Alonzo⁴
Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro Universitario de Oriente, CUNORI, finca el Zapotillo zona 5
Chiquimula tel. 78730300 ext. 1027.

Introducción: el aborto es un problema que añade a su vertiente estrictamente médica, otras de carácter jurídico, moral, sociológico, religioso, demográfico, psicológico, entre otros. Material y métodos: Estudio descriptivo transversal en donde se tomó una muestra de 71 pacientes post aborto atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional Nicolasa Cruz, a quienes se les aplicó el test de Hamilton para determinar la prevalencia de depresión, y también se identificaron las características sociodemográficas. Resultados y discusión: Con base al test de Hamilton el 34 % (24) de la población presentó un grado de depresión, luego de la realización de un legrado intrauterino secundario a aborto. La mediana edad fue de 25.7% (18 a 26 años) quienes fueron las más propensas a presentar cuadros depresivos. Las pacientes con un estado civil de unión libre tuvieron mayor riesgo de presentar depresión luego de un legrado intrauterino secundario a aborto. La edad gestacional al momento del diagnóstico fue un factor de riesgo y los abortos tardíos los que presentaron más riesgo de depresión. Conclusiones: con base a los datos presentados, la población más afectada por algún grado de depresión según el test de Hamilton, fue la mediana edad, asociado a factores como la falta de apoyo de una pareja, primiparidad y grado académico.

Palabras claves: Aborto, depresión, depresión post aborto.

¹ Investigadora, ²Coordinador de la Carrera de Médico y Cirujano, CUNORI ³Revisor de tesis ⁴ Asesor de tesis.

ABSTRAC

POST ABORTION DEPRESSION PREVALENCE

Nancy Paola Ruano González¹ Dr. Ronaldo Retana Albanés² and Dr. Carlos Arriola³. Dr. Rory Rene Vides Alonzo⁴ University of San Carlos de Guatemala, Eastern University Center, CUNORI, The Zapotillo farm zone 5 Chiquimula tel. 78730300 ext. 1027

Introduction: Abortion is a problem that adds to its strictly medical side, others of a legal, moral, sociological, religious, demographic, psychological nature, among others.

Material and methods: Descriptive cross-sectional study in which a sample of 71 post-abortion patients treated in the gynecology and obstetrics department of the Nicolasa Cruz National Hospital was taken to whom the Hamilton test was applied to determine the prevalence of depression, and also the sociodemographic characteristics were identified.

Results and discussion: Based on the Hamilton test, 34% (24) of the population showed a degree of depression, after an intrauterine curettage secondary to abortion. The middle age was 25.7% (18 to 26 years old) who were the most likely to have depressive symptoms. Patients with a marital status of free union had a higher risk of depression after an intrauterine curettage secondary to abortion. Gestational age at the time of diagnosis was a risk factor and late abortions were those with the highest risk of depression. Conclusions: Based on the presented data, the most affected by some degree of depression according to the Hamilton test, were middle age, associated with factors such as lack of support from a couple, primiparity and academic degree.

Keywords: Abortion, depression, post abortion depression.

¹ Researcher, ²Coordinator of the Medical and Surgeon career, CUNORI ³Thesis Reviewer⁴ Thesis Advisor.

ÍNDICE

CONTENIDO	Página
RESUMEN	i
INTRODUCCIÓN	ii
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
a. Antecedentes del problema	1
b. Hallazgos y estudios realizados	3
c. Definición del problema	7
II. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO	8
a. Delimitación teórica	8
b. Delimitación geográfica	8
c. Delimitación institucional	8
d. Delimitación temporal	8
III. OBJETIVOS	9
a. Objetivo general	9
b. Objetivos específicos	9
IV. JUSTIFICACIÓN	10
V. MARCO TEÓRICO	11
CAPÍTULO I	11
a. Definición de depresión	11
b. Eventos que predisponen a la depresión	11
c. Causas de depresión	12
d. Síntomas de depresión	13
e. Tratamiento	14
CAPÍTULO II	15

a.	Definición de aborto	15
b.	Clasificación	15
c.	Frecuencia	16
d.	Etiología	17
e.	Diagnóstico diferencial	20
f.	Tratamiento	20
	CAPÍTULO III	20
	Escala de Hamilton para Depresión	20
VI.	DISEÑO METODOLÓGICO	22
a.	Tipo de estudio	22
b.	Área de estudio	22
c.	Universo o muestra	22
d.	Sujeto u objeto de estudio	22
e.	Criterios de inclusión	22
f.	Criterios de exclusión	23
g.	Variables estudiadas	23
h.	Operacionalización de variables	23
i.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	23
j.	Procedimientos para la recolección de información	24
k.	Plan de análisis	25
l.	Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación	26
m.	Cronograma	27
n.	Recursos	28
VII	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	29
VIII	ANÁLISIS DE RESULTADOS	36
IX	CONCLUSIONES	37
X	RECOMENDACIONES	38
XI	PROPUESTA	39
XII	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	42
XIII	ANEXOS	47

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica		Página
1	Distribución de pacientes que presentaron depresión post aborto atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital nacional Nicolasa Cruz del departamento de Jalapa durante los meses de julio y agosto del año 2019.	29
2	Distribución de edad en años de pacientes post aborto ingresadas en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital nacional Nicolasa Cruz del departamento de Jalapa durante los meses de julio y agosto del año 2019.	30
3	Distribución del estado civil de pacientes post aborto atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital nacional Nicolasa Cruz del departamento de Jalapa durante los meses de julio y agosto del año 2019.	31
4	Distribución de escolaridad de pacientes post aborto ingresadas en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital nacional Nicolasa Cruz del departamento de Jalapa durante los meses de julio y agosto del año 2019.	32

RESUMEN

El aborto es uno de los problemas socio sanitario de mayor actualidad calculado en 50,000,000 al año en el mundo entero y ha sido poco estudiado en su aspecto emocional por lo que la existencia o no de depresión como consecuencia del aborto es algo que suscita en la actualidad un vivo debate.

Se realizó un estudio descriptivo transversal sobre la prevalencia de depresión en pacientes post aborto. Se aplicó la escala de Hamilton a 71 pacientes post aborto atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital nacional Nicolasa Cruz del departamento de Jalapa durante los meses de julio y agosto del 2019.

Los resultados obtenidos fueron: que el 34 % (24) de la población presentó un grado de depresión luego de la realización de un legrado intrauterino secundario a aborto. La mediana edad fue de 25.7 (18 a 26 años) quienes fueron las más propensas a presentar cuadros depresivos. Las pacientes con un estado civil de unión libre tuvieron mayor riesgo de presentar depresión luego de un legrado intrauterino secundario a aborto. La edad gestacional al momento del diagnóstico fue un factor de riesgo y los abortos tardíos los que presentaron más riesgo de depresión.

Tomando en cuenta la prevalencia de depresión post aborto se recomienda al departamento de ginecología y obstetricia del hospital nacional Nicolasa Cruz para que se interesen en dar seguimiento psicológico a todas las pacientes que presenten aborto.

INTRODUCCIÓN

El aborto se define como la pérdida del producto de la concepción, antes de las 20 semanas de gestación o cuando el feto pesa 500 gramos o menos y es uno de los problemas socio sanitario de mayor actualidad calculado en 50, 000,000 al año en el mundo entero (según datos de la Organización de Naciones Unidas). El aborto ha sido poco estudiado en su aspecto emocional y la existencia o no de depresión como consecuencia del aborto es algo que suscita en la actualidad un vivo debate.

Toda mujer que pasa por un aborto presenta una etapa de duelo pero no se investiga si esa etapa de duelo es superada o se puede llegar a un episodio de depresión.

En el hospital nacional Nicolasa Cruz del departamento de Jalapa en el año 2017 se atendieron 487 abortos, pero no hay ningún registro de depresión en dichas pacientes debido a que es algo que no se investiga.

Utilizando la escala de valoración de la depresión de Hamilton que es una escala que durante años ha sido el instrumento de evaluación clínica más utilizado para medir la gravedad de la depresión y la referencia más importante para evaluar la eficacia de los tratamientos farmacológicos para la depresión se pudo determinar que la prevalencia de depresión en pacientes post aborto fue de 34% (24 pacientes).

La escala de Hamilton se aplicó a las pacientes durante su hospitalización y 15 a 20 días después de haber egresado del hospital, se clasificaron a las pacientes con diagnóstico de depresión severa y muy severa según la escala y a ellas se les realizó pruebas tiroideas descartando la presencia de alguna patología tiroidea.

El seguimiento de las mujeres que tuvieron un aborto podrá ayudar a identificar a las mujeres en riesgo o a aquellas que ya han desarrollado complicaciones psicológicas. Esto permitirá implementar las intervenciones apropiadas, mejorando el bienestar psicológico general de las mujeres, o reduciendo los efectos adversos del aborto en sus relaciones personales o dentro del ámbito laboral.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

a. Antecedentes

DEPRESIÓN

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS, 2017).

La depresión es una de las enfermedades más frecuentes de la población general y su presentación es cada vez mayor entre los pacientes crónicos atendidos en las consultas de Medicina Interna, habitualmente “disfrazada” como otra patología. De la misma forma que su diagnóstico no es fácil, establecer si un paciente ha mejorado y cuánto, puede ser muy complicado. La Escala de valoración de Hamilton permite evaluar ambos hechos (Purriños, s.f.).

ABORTO Y POSTABORTO

El aborto se define como la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación o antes que el feto alcance 500 gramos de peso (OMS) (Guevara, E. (productor). 2015. El aborto provocado, está calculado alrededor de 50, 000,000 al año en el mundo entero (según datos de la Organización de Naciones Unidas), ha sido poco estudiado en su aspecto emocional o psicológico (Stanford-Rue, 1999:239-245).

No es sino hasta la década pasada gracias a las observaciones clínicas del Dr. Nathanson, que el estudio de esta situación clínica se empieza a perfilar, Nathanson se dio cuenta de que la mujer que se sometió a este procedimiento, pasado el tiempo, presentaba síntomas no sólo en su aspecto físico (cefalea, gastralgia, etc), sino también en su aspecto emocional (insomnio, crisis de angustia, crisis depresivas, abuso del alcohol, frigidez, anorgasmia, etc.) (Stanford-Rue, 1999:239-245).

Actualmente se acepta, en general, que toda mujer que aborta, incluso en abortos debidos a causas naturales, puede quedar más o menos profundamente afectada; y que en el aborto provocado es frecuente, como respuesta natural de defensa ante el acontecimiento estresante, una reacción de ansiedad y depresión que suele acompañarse de un sentimiento de culpa y del correspondiente proceso de duelo. Por supuesto que todo ello (los sentimientos de culpa y el proceso del duelo) va a estar modulado por influencias culturales, por las características de personalidad y por la problemática previa de la persona (Stanford-Rue, 1999:239-245).

Es en este contexto en donde se ha descrito, en mujeres que se han provocado un aborto, un cuadro psicopatológico caracterizado por una serie de síntomas depresivos y ansiosos, sentimientos de culpa, pesar y auto devaluación, reacciones de hiperactividad autonómica, alteraciones conductuales, etc., y tendencia a la cronificación, conocido como síndrome postaborto (SPA) y considerado por diversos autores como un trastorno postraumático (Gómez Lavín, 2018).

Hay mujeres que pueden vivir la experiencia de abortar de manera negativa e incluso traumática y hay cierta evidencia de que puede ser así. También hay evidencias de que para otras mujeres, el hecho de abortar resulta de alguna manera liberador, sobre todo en los casos en que el embarazo es no deseado (Delgado, 2013).

ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESIÓN

La Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale HDRS) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias (Purriños, s.f.).

b. Hallazgos y estudios realizados

Un estudio realizado en Lima Perú (2000) comprueba que la ansiedad situacional disminuyó significativamente luego del aborto, según los resultados de Wells (1991). Esto sería lógico si, como se postula, la ansiedad estaba relacionada al miedo y al dolor. Major (Major et al, 2000) evaluó la depresión, usando el Inventario Breve de Depresión, inmediatamente luego del aborto y un mes después, en 882 mujeres. Los niveles de depresión eran menores que antes de la intervención, pero no da cifras para comparación (Gandara Matheu, 2017).

También este estudio realizado en Lima Perú (2000) reporta que un mes después los sentimientos positivos eran mucho más frecuentes que los negativos: en comparación con la situación mostrada antes del aborto, la depresión disminuyó y la autoestima aumentó después del mismo. En un seguimiento de dos años detectó un incremento paulatino de síntomas negativos, pero no hay modo de diferenciar si esto se debió a la experiencia de aborto o a otras circunstancias. Encontró que el riesgo para reacciones negativas era mayor en las mujeres más jóvenes, con baja autoestima y con depresión previa, y que tener más niños se relacionaba con más síntomas depresivos (Gandara Matheu, 2017).

Un estudio más antiguo realizado en Lima Perú por la doctora Cozzarelli (1993) encontró niveles de ansiedad después del aborto cercanos a los de la población general, aunque el estudio no estaba diseñado para buscar síntomas, sino factores de predicción del ajuste positivo (Felix, 2013).

En 2006, Fergusson publicó su estudio de 630 mujeres de 15 a 25 años en Nueva Zelanda, encontrando que la ansiedad, depresión y otros síntomas estaban relacionados a la experiencia de aborto y a las circunstancias de la vida de las jóvenes estudiadas: abuso, enfermedad mental previa y dificultades circunstanciales (Gandara Matheu, 2017).

Los resultados de la respuesta emocional inmediata al aborto no son claros, y se puede cuestionar la relevancia de enfocar este periodo exclusivamente desde la perspectiva teórica de un ajuste que ocurre longitudinalmente, influenciado por factores externos e internos de la mujer (Gandara Matheu, 2017).

Examinados cuatro estudios cualitativos en Lima, Perú que comparan el aborto médico y el quirúrgico (Simonds y cols., 1998; Elul y cols., 2000; Fielding y cols., 2002; y Lafaurie y cols., 2005), lo más saltante es el ámbito experimental limitado. Se aceptó que, por razones éticas, las muestras no fueran aleatorias y los sujetos se presentaran a sí mismos al estudio, pero aún así, se observó que no había suficiente data demográfica para generalizar los resultados (Pérez García, Jara González, 2010).

Lafaurie y cols. (2005) realizaron 49 entrevistas en profundidad a mujeres de América Latina (México, Colombia, Ecuador y Perú) que habían optado por el aborto médico por su menor costo y su percepción de que sería menos doloroso, arriesgado y complicado. En general, su experiencia reforzó las actitudes iniciales, pero en los casos donde el sangrado fue muy abundante o se requirió intervención quirúrgica para terminar el procedimiento, las perspectivas fueron menos favorables (Pérez García, Jara González, 2010).

Este trabajo es valioso porque enfatiza la necesidad de proveer apoyo psicosocial, sobre todo a las mujeres que piensan que el aborto es un pecado, las muy jóvenes o muy pobres, que no saben casi nada acerca de su cuerpo y cuyos compañeros no las apoyan, o que se hayan embarazado a consecuencia de la violencia. A pesar de la diversidad étnica de las participantes, en los 14 estudios sobre terminación del embarazo en general, no se encontró ninguna discusión de la relevancia de los factores culturales y étnicos. La mayoría de los estudios reclutaron mujeres que acudían a establecimientos de salud, con la ayuda de personal de salud; la mayoría realizaron entrevistas en profundidad, sólo hubo dos etnografías (Bennet, 2001; Andrews y Boyle, 2003) y sólo dos estudios vieron los efectos a largo plazo (Pérez García, Jara González, 2010).

Las experiencias emocionales complejas caracterizan la narrativa de las mujeres: arrepentimiento, culpa, distrés, ansiedad, dolor, pérdida, vacío y sufrimiento. El aborto médico se asocia con la idea de “pérdida” y el quirúrgico con la idea de “muerte”. Algunas mujeres también reportaron el temor a la muerte o a la esterilidad. Las experiencias emocionales se asocian con la edad gestacional, siendo menos negativa en los abortos tempranos (Gandara Matheu, 2017).

El dolor físico del aborto médico fue percibido por algunas mujeres como una manera alternativa o vicariante de experimentar el duelo por el “hijo perdido”, (donde ‘vicariante’ hace referencia a la sustitución de una experiencia emocional por otra) y una posibilidad de “investigar su propio dolor”, así como la oportunidad de reflexionar y hacerse cargo de la responsabilidad por actos imprudentes. Tales percepciones están mediadas por el contexto socio religioso de las mujeres (Gandara Matheu, 2017).

En Indonesia, por ejemplo, se cree que a los 120 días de gestación se adquiere el alma, a diferencia de las mujeres occidentales que en general refieren que “no es realmente un niño todavía” (Gandara Matheu, 2017).

En un grupo sueco de 10 mujeres investigado por Hallden y cols. (2005) ellas refieren haber encontrado una nueva comprensión a su propia identidad, su cuerpo, su fertilidad y al significado de la maternidad luego del aborto. Por otro lado, un estudio (Andrews, 2003) en jóvenes africanas pone al descubierto sus escasos conocimientos sobre la anatomía y fisiología de la reproducción y evidencia que la experiencia de aborto fue “positiva y motivadora del crecimiento” (Gandara Matheu, 2017).

Un estudio cuantitativo descriptivo transversal, realizado en el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso (HVCM) en Ecuador en el cual la muestra fue de 323 mujeres entre las edades de 35 a 50 años que acuden al Hospital Vicente Corral Moscoso (HVCM) en donde la información fue recolectada mediante encuesta aplicando cuestionario diseñado para este fin. Se aplicó la Escala de Hamilton para la Depresión (validada por Ramos-Brieva y cols).

Se encuestaron 323 mujeres de entre 35 y 50 años de edad, en la variable depresión en pacientes en peri menopausia, el 60% de la muestra No presentó síntomas de depresión en el periodo peri menopáusico, pero existen un 23% que manifestó evidencias de síntomas de depresión menor, 8% con síntomas de depresión moderada, 5% con síntomas de depresión severa y 3% con síntomas de depresión leve, lo que genera un 40% de mujeres que presentaron algún tipo de depresión durante el periodo peri menopáusico (Argote Echeverría, Burbano Juela, 2017).

Un estudio realizado en el Hospital Clínico de Osijek, en Croacia a un grupo de 53 mujeres con disfunción tiroidea y 28 mujeres con depresión mayor. Se empleó la escala de la depresión de Hamilton, la escala de autoevaluación de la depresión de Zung y la escala sobre la impresión clínica global. Los resultados del estudio demuestran que la mayoría de los pacientes con disfunción tiroidea se mostraron clínicamente significativos en cuanto al trastorno depresivo (Radanovic-Grgurica, Filakovic´, Barkic, Mandic´, Karner, Smoje, 2003:123-134).

Los episodios depresivos son más frecuentes en pacientes con hipotiroidismo que en aquellos que presentan hipertiroidismo. Era menos grave en pacientes con disfunción tiroidea que en aquellos que habían sido diagnosticados de depresión mayor unipolar.

Los pacientes con hipertiroidismo tenían menos síntomas graves en cuanto a la inhibición y los pacientes con hipotiroidismo tenían menos síntomas graves de agitación que los pacientes con depresión mayor unipolar. Se puede concluir diciendo que los pacientes con disfunción tiroidea presentan un riesgo potencial para los trastornos depresivos por lo que el diagnóstico y tratamiento se recomienda con el fin de evitar el riesgo de la cronicidad (Radanovic-Grgurica, Filakovic´, Barkic, Mandic´, Karner, Smoje, 2003:123-134).

c. Definición del problema

En la actualidad el aborto es un proceso traumático dejando secuelas psicológicas, así como una sensación de vacío e incluso algunas mujeres experimentan emociones como culpa, tristeza, sensación de pérdida y enojo. Abortar no es una decisión fácil y la interrupción del embarazo no siempre es voluntaria. Igual que sucede con la depresión post-parto o el síndrome pre-menstrual, no todas las mujeres reaccionan de la misma manera ante una vivencia tan difícil (Mejicano Merck, 2013).

La depresión post aborto se trata de un complejo tema que añade a su vertiente estrictamente médica, otras de carácter jurídico, moral, sociológico, religioso, demográfico, entre otros (UMAN, 2007).

Pero aunque no se ha reconocido el síndrome post aborto como tal se ha comprobado con múltiples estudios realizados que se presentan alteraciones psicológicas y emocionales resultado de un aborto. Como cualquier otro evento traumático, la interrupción del embarazo genera mucho estrés y depresión, no obstante, el SPA ha sido poco divulgado en la literatura médica.

Toda mujer que pasa por un aborto presenta una etapa de duelo pero no se investiga si esa etapa de duelo es superada o se puede llegar a un episodio de depresión es por eso que utilizando el test de Hamilton a toda paciente en el post aborto se puede identificar que pacientes si cursan con depresión y debido a que la depresión es una de las enfermedades que habitualmente suele presentarse "disfrazada" como otra patología se pretende realizar pruebas tiroideas a las pacientes con diagnostico positivo para evidenciar si no tienen alguna patología tiroidea (Pabater, 2018).

¿Cuál es la prevalencia de depresión postaborto mediante la Escala de Hamilton en pacientes entre 18 a 40 años atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Nicolasa Cruz del departamento de Jalapa?

II. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

a. Delimitación teórica

El presente estudio tiene fundamento de carácter clínico, el cual pretende determinar la prevalencia de depresión post aborto mediante la escala de Hamilton para depresión en pacientes entre 18 a 40 años atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital nacional Nicolasa Cruz del departamento de Jalapa.

b. Delimitación geográfica

El Departamento de Jalapa se encuentra situado en la región Centro-Oriente de Guatemala. Limita al Norte con los departamentos de El Progreso y Zacapa; al Sur con los departamentos de Jutiapa y Santa Rosa; al Este con el departamento de Chiquimula; y al oeste con el departamento de Guatemala.

Cuenta con 7 municipios los cuales son: Jalapa, Mataquescuintla, Monjas, San Carlos Alzatate, San Luis Jilotepeque, San Manuel Chaparrón. El número de habitantes del departamento en promedio es de 336,484, representando el 2.2% de la población total; para casi todos los grupos de edad es mayor la proporción de mujeres, especialmente a partir de los 65 años, donde hay 160 mujeres por cada 100 hombres. Del total de la población, 48.3% son hombres y 51.7% son mujeres (INE, 2010).

c. Delimitación institucional

El estudio se realizó en el área de ginecología y obstetricia del hospital nacional Nicolasa Cruz del departamento de Jalapa; el servicio consta con 26 camillas las cuales están divididas en: 12 camillas en el área de post operatorio inmediato, 12 camillas en complicaciones pos natales y 2 camillas en área de aislamiento.

d. Delimitación temporal

La investigación se realizó durante los meses de julio-agosto del año 2019.

III. OBJETIVOS

a. General

Determinar la prevalencia de depresión post aborto mediante la Escala de Hamilton para depresión en pacientes entre 18 a 40 años atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Nicolasa Cruz del departamento de Jalapa durante los meses de julio-agosto del año 2019.

b. Específicos

1. Describir las principales características sociodemográficas de las pacientes post aborto.
2. Medir las pruebas tiroideas T4 y TSH en pacientes diagnosticadas con depresión grado severo y muy severo mediante el test de Hamilton.

IV. JUSTIFICACIÓN

El aborto provocado, calculado en 50, 000,000 al año en el mundo entero (según datos de la Organización de Naciones Unidas), ha sido poco estudiado en su aspecto emocional, aunque la Clínica Psicológica demuestra que la mujer se ve afectada, con trastornos psicósomáticos (Purriños MJ. s.f.); en el ámbito hospitalario no se investiga si en el postaborto las pacientes cursan con algún grado de depresión o solo pasan por la etapa de duelo.

El aborto es un tema que añade a su vertiente estrictamente médica, lo jurídico, moral, sociológico, religioso, demográfico, entre otros. La depresión post aborto ha sido poco divulgada en la literatura médica. La razón fundamental es que los médicos que se encuentran ante un caso, muchas veces no lo detectan. Por otro lado, es importante señalar que muchas mujeres utilizan un fuerte mecanismo de negación o de desplazamiento.

En el hospital nacional Nicolasa Cruz del departamento de Jalapa en el año 2017 se atendieron 487 abortos, pero no hay ningún registro de depresión en dichas pacientes debido a que es algo que no se investiga.

La falta de estudios epidemiológicos sobre la depresión post aborto así como las dificultades para su definitiva aceptación por parte de la comunidad científica parecen ser debidas, además de determinados intereses ideológicos, a la falta de estudios que aporten una confirmación diagnóstica y que permitan su incorporación, por derecho propio, a las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales, por las que se rigen actualmente la práctica clínica y la investigación científica.

El no investigar la presencia de depresión en pacientes post aborto puede conducir a problemas mentales más severos en la mujer, es por eso que se considera de vital importancia el investigar a las pacientes que pasan por un aborto para determinar mediante la escala de Hamilton si presentan algún grado de depresión para que de esta manera se pueda dar el tratamiento oportuno.

V. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

DEPRESIÓN

a) Definición

Para hablar de depresión, y por lo tanto de enfermedad se requiere:

- Que estos sentimientos se presenten de forma (casi) continua durante un período superior a dos semanas;
- Que causen un malestar importante en una o varias áreas de la vida diaria (dificultad o imposibilidad de levantarse, de ir a trabajar, salir a hacer las compras...) (Gómez Lavín, 2018).

b) Eventos que predisponen

Cualquier persona puede padecer depresión en algún momento de su vida. No obstante, existen algunas que tienen una mayor predisposición:

- Personas que han vivido un suceso estresante.
Personas con estrés crónico (estrés continuo)
- Aquellas personas que han perdido un empleo o tienen dificultades para encontrarlo.
- Mujeres que experimentan cambios hormonales
- Aquellos con historia familiar de depresión
- Personas que han tenido una infancia difícil incluyendo las primeras experiencias de duelo
- Mujeres embarazadas
- Personas que sufren una determinada enfermedad física
- Personas que tienen algún otro problema de salud mental
- Aquellas con una enfermedad potencialmente mortal o con dolor crónico
- Personas con algún desequilibrio químico

- Personas que previamente han estado deprimidas
- Carencias en la exposición a luz solar en invierno
- Personas que tienen dificultades de adaptación tras desplazarse a un país extranjero (inmigrantes).

c) Causas

La depresión, como la mayoría de las enfermedades psíquicas, no está causada por un solo factor sino que es el resultado de un conjunto de mecanismos de diferente naturaleza que todavía no se conocen completamente (Gurpegui, Jurado, 2009).

Por lo general, se considera que existen “factores” biológicos, psicológicos y ambientales (aquéllos relacionados con el entorno social o la familia). Algunos de ellos pueden actuar bastante antes de que se presente la depresión, ellos “preparan el terreno” y se les conoce como factores de riesgo (o vulnerabilidad) (García-Herrera, Nogueras Morillas, 2013).

Otros actúan justo antes de la depresión, la desencadenan y se les se conoce como factores precipitantes. Algunos de los factores que pueden favorecer o precipitar la aparición de una depresión son:

- **Factores genéticos:** En algunas personas puede haber una predisposición genética, existiendo antecedentes familiares que aumentan la probabilidad de padecerla. Las mujeres sufren con mayor frecuencia depresiones que los hombres.
- **Factores biológicos:** En el cerebro existen sustancias químicas denominadas neurotransmisores que pasan señales de una célula a otra. En la depresión algunos de estos sistemas, particularmente los de serotonina y noradrenalina, parecen no estar funcionando correctamente. Algunas mujeres la presentan tras el parto por los cambios hormonales que se producen durante este período. Es la denominada depresión posparto.

- **Factores sociales:** Determinadas situaciones especialmente complicadas y difíciles que ocurren en la vida (problemas familiares, laborales, etc.) pueden favorecer su aparición.

Los estudios demuestran que la depresión y la ansiedad predominan en las mujeres. Este tipo de trastornos están asociados significativamente con factores de riesgo social, más prevalentes en mujeres que en varones, como las carencias socioeconómicas (mujeres tradicionalmente más empobrecidas por pensiones y salarios más bajos, dedicación a trabajos no remunerados), la continua responsabilidad del cuidado de terceras personas o la violencia de género (Guerrero Monzón, 2014).

- **Otros**
 - A veces una enfermedad física (cáncer, diabetes, enfermedades cardíacas, Parkinson, trastornos de la alimentación, trombosis, Alzheimer...) o la toma de ciertos medicamentos hacen que aparezca.
 - El consumo de alcohol y drogas también favorecen su aparición.
 - Existen algunas personas que presentan síntomas de depresión, de forma recurrente en las mismas épocas todos los años, especialmente en zonas con gran diferencia de luz entre verano e invierno.

d) Síntomas

- **Conducta:** Ataques de llanto, aislamiento de los demás, descuido de las responsabilidades, pérdida de interés por la apariencia, pérdida de la motivación.
- **Emociones:** Tristeza, ansiedad, culpabilidad, ira, cambios de humor, falta de emociones (embotamiento afectivo), sentimientos de desesperanza.
- **Pensamientos:** Autocrítica, sentimiento de culpa, preocupación, pesimismo, problemas de memoria, falta de concentración, dificultad para la toma de decisiones, confusión, pensamientos referentes a que otras personas le vean mal (Paray, 2005).

- **Síntomas físicos:** Sensación de cansancio, falta de energía, dormir mucho o muy poco, comer en exceso o la pérdida de apetito, estreñimiento, pérdida o aumento de peso, ciclo menstrual irregular, pérdida de apetito sexual, dolores sin explicación aparente (García-Herrera, Noguerras Morillas, 2013).

e) Tratamiento

Hay varios métodos para tratar la depresión. La elección del tratamiento depende de la preferencia del profesional y del paciente, del origen de la depresión, el tratamiento previo, la historia de tratamiento de la familia, el estado médico general, así como otros factores (Pérez, 2017).

- **Los fármacos**

El tratamiento antidepresivo farmacológico se reserva para los episodios moderados a severos (y en algunos casos específicos para los leves). Hasta el momento, la gran mayoría de los fármacos utilizados tienen un común denominador: su acción sobre el sistema monoaminérgico. Independientemente de su mecanismo de acción, el resultado final es la regulación de alguno de los siguientes neurotransmisores: serotonina (5-HT), dopamina (DA), noradrenalina (NA).

El incremento de la disponibilidad de neurotransmisores en la hendidura sináptica permite la regulación a la baja de los receptores pos sinápticos así como su desensibilización, y estos cambios adaptativos en los receptores resultan en alteraciones en la expresión de determinados genes, incluidos factores neurotróficos como el brain-derived neurotrophic factor (BDNF) y por ende permiten la sinaptogénesis. Los efectos secundarios suelen presentarse dentro de los primeros días de iniciar un fármaco debido al aumento de los neurotransmisores implicados, mientras que el efecto clínico de mejoría en los síntomas depresivos puede tardar de 2 a 4 semanas tras el inicio debido a que requiere de estos cambios adaptativos en los receptores (Paviria Arbeláez, 2009).

En general, la eficacia de los antidepresivos actuales es comparable entre ellos. Sin embargo, algunos metaanálisis favorecen discretamente al escitalopram, mirtazapina, sertralina y venlafaxina sobre otros, en cuanto a respuesta . A pesar de lo anterior, con la evidencia actual, las guías de tratamiento sugieren que la decisión entre los distintos antidepresivos debe basarse en las características sintomáticas del cuadro depresivo, comorbilidades, efectos secundarios, interacciones farmacológicas y disponibilidad en el medio. El tratamiento de un primer episodio depresivo debe durar entre 6 y 12 meses posterior a la remisión de los síntomas para evitar la recurrencia dichos medicamentos tienen un mecanismo de acción antidepresiva primario, aunque en su mayoría, poseen acciones farmacológicas secundarias a través de su acción sobre distintos receptores, lo cual se ve reflejado de manera clínica tanto en efectos terapéuticos como en efectos adversos (Pérez García, Jara González 2010).

- **Tratamiento no farmacológico:** existen otras estrategias terapéuticas que pueden considerar en el tratamiento de la depresión. Estas incluyen la psicoterapia, la terapia electro convulsiva, la estimulación magnética transcraneal y la estimulación magnética profunda, entre otras.

CAPÍTULO II

ABORTO

a) Definición

El aborto se define como la interrupción del embarazo antes de la 22 semana de gestación, o con embrión o feto menor de 500 gr, independientemente del carácter espontáneo o provocado del mismo.

b) Clasificación

1. Según la intencionalidad

a) Aborto inducido, provocado o voluntario: es el resultante de maniobras directas destinadas a interrumpir el embarazo. Puede ocurrir en el contexto de la legalidad o ilegalidad. Puede ser:

- Libre
- Psicosocial
- Eugenésico
- Terapéutico
- Mixto
- Ético

b) Aborto espontáneo o involuntario: en el cual no interviene la acción humana de forma intencionada.

2. Según su evolución puede ser

– Amenaza de aborto: se caracteriza por metrorragia escasa acompañada o no de dolor en hipogastrio tipo cólico

Aborto inminente o inevitable: caracterizado por la irreversibilidad del proceso.

– Aborto retenido o diferido: en el que persiste el producto de la concepción tras la interrupción del embarazo. Una situación a tener en cuenta dentro de este, es la gestación anembrionica, que consiste en la ausencia de embrión dentro del saco gestacional. Su causa más importante es la alteración cromosómica

– Aborto habitual o recurrente: pérdida de tres o más embarazos espontáneamente de forma consecutiva o cinco o más no consecutivos (Guevara Ríos, 2015).

c) Frecuencia

Se estima que existe una pérdida espontánea del 10 al 15% de todos los embarazos pronosticados. Esta frecuencia aumentaría hasta el 50% si se incluyeran los casos no diagnosticados clínicamente (abortos infra o preclínicos).

En mujeres que no han tenido hijos, después de un primer aborto, la probabilidad de un segundo es de un 19%. Si ha tenido dos abortos previos esta cifra aumenta al 35%, y si ha tenido tres abortos anteriores esta probabilidad asciende al 47% (Pérez Abad, 2017).

d) Etiología

El 50% de los abortos espontáneos tienen causa conocida. Dentro de éstas pueden ser de dos tipos:

- Ovular: anomalías genéticas.
- Maternas: anatómicas.
 - Endocrinas.
 - Infecciosas.
 - Inmunológicas.
 - Ambientales y iatrogénicas

La hemorragia es el signo más frecuente de todas las formas clínicas de aborto, variando desde un discreto spotting asintomático a un cuadro de shock.

La presencia de dolor hipogástrico y contracciones no es constante. El tamaño del útero puede ser, o no, acorde con la edad gestacional, en cuyo caso se sospecharía la expulsión previa del saco embrionario. El cuello uterino puede estar cerrado o presentar dilatación, mostrando o expulsando restos abortivos (López, Herreros, Pérez-Medina, 2007).

Se distinguen varias formas clínicas de aborto, destacando en la práctica las situaciones de amenaza de aborto, aborto inevitable o en curso, el aborto diferido y el aborto séptico (Pavia, 2014).

a) Amenaza de aborto

Define la situación clínica de una metrorragia antes de la semana 20 de amenorrea con tamaño acorde a la edad gestacional. El cuello uterino está cerrado y en general cursa sin dolor ni otros síntomas, salvo leves molestias abdominales de tipo menstrual o

lumbalgias inespecíficas. Generalmente existe evidencia ecográfica de gestación intrauterina con desarrollo acorde a la edad gestacional (Paviria Arbeláez, 2009).

Es necesario hacer un diagnóstico diferencial con otras causas de metrorragia, como pólipos cervicales, lesiones erosivas o ulcerativas a este nivel y casos sospechosos de malignidad.

En primer lugar debe confirmarse que el embarazo es intrauterino; si el embarazo es muy precoz y los hallazgos ecográficos no son diagnósticos puede ser de utilidad la determinación seriada de beta-HCG o la repetición de la exploración ecográfica al cabo de unos 7-10 días que evidenciará la evolución de la gestación.

En presencia de actividad cardíaca fetal, el pronóstico es muy bueno, con evolución normal de la gestación en el 90-96% de los casos, salvo en abortos de repetición, en los que el riesgo de recidiva es de un 22% aún en presencia de latido cardíaco fetal. La existencia ecográfica de vesícula vitelina es un signo de buen pronóstico. También existe una serie de signos ecográficos de mal pronóstico que suponen un mayor riesgo de pérdida gestacional, como la presencia de una frecuencia cardíaca fetal menor de 100 latidos por minuto, vesícula gestacional pequeña e irregular y la presencia de un hematoma subcorial mayor del 25% del volumen del saco gestacional (López, Herreros, Pérez-Medina, 2007).

b) Aborto inevitable:

Se distinguen dos formas clínicas: aborto completo e incompleto. La primera define la expulsión de todo el material, con disminución del dolor y la metrorragia, cierre del cuello y contracción del útero. En el aborto incompleto no se ha expulsado todo el material y puede persistir la hemorragia con dolor abdominal intenso y cérvix permeable (López, Herreros, Pérez-Medina, 2007).

c) Aborto diferido

Es la gestación interrumpida sin expulsión del material retenido. En el examen el cérvix está cerrado, pueden aparecer discretas metrorragias y el útero suele ser de menor tamaño del que correspondería por la amenorrea. El diagnóstico se basa en la confirmación ecográfica de la ausencia de actividad cardiaca en embriones con longitud cráneo- caudal mayor o igual a 5 mm.

Gestación anembrionica: embarazo anembrionico se diagnostica ante la presencia de un saco ovular vacío de 17 mm o más sin eco embrionario en su interior o saco ovular mayor o igual a 13 mm sin vesícula vitelina, independientemente de la clínica y la fecha de amenorrea (Cunningham, Leveno, Bloom, Spong, Dashe, Hoffman, Casey, Sheffield, 2015).

d) Aborto séptico

El aborto séptico es la infección del útero y/o de los anejos que se presenta tras un aborto. La infección tras aborto es un proceso ascendente y puede estar causado por una cervicovaginitis preexistente, por retención de restos abortivos que se sobre infectan y en el caso de aborto provocado, por una perforación del útero y/o otras estructuras, o por mala técnica aséptica. Es una infección polimicrobiana en relación con la flora vaginal endógena, y suele aislarse *E. coli*, *Enterobacter aerogenes*, *Proteus vulgaris*, estreptococos hemolíticos como estafilococos y anaerobios. El *Clostridium perfringens* puede ocasionar un cuadro de sepsis postaborto, liberando una potente alfa-toxina tras 24-48 horas de incubación, es extremadamente grave, produciéndose hemólisis severa, trastorno de coagulación con shock o hipotensión refractaria, CID, acidosis metabólica e insuficiencia renal aguda (Síndrome de Mondor) (Del Poggetto, 2014).

Es un cuadro clínico definido por la aparición de fiebre, escalofrío y dolor abdominal después de un aborto. En la exploración destaca la presencia de hemorragias, leucorrea de aspecto purulento y aumento del tamaño uterino, que muestra una consistencia blanda con dolor a la movilización cervical, pudiendo palparse una masa Anexial dolorosa (López, Herreros, Pérez-Medina, 2007).

e) Diagnóstico diferencial

Debe realizarse diagnóstico diferencial con otras patologías que producen hemorragia en la primera mitad del embarazo:

– Lesiones malignas o benignas del tracto genital inferior:

Toda lesión observada debe ser adecuadamente investigada, incluyendo colposcopia, biopsia.

– Gestación molar: la ecografía y la determinación de los valores circulantes de Beta-HCG (siempre mayores de 100.000 mUI/ml) resultan determinantes para el diagnóstico, cuya determinación definitiva es anatomopatológico.

– Embarazo ectópico: en caso de que no se observe gestación intrauterina ecográficamente, la cifra de Beta-HCG sanguínea y su evolución posterior, permitirá orientar el diagnóstico.

f) Tratamiento

Se debe distinguir dos grandes grupos a la hora de hacer un tratamiento terapéutico, por un lado, la actitud conservadora en la amenaza de aborto y, por otro, la técnica empleada en caso de confirmarse una gestación interrumpida (López, Herreros, Pérez-Medina, 2007).

CAPÍTULO III

ESCALA DE HAMILTON

La Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias (Purriños s.f.).

La Escala de valoración de la depresión de Hamilton es una Escala que durante años ha sido el instrumento de evaluación clínica más utilizado para medir la gravedad de la

depresión y la referencia más importante para evaluar la eficacia de los tratamientos farmacológicos para la depresión y que está en dominio público (Sanz, J. y García-Vera, MP. 2013).

Si bien su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios (Purriños, s.f.).

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 o de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La guía de práctica clínica elaborada por el National Institute for Health and Care Excellence (NICE), guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación "muy recomendada" según el instrumento AGREE (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation), recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23

Para la evaluación de la respuesta al tratamiento se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual del 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial como una disminución entre el 25-49% y una no respuesta como una reducción de menos del 25%. La remisión se ha considerado con una puntuación menor o igual a 7, aunque hay resultados que apoyan que este punto de corte debería de tener un valor más bajo (Sanz, García-Vera, 2013).

VI. DISEÑO METODOLÓGICO

a. Tipo de estudio

Estudio descriptivo transversal.

b. Área de estudio

Servicio de ginecología y obstetricia del hospital nacional Nicolasa Cruz del departamento de Jalapa.

c. Universo

Debido a que la cantidad de abortos cada año va en aumento no se pudo definir una muestra por lo que se tomó el universo durante los meses de julio y agosto siendo todas las pacientes que mediante la escala de Hamilton sean diagnosticadas con depresión post aborto atendidas en el área de Ginecología y Obstetricia del hospital nacional Nicolasa Cruz.

d. Sujeto u objeto de estudio

Paciente post aborto atendidas en el hospital nacional Nicolasa Cruz durante los meses de julio-agosto del año 2019.

e. Criterios de inclusión

- Mujeres con diagnóstico de aborto incompleto o falla temprana mayores de 18 años hasta 40 años.
- Mujeres a las que se les realizó legrado intra uterino indicado por falla temprana o aborto

f. Criterios de exclusión

- Ser menor de 18 años
- Pacientes que se le realicen legrado intra uterino por biopsia endometrial, retención de placenta, embarazo ectópico.

g. Variable estudiada

Prevalencia de depresión post aborto.

h. Operacionalización de variables

Variable	Definición	Indicador	Tipo de Variable	Escala de medición
Prevalencia de depresión post aborto	Se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo con una serie de síntomas y signos posteriores a la interrupción del embarazo	Escala de Hamilton para depresión	Cualitativa	Nominal

FUENTE: elaboración propia.

i. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La recolección de datos consistió de dos fases. La fase I, fue una boleta diseñada por el investigador con características de entrevista estructurada y dirigida para la recolección de datos generales que incluye antecedentes del aborto actual. La fase II consistió en la Escala de valoración de la depresión de Hamilton que durante años ha sido el instrumento de evaluación clínica más utilizado para medir la gravedad de la depresión y la referencia más importante para evaluar la eficacia de los tratamientos farmacológicos para la depresión y que está en dominio público.

j. Procedimientos para la recolección de información

- Se solicitó autorización a las autoridades tanto hospitalarias como del servicio de ginecología y obstetricia para realizar la investigación en el hospital nacional Nicolasa Cruz del departamento de Jalapa.
- Se acudió al servicio de ginecología y obstetricia del hospital nacional Nicolasa Cruz, en donde se identificaron los casos según criterios de inclusión y debido a que la cantidad de abortos cada año va en aumento no se pudo definir una muestra por lo que se tomó el universo durante los meses de julio y agosto acudiendo al Hospital de lunes a viernes de 8:00 a 12:00 hrs y de 13:00 a 16:00 hrs.
- Previo presentación al paciente del consentimiento informado el cual explicó con detalle la investigación, los riesgos y ventajas, se firmó. Se procedió inmediatamente a la aplicación del test de fase I y luego se aplicó la escala de Hamilton para depresión a todas las pacientes post aborto que se les había realizado un legrado instrumental o diagnóstico después de 12 a 18 horas post procedimiento, buscando con ello diagnóstico de depresión post aborto.
- Pasados 15 a 20 días que la paciente egresó se solicitó llegar al centro hospitalario a las pacientes con diagnóstico de depresión post aborto y nuevamente se le aplicó la escala de Hamilton. Las pacientes que no acudieron al hospital se realizó visitas en sus domicilios para aplicarles el test.
- Si el diagnóstico de depresión post aborto continuo al aplicar por segunda ocasión el test según la Escala de Hamilton, se procedió a clasificar a las de grado severo y muy severo; a ellas se les realizó pruebas tiroideas para descartar patología tiroidea como antecedente.

- Estas pruebas tiroideas se realizaron con previo consentimiento informado a las pacientes indicándoles los riesgos y beneficios; se citaron a las pacientes en el laboratorio clínico UNILAB en donde se tomaron las muestras y se realizaron las pruebas las cuales fueron canceladas por la investigadora; si por algún motivo las pacientes no asistían al laboratorio se les busco en sus domicilios en donde se tomaron las muestras y se trasladaron al laboratorio.
- Se registró la información en una boleta de recolección de datos diseñada específicamente para el estudio y se tabulo en una base de datos en Excel con su posterior análisis.

k. Plan de análisis

Para el procesamiento de la información obtenida se realizó de la siguiente manera:

1. Posterior al diagnóstico de depresión mediante la escala de Hamilton a las pacientes post aborto, y a la realización de las pruebas tiroideas a dichas pacientes, se procedió a la tabulación de los datos.
2. Se tabuló los datos recopilados, en tablas realizadas con el programa de Microsoft Office Excel 2010.
3. Se realizaron gráficas para cada objetivo en base a los resultaos obtenidos.
4. Se realizó un análisis estadístico para cada gráfica, según los resultados obtenidos.

I. Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación

Se solicitó autorización a autoridades del hospital nacional Nicolasa Cruz así como a autoridades del área de ginecología y obstetricia de dicho hospital para la realización de la investigación. Se utilizaron técnicas observacionales lo cual no implica ningún riesgo para el paciente. Previo consentimiento informado (anexo II) se aplicó la escala de Hamilton para depresión así como también se informó a las pacientes sobre riesgo y beneficios de la realización de las pruebas tiroideas a dichas pacientes que tengan diagnóstico de depresión severa y muy severa según la escala.

m. Cronograma

2019																												
Mes	Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Actividad																												
Planteamiento del problema	■	■	■																									
Solicitud de aprobación del tema				■																								
Aprobación del tema				■	■	■	■																					
Elaboración del protocolo de investigación				■	■	■	■																					
Revisión del protocolo								■	■	■	■																	
Aprobación del protocolo												■	■	■	■													
Trabajo de campo																■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Tabulación y análisis de resultados																									■			
Elaboración del informe final																										■		
Revisión del informe final																										■		
Aprobación del informe final																											■	

FUENTE: elaboración propia.

n. Recursos

a. Humanos

Investigadora: Nancy Paola Ruano González

Asesor de la investigación: Rory René Vides Alonzo

Revisor: Carlos Arriola Monasterio

Comité de trabajos de investigación de la carrera Médico y Cirujano.

b. Físicos

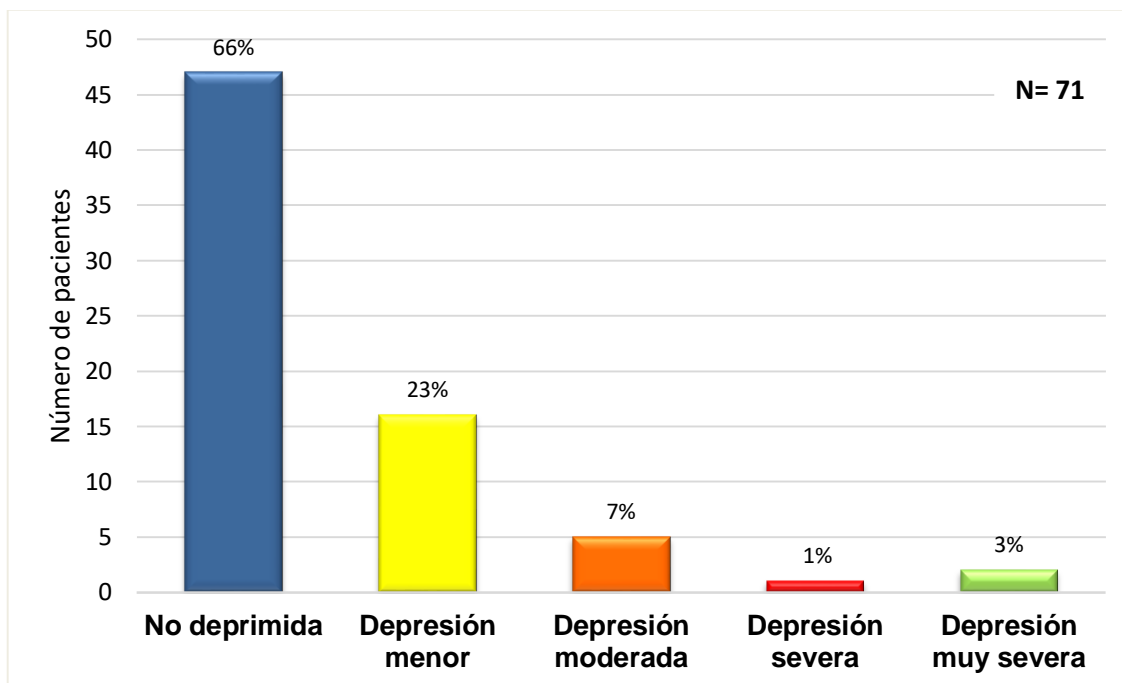
- Papeletas de pacientes con diagnóstico de aborto
- Lapiceros
- Reglas
- Hojas de papel bond
- Fotocopias
- Laptop
- Memoria USB
- Impresora

c. Financieros

Se estableció el siguiente presupuesto

Descripción	Cantidad
Fotocopias e impresiones	Q. 300.00
Hojas de papel bond	Q. 100.00
Internet	Q. 100.00
Lápiz/lapiceros	Q. 20.00
Transporte	Q. 100.00
Alimentación	Q. 100.00
Pruebas Tiroideas (T4, TSH)	Q.1,500.00
TOTAL	Q.2,220.00

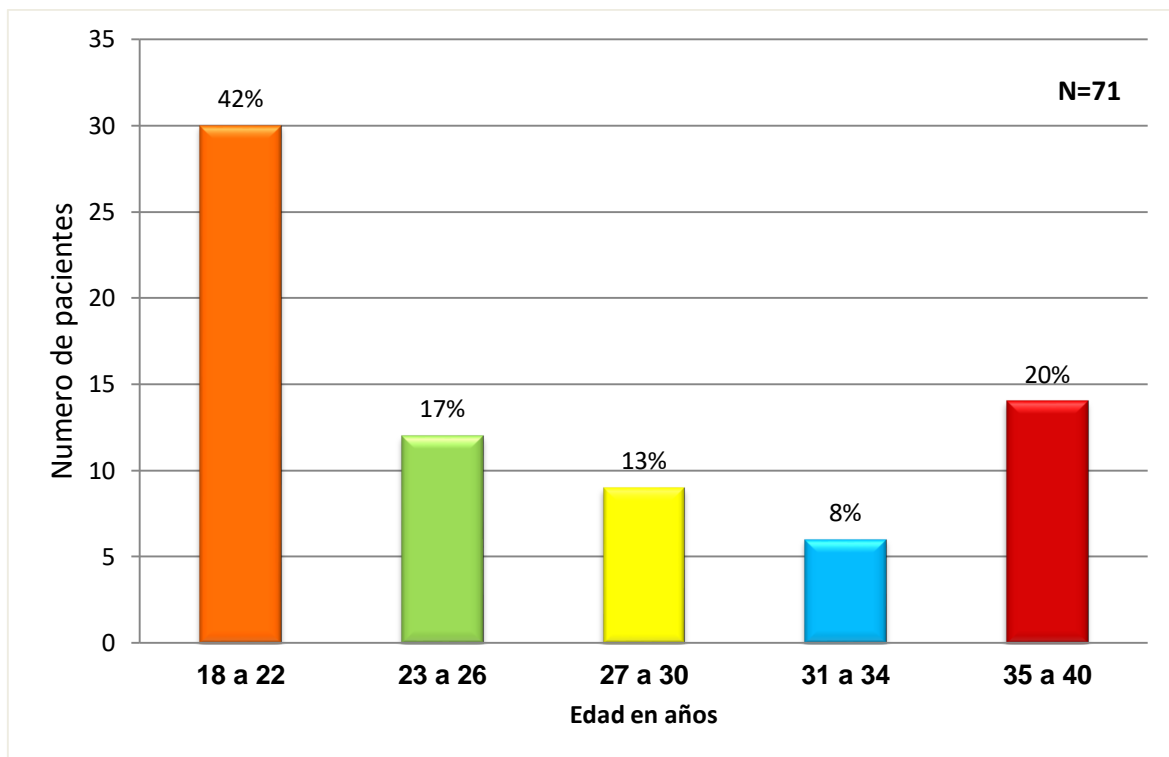
VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS



FUENTE: Escala de Hamilton.

Gráfica 1: Distribución de pacientes que presentaron depresión post aborto atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital nacional Nicolasa Cruz del departamento de Jalapa, durante los meses de julio y agosto del año 2019.

En esta gráfica se puede observar que del total de pacientes el 66% (47) no presentaron depresión, mientras que el 23% (16) presentaron depresión menor, el 7% (5) depresión moderada, 1% (1) depresión severa y 3% (2) depresión muy severa; siendo en total un 34% (24) que si presentaron depresión según la escala de Hamilton.

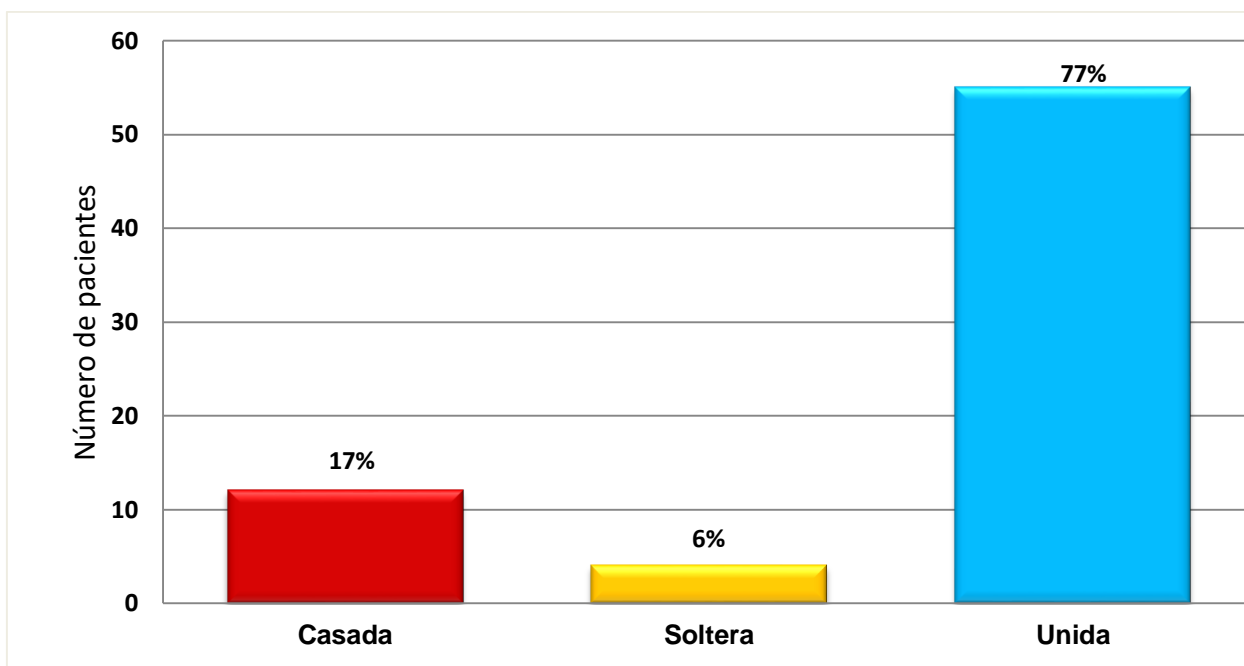


FUENTE: boleta de recolección de datos 2019.

Gráfica 2: Distribución de edad en años de pacientes post aborto ingresadas en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital nacional Nicolasa Cruz del departamento de Jalapa, durante los meses de julio y agosto del año 2019.

En esta gráfica se puede observar que del total de pacientes ingresadas post aborto hay una prevalencia del 42% (30) que corresponde al rango de edad comprendido entre 18 a 22 años, seguido de un 20% (14) de 35 a 40 años, 17% (12) entre las edades de 23 a 26 años, un 13% (9) para las pacientes de 27 a 30 años y 8% (6) para las pacientes de 31 a 34 años.

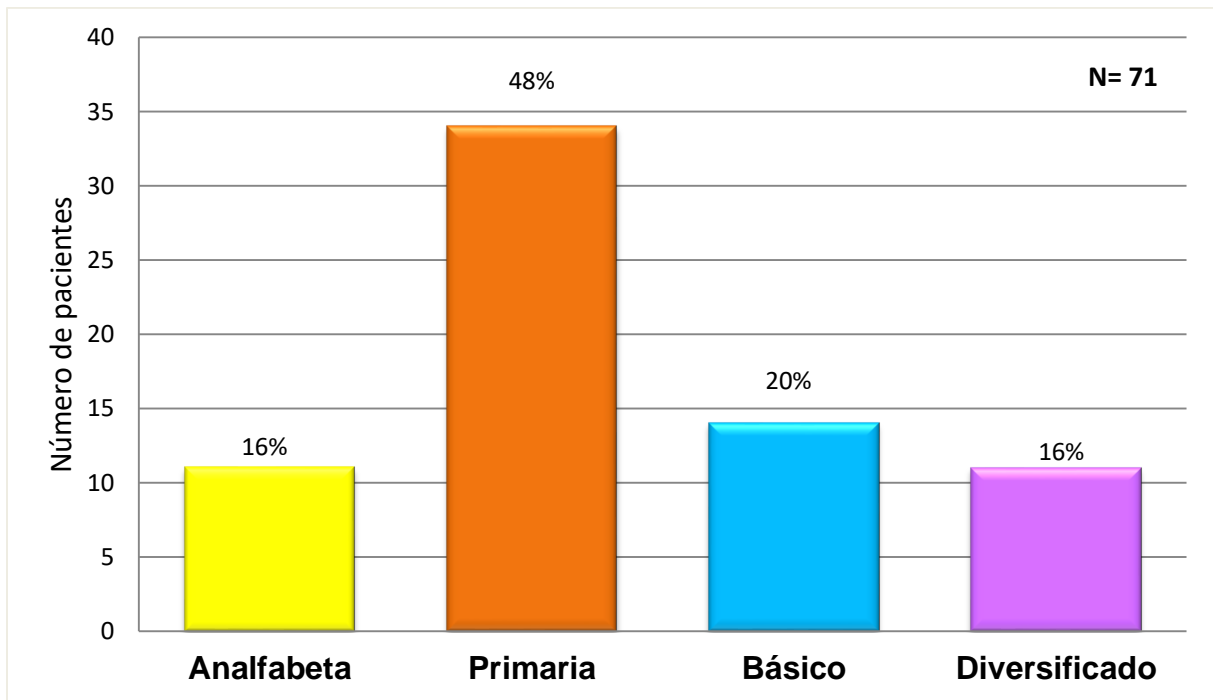
N= 71



FUENTE: boleta de recolección de datos 2019.

Gráfica 3: Distribución del estado civil de pacientes post aborto atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital nacional Nicolasa Cruz del departamento de Jalapa, durante los meses de julio y agosto del año 2019.

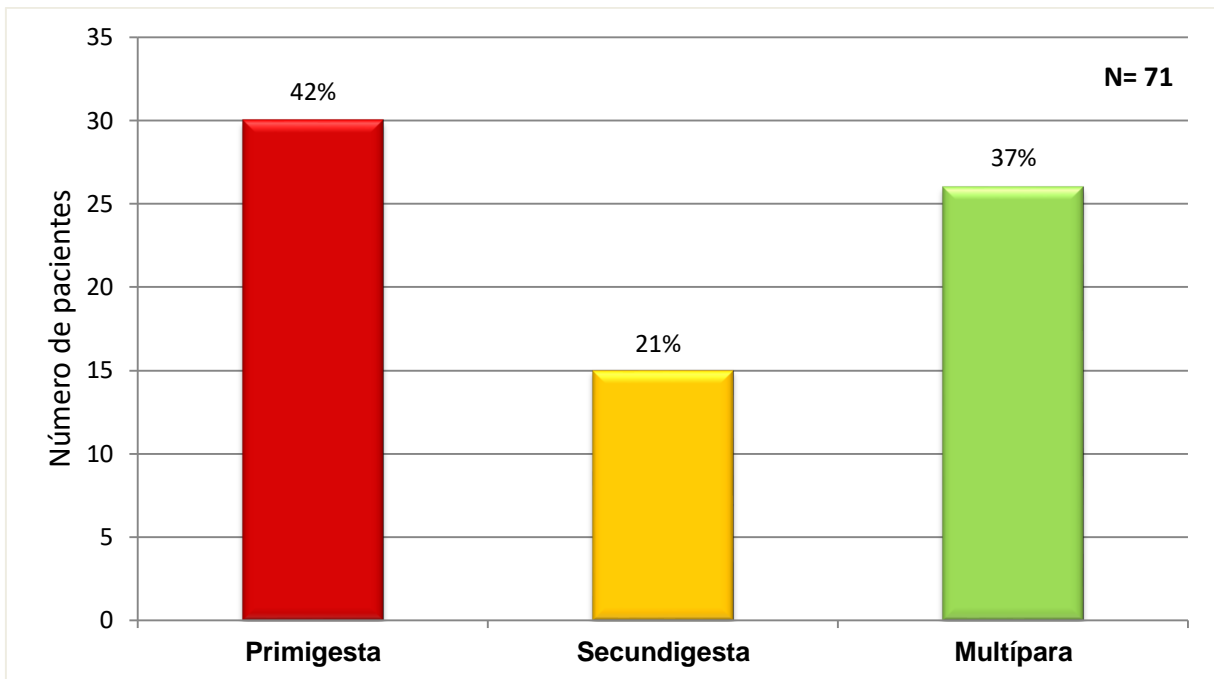
En esta gráfica se puede observar que del total de pacientes post aborto el 77% (55) se encuentran con un estado civil de unión libre, el 17% (12) se encuentran casadas y 6%(4) son pacientes solteras.



FUENTE: boleta de recolección de datos 2019.

Grafica 4: Distribución de escolaridad de pacientes post aborto ingresadas en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital nacional Nicolasa Cruz del departamento de Jalapa, durante los meses de julio y agosto del año 2019.

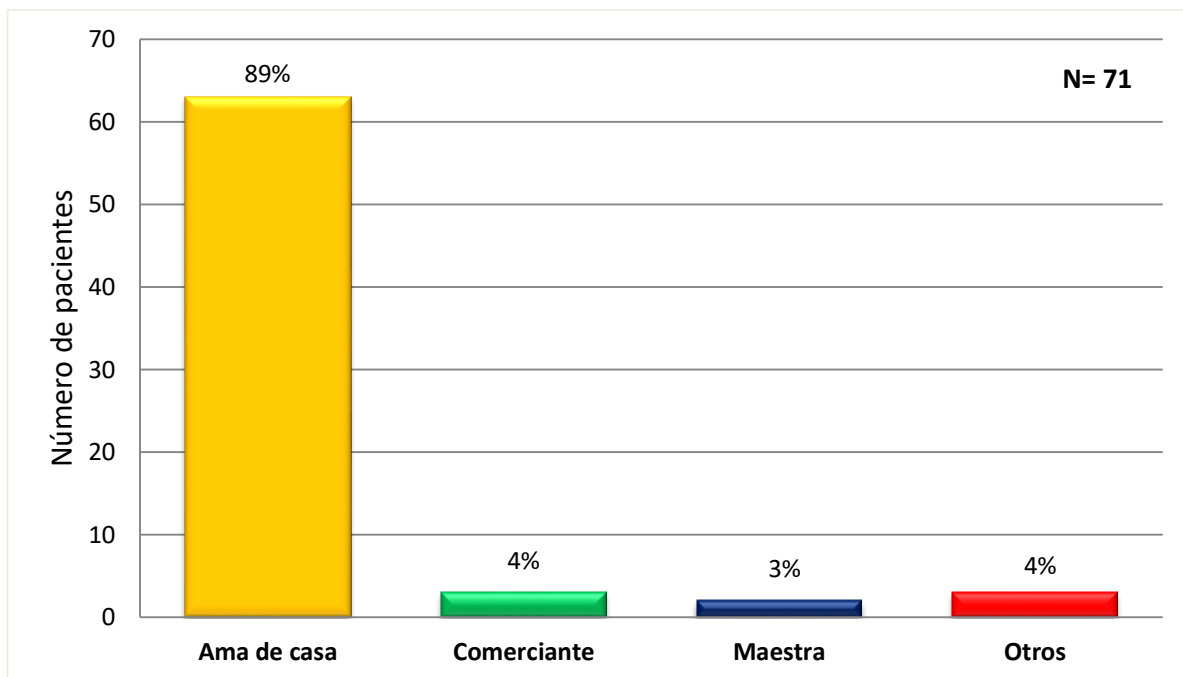
En esta gráfica se puede observar que del total de pacientes post aborto el 48% (34) tienen un nivel de educación primaria, el 20% (14) nivel de educación básico y un 16% (11) nivel de educación diversificado al igual que el 16% (11) que son analfabetas.



FUENTE: boleta de recolección de datos 2019.

Gráfica 5: Distribución de las pacientes post aborto según paridad ingresadas en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital nacional Nicolasa Cruz del departamento de Jalapa, durante los meses de julio y agosto del año 2019.

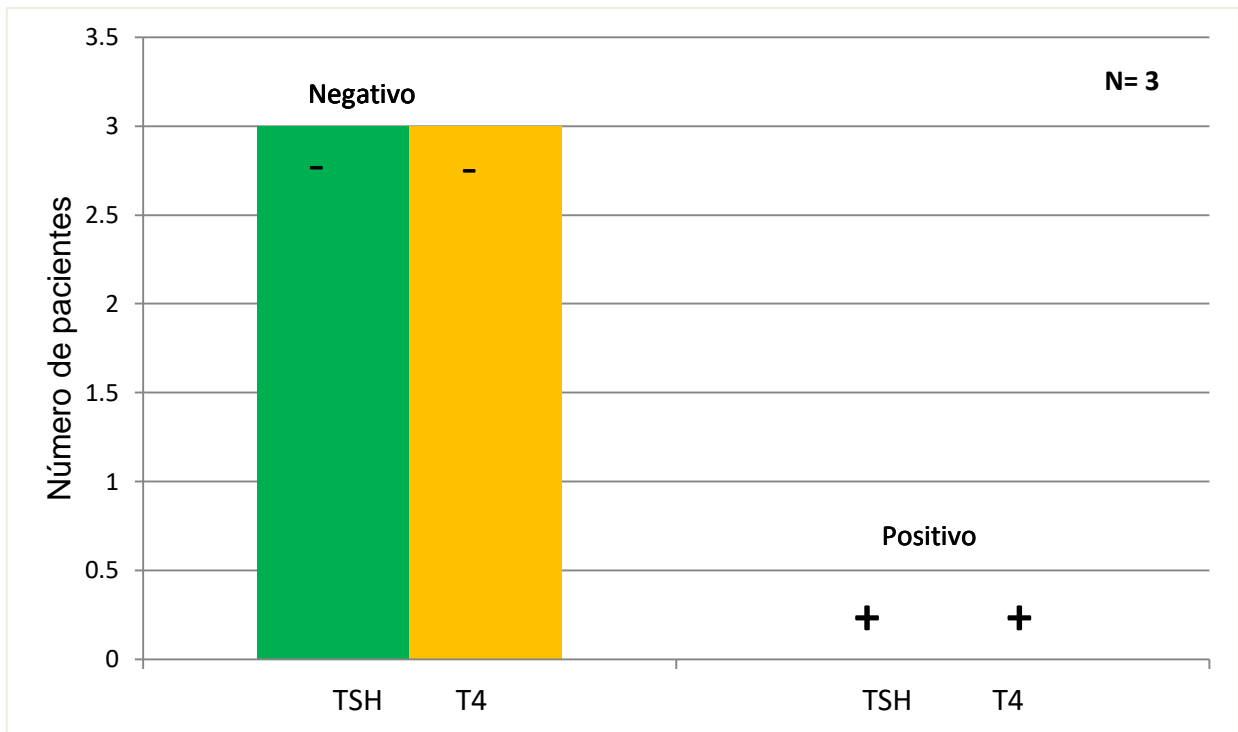
En esta gráfica se puede observar que la mayor cantidad de pacientes post aborto son primigesta con un 42% (30), seguido de un 37% (26) de las pacientes que son múltiparas y 21% (15) secundigesta.



FUENTE: boleta de recolección de datos 2019.

Gráfica 6: Distribución de paciente post aborto según ocupación, atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital nacional Nicolasa Cruz del departamento de Jalapa, durante los meses de julio y agosto del año 2019.

En esta gráfica se puede observar que del total de pacientes postaborto el 89%(63) son amas de casa, 4% (3) comerciante, 3% (2) maestras y otras ocupaciones 4%(3).



FUENTE: pruebas tiroideas realizadas.

Gráfica 7: Distribución de pruebas tiroideas realizadas a pacientes con diagnóstico de depresión severa y muy severa según la escala de Hamilton atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital nacional Nicolasa Cruz del departamento de Jalapa, durante los meses de julio y agosto del año 2019.

En esta gráfica se puede observar que las pruebas tiroideas (TSH-T4) realizadas a las pacientes con diagnóstico de depresión severa 1% (1) y depresión muy severa 3% (2) se encontraron dentro del rango normal por lo que se descarta la presencia de alguna alteración a nivel de la glándula tiroides.

VIII. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Del total de pacientes, y en base a la escala de Hamilton el 34% (24 pacientes) de la población presentó depresión luego de la realización de un legrado intrauterino secundario a aborto, del total de pacientes con depresión el 23% (16) presentó depresión menor según la clasificación de la escala de Hamilton, el 7% (5) depresión moderada, el 1% (1) depresión severa y el 3% (2) depresión muy severa.

Debido a que la disfunción de la glándula tiroides puede producir síntomas similares a los de una depresión se les realizó pruebas tiroideas a la paciente que presentó depresión severa y a las 2 pacientes que presentaron depresión muy severa; dichas pruebas se encontraron dentro del rango normal por lo que se descarta que los hallazgos de depresión severa y muy severa encontrados sean consecuencia de disfunción tiroidea.

En este estudio se encontró una media de edad de 26.7 años, encontrándose la mayoría de pacientes en la mediana edad, y solo un 20 % en los extremos de la vida, presentando en su mayoría pareja estable (94%), de las cuales el 77% (55) en unión libre y el 17% (12) con un estado civil casada. Presenta una media de embarazos de 2.5, siendo el 42% (30) de la población primigesta, un 37% (26) de la población múltipara (tres embarazos o más). De esta población solo 16 % presenta estudios a nivel diversificado, encontrándose la mayoría en escolaridad primaria (48%) y un 16% de la población es analfabeta.

La presencia de depresión es mayor en pacientes de mediana edad, estado civil de unión libre, nivel de educación primaria. Del 34% de pacientes que presentaron depresión el 75% no ejercían ninguna profesión, la ocupación de comerciante presentaba 13% de la población que presenta depresión.

IX. CONCLUSIONES

- 1.** En base a la prueba realizada 71 pacientes post aborto, con aplicación del test de Hamilton el 34% (24 pacientes), presentó algún grado de depresión post aborto.
- 2.** Del 34% (24 pacientes) de pacientes con depresión, únicamente se encontró una paciente con depresión severa y dos pacientes con depresión muy severa.
- 3.** La presencia de depresión post aborto es mayor en pacientes con mediana edad (18 a 26 años), en comparación a extremos de la vida.
- 4.** Se determinó que la mayor cantidad de pacientes post aborto se encuentran dentro del rango de edad de 18 a 22 años, de estado civil unión libre, con grado de educación primaria, primigesta y de ocupación ama de casa.
- 5.** En la paciente con depresión severa y las 2 pacientes con depresión muy severa, fue descartado compromiso tiroideo, ya que las pruebas tiroideas realizadas (TSH, T4) fueron negativas.

X. RECOMENDACIONES

1. Al departamento de Ginecología y Obstetricia del hospital nacional Nicolasa Cruz, para que se interesen en dar seguimiento psicológico a todas las pacientes que presenten aborto.
2. Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a través de la dirección del área de salud de Jalapa que implemente charlas educativas en los diferentes centros y puestos de salud para reforzar plan educacional sobre la causa que provocó el aborto.
3. Al departamento de ginecología y obstetricia del hospital nacional Nicolasa Cruz, que se trabaje en el manejo de plan educacional en conjunto con departamento de psicología a pacientes con riesgo.
4. Al hospital nacional Nicolasa Cruz, que a través del laboratorio clínico se realice la medición de pruebas tiroideas a toda paciente con diagnóstico de depresión.

XI. PROPUESTA

Tomando en consideración que del total de la población investigada el 34% (24 pacientes) presentaron algún grado de depresión y en base a las recomendaciones se propone lo siguiente:

Título

Cuidados en el embarazo y atención integral de la paciente post aborto

Introducción

El aborto es uno de los problemas socio sanitario de mayor actualidad calculado en 50,000,000 al año en el mundo entero, y ya que se trata de un complejo tema que añade a su vertiente estrictamente médica, otras de carácter jurídico, moral, sociológico, religioso, demográfico, entre otros. La importancia de un oportuno seguimiento psicológico a todas las pacientes que presenten aborto.

Objetivos

- Informar a futuras madres sobre los cuidados importantes durante el embarazo.
- Identificación de pacientes post aborto con riesgo de presentar algún grado de depresión.

Justificación

Las pacientes que pasan por un aborto aparte de las simples molestias físicas, pueden presentar algún grado de afectación a nivel psicológico por lo que es de vital importancia el poder identificar a las pacientes en riesgo, así como poder brindarles la atención adecuada.

Metodología

Realización de manta vinílica con el título “Cuidados en el Embarazo” la cual será colocada en la consulta externa para de esta forma informar a todas las pacientes embarazadas sobre los cuidados que debe de tener y así poder disminuir la incidencia de abortos y que todos los embarazos puedan llegar a término; también fomentar en el hospital Nacional Nicolasa Cruz un trabajo en conjunto de los departamentos de ginecología y obstetricia y el departamento de psicología, para poder identificar a las pacientes post aborto en riesgo de presentar algún grado de depresión para que se le pueda dar el tratamiento oportuno y evitar complicaciones.

CUIDADOS EN EL

EMBARAZO

Conoce los principales cuidados que debe de tener una mujer embarazada para mantener su cuerpo sano y el de su bebé.

Visitas regulares al médico
Incrementarlas conforme avanza el embarazo.

Tomar suplementos
Ácido fólico, hierro, calcio para un adecuado crecimiento del bebé y buena salud de la madre

Buena Alimentación
Dieta rica en vitaminas, proteínas y minerales, pero no en grasas. Beber adecuada agua para una hidratación correcta.

Usar ropa adecuada
Vestimenta y zapatos cómodos que se adapten al volumen y al aumento de peso para la buena circulación de la sangre

No consumir alcohol, tabaco o drogas
Pueden acusar un parto prematuro y deficiencias en el bebé, como síndromes y bajo peso.

Cuidar los dientes
Las caries y la enfermedad periodontal pueden ocasionar nacimientos prematuros. Se recomienda asistir al dentista en los primeros meses.

No auto medicarse
Solo el médico puede indicar que medicamentos tomar en caso de una enfermedad.

Descansar y dormir bien
Se recomiendan siestas cortas de 30 a 60 min.



XII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Argote Echeverría, CA; Burbano Juela, RS. 2017. Depresión en pacientes en perimenopausia de la consulta externa del Hospital Vicente Corral Moscoso (en línea). Tesis Dr. Cuenca, Ecuador, Universidad Estatal de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas. 56 p. Consultado 13 ene. 2019. Disponible en dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28245/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACIÓN.pdf
- Cunningham, FG; Leveno. KJ; Bloom, ST; Spong, CY; Dashe, JS; Hoffman, BL; Casey, BM; Sheffield, JS. 2015. Williams obstetricia. 24 ed. México, McGraw-Hill Interamericana. p. 350-351.
- Deguate.com. 2012. Datos de Jalapa (en línea, sitio web). Guatemala. Consultado 15 abr. 2019. Disponible en http://www.deguate.com/artman/publish/geo_deptos/Datos_de_Jalapa_397.shtml
- Del Poggetto, MC. 2014. El síndrome post-aborto: status quaestionis (en línea). *Boletín de Doctrina Social de la Iglesia* 4(19):18-19. Consultado 9 feb. 2019. Disponible en <http://ucsp.edu.pe/cpsc/wp-content/uploads/2014/04/Boletin-19-zoom-2.pdf>
- Delgado, E. 2013. Trastornos a medida de ideologías (II): el síndrome post aborto (en línea, blog). Consultado 5 mar. 2018. Disponible en <http://www.eparquiodelgado.com/index.php/trastornos-a-medida-de-ideologias-el-sindrome-post-aborto/>
- Félix, N. 2013. Aborto y sentimiento de culpa (Estudio realizado en el hospital nacional de Quetzaltenango) (en línea). Tesis Lic. Quetzaltenango, Guatemala, Universidad Rafael Landívar, Facultad de Humanidades. p. 18-24. Consultado 5 mar. 2018. Disponible en <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/05/24/Felix-Nancy.pdf>

- Gandara Matheu, CE. 2017. Depresión post aborto (en línea). Tesis M.Sc. Guatemala, USAC, Facultad de Ciencias Médicas. p. 2-12. Consultado 12 feb. 2019. Disponible en http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10468.pdf
- García-Herrera Pérez Bryan, JM; Nogueras Morillas, EV. 2013. Guía de autoayuda para la depresión y los trastornos de ansiedad (en línea). España, Consejería De Salud y Bienestar Social Junta de Andalucía, Servicio Andaluz de Salud. 320 p. Consultado 19 may. 2019. Disponible en <https://consaludmental.org/publicaciones/Guiasautoayudadepresionansiedad.pdf>
- Gómez Lavín, C. 2018. Consecuencias psicopatológicas del aborto, síndrome post-aborto (en línea, sitio web). One of Us. Consultado 13 feb. 2018. Disponible en <https://oneofus.eu/es/2018/03/consecuencias-psicopatologicas-del-aborto-sindrome-post-aborto/>
- Guerrero Monzón, SK. 2014. Depresión en mujeres de 35 a 50 años (estudio realizado en centros de atención a la mujer, en la ciudad de Retalhuleu) (en línea). Tesis Lic. Quetzaltenango, Guatemala, Universidad Rafael Landívar Facultad de Humanidades. p. 66-74. Consultado 3 may. 2019. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/22/Guerrero-Silvia.pdf>
- Guevara Ríos, E (prod.). 2015. Aborto (dispositiva). Perú, Instituto Nacional Materno Perinatal. 14 diapositiva color. Consultado 5 feb. 2019 Disponible en http://www.mpfm.gob.pe/escuela/contenido/actividades/docs/4044_2015_07_14_complicaciones_aborto.pdf
- Gurpegui, M; Jurado, D. 2009. Complicaciones psiquiátricas del aborto (en línea). Cuadernos de Bioética 20(3):381-392. Consultado 10 feb. 2019. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/875/87512342006.pdf>

INE (Instituto Nacional de Estadística, Guatemala). 2010. Información general (en línea). Boletín Informativo Departamento de Jalapa 4(4):3-4. Consultado 14 may. 2019. Disponible en <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2013/12/10/8JwZirO36eOcfX7ILDt1egWJF2IcThH0.pdf>

López Hernández, C; Herreros López, JA; Pérez-Medina, T. 2017. Aborto: concepto y clasificación; etiología, anatomía patológica, clínica y tratamiento (en línea). Scribd. p. 415-424. Consultado 5 feb. 2019. Disponible en <https://es.scribd.com/document/359815269/Aborto-Concepto-y-Clasificacion-Etiologia-Anatomia-Patologica-Clinica-y-Tratamiento>

Mejicano Merck, MP. 2013. El aborto en Guatemala (en línea, blog). Guatemala, FADEP. Consultado 15 mar. 2018. Disponible en <http://fadep.org/principal/salu/el-aborto-en-guatemala/>

OPS (Organización Panamericana de Salud); OMS (Organización Mundial de la Salud). s.f. Indicadores de salud: aspectos conceptuales y operativos (Sección 2) (en línea, sitio web). Washington, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. 3 p. Consultado 12 mar. 2019. Disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14402:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-1&Itemid=0&showall=1&lang=es

Pabater, V. 2018. Depresión en pacientes con alteración de la tiroides (en línea, sitio web), la mente es maravillosa. Consultado 11 ene. 2019. Disponible en <https://lamenteesmaravillosa.com/depresion-pacientes-alteraciones-la-tiroides>

- Paray López, JC. 2005. Niveles de depresión, autoestima y estrés en mujeres que tienen un trabajo remunerado y mujeres que tienen un trabajo no remunerado (amas de casa) (en línea). Tesis dr. Universidad Iberoamericana ciudad de México. 161 p. Consultado 11 abr. 2019. Disponible en <http://www.bib.uia.mx/tesis/pdf/014584/014584.pdf>
- Pavia, MC. 2014. Cuestión de tiempo, duelo, perdón y esperanza, procesos psicológicos posaborto (en línea). *In* Reflexiones en torno al aborto y sus consecuencias. Bottini de Rey, Z. (comp.). Buenos Aires, EDUCA. p. 46-60. Consultado 17 ene. 2019. Disponible en <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/libros/reflexiones-aborto-consecuencias-rey.pdf>
- Paviria Arbeláez, SL. 2009. ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres? (en línea). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(2):316-324. Consultado 13 ene. 2019. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/806/80615421008.pdf>
- Pérez García, KA; Jara González, C. 2010. Depresión femenina: subjetividad femenina en mujeres que vivencian un episodio depresivo (en línea). Tesis Lic. Universidad Academia de Humanismo Cristiano, carrera psicología. 380 p. Consultado 15 abr. 2019. Disponible en bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/2278/tpsico346.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pérez Abad, SV; Rivero Navia, MJ. 2017. Frecuencia y factores de riesgo de aborto en mujeres de 20 a 40 años en el hospital Mariana de Jesús Durante el periodo de enero y febrero del 2017 (en línea). Tesis Lic. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas. 45 p. Consultado 16 feb. 2019. Disponible en: repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/8043/1/T-UCSG-PRE-MED-562.pdf

Pérez Esparza, R. 2017. Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones (en línea). Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM 60(5):7-16. Consultado 15 may. 2019. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2017/un175b.pdf>

Purriños MJ. s.f. Escala de Hamilton - Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS) (en línea). España, Meiga. p. 1-3. Consultado 2 mar. 2018. Disponible en <https://meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.pdf>

Radanovic-Grgurica, L; Filakovic´ P; Barkic, J; Mandic´, N; Karner, I; Smoje, J. 2003. Depresión en pacientes con alteraciones del tiroides (en línea). The European Journal of Psychiatry 17(3):123-134. Consultado 12 ene. 2019. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/315228964_Depresion_en_pacientes_con_alteraciones_del_tiroides

Sanz, J; García-Vera, MP. 2013. Directrices para seleccionar test psicológicos en el ámbito clínico forense: disponibilidad y documentación del test (en línea). Revista de Psicopatología Clínica Legal y Forense 13:105-137. Consultado 20 may. 2019. Disponible en <https://eprints.ucm.es/36445/1/10.%20Directrices%20para%20seleccionar%20test%20psicológicos%20en%20el%20ámbito%20clínico%20forense.pdf>

Stanford-Rue, S. 1999. El síndrome post-aborto (en línea). Revista Pensamiento y Cultura (2):239-245. Consultado 15 mar. 2018. Disponible en <http://www.redalyc.org:9081/articulo.oa?id=70111351018>

UMAN (Universidad México Americana del Norte). 2007. Síndrome post-aborto (en línea). Boletín Orienta 4 (2):1-2. Consultado 3 mar. 2019. Disponible en <http://www.uman.edu.mx/boletin/sindrome%20post%20aborto.pdf>



XIII. ANEXOS

ANEXO I

FASE I: Boleta de recolección de datos



Universidad San Carlos de Guatemala
Centro Universitario de Oriente
-CUNORI-
Carrera de Médico y Cirujano



Instrucciones: Respóndame de manera concisa las siguientes preguntas.

Datos de paciente

Edad: Estado civil: Escolaridad:
Número de embarazos: Abortos previos:
Ocupación:
Dirección: Cel.

Acerca de aborto actual

Número de embarazo actual:
Semanas de gestación al momento de la interrupción del parto por aborto:
Tipo de aborto:
Fecha ultima Regla:
Días de hospitalización:

Dr. René Víctor Alonso
MÉDICO Y CIRUJANO
Col. No. 6663

ANEXO II

FASE II: Evaluación de la Escala de depresión de Hamilton:

Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	
Ausente	0
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente	1
- Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma Espontáneo	4

Sentimientos de culpa	
- Ausente	0
- Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
- Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4

Suicidio	
- Ausente	0
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	2
- Ideas de suicidio o amenazas	3
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4

Insomnio precoz	
- No tiene dificultad	0
- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1
- Dificultad para dormir cada noche	2

Insomnio intermedio	
- No hay dificultad	0
- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2

Insomnio tardío	
- No hay dificultad	0
- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2

Trabajo y actividades	
- No hay dificultad	0
- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
- Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3
- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda	4

Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	
- Palabra y pensamiento normales	0
- Ligero retraso en el habla	1
- Evidente retraso en el habla	2
- Dificultad para expresarse	3
- Incapacidad para expresarse	4

Agitación psicomotora	
- Ninguna	0
Juega con sus dedos	1
- Juega con sus manos, cabello, etc.	2
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3

- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4
-----------------------------------------------------------------------------------------	---

Ansiedad psíquica	
- No hay dificultad	0
Tensión subjetiva e irritabilidad	1
- Preocupación por pequeñas cosas	2
- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	3
- Expresa sus temores sin que le pregunten	4

Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc.; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)	
- Ausente	0
- Ligera	1
- Moderada	2
- Severa	3
- Incapacitante	4

Síntomas somáticos gastrointestinales	
- Ninguno	0
- Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen	1
- Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	2

Síntomas somáticos generales	
- Ninguno	0
- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.	1
- Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	2

Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	
- Ausente	0
- Débil	1
- Grave	2

Hipocondría	
- Ausente	0
- Preocupado de sí mismo (corporalmente)	1
- Preocupado por su salud	2
- Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3

Introspección (insight)	
- Se da cuenta que está deprimido y enfermo	0
- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1
- No se da cuenta que está enfermo	2

ESCALA DE CALIFICACIÓN PARA DIAGNOSTICO DE DEPRESIÓN SEGÚN HAMILTON

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >22

ANEXO III

**UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO**

Consentimiento Informado

Jalapa _____ del mes de _____ 2019.

Por medio de esta carta

Yo: _____ acepto
voluntariamente participar en el proyecto de investigación titulado:

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POST ABORTO

Es de mi conocimiento que el objetivo del estudio es identificar algún grado de depresión en pacientes post aborto en el hospital Nacional Nicolasa Cruz del departamento de Jalapa, dicho estudio se realizara aplicando la Escala de Hamilton a todas las pacientes post aborto así como realizando pruebas tiroideas a dichas pacientes con depresión para descartar alguna patología tiroidea. La investigadora me ha explicado los beneficios de la aplicación de la Escala de Hamilton así como los riesgos y beneficios de la realización de las pruebas tiroideas; también me asegura que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados confidencialmente y que el estudio no tendrá ningún costo.

Por lo tanto, acepto participar en dicha investigación.

Firma _____

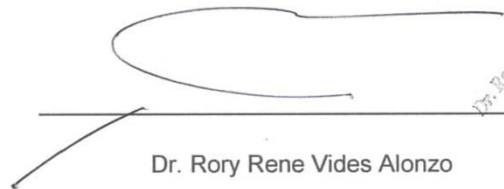
ANEXO IV

Guatemala, 29 de mayo 2019

Hospital Nacional de Jalapa
Dr. Manuel Lewis Meza
Director Ejecutivo

En atención a la designación efectuada por la comisión de Trabajos de Graduación para asesorar a la estudiante: Nancy Paola Ruano González carne No. 201043654 en el protocolo de investigación titulado: "PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POST ABORTO" me dirijo a usted para informarle que he procedido a revisar y orientar al mencionado sustentante, sobre el contenido de dicho trabajo.

En este sentido, el tema desarrollado plantea la aplicación de la escala de Hamilton a toda paciente post aborto para realizar diagnóstico de depresión y la realización de pruebas tiroideas a las pacientes con depresión severa y muy severa para descartar alguna patología tiroidea. Por lo que en mi opinión reúne los requisitos exigidos por las normas pertinentes, razón por la cual recomiendo su aprobación para la realización del mismo.


Dr. Rory Rene Vides Alonzo
MEDICO Y CIRUJANO
C.C. No. 6.5563



ANEXO V

Jalapa, 30 de mayo de 2019

Doctor
Rory Rene Vides Alonzo
Centro Universitario de Oriente -CUNORI-
Universidad San Carlos de Guatemala

Cordialmente me dirijo a usted deseándole éxitos en sus actividades tanto personales como laborales.

El motivo de la presente es para dar respuesta a nota de fecha 29 de mayo del presente año; derivado de lo anterior hago de su conocimiento que se le autoriza a la estudiante Nancy Paola Ruano González Carne No.201043654 realizar la investigación titulada: "Prevalencia de Depresión Post Aborto" el Servicio de Gineco-obstetricia de este Centro Asistencial.

Agradeciendo su amable atención, me suscribo de usted.



Dr. Manuel de Jesús Lewis Meza
Director Ejecutivo
Hospital Nacional Nicolasa Cruz Jalapa

C.c. Archivo
C. Sub Dirección
C. Edwin Gonzalez- Ginecoobstetricia

2ª calle entre 1ª avenida y avenida Chipilapa zona 1 Bo. La esperanza Tel: 7922-0427
hospitaljalapa@hotmail.com - hospitalapa@mispas.gob.gt