

11226
201.117



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado
Hospital General de Zona No. 29 Aragón IMSS

ESTADOS DEPRESIVOS EN EL EMBARAZO
NO DESEADO

T E S I S

Que para obtener el Diploma de Médico
Especialista en:
MEDICINA FAMILIAR
P r e s e n t a :
DR. PRIMO LOPEZ VILLAGRAN



IMSS

México, D. F.

1986

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	<u>página</u>
I.....INTRODUCCION	1
II.....MARCO TEORICO	3
III....PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
IV.....JUSTIFICACION DEL ESTUDIO	10
V.....OBJETIVOS	12
VI.....MATERIAL Y METODOS	13
VII....CUESTIONARIO	15
VIII...VARIABLES E INDICADORES	16
IX.....RECOLECCION DE DATOS	19
X.....VALORES DE MEDIDAS	20
XI.....RESULTADO DE ENCUESTAS: a) Cuadros y Gráficas.	22
XII....CONCLUSIONES	32
XIII...BIBLIOGRAFIA	36

"SALUS POPULI SUPREMA LEX EST"

I N T R O D U C C I O N

Entre los pueblos mesoamericanos, la maternidad tenía una gran importancia, ya que identificaban al elemento tierra con la figura materna, considerando a la tierra como la madre que sustenta a sus hijos y la que simboliza - el principio y el fin.

Los cronistas del siglo XV detallan la enorme trascendencia que tenía el simbolismo madre-tierra, tanto social, como religiosamente; lo cual quedó plasmado en una gran cantidad de ceremonias que se iniciaban desde el momento en que la mujer anunciaba estar encinta, prodigándosele cuidados y - atenciones especiales.

Al dar a luz, la mujer era comparada con el águila y el tigre por lo valiente y esforzada, situándola al mismo nivel de los guerreros, ya que habiendo librado una batalla -- con la muerte, salía victoriosa.

Si en cambio moría en el parto, decían que iba directamente a la casa del Sol (Tonatiuh) y además, le daban el - rango de deidad.

Actualmente, en la mujer psicológicamente madura, el embarazo produce una sensación de bienestar y de autorrealización; sin embargo, si éste hecho no se verifica en situaciones de "normalidad" y de aceptación social, puede producir - severos cuadros depresivos, como por ejemplo, en el caso de - un embarazo tardío y del que se presenta en un matrimonio - que está a punto de desintegrarse, o en una familia numerosa y con problemas económicos, o bien, en aquellos casos en los cuales el parto es esperado con temor, especialmente por primizas vulnerables psicológicamente, o bien, en mujeres que han tenido partos complidados que han puesto en peligro su

vida, y sobre todo, en aquellas mujeres cuyo producto es el resultado de una violación, sea individual o tumultuaria, o bien, en aquellas madres solteras que resultan con un embarazo, también no deseado.

Los conocimientos de las causas, las manifestaciones y el tratamiento de la depresión, atañe no solamente a los especialistas en Psiquiatría, sino también a especialistas de otras ramas de la Medicina, sobre todo, a los Médicos Familiares que atienden a pacientes obstétricas que cursan con cuadros depresivos suscitados por un embarazo no deseado el que, en un momento dado, constituye un problema de Salud Pública y cuya detección temprana y tratamiento adecuados, evitan a la paciente y a sus familiares estados de sufrimiento y consecuentemente, un bajo rendimiento, que repercute en la estabilidad económica y social del núcleo familiar, siendo en éstos casos responsabilidad del Médico, --- identificar tempranamente en la época de cuidado prenatal a aquellas mujeres que no tienen la capacidad de soportar las tensiones que deben afrontar, así como, a aquellas con problemas inherentes que no pueden verbalizar, tomando en cuenta que, las pacientes que pueden discutir sus cargas emotivas - presentan problemas de tratamiento, pero no de diagnóstico.

M A R C O T E O R I C O

El término "deprezi3n", se establece contemporáneamente al advenimiento de la Psicofarmacología; pero el cuadro patológico en su forma severa, era conocido desde la época grecorromana, con el nombre de "melancolía", pues ya en el siglo IV a.d. C. Hipócrates afirmaba, que desde el punto de vista médico, los problemas que hoy conocemos como psiquiátricos se relacionaban por la reacción conjunta de los 4 humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema; y que la melancolía era producida por la bilis negra o atrabilis, atribuyendo por lo tanto dicha causa a desequilibrio humoral: "si se trata de bilis negra, va hasta el estómago y diafragma, forma la melancolía ya que produce flatulencia y eructos de olor fétido y a pescado, y envía un viento retumbante hacia abajo y altera el entendimiento". 6

En los primeros siglos de nuestra era, Celsus y Arates de Capadocia, hablaban de la manía y de la melancolía como problemas médicos. Soranos de Ephesus, en su descripción del cuadro clínico, señalaba como síntomas principales de la melancolía: tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad y en ocasiones: jovialidad.

Durante la Edad Media, filósofos destacados sostenían que la melancolía era producida por demonios o influencias astrales, creencia que se comenzó a abandonar, gracias a la identificación de los estados depresivos, merced al trabajo publicado por Burton, R. sobre "Anatomía de la Melancolía": en 1630. Siendo a principios de siglo XIX, cuando Pinel, P. indica que "el pensamiento de los melancólicos estaba completamente -- concentrado en un objeto --obsesivamente--, y que la memoria y

la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas, - pudiendo en ocasiones inducir al suicidio, citando en primer lugar como causas posibles de la melancolía, las psicelógicas (miedo, desencantos amorosos, pérdida de propiedades y dificultades familiares), y en segundo lugar, las físicas: amenerrea, y puerperio".

Siendo hasta 1896, cuando Kraepelin, establece la diferencia entre Psicosis Maniacodepresiva y Demencia Precoz, - llamada posteriormente Esquizofrenia, insistiendo en que la - Psicosis Maniacodepresiva era generalmente independiente de las fuerzas sociales y psicelógicas, y que la causa de la enfermedad era "innata".

Freud y los psicoanalistas supusieron lo opuesto, señalando - en sus teorías publicadas en 1917, la génesis psicodinámica - de la depresión, engendrando la hipótesis de que la depresión tenía en común en el proceso de lamentación una respuesta a la pérdida del "objeto del amor", es decir, la pérdida de algo muy valioso en relación con la pérdida de la persona o cosa amada; estos sentimientos negativos no resueltos, eran dirigidos hacia el interior, resultando en la desesperación, una sensación de inutilidad, pensamientos de autodestrucción y otros síntomas de depresión.

Kraepelin y sus seguidores buscaron los límites de la conducta anormal, describiendo los síntomas de los Síndromes, manteniendo la tradición de la Medicina Alemana del Siglo XIX; Freud y sus alumnos buscaban los mecanismos mentales que podrían ser los más frecuentes en dichos padecimientos, pero se limitaban al estudio de dichos estados; de aquí - que ha habido clasificación tras clasificación de los padecimientos del afecto, la mayor parte en términos de dicotomías:

los endógenos opuestos a los reactivos, las psicóticas opuestas a los neuróticos y las agitaciones opuestas a los asténicos. Una gran parte de la literatura del siglo XX acerca del trastorno de la afectividad supone tácitamente que existen dos formas básicas de depresión. A menudo los términos reactivo, y neurótico han sido identificados, como lo han sido los términos endógena y psicótica. Se ha supuesto que las depresiones del primer tipo resultan más leves, que son más a menudo la resultante directa de eventos precipitantes e de respuestas individuales únicas ante la tensión social y psicológica y, más recientemente se afirma a veces que responden menos ante la terapéutica somática, no obstante, persiste la controversia acerca de la validez de aquella distinción, constituyendo una alternativa que evita la inferencia acerca de la etiología, la clasificación de los trastornos del afecto en primarios e secundarios; ocurriendo los primeros en individuos que no han tenido trastornos psiquiátricos previos alguno, o sólo episodios de depresión o de manía. Siendo el trastorno afectivo secundario recurrente en aquellos enfermos con alguna patología psiquiátrica previa que no sea depresión o manía; definiéndose como trastorno de la afectividad bipolar, cuando ocurre la manía, alternando con la depresión y por lo tanto el trastorno afectivo unipolar implica las más de las veces solamente a la depresión. 6

En el México prehispánico, el cuadro depresivo fue considerado como un problema de carácter médico, de acuerdo con la descripción que en 1552 hizo el médico indígena Martín de la Cruz cuyo nombre original Libellus de Medicinalibus Interum Herbis el cual incluye el título "Remedio para la sangre negra" (Negri remedium sanguinis), término común del cuadro en la Europa del siglo XVI en el cual se recomendaba como tratamiento un -

decimientos que implican depresión y los que corresponden a los grupos anteriormente citados, con sus respectivas subdivisiones y el III sin subdivisiones y, que a pesar de todo, - la mayoría de dichas entidades no son atendidas por el Médico General, y que la gran mayoría de dichos enfermos que presentan el Síndrome Depresivo no está relacionada con las depresiones "unipolares" e "bipolares", como se consignara anteriormente y, que para poder diferenciar dichos tipos de depresión, se debe de recalcar en lo siguiente: en la depresión psicótica, los elementos genéticos desempeñan un papel importante, caracterizado por la alteración de la personalidad, pérdida de la autocrítica y choque con el medio.

En la depresión neurótica, la personalidad del sujeto ha sido mal integrada durante su etapa evolutiva, debido a problemas importantes que se presentan durante su infancia e su adolescencia.

Y en la depresión simple, la personalidad no sufre ningún trastorno, por lo cual no se le considera como un trastorno psiquiátrico en el sentido ahora reconocido para el término; el enfermo es una persona con un estado satisfactorio de su salud mental, cuyos problemas psicológicos, ecológicos e sociales le han provocado un desequilibrio bioquímico que afecta el metabolismo de las aminas biogénicas cerebrales, suscitando el cuadro depresivo. Cuando el paciente se recupera, actúa con la seguridad de no haber dejado en él, en ningún momento un trastorno mental. Afirmando que, tanto las dos formas principalmente descritas, depresión neurótica y psicótica, deben ser atendidas por el especialista en Psiquiatría, siendo en cambio, la depresión simple, tributaria de atención por el Médico General, Familiar, Internista o de cualquier especiali

dad ajena a la Psiquiatría.

Por lo que respecta al terreno Obstétrico, la comprensión de los factores emocionales en el embarazo, aún es en gran parte intuitiva y por ende, difícil de comunicar, ya que de por sí, la adaptación psíquica al embarazo es diferente en distintas épocas durante el curso del mismo, observándose que a medida que progresa éste, la paciente puede experimentar un cambio en su aspecto emocional, el cual puede adquirir trascendencia tal, que suscite estados depresivos tensionales, de tal forma que le haga llevar a diversas gamas, desde una depresión leve hasta una depresión grave; aspectos sobre los que, es muy difícil encontrar bibliografía sobre dicha temática en nuestro país, contando actualmente con estudios prospectivos que se han elaborado en Norteamérica y, en Europa; así como, con contados artículos al respecto en revistas de reconocido prestigio internacional a nivel de investigación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante el paso por los Servicios de la Consulta Externa de Medicina Familiar y del Programa de Planificación Familiar Voluntaria, así como, por el Piso de Gineco-Obstetricia, observé que existe una elevada incidencia entre las pacientes que reciben atención médica a dicho nivel, de situaciones conflictivas de tipo social, económico y emocional, que se confunden en ocasiones con la sintomatología orgánica presentada. Llamándose la atención los cuadros depresivos de intensidad variable, incidentes en un buen número de casos, pero sobre todo, en pacientes gestantes y puérperas, -y alguna que otra madre soltera -, manifestando en ocasiones el deseo de interrumpir dicho embarazo, o bien el rechazo al nacimiento; acompañándose dicha situación de un estado de angustia importante, aunándose en algunos casos, cierta tendencia al suicidio, suscitándose por ende, trastornos conductuales que en ocasiones alteran básicamente la dinámica familiar, así como las relaciones interpersonales de dichas pacientes.

J U S T I F I C A C I O N E

Tomando en cuenta que existe la necesidad imperiosa de otorgar un enfoque más humanista y personalizado a la atención médica, no debemos soslayar el papel destacado que juega la familia como una unidad biopsicosocial, como un factor decisivo para el buen éxito de la atención de la salud y sobre todo, la responsabilidad médica que debemos tener ante la vida humana prenatal y postnatal que se pone en juego, por un embarazo no deseado, destacando que la depresión suscitada es importante, no tan sólo por la tendencia suicida que conlleva, sino también, por los sufrimientos que padece y origina la gestante afectada, como lo son: sentimientos derrotistas y la subestima que la paciente tiene de sí misma, contrastada con los hechos objetivos y repercutiendo, por ende, en un mal rendimiento que en un momento dado resquebraja la estabilidad económica y social del núcleo familiar y en algunas ocasiones el embarazo no deseado termina en la pérdida de una vida en formación, mediante el aborto, - con todas sus complicaciones psicológicas inherentes que pueda tener una mujer después de un aborto provocado, máxime si éste es realizado en una atmósfera de clandestinidad; así mismo, todas las secuelas suscitadas en el ser no deseado, - las cuales posteriormente le van a constituir en un ser portador del Síndrome del Niño Maltratado, el que en potencia, - pudiese ser un delincuente, por todos los traumas recibidos, o bien un ser social antifuncional, que va a ocasionar traumas en sus descendientes.

Por lo que se considera que el Médico que atiende pacientes obstétricas, tiene la responsabilidad de identificar, en la etapa prenatal, a aquellas mujeres que no tienen la capacidad

de reportar las tensiones que deben afrontar, así como, a ---
aquellas que cursan con problemas existentes que no pueden
verbalizarse; ya que las pacientes que pueden discutir sus pro-
blemas emocionales, pueden presentar en un momento dado, pro-
blemas de tratamiento, pero no de diagnóstico y en un cierto
número de casos, es deber de todo médico el llevar a cabo un
eficiente control de los problemas emocionales, tanto en el
embarazo como en el puerperio, y por que no, durante el período
de del parto.

Siendo el punto esencial de una psicoterapia eficaz, la rela-
ción Médico-Paciente, resaltando la forma en que dicha rela-
ción es utilizada por el clínico.

O B J E T I V O S

GENERAL... Demostrar si existe relación entre un embarazo no deseado y la presencia de cuadros depresivos.

INMEDIATO... Describir las características psicosociales en una mujer que cursa con un embarazo no deseado, así como, la presencia de angustia en mujeres con dichas características.

MEDIATO... Intensificar en los Programas de Planificación Familiar Voluntaria y de Trabajo Social, la importancia que tiene una orientación adecuada, así como una información adecu gente sobre aquellas gestantes que cursan con un embarazo no deseado.

MATERIAL Y METODOS

Puesto que, como ya se comentaba anteriormente, es muy difícil encontrar bibliografía relativa al tema de estudio en cuestión, a nivel de investigación, nuestra fuente de información lo fué la bibliografía, así como, el Archivo Clínico, la Consulta Externa de Medicina Familiar y del Programa de Planificación Familiar Voluntaria, el Piso de Gineco-Obstetricia, la Observación Directa y la Información recabada de las entrevistas al efectuar las encuestas, utilizando para una detección oportuna de estados depresivos en mujeres embarazadas que acuden a la UMF No. 29 "Aragón", del I. N. S. S. y cuyas edades fueron de 15 años en adelante, conformándose un grupo de 40 mujeres embarazadas, tomadas al azar, en el lapso comprendido del mes de marzo al mes de septiembre de 1985, a fin de detectar estados depresivos en un embarazo no deseado y cuya muestra consideramos no es representativa de dicha población adscrita a la UMF citada, ya que tal conformación fué muy disímola y el intervalo de tiempo empleado muy corto, impidiendo llevar a efecto un seguimiento de los casos, el que nos hubiese permitido abarcar mayores consideraciones; utilizando para tal efecto como Criterio de Inclusión: 1^o...Todas las mujeres con embarazo que acudieron a la Consulta Externa, tanto de Medicina Familiar, como del Consultorio del Programa de Planificación Familiar Voluntaria y del Piso de Gineco-Obstetricia. 2^o...Las pacientes que se encontraban en su domicilio y que aceptaron el cuestionario. 3^o...Las pacientes que acudieron a la Consulta durante el período comprendido del mes de marzo al mes de septiembre de 1985 y que aceptaron el estudio.

Utilizando como Criterio de Exclusión: 1^a...A aquellas pa--

cientes que no aceptaron el cuestionario. 2^a....A las pacien-
tes que no se encontraron en su domicilio. 3^a....A las que
acudieron a consulta, en fecha en que no se realizó el estu-
dio.

La metodología utilizada estuvo basada fundamentalmen-
te, en la escala de Zung⁷, a fin de poder relacionar las caracte-
rísticas generales de las entrevistadas con los estados de
presivos, detectados mediante el cuestionario respectivo (ver
anexo).

La calificación básica obtenida, se convierte a un índice ba-
sado en 100, que nos indica el grado de depresión detectado,-
como se muestra en la siguiente tabla:

<u>CALIFICACION BASICA</u>	<u>INDICE</u>	<u>CALIFICACION BASICA</u>	<u>INDICE</u>	<u>OB</u>	<u>I</u>
20	25	44	55	68	85
21	26	45	56	69	86
22	28	46	58	70	88
23	29	47	59	71	89
24	30	48	60	72	90
25	31	49	61	73	91
26	33	50	63	74	92
27	34	51	64	75	94
28	35	52	65	76	95
29	36	53	66	77	96
30	38	54	68	78	98
31	39	55	69	79	99
32	40	56	70	80	100
33	41	57	72		
34	43	58	73		
35	44	59	74		
36	45	60	75		
37	46	61	76		
38	48	62	78		
39	49	63	79		
40	50	64	80		
41	51	65	81		
42	53	66	83		
43	54	67	84		

15
E S C A L A D E Z U N G Y

a) edad----- b) ocupación----- c) est. civil----- d) ingreso conómico-----
e) escolaridad-----

	ALGUNAS VECES-	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO-	CONVI- NIEN- TE-
1...ME SIENTO ABATIDA Y MELANCOLICA.....			
2...EN LA MAÑANA ME SIENTO MEJOR.....			
3...TENGO ACCESOS DE LLANTO O DESEOS DE LLORAR.....			
4...ME GUSTA TRABAJAR DORMIR EN LA NOCHE.....			
5...COMO, IGUALMENTE QUE ANTES SOLIA HACERLO.....			
6...TODAVIA DISFRUTO DE LAS RELACIONES SEXUALES.....			
7...NOTO QUE ESTOY PERDIENDO PESO.....			
8...TENGO MOLESTIAS DE EXTREMIMIENTO.....			
9...EL CORAZON ME LATE MAS APRISA QUE DE COSTUMBRE..			
10...ME CANSO SIN HACER NADA.....			
11...TENGO LA MENTE TAN CLARA COMO ANTES.....			
12...ME RESULTA FACIL HACER LAS COSAS QUE ADOCTUMBRO.			
13...ME SIEMTO INTRANQUILA Y NO PUEDO MANTENERME QUIETA			
14...TENGO ESPERANZAS EN EL FUTURO.....			
15...ESTOY MAS IRRITABLE DE LO USUAL.....			
16...ME RESULTA FACIL TOMAR DECISIONES.....			
17...SIEMTO QUE SOY UTIL Y NECESARIA.....			
18...MI VIDA TIENE BASTANTE INTERES.....			
19...CREO QUE LES HARIA UN FAVOR A LOS DEMAS, MURIENDOME			
20...TODAVIA DISFRUTO CON LAS MISMAS COSAS.....			
21...Deseo algún medicamento para no tener el hijo...			
22...Quedé embarazada, sin darme cuenta.....			

VARIABLES E INDICADORES

La variable No. 1...ASPECTOS GENERALES, con sus indicadores: a) edad. b) ocupación. c) estado civil. d) ingreso económico. y, e) escolaridad: fueron considerados y establecidos en el cuestionario, a fin de relacionar su influencia en los estados depresivos en el embarazo no deseado, cuya variable No. 5...ASPECTOS VOLITIVOS, con sus indicadores: 5.1 pensamiento abortivo, y 5.2 incapacidad adaptativa, estudiados a través de las preguntas: 21 y 22, respectivamente, que literalmente manifiestan un "deseo de abortar", y "desconocimiento de embarazo", sinónimo de inadaptación al mismo, orientándonos hacia un estado depresivo en un embarazo no deseado.

Los cuadros depresivos, estuvieron enmarcados por las variables: 2...ASPECTOS AFECTIVOS, 3...ASPECTOS FISIOLÓGICOS, y 4...ASPECTOS PSICOLÓGICOS, con sus respectivos indicadores: 2.1 tristeza y melancolía; 2.2 llanto; estudiados a través de las preguntas 1 y 3.

Los indicadores: 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, y 3.8: fueron estudiados a través de las preguntas: 2, 4, 5, 7, 6, 8, 9 y 10 -- respectivamente, referentes a: insomnio, euforia, apetito, peso, libido, constipación, taquicardia y fatiga.

Similarmente: los indicadores: 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7, 4.8, 4.9 y 4.10 fueron estudiados a través de las preguntas 13, 12, 11, 18, 14, 16, 15 y 20 respectivamente y referentes a: estado de agitación, retardo psicomotor, estado confusional, vacuidad, desesperanza, indecisión, irritabilidad, insatisfacción, subestimación y pensamiento suicida. Siendo valorados dichos parámetros de la siguiente manera: otorgando a las respuestas: muy pocas veces, alguna vez, la mayor parte del tiempo y continuamente, un valor numérico del No. 1 al No. 4, respectivamente, anotando en el margen el valor indica

do para cada respuesta, obteniendo una calificación básica, - convirtiéndola posteriormente a un índice basado en 100, estando la escala planteada de tal forma que, un índice elevado nos orientará hacia una depresión de gran significación clínica, incidiendo en un embarazo no deseado, o bien en un estado depresivo en un embarazo deseado, o embarazo sin estado depresivo.

A continuación, establecemos las definiciones de las variables y sus respectivos indicadores; así como, las definiciones de embarazo no deseado y Neurosis Depresiva.

EMBARAZO NO DESEADO...."Estado materno de tener un feto en desarrollo en el cuerpo, cuyo producto no es deseado, o no fué programado".

NEUROSIS DEPRESIVA...."Grupo de afecciones nerviosas caracterizadas por inestabilidad emocional, irritabilidad, gran sensación de fatiga y, a veces, fenómenos viscerales, como: taquicardia, náuseas, sofocación, tumbler, etc., y la cual es debida a la represión incompleta de problemas emocionales".

TRISTEZA...."Calidad de triste (afligido, apesadumbrado, de carácter o genio melancólico)".

LLANTO...."efusión de lágrimas acompañada regularmente de lamentos y sollozo."

EUPORIA...."Sensación de bienestar, de satisfacción, natural, y provocada".

INSOMNIO...."falta de sueño, desvelo anormal".

APETITO...."Deseo normal, más o menos intenso, de satisfacer una necesidad orgánica, especialmente de alimentarse".

PESO...".Resultado de la acción de la gravedad sobre los cuerpos".

LIBIDO...."Lujuria, lascivia; instinto, apetito sexual; En Psicoanálisis: energía psíquica, suma total de las fuerzas instintivas que conducen a la búsqueda del placer; energía vital".

CONSTIPACION...."Extremamiento obstipación".

TAQUICARDIA...."Aceleración de los latidos cardiacos".

FATIGA...."Estado y sensación de las partes del cuerpo, después de la exagerada actividad de las mismas".

AGITACION...."Malestar con inquietud y actividad aumentada con ansiedad, temor y tensión".

RETARDO PSICOMOTOR...."Demora o retraso de una función, específicamente, mental y de movimiento".

ESTADO CONFUSIONAL...."Estado morboso caracterizado por torpeza intelectual o incoherencia de ideas con imposibilidad de coordinarlas y de apreciar las impresiones recibidas".

VACUIDAD...."Vacío, falta de contenido, vano, sin fruto, malogrado".

DESESPERANZA...."Pérdida total de la esperanza; alteración extrema del ánimo causada por cólera o enojo".

INDECISION...."Irresolución o dificultad de alguno en decidirse".

IRRITABILIDAD...."Personalidad psicopática de los individuos que reaccionan exageradamente a las influencias exteriores".

INSATISFACCION...."No satisfecho".

SUBESTIMACION...."Disminución de la propia estimación que tiene una persona de sí misma".

PENSAMIENTO SUICIDA...."Persona que piensa en el acto o conducta de autodestruirse".

PENSAMIENTO ABORTIVO...."Idea de pérdida del producto de la concepción antes de que sea viable".

INCAPACIDAD ADAPTATIVA...."No aceptación de la realidad del embarazo; con uso persistente (más allá de 10-12 semanas) de términos o expresión de actitudes que indican que el embarazo no es deseado; así como incapacidad persistente (más allá de 14-20 semanas) para mostrar interés en el lactante; o incapacidad para prever la terminación del embarazo a medida que

se acerca el término".

R E C O L E C C I O N D E D A T O S

El encargado de la elaboración del cuestionario, - las plantillas de codificación, efectuar las encuestas, vaciar los datos y organizar la distribución de dichos datos, los - que sirvieron para la interpretación de los resultados; así - como de efectuar las tablas y gráficas respectivas, fué el - Residente de Medicina Familiar que realizó la investigación.

VALORES DE MEDIDAS

<u>VARIABLES E</u> <u>INDICADORES.</u>	<u>No. DE PREGUNTA QUE MIDE</u> <u>EL EMBARAZO NO DESEADO, Y</u> <u>ESTADOS DEPRESIVOS.</u>	<u>CATEGORIA:</u> <u>EXISTE O</u> <u>NO EXISTE.</u>
---	---	---

1) ASPECTOS GENERALES:

a) edad.	a	SI
b) ocupación.	b	SI
c) estado civil.	c	SI
d) ingreso económico.	d	SI
e) escolaridad.	e	SI

2) ASPECTOS AFECTIVOS:

2.1 tristeza y melancolía.	1	SI
2.2 llanto.	3	SI

3) ASPECTOS FISIOLÓGICOS:

3.1 euforia.	2	SI
3.2 insomnio.	4	SI
3.3 apetito.	5	SI
3.4 peso.	7	SI
3.5 libido.	6	SI
3.6 constipación.	8	SI
3.7 taquicardia.	9	SI
3.8 fatiga.	10	SI

4) ASPECTOS PSICOLÓGICOS:

4.1 agitación.	13	SI
4.2 retardo psicomotor.	12	SI
4.3 estado confusional.	11	SI
4.4 vacuidad	18	SI
4.5 desesperanza.	14	SI
4.6 indecisión.	16	SI

4.7	irritabilidad	15	SI
4.8	insatisfacción	20	SI
4.9	subestimación	17	SI
4.10	pensamiento suicida	19	SI

5) ASPECTOS VOLITIVOS:

5.1	pensamiento abortivo	21	SI
5.2	incapacidad adaptativa	22	SI

CUADRO No. 1

OCUPACION Y GRUPOS DE EDAD DE 40 MUJERES CON EMBARAZO: NO DESEADO Y DESEADO, -
 ATENDIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DE GINECO-OBSTETRICIA, MEDICINA FAMILIAR Y PPFV DEL -
 HGZ No. 29 ARAGON, I.M.S.S DEL 1 DE MARZO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1985.

OCUPACION	GRUPOS DE EDAD											
	15-24				25-34				35 ó más			
	N.D.	%	N.D.	%	N.D.	%	N.D.	%	N.D.	%	N.D.	%
estudiante	2	5	1	2.5	-	-	-	-	-	-	-	-
ama de casa	6	15	8	20	5	12.5	4	10	1	2.5	-	-
empleada	2	5	1	2.5	7	17.5	2	5	1	2.5	-	-

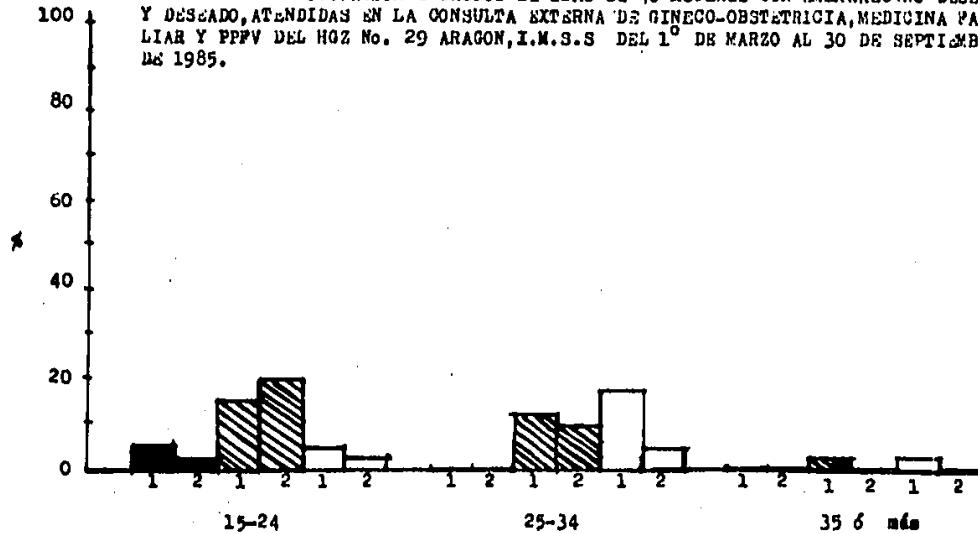
ND...No deseado.

D...Deseado.

Fuente: Encuesta Directa.




GRAFICA No. 1

OCUPACION Y GRUPOS DE EDAD DE 40 MUJERES CON EMBARAZO NO DESEADO Y DESEADO, ATENDIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DE GINECO-OBSTETRICIA, MEDICINA FAMILIAR Y PPPV DEL HOG No. 29 ARAGON, I.M.S.S DEL 1^o DE MARZO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1985.



1...No deseado.
2...Deseado.

Fuente: Cuadro No. 1

estudiante 
ama de casa 
empleada 

QUADRO No. 2

ESTADO CIVIL Y GRADO DE ESCOLARIDAD DE 40 MUJERES CON EMBARAZO: NO DESEADO Y DESEADO ATENDIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DE GINECO-OBSTETRICIA, MEDICINA FAMILIAR Y PPFV DEL HGZ No. 29 ARAGON, I.M.S.S. DEL 1º DE MARZO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1985.

GRADO DE ESCOLARIDAD	E S T A D O								C I V I L							
	soltera				casada				unión libre				otros			
	ND	§	D	§	ND	§	D	§	ND	§	D	§	ND	§	D	§
Primaria Incompleta	-	-	-	-	8	20	-	-	1	2.5	-	-	-	-	-	-
Primaria Completa	1	2.5	1	2.5	4	10	12	30	-	-	-	-	-	-	-	-
Secundaria	1	2.5	1	2.5	5	12.5	-	-	1	2.5	-	-	2	5	8	5
Preparatoria	1	2.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

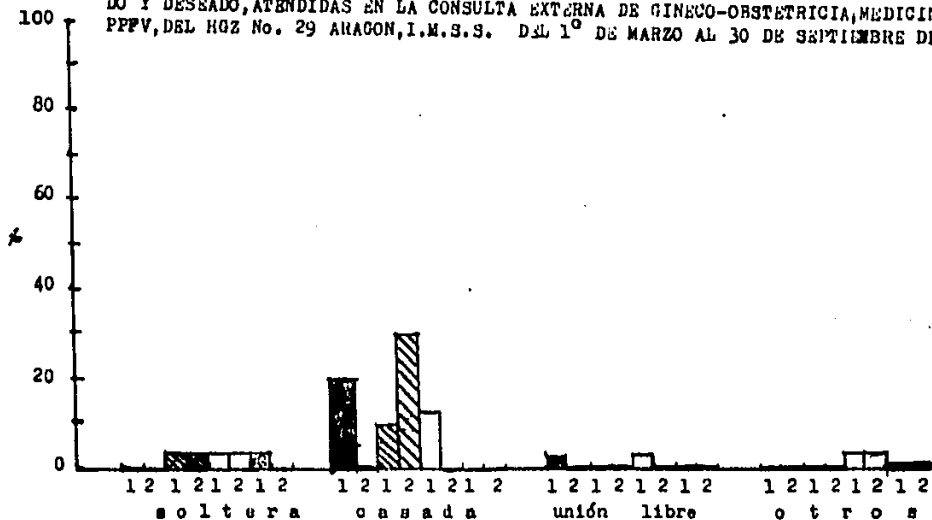
ND...No deseado.

D...Deseado.

Fuente: Encuesta Directa.

GRAFICA No. 2

ESTADO CIVIL Y GRADO DE ESCOLARIDAD DE 40 MUJERES CON EMBARAZO: NO DESEADO Y DESEADO, ATENDIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DE GINECO-OBSTETRICIA, MEDICINA FAMILIAR Y PPPV, DEL HGZ No. 29 ARACON, I.M.S.S. DEL 1^o DE MARZO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1985.



Primaria
Incompleta



Secundaria



1...No Deseado.

2...Deseado.

Primaria
Completa



Preparatoria



Fuente: Cuadro No. 2

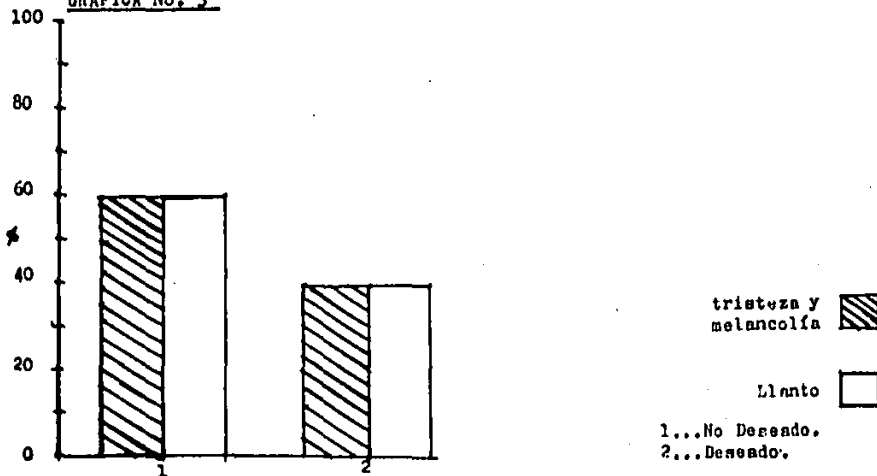
CUADRO No. 3

ASPECTOS AFECTIVOS EN MUJERES CON EMBARAZO: NO DESEADO Y CUADROS DEPRESIVOS; - Y DESEADO SIN ESTADOS DEPRESIVOS, ATENDIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DE GINECO-OBSTETRICIA, MEDICINA FAMILIAR Y PPPV, DEL HGOZ No. 29 ARAGON, I.M.S.S. DEL 1º DE MARZO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1985.

ASPECTOS AFECTIVOS	EXISTE		NO EXISTE	
	Nº	%	Nº	%
2.1 Tristeza y melancolía.	24	60	16	40
2.2 Llanto	24	60	16	40

Fuente: Encuesta Directa.

GRAFICA No. 3



Fuente: Cuadro No. 3

CUADRO No. 4

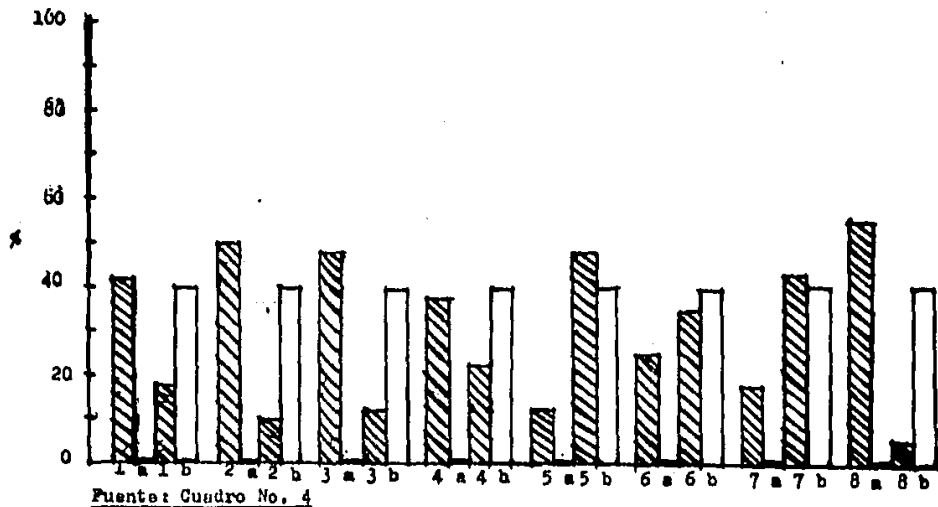
ASPECTOS FISIOLÓGICOS: SU EXISTENCIA E INEXISTENCIA EN 40 MUJERES CON EMBARAZO NO DESEADO Y ESTADOS DEPRESIVOS, Y DESEADO SIN ESTADOS DEPRESIVOS, ATENDIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DE GINECO-OBSTETRICIA, MEDICINA FAMILIAR Y PPV DEL HGZ No. 29 ARAGON, I.M.S.S DEL 1^o DE MARZO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1985.



ASPECTOS FISIOLÓGICOS	E. NO DESEADO				E. DESEADO			
	EXISTE		NO EXISTE		EXISTE		NO EXISTE	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
3.1 euforia.	17	42.5	7	17.5	-	-	16	40
3.2 insomnio.	20	50.0	4	10.0	-	-	16	40
3.3 apetito.	19	47.5	5	12.5	-	-	16	40
3.4 peso.	15	37.5	9	22.5	-	-	16	40
3.5 libido.	5	12.5	19	47.5	-	-	16	40
3.6 constipación.	10	25.0	14	35.0	-	-	16	40
3.7 taquicardia.	7	17.5	17	42.5	-	-	16	40
3.8 fatiga.	22	55.0	2	5.0	-	-	16	40

Fuente: Encuesta Directa.

GRAFICA No. 4

ASPECTOS FISIOLÓGICOS SU EXISTENCIA E INEXISTENCIA EN 40 MUJERES CON EM-
BARAZO: NO DESEADO Y ESTADOS DEPRESIVOS; Y DESEADO SIN ESTADOS DEPRESIVOS, ATENDIDAS EN -
LA CONSULTA EXTERNA DE GINECO-OBSTETRICIA, MEDICINA FAMILIAR Y PFPV DEL H.O.Z No. 29 ARA-
CON, I.M.S.S. DEL 1^o DE MARZO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1985.



EMBARAZO NO DESEADO 
EMBARAZO DESEADO 

1...euforia. 7...taquicardia.
2...insomnio. 8...fatiga.
3...apetito.
4...peso.
5...libido. a...EXISTE.
6...constipación. b...NO EXISTE.

CUADRO No. 5

ASPECTOS PSICOLÓGICOS: SU EXISTENCIA E INEXISTENCIA EN 40 MUJERES CON EMBARAZO: NO DESEADO Y ESTADOS DEPRESIVOS; Y DESEADO SIN ESTADOS DEPRESIVOS, ATENDIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DE GINECO-OBSTETRICIA, MEDICINA FAMILIAR Y PPFV DEL HCGZ - No. 29 ARAGON, I.M.S.S DEL 1^o DE MARZO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1985.

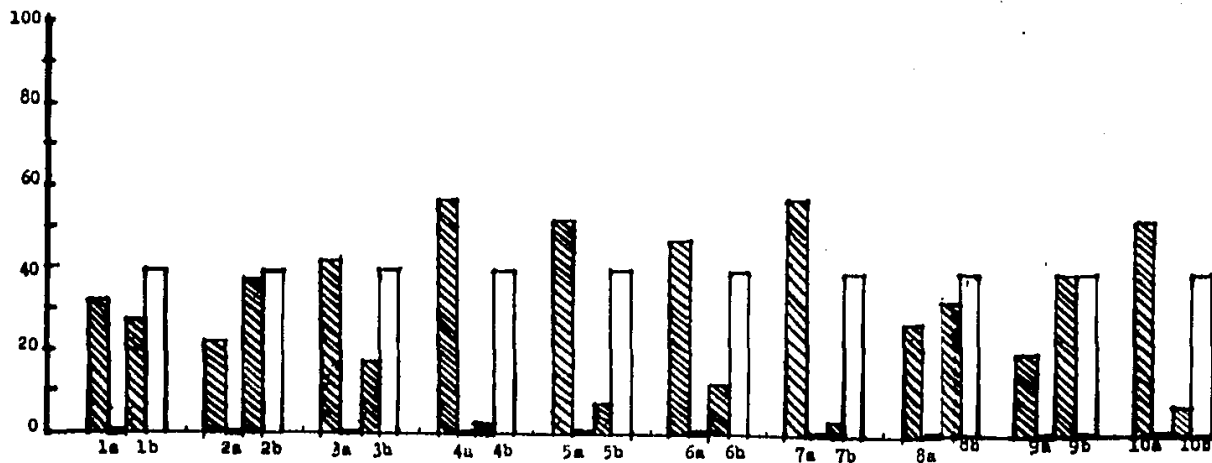
ASPECTOS PSICOLÓGICOS	E. NO DESEADO				E. DESEADO			
	EXISTE		NO EXISTE		EXISTE		NO EXISTE	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
4.1 agitación.	13	32.5	11	27.5	-	-	16	40
4.2 retardo psicomotor.	9	22.5	15	37.5	-	-	16	40
4.3 estado confusional.	17	42.5	7	17.5	-	-	16	40
4.4 vacuidad.	23	57.5	1	2.5	-	-	16	40
4.5 desesperanza.	21	52.5	3	7.5	-	-	16	40
4.6 indecisión.	19	47.5	5	12.5	-	-	16	40
4.7 irritabilidad.	23	57.5	1	2.5	-	-	16	40
4.8 insatisfacción.	11	27.5	13	32.5	-	-	16	40
4.9 subestimación.	8	20.0	16	40.0	-	-	16	40
4.10 pensamiento suicida.	21	52.5	3	7.5	-	-	16	40



Fuente: Encuesta Directa.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

GRAFICA No. 5

ASPECTOS PSICOLÓGICOS: EXISTENCIA E INEXISTENCIA EN 40 MUJERES CON EMBARAZO: NO DESEADO Y ESTADOS DEPRESIVOS; Y DESEADO SIN ESTADOS DEPRESIVOS, ATENDIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DE GINECO-OBSTETRICIA, MEDICINA FAMILIAR Y PPEV DEL HCG - ANATON, I.M.S.S. DEL 1° DE MARZO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1985.



EMBARAZO NO DESEADO 
 EMBARAZO DESEADO 

1...agitación.
 2...retardo psicomotor.
 3...estado confusional.
 4...vacuidad.
 5...desesperanza.
 6...indecisión.
 7...irritabilidad.

8...insatisfacción.
 9...subestimación.
 10...pensamiento suicida.

a...EXISTE.
 b...NO EXISTE.

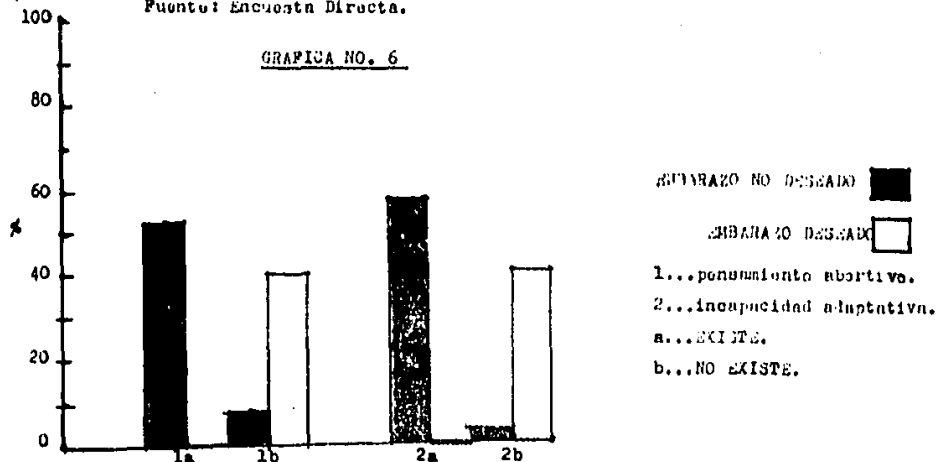
Fuente: Cuadro No.5

CUADRO No. 6

ASPECTOS VOLITIVOS: EXISTENCIA E INEXISTENCIA EN 40 MUJERES CON EMBARAZO: NO DESEADO Y ESTADOS DE RESERVOS Y DESEADO SIN ESTADOS DE RESERVOS, ATENDIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DE GINECO-OBSTETRICIA, MEDICINA FAMILIAR Y PEPY DEL HUZ No. 29 - ARAGON, I.M.S.S. DEL 1^o DE MARZO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1995.

ASPECTOS VOLITIVOS	E. NO DESEADO				E. DESEADO			
	EXISTE		NO EXISTE		EXISTE		NO EXISTE	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
5.1 pensamiento abortivo	21	52.5	3	7.5	-	-	16	40
5.2 incapacidad adaptativa	23	57.5	1	2.5	-	-	16	40

Fuente: Encuesta Directa.



Fuente: Cuadro No. 6

C O N C L U S I O N E S

En el cuadro No. 1, apreciamos que de una población total de 40 mujeres embarazadas, 24 de ellas presentaron esta dos depresivos en su embarazo no deseado, representando un 60 % y con una incidencia mayor en el grupo de 25 a 34 años en 12 gestantes (7 empleadas y 5 amas de casa); presentando 16 -- un 40 % del total, embarazo deseado, sin estados depresivos -- con una elevada incidencia en el grupo de edad de 15 a 24 -- años con 10 gestantes (1 empleada, 8 amas de casa y 1 estu--- diante), la característica descrita anteriormente; observando, que en el grupo de edad de 35 años o más, la incidencia para ambos casos es mínima; estando representados dichos datos en su gráfica respectiva No. 1

Por lo referente al estado civil y grado de escolaridad, se--
gún datos consignados en la gráfica y cuadro No. 2: las cas das con primaria incompleta representaron un 20 % en rela--- ción con las del mismo estado civil y con grado de escolaridad de primaria completa y secundaria, quienes representaron un 10 % y un 12.5 % respectivamente, lo que nos hace deducir, que dicho grupo demuestra un menor grado de madurez para a--
frontar la problemática de sus estados depresivos en sus em--
barazos no deseados.

La gráfica y cuadro No. 3, nos indica que en las mujeres emba--
razadas con cuadros depresivos y embarazo no deseado, prevale cieron importantes alteraciones del afecto, ya que los aspec--
tos afectivos considerados, tuvieron un elevado porcentaje de un 60 % en todas las pacientes, con predominio de la tristeza y melancolía, así como, llanto fácil; contra un 40 % presentado en aquellas con embarazo deseado y sin estado depresivo.

Destacando en los aspectos fisiológicos: la fatiga, el incom

nia y el apetito, con un 55 %, 50 % y un 47.5 %, respectivamente haciendo notar la disminución de la libido en dicho grupo de mujeres gestantes con embarazo no deseado y estado depresivo, en comparación con la libido apreciada en el grupo de mujeres sin estado depresivo y con embarazo deseado, como muestra el cuadro y gráfica No. 4

Los aspectos psicológicos, francamente demostrables de los estados depresivos detectados en mujeres con embarazo no deseado, destacaron la prevalencia de: vacuidad e irritabilidad con un 57.5 %; así como, desesperanza y rumiación suicida en un 52.5 % de los casos, seguido de indecisión y estados confusionales con un 47.5 % y un 42.5 % respectivamente, como lo muestra el cuadro y gráfica No. 5

Finalmente, los determinantes del embarazo no deseado, nos lo consignan los aspectos volitivos, con una incapacidad adaptativa hacia el embarazo en un 57.5 % y un deseo de "abortar" hasta en un 52.5 % de los casos detectados, como se muestra en el cuadro y gráfica No. 6

Con lo anteriormente señalado, queda establecido que que nuestro Objetivo General fué cubierto totalmente, ya que se determinó que existe relación entre un embarazo no deseado y la presencia de cuadros depresivos, pues existen características Psicosociales en una mujer que cursa con un embarazo no deseado e inclusive estados de angustia que fueron detectados en nuestras encuestas mediante el cuestionario aplicado, con un predominio de elevada puntuación en las respuestas correspondientes a los aspectos psicológicos con sus respectivos indicadores; e inclusive cabe comentar -aunque no es representativo-, el caso de la paciente No. 3, la que cursó con una aparente pérdida de los lazos afectivos de su esposo, al haber ingerido una gran dosis medicamentosa de tranquilizantes meno--

res, con intento suicida, cursando en su 31 semana de embarazo; la cual fué oportunamente atendida por el Servicio de Gineco-Obstetricia de la Unidad, llegando a término su embarazo no deseado con estado depresivo importante, el que se pudo comprobar posteriormente, a los 3 meses de edad del lactante, al ser ingresado éste, al Servicio de Pediatría (Hospitalización), en estado de malnutrición y consecuentemente, bajo peso, por probable semiabandono de dicho lactante mayor.

También cabe comentar los casos: 4, 12, 19 y 40, que culminaron en Legrado Uterino Instrumentado; así como el caso No. 21, cursando con DIU un embarazo no deseado. Casos que nos pudiesen estar hablando de causas sociales desencadenantes de una pérdida de los lazos afectivos, que a su vez condicionan un estado depresivo en un embarazo no deseado.

Y a fin de cumplir con nuestro Objetivo Mediato, es absolutamente indispensable el identificar tempranamente en el Consultorio a todas aquellas pacientes embarazadas con un elevado riesgo de afrontar situaciones tensionales psicosociales que les condicionen un estado depresivo en su embarazo no deseado, proporcionándoles una ayuda efectiva mediante una orientación adecuada e inclusive apoyarse en los Programas de Planificación Familiar Voluntaria, así como en los de Trabajo Social, para que éste tipo de pacientes reciba una información oportuna con la finalidad explícita de ayudarle a resolver su problemática, la que constituye un problema de Salud Pública en el que hay que buscarle una solución adecuada, ya que dichos seres resultantes de un embarazo no deseado, van a ser unos probables delincuentes en potencia, o bien pasan a formar parte del "Síndrome del Niño Maltratado", el cual a su vez se va a convertir en un "golpeador" de su propia familia, por ser un ser social improductivo, él tratará de revertir en su núcleo social todo el daño recibido al haberle tocado el infortunio

de haber sido un "hijo no deseado", el que como colofón, se --
ejemplifica, citando el caso de una madre que durante su emba-
razo no deseado, "temía dar a luz un monstruo." y que cuando -
nació su hija, manifestó desagrado tal por ella, de suerte que
durante 3 años la niña sufrió agresión, desnutrición y maltra-
to, hasta que fué ingresada en un hospital con un hematoma de
la tercera parte del duodeno, y la que, a pesar de haber sido
adoptada por una familia carifosa, es portadora de un cocien-
te intelectual de 85 (mientras que el de sus hermanos oscila
entre 120 y 130), con problemas del área de comunicación, segu-
ramente a consecuencia de los padecimientos aquejados duran-
te sus primeros años, tanto de privaciones afectivas, como de
abuso en el maltrato, y el que a su vez constituye otro pro-
blema de Salud, constituyendo una urgencia tan seria como una
apendicitis. (tomado de Tribuna Médica, No. 385, Tomo XXXII No.
10, segundo N. de mayo, 1977, pp. 17-18).

B I B L I O G R A F I A

- 1...Calderon Narváez, G.
 "LA DEPRESION, PROBLEMA DE SALUD PUBLICA"
 Revista Salud Pública de México, S.S.A
 Epoca V, Volumen XXIII No. 5 sept.-oct. 1981, pp.503-508
- 2...Kline, N.
 "PRACTICAL MANAGEMENT OF DEPRESSION"
 J.A.M.A, 1964 No. 790, pp. 723
- 3...López Austin, A.
 "MEDICINA NAHUATL"
 SEP/SETENTAS, México, D.F.
 Srta. de Educación Pública, 1971 pp.115
- 4...Morel-Maroger
 "LOS SINDROMES DEPRESIVOS"
 París, 1970
- 5...O.M.S.
 "MENTAL DISORDERS: GLOSARY AND GUIDE TO THEIR CLASSIFI-
 CATION IN AOCORDANCE WITH THE NINTH REVISION OF THE IN-
 TERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISSEASES"
 Genova, 1978.
- 6...Woodruff, R.A. y col.
 "EL DIAGNOSTICO EN PSIQUIATRIA"
 El Manual Moderno, México, D.F. 1978, pp.2-4
- 7...Zung, W.K.
 "A SELF-RATING DEPRESSION SCALE"
 Arch. Gen. Psychiat. 1965, 12:63