

11241
29/19

BIBLIOTECA CENTRAL

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL.

T E S I N A.

LA CONDICION SOCIAL DE MADRE SOLTERA Y SU---
RELACION CON LA DEPRESION DURANTE EL EMBARA-
ZO EN PACIENTES DEL "HOSPITAL DE LA MUJER"--
DE LA CIUDAD DE MEXICO.

*9
Quinn*

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD--
EN PSIQUIATRIA PRESENTA EL DR. ADRIAN RODRIGUEZ
GUEZ CONTRERAS.

*13
Rodriguez*

FALTA DE ORIGEN

*allll
20-1-86*



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I.- PLANTEAMIENTO Y DELIMITACION DEL PROBLEMA.

Las distintas fases que comprende la vida genital femenina a saber: la aparición del ciclo menstrual, el embarazo, el puerperio y el climaterio constituyen momentos psicoendócrinos fisiológicos específicos de la mujer. Ha de subrayarse que estas fases obedecen a un determinismo endócrino específico y que comportan un especial significado vivencial para la mujer. El modo de vivenciar el acontecer biológico introduce modificaciones en el mismo.

En definitiva las hormonas y las vivencias se conjugan para modelar estas etapas.

En el marco de estas fases se presentan con cierta frecuencia, trastornos psíquicos de suficiente relieve aunque se sepa que no están fundamentalmente determinados por ellas. La etiología de las alteraciones psíquicas vinculadas con la vida genital femenina es muy heterogénea. Su intensa heterogeneidad es también evidente en los planos psicopatológico y terapéutico.

En cada fase se describen, agrupándolos de diversas formas, los cuadros psiquiátricos que revisten interés clínico. Así, durante el embarazo, que es la fase que ocupa el centro de atención de nuestro trabajo, se han descrito entidades clínicas de importante componente psiquiátrico, de entre las más sobre-

salientes se encuentran: el llamado psicossíndrome endócrino--- (cuyo dato más llamativo corresponde a las apetencias caprichosas), las manifestaciones neuróticas que se llegan a recrudecer durante el embarazo, la hiperemesis gravídica, la fobia al embarazo y al parto, la toxemia, las crisis epilépticas y la depresión somatovital.

En la etiología de la psicopatología de la vida genital--- femenina se han mencionado múltiples factores: factores hereditarios y constitucionales, factores psicosociales y factores--- endócrinos. Henri Ey menciona que en realidad debemos considerar de manera integral que la situación de la mujer frente al embarazo y el parto, debe ser estudiada como un punto de encuentro de todo un pasado (herencia, antecedentes patológicos, constitución biológica, formación de la personalidad, estructura--- neurótica o prepsicótica) con sus posiciones actuales (conyugales, sociales, económicas), con los accidentes o incidentes gravidopuerperales y finalmente, con las perspectivas abiertas ante ella por la maternidad (I).

Tomando como marco de referencia los conceptos anteriormente vertidos nos formulamos una interrogante: ¿La condición social de madre soltera tiene que ver con la frecuencia en que se presenta la depresión durante el embarazo?. En el presente trabajo nos proponemos a estudiar la frecuencia con que la depresión se presenta en un grupo de embarazadas solteras, comparan-

do la misma frecuencia en un grupo de embarazadas casadas.

II.- ANTECEDENTES.

Alonso Fernández, hace algunas consideraciones muy interesantes en los que respecta a la conceptualización a cerca de la influencia de los factores psicosociales durante el curso del embarazo y la presentación de trastornos psiquiátricos en esta fase de la vida genital femenina. Menciona que el embarazo no tiene una psicosis propia. El embarazo no ejerce siquiera una acción desencadenante. Muchas enfermas esquizofrénicas; depresivas y neuróticas "se encuentran mejor que nunca". Un sentimiento de bienestar poco común, especialmente durante la segunda mitad del embarazo, es entonces relativamente frecuente en la mujer sana.

El embarazo, actúa pues, muchas veces protegiendo y estabilizando la mentalidad femenina (5).

Estos datos causan cierta extrañeza al revisar las enormes modificaciones metabólicas-endócrinas que el embarazo implica: enormes aumentos de la gonadotrofina, de los estrógenos y del pregnandiol. El pregnandiol está muy aumentado en la orina durante los tres primeros meses y constituye un metabolito hormonal de efectos opuestos a la foliculina; efectos por tanto, vagotónicos, hipotensivos y bradicardizantes. Al mismo tiempo,---

por suplir en parte la placenta a la hipófisis, se produce una hipofunción de la hipófisis, cuyo mejor testimonio es la caída de las hormonas mineralocorticoides y de los II-oxicorticosteroides durante los primeros meses del embarazo. En los últimos meses se realiza el ascenso de las hormonas mineraloides, de los II-corticoesteroides y de la tensión arterial y la caída progresiva de las gonadotrofinas sérica y coriónica.

Solo puede entenderse este contraste entre el psiquismo y la endocrinología considerando el sentido que el embarazo tiene para la mujer: la culminación de la vida de la mujer, la gran fiesta de la vida femenina, según dicen los literatos. Sin embargo, si en el embarazo, especialmente en su primera mitad, sobrevienen alteraciones psíquicas, ello se debe en la mayor parte de los casos, a que la mujer no se ha identificado en grado suficiente con la vivencia de la maternidad por motivos personales (principalmente inmadurez afectiva) y ocasionales, sobre todo la maternidad no deseada por parte de una mujer soltera, un conflicto conyugal o la inseguridad económica. En estos casos se vive la maternidad como un traumatismo psíquico que puede poner en marcha una depresión somatovital (5).

La vivencia de la maternidad tiene una base biológica y sociocultural. Existe una relación entre el modo de vivir la maternidad y los factores socioculturales. Entre las mujeres que carecen de una vivencia adecuada de la maternidad se acumulan--

las alteraciones psíquicas y psicosomáticas durante el embarazo, especialmente las depresiones y las hiperemesis. La aparición de la vivencia de la maternidad depende en una parte de factores situativos; la mujer soltera, la esposa adúltera o abandonada y la madre agotada y sobrecargada de descendientes no puede asumir la misma actitud ante la maternidad que la esposa legítima, psicológicamente estable y confortablemente instalada (5).

Freedman y Kaplan hacen notar que en la mujer psicológicamente estable, el embarazo produce una sensación de bienestar y de autorrealización; sin embargo, cuando este no se verifica en situaciones de normalidad y aceptación social, pueden producirse severos cuadros depresivos; tal es el caso de las madres solteras, el que se presenta en un matrimonio que está a punto de desintegrarse, o en una familia numerosa y con problemas económicos graves (3).

Desde un punto de vista psicoanalítico Marie Langer (citada por Soifer), señala que el mayor o menor grado de aceptación del embarazo por parte del ambiente social inmediato refuerza o no la tendencia de la mujer hacia la maternidad. Dicha autora sostiene que todo embarazo produce una situación de mayor o menor conflicto entre una tendencia maternal y otra de rechazo (deseo y contradeseo), aún en situaciones normales se genera importante ansiedad en la mujer embarazada. Basándose en estos

conceptos insiste en cuanto al apoyo social tanto por parte del obstetra en sí, así como también del ambiente necesario para superar las profundas ansiedades determinadas por el embarazo sobre todo en sus comienzos. La madre soltera se ve con frecuencia limitada en este apoyo y es fácil presa de cuadros depresivos y aumento de la ansiedad propia del embarazo (9).

También siguiendo una línea de pensamiento psicoanalítico Helene Deutsch menciona que nuestra moralidad social arroja una oscura sombra sobre la maternidad de gran número de mujeres. La maternidad ilegítima es sobre todo problema social que es juzgado diferentemente en las distintas sociedades. Donde la condena social es menos violenta y los hijos ilegítimos no son considerados como una grave falta, las reacciones afectivas de las madres solteras no son las mismas que cuando la maternidad ilegítima es estigmatizada sin merced por la ley y la opinión pública. Hablando en términos generales, el conflicto de la maternidad ilegítima se libra en dos frentes. El primer frente es el de la relación con el medio inmediato y el remoto. La estructura social y el grado de independencia de la mujer y su familia son aquí los factores decisivos. Un "mal paso" en una familia respetable de la clase media tiene una importancia muy superior a la que posee en un medio proletario. El segundo frente es la vida interna de la madre soltera. Con frecuencia tales mujeres transfieren el centro de gravedad del conflicto a la realidad externa, e intentan resolverlo renunciando al hijo.

Aquí el mundo interno es desoído, la mujer es guiada por el mundo exterior, e imagina que ajustándose a sus demandas podrá lograr el status quo ante. Ese desprecio del mundo interno no siempre tiene buen resultado, y muchas veces el principio de la realidad tan solo se aplica ventajosamente si la mujer ha sufrido toda la experiencia consciente de frustración, desengaño y renunciación. En otro caso está expuesta al peligro de una reacción subsiguiente de autocastigo psíquico que es igual a depresión. En oposición a las actitudes de la mujer soltera, el temor a la moralidad social no desempeña papel alguno en las mujeres casadas (I0).

J. Bowlby, considera que las madres solteras provienen en su mayoría de hogares desintegrados en donde la estructura familiar es endeble. La madre soltera, ante el embarazo ilegítimo se ve muchas veces en la necesidad de salirse de su casa y busca trabajo para la resolución económica de su futura maternidad se enfrenta entonces al rechazo laboral ante la considerada baja rentabilidad de sus servicios, cuando consiguen trabajo y reunen algún dinero para solventar los gastos que implica el parto, después de que este ocurre, se quedan nuevamente en la difícil situación de desamparo y rechazo social (II).

Se ha demostrado y se menciona con frecuencia en las referencias que tratan sobre el tema, el papel que la pérdida y la separación objetal juegan como factores desencadenantes de un

cuadro depresivo (16). La madre soltera se encuentra ante una situación de pérdida y separación; el rechazo social, la separación en muchos casos de su familia, la separación o pérdida de la pareja, sumados a la constante ansiedad que el embarazo implica.

Al revisar el INDEX MEDICUS para conocer los trabajos publicados en los últimos 10 años (de 1975 a 1984) sobre el tema de complicaciones psicológicas del embarazo, no encontramos trabajos que aborden el tema de la frecuencia de la depresión en la mujer embarazada soltera. Sin embargo, dos de los trabajos--revisados, se relacionan de alguna manera con el propósito de--nuestro estudio. El primero consiste en una revisión de la literatura examinando las hipótesis que existen con respecto al embarazo ilegítimo en colegialas. Sugiere que el fenómeno es indicador de una psicopatología subyacente y en particular, que--el embarazo o la actividad sexual precoz, es una forma de gratificación por otras vías, de la privación afectiva temprana de las jóvenes. Destacan los autores una formulación que consideran menos esotérica a otros enfoques psicoanalíticos sobre el--problema; el embarazo temprano es el eslabón final de una cadena de eventos que se inician con la privación familiar o social y son la principal fuente de tedio, sentimientos de rechazo y depresión; a través de la actividad heterosexual, y posteriormente del embarazo y parto buscan la gratificación a necesidades personales de afecto de las que fueron privadas (14).

La segunda publicación a que nos referimos, consiste en un estudio realizado por R. Kumar y Kay Robson en 119 primíparas-- quienes fueron atendidas regularmente en control prenatal. En-- contrando una incidencia elevada de depresión en el primer tri-- mestre del embarazo. En una proporción significativa de estas-- madres hubo una asociación entre depresión y ansiedad temprana en el embarazo y una historia previa de abortos inducidos. Con-- cluyen que este fenómeno puede ser reflejo de una reactivación del duelo que fue suprimido previamente (15).

Otros estudios abordan el tema de la psicopatología del--- embarazo, tratando de hacer correlatos entre factores psicoso-- ciales y complicaciones ginecoobstétricas de tipo médico y aún-- sobre su influencia en el recién nacido. Estos nos fueron de--- utilidad para desprender algunas variables de confusión para el presente estudio (13, 17, 18, 19, 20).

De la literatura revisada podemos sacar las siguientes conclusiones:

- 1.- No existen estudios que aborden específicamente el tema de la depresión en la madre soltera, sobre todo en nuestro medio.
- 2.- Existen muchos datos que mencionan y apoyan la posibilidad de la existencia de mayor frecuencia de la depresión en las madres solteras, pero son puramente descriptivos, contienen explicaciones psicoanalíticas sobre los mecanismos que con

ducen a la depresión a la madre soltera, se apoyan en argumentaciones lógicas sobre la situación personal, familiar-- y social de la madre soltera y como tal situación influye-- para que se precipite la depresión, pero no tienen bases en algún estudio científico que indique mayor incidencia de la depresión en la madre soltera.

- 3.- No encontramos referencias de ningún estudio que mida la--- frecuencia de la depresión en las embarazadas solteras comparando esta frecuencia con algún grupo control.

III.- JUSTIFICACION.

La justificación del presente trabajo se basa en los si--- guientes aspectos:

- 1.- Tener un estudio realizado en nuestro medio que contribuya a delimitar la influencia de la condición de madre soltera sobre la frecuencia con que se presenta la depresión en la mujer embarazada;
- 2.- Identificar a los grupos de pacientes del hospital general en mayor riesgo de presentar un desorden psiquiátrico, en-- el caso particular, a la mujer embarazada cuyo embarazo cur-- sa bajo determinadas circunstancias psicosociales..
- 3.- La importancia y la necesidad de hacer investigación psi--- quiátrica en las áreas de los hospitales generales cubrien-- do de esta forma uno de los principales propósitos de la--- psiquiatría de enlace, a saber: la interconsulta psiquiátri

ca, la información a personal médico y paramédico no psiquiátrico y la investigación psiquiátrica en hospitales generales.

- 4.- La objetivación de la información derivada de este tipo de estudios ayudaría a comprender mejor el campo de acción y el papel del psiquiatra en los hospitales generales.
- 5.- Contribuir a tener bases para proponer medidas de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la depresión en la mujer embarazada.

IV.- MARCO TEORICO CONCEPTUAL.

Dentro del presente estudio, se considera como embarazada soltera, a toda mujer con un embarazo que se produjo bajo la condición civil de soltería, siempre y cuando haya cursado dicho embarazo en ausencia de la pareja, ya sea por separación de mutuo acuerdo entre ambos miembros o por abandono de alguno de los miembros de la pareja, sobre todo por parte del elemento masculino. Se excluyen aquellos casos de embarazadas solteras cuyo embarazo fue producto de una violación, por considerar este incidente como factor desencadenante por si solo de estados depresivos, independientemente de que resulte o no en un embarazo.

Aquellas mujeres embarazadas que se encuentran en unión libre y que su embarazo cursa mientras viven al lado de su pareja se consideran para fines del presente estudio como casadas.

Para definir a la depresión se tomó un criterio operacional, todo sujeto que tuvo un puntaje mayor a 60 en la Escala de Zung para medición de la depresión fue considerado como deprimido. Para medir la depresión se utilizó la Escala de Zung que ha demostrado ser un instrumento confiable para este fin, reúne las siguientes características:

- 1.- Incluye los síntomas más representativos de la depresión.
- 2.- Es breve y sencilla.
- 3.- Es autoaplicable por el paciente a fin de recabar una información más directa.

La escala consta de 20 reactivos que se refieren a las áreas por investigar, planteando IO en sentido positivo y I0 en sentido negativo para evitar que el paciente pudiera encontrar una tendencia en el estudio. Para la cuantificación del síntoma se plantean cuatro categorías en la presentación del mismo correspondiendo a: muy pocas veces, algunas veces, la mayor parte del tiempo y continuamente, calificando 1, 2, 3 y 4 en orden variable según si la pregunta está planteada en sentido negativo o positivo. La escala está planteada de tal manera que un índice bajo señala poca o ninguna depresión y un índice alto señala una depresión de significación clínica.

Aunque la escala está diseñada para ser autoaplicable por el paciente, en el presente estudio se optó por asistir al paciente en el caso de que se le planteara alguna duda en la comprensión de los temas y así obtener resultados más confiables.

En el presente estudio se incluyeron pacientes con primaria incompleta, pero que tenían cuando menos hasta el quinto---año de primaria, ya que en nuestro medio y en la población hospitalaria que se tomó la muestra, era difícil tener pacientes---con alto nivel escolar; no obstante, el número de pacientes con primaria incompleta incluidas en el estudio fue mínimo como podrá apreciarse más adelante.

Es conveniente clarificar que la Escala de Zung mide cuantitativamente los síntomas de la depresión, sin especificar a---la depresión como síndrome o entidad clínica, por lo tanto no---es diagnóstica en definitiva, y los resultados obtenidos median---te su empleo únicamente señalan la presencia de síntomas depresivos o su ausencia, pero de ninguna manera substituye a la valoración obtenida mediante examen clínico psiquiátrico.

El índice mínimo de 60 para considerar a una paciente como deprimida se adoptó en base a que las calificaciones obtenidas---entre 40 y 60 corresponden más bien a depresión leve, estados---de ansiedad y a reacciones de ajuste a situaciones transitorias. Estas situaciones, son particularmente importantes de conside---rarse en la mujer embarazada. Índices por arriba de 60 nos dan---mayor seguridad de que las pacientes estén realmente deprimi---das.

V.- HIPOTESIS.

Las embarazadas solteras se deprimen con mayor frecuencia que las embarazadas casadas.

VI.- OBJETIVOS.

- A).- Estudiar la frecuencia con que se presenta la depresión--- en un grupo de embarazadas solteras que asisten a los servicios del "Hospital de la Mujer" de la Ciudad de México.
- B).- Estudiar la frecuencia con que se presenta la depresión--- en un grupo de embarazadas casadas que asisten a los servicios del "Hospital de la Mujer" de la Ciudad de México.
- C).- Hacer un análisis comparativo de la frecuencia con que se presenta la depresión en ambos grupos.

VII.- UNIVERSO.

Se estudiaron pacientes embarazadas que acuden a la consulta de urgencias del "Hospital de la Mujer" de la Ciudad de México, perteneciente al sistema de hospitales de la Secretaría de Salud. Este hospital atiende un importante volumen de población femenina proveniente de un estrato socioeconómico bajo y medio bajo. El Servicio de Urgencias del hospital funciona como filtro de pacientes, atiende a todas las pacientes de primera vez independientemente de que curse con un padecimiento gine

cológico o cursen con un embarazo, e independientemente de que este último sea normal o complicado. De aquí se derivan al servicio correspondiente del hospital una vez que las pacientes--- se han valorado, o bien, a Centros de Salud de acuerdo a la zona de donde proviene la paciente, sobre todo aquellos casos de embarazo de curso clínico normal. De esta manera el hospital--- atiende en consulta externa y hospitalización un 85 % de casos ginecológicos y un 15 % de casos obstétricos, sobre todo complicaciones y embarazo de alto riesgo.

Nosotros detectamos a las pacientes embarazadas una vez--- que eran valoradas clínicamente y se diagnosticaba un embarazo normal. Se tomaron aquellas pacientes cuya edad fluctuaba entre 15 y 35 años, con cinco años de instrucción primaria como mínimo y con un máximo de tres embarazos.

Para la toma de la muestra se consideró la población asistente al servicio de urgencias del hospital durante los meses de Agosto y Septiembre de 1985. El muestreo se suspendió a partir del día 19 de Septiembre, día en que ocurrió el terremoto, las razones fueron obvias, evitar un sesgo en los resultados--- del estudio debido a las implicaciones emocionales sobre la población a causa de la magnitud del desastre, y por tanto, la imposibilidad de saber si la depresión resultante era consecutiva al problema estudiado o a consecuencia del impacto emocional sufrido por el sismo.

VIII.- DISEÑO.

I.- Tipo de estudio.- El estudio tiene la característica de ser prospectivo, transversal, observacional y comparativo.

Se tomó una muestra de pacientes embarazadas solteras y una muestra de pacientes embarazadas casadas que acudieron al servicio de urgencias del "hospital de la Mujer" durante los meses de Agosto y Septiembre de 1985.

En cada paciente se hizo valoración única mediante entrevista psiquiátrica breve encaminada a descartar criterios de exclusión, seguida de aplicación del cuestionario de variables y de la Escala de Zung.

Se observó el problema de estudio: depresión en embarazadas solteras y embarazadas casadas, sin modificar ninguno de los factores que intervinieron en el mismo y nos concretamos solamente a medirlo.

Se procedió a realizar un análisis comparativo de los grupos buscando la información que apoyara o rechazara nuestra hipótesis central.

2.- Grupos de estudio.- Por medio de muestreo no probabilístico se formaron dos grupos, un grupo problema, endonde se inclu

yeron 48 pacientes embarazadas solteras y al que se denominó--- grupo A; un grupo control, donde se incluyeron 62 pacientes embarazadas casadas y que se denominó grupo B.

El tamaño de la muestra para ambos grupos se vió reducida a lo planeado anteriormente por las circunstancias ya mencionadas con anterioridad.

3.- Criterios de inclusión y exclusión.- En el grupo A se incluyeron pacientes embarazadas solteras, asistentes a los servicios de urgencias del "Hospital de la Mujer", entre 15 y 35 años de edad, independientemente de la edad gestacional que cursaban con un embarazo sin complicaciones, que no tuvieran más de tres embarazos y cuya escolaridad fuera de--- quinto año de primaria como mínimo.

Se excluyeron aquellas pacientes que cursaban con complicaciones médicas y/o quirúrgicas del embarazo tales como: enfermedad hipertensiva del embarazo, toxemia, diabetes mellitus, colagenopatías, endocrinopatías, enfermedad renal y cardiopatías. Infecciones como rubeola, toxoplasmosis,--- cualquier forma de tuberculosis. También se excluyeron las--- pacientes formas clínicas de aborto, embarazo ectópico, embarazo molar y complicaciones hemorrágicas del tipo de la--- placenta previa. Se excluyeron en igual forma, aquellas--- pacientes con un trastorno psiquiátrico del tipo de la esqui-

zofrenia, enfermedad maniaco-depresiva, antecedentes de--- episodios depresivos recurrentes, debilidad mental moderada y grave, pacientes farmacodependientes y alcoholicas,-- cuyo consumo de drogas y alcohol se inició en etapas previas al embarazo.

En el grupo B, se incluyeron embarazadas casadas con no más de tres embarazos y los mismos criterios de inclusión y exclusión considerados para el grupo A.

4.- Variables:- El estudio de las variables se llevó a cabo clasificándolas de la siguiente manera:

A.- Variables propias del estudio.

a.- Embarazadas solteras.

b.- Embarazadas casadas.

La clasificación de esta variable corresponde a la de-- variable independiente cualitativa nominal.

c.- Depresión con dos modalidades:

- Presente.

- Ausente.

La clasificación de esta variable corresponde a la de-- variable dependiente cualitativa nominal.

B.- Variables de rutina.

a.- Edad.

- 15 a 20 años.

- 21 a 35 años.

b.- Escolaridad.

- Primaria incompleta.
- Primaria completa.
- Secundaria.
- Otros estudios mayores a nueve años de instrucción.

c.- Religión.

- Con religión importante para su vida.
- Con religión no importante para su vida.
- Ninguna religión.

C.- Variables de confusión.

a.- Edad gestacional.

- Del primero a quinto mes de embarazo.
- Del sexto a noveno mes de embarazo.

b.- Número de embarazos.

- Primer embarazo.
- Segundo embarazo.
- Tercer embarazo.

c.- Antecedentes de abortos provocados.

- Con antecedentes.
- Sin antecedentes.

d.- Antecedentes de abortos espontáneos.

- Con antecedentes.
- Sin antecedentes.

e.- Grado de aceptación del embarazo.

- Embarazo aceptado
- Embarazo no aceptado.

Para el grupo A (embarazadas solteras), se agregaron dos variables de confusión más.

f.- Según con quien vive desde que se diagnosticó el embarazo.

- Con su familia.
- Con otros parientes.
- Con amistades.
- Sola.

g.- Situación que motivó la condición de embarazada soltera.

- Separación de mutuo acuerdo entre la pareja.
- Abandono por alguno de los miembros de la pareja.

5.- Descripción del procedimiento de la investigación.- Las pacientes fueron captadas en el servicio de urgencias del hospital de acuerdo a los criterios ya especificados. Se realizó una breve entrevista a cada paciente, encaminada sobre todo a descartar criterios de exclusión de índole psiquiátrico, cuando ya los criterios de inclusión y exclusión de tipo médico habían sido valorados en la exploración clínica de la paciente por el personal médico del servicio de urgencias y se diagnosticaba un embarazo normal. En aquellas pacientes factibles de ser incluidas en el estudio se aplicó entonces el cuestionario de variables y la escala de Zung para medir la depresión. El entrevistador prestó ayuda a las pacientes en aquellos casos en que la comprensión de---

los temas resultaba difícil. Las entrevistas y la aplicación de cuestionarios fueron realizadas exclusivamente por el investigador. Una vez calificados los cuestionarios, los resultados obtenidos se vaciaron en la cédula de concentración de información que incluía una tabulación para cada una de las variables del estudio.

Se procedió después al análisis estadístico de los datos buscando la información que confirmara o rechazara la hipótesis propuesta para el estudio.

IX.- RESULTADOS.

A).- Análisis del grupo A.- El grupo A, estuvo formado por 48 pacientes embarazadas solteras, con una edad promedio de 19,5 años, la edad mínima fue de 15 años y la máxima de 34 años. 40 pacientes (83.3%) se encontraban entre los 15 a 20 años y 8 de ellas (16.6%) entre los 21 y 35 años. (Tabla 1)

En cuanto al grado de escolaridad, 7 tenían primaria incompleta (14.5%), 23 con primaria completa (47.9%), 7 habían cursado secundaria (14.5%) y 11 tenían otros estudios mayores a nueve años de instrucción (22.9%); hubo 3 pacientes con estudios universitarios no concluidos. (Tabla 2)

Ninguna paciente de este grupo estudiaba, 3 trabajaban----

(6.2%) y 45 no trabajaban y solo se dedicaban a las labores---- del hogar (93.3%). (Tabla 3)

En el aspecto de la religión 22 pacientes consideraron tener una religión no importante para su vida (45.8%), 22 practicaban algún tipo de religión importante para sus vidas (45.8%) y 4 manifestaron no tener ninguna religión (8.3%). (Tabla 4)

Desde que se diagnosticó el embarazo, 37 pacientes (77%)-- continuaron viviendo con sus padres y sus hermanos, 8 pasaron-- a vivir con otros parientes (16.6%), ninguna vivía con amista-- des y 3 vivían solas (6.2%), estas pacientes fueron las mismas-- que trabajaban. (Tabla 5)

En cuanto a la situación que motivó la condición de madre-- soltera, 14 casos habían sido por separación de mutuo acuerdo-- entre los integrantes de la pareja (29.1%), 34 fueron abandona-- das por la pareja, casi en todos los casos por la pareja mascu-- lina y solo una manifestó haber dejado a su compañero cuando se supo embarazada, el porcentaje de este subgrupo fue de (70.8%). (Tabla 6)

Todas las pacientes estudiadas en este grupo cursaban en-- la segunda mitad del embarazo, 6 a 9 meses de gestación, ningun-- a de las pacientes de este grupo asistió a los servicios del-- hospital cuando estaban en la primera mitad de la gestación.--- (Tabla 7)

46 de las pacientes (95.8%) era la primera vez que se embarazaban y solamente 2 (4.1%), estaban embarazadas por segunda ocasión, ninguna había tenido tres embarazos. (Tabla 8)

Ninguna de las pacientes tenía antecedentes de abortos----provocados. (Tabla 9)

Igualmente no hubo antecedentes de abortos espontáneos en las pacientes estudiadas. (Tabla 10)

De las 48 pacientes estudiadas en este grupo, 27 (56.2%), habían asimilado la aceptación del embarazo, 21 (43.7%) se mostraron con dificultades para aceptar el embarazo. (Tabla II)

El índice promedio obtenido mediante la Escala de Zung para las pacientes de este grupo fue de 53.2, con una desviación-standard de 10.9, la calificación mínima fue de 36 y la máxima de 75, con un rango de 39.

De las 48 pacientes estudiadas, 33, el 68.8% obtuvieron---índices por debajo de 59, mientras que 15 pacientes, el 31.2%---obtuvieron calificaciones por arriba de 60, estas pacientes son consideradas como deprimidas de acuerdo al criterio usado en el presente estudio. En estas pacientes se obtuvo un índice promedio de 65.9, con una desviación standard de 3.8, una calificación mínima de 61 y una máxima de 75 con rango de 14.

Para el estudio de variables de este grupo, se agregaron-- dos variables de confusión para conocer si había alguna rela--- ción entre ellas y la depresión. Estas variables, situación que motivó la condición de madre soltera y según con las personas-- con quien vivían desde que se diagnosticó el embarazo, no son-- compartidas por las pacientes del grupo control, por lo que a-- continuación serán analizadas en forma independiente. El resto-- de las variables y su relación con la depresión, serán analiza-- das en forma comparativa para ambos grupos.

Llama la atención el porcentaje encontrado en las pacien-- tes en lo que a depresión se refiere de acuerdo a con quien vi-- vían desde que se supieron embarazadas. De las 37 pacientes que siguieron viviendo con su familia se deprimió el 18.9%, mien--- tras que las 8 pacientes que fueron a vivir con otros parientes se deprimieron en un 100%. (Tabla 5)

Las 34 pacientes que fueron abandonadas por la pareja mas-- culina se deprimieron en un 38.5 %, mientras que de las 14 que-- manifestaron haberse separado de mutuo acuerdo se deprimió el-- 14.2%. (Tabla 6)

B).- Análisis del grupo B ó grupo control.- El grupo B, estuvo-- formado por 62 pacientes embarazadas casadas, con promedio de-- edad de 21 años, la edad mínima fue de 15 años y la máxima de-- 31 años. 29 pacientes (43.7%) se encontraban entre los 15 y 20--

años y 33 de ellas (53.2%) entre los 21 y 35 años. (Tabla 1)

En cuanto al grado de escolaridad, 8 tenían primaria incompleta (12.9%), 21 con primaria completa (33.8%), 24 habían cursado secundaria (38.7%) y 9 tenían otros estudios mayores a nueve años de instrucción (14.5%); hubo cinco pacientes con estudios universitarios. (Tabla 2)

Ninguna de las pacientes de este grupo estudiaba en la época en que se realizó el estudio, 6 trabajaban (9.6%) y 56 se dedicaban a las labores del hogar (90.3%). (Tabla 3)

En el aspecto de la religión 20 consideraron tener una religión no importante para su vida (32.2%), 37 practicaban algún tipo de religión que influye en su estilo de vida, con más apego a las normas y ritos de la misma (59.6%), 5 manifestaron no tener ningún tipo de religión (8%). (Tabla 4)

De las pacientes estudiadas en este grupo, 16 cursaban en la primera mitad del embarazo (25.8%), mientras que 46, (74.1%) estaban en la segunda mitad del embarazo. (Tabla 7)

En 25 de las pacientes (40.3%) cursaba el primer embarazo- 25 pacientes (40.3%) estaban en su segundo embarazo y 12----- (19.3%), habían llegado a su tercer embarazo. (Tabla 8)

Ninguna de las pacientes tenía antecedentes de abortos----
provocados. (Tabla 9)

Solamente 6 pacientes (9.6%) tenían antecedentes de abor--
tos espontaneos, mientras que 56 de ellas (90.3%) no tenían an-
tecedentes de haber abortado en forma espontanea. (Tabla 10)

De las 62 pacientes estudiadas en este grupo, 52 (83.8%)-
manifestaron aceptar plenamente el embarazo, 10 pacientes -----
(16.1%) se mostraron con dificultad para aceptar el embarazo---
(Tabla II)

El índice promedio obtenido mediante la Escala de Zung---
para las pacientes de este grupo fue de 52.4 con una desviación
standard de 9.2, la calificación mínima fue de 33 y la máxima-
de 79, con un rango de 46.

De las 62 pacientes estudiadas, 53, el 85.5% obtuvieron---
índices por debajo de 59, mientras que 9 pacientes, el 14.5%---
obtuvieron calificaciones por arriba de 60, estas pacientes son
consideradas como deprimidas del acuerdo al criterio usado en--
el presente estudio. En estas pacientes se obtuvo un índice pro
medio de 66.4, con una desviación standard de 4.78, una califi
cación mínima de 63 y una máxima de 79, con rango de 16.

C).- Análisis comparativo entre ambos grupos.- En cuanto a la edad, en el grupo de solteras predominaron las pacientes entre 15 a 20 años con un 83%, contra un 16% de pacientes entre 21 a 35 años. En el grupo control hubo porcentajes similares entre pacientes de 15 a 20 años y pacientes de 21 a 35 años, con 43.7% y 53.2% respectivamente.

La depresión se presentó en porcentajes elevados en el grupo de solteras independientemente de la edad, 27.5% para las pacientes de 15 a 20 años y 50 % para las de 21 a 35 años. En el grupo control hubo marcada diferencia por edades en el porcentaje de la depresión, 27.5% para las de 15 a 20 años y solo un 3% para las de 21 a 35 años. Las solteras se deprimieron independientemente de la edad en proporciones considerables, mientras que las casadas de menor edad tuvieron relaciones con porcentajes mayores de depresión. (Tabla I)

En la escolaridad, los porcentajes de pacientes estudiadas en los distintos niveles considerados para este estudio fueron homogéneos para ambos grupos.

El porcentaje de depresión en el grupo de solteras fue mayor en las pacientes con primaria completa y con estudios de secundaria, 39.1 y 57.1% respectivamente, mientras que de las II pacientes que tenían estudios mayores a nueve años de instrucción ninguna se deprimió. En el grupo control el porcentaje

más alto de depresión correspondió también al nivel escolar de secundaria con 29.1%, igualmente, de las 9 pacientes con estudios mayores a nueve años de instrucción de este grupo, ninguna se deprimió. (Tabla 2)

Tal parece que el nivel escolar elevado, de alguna manera influyó para que las pacientes de ambos grupos no se deprimieran.

De acuerdo a la situación laboral, también la población estudiada en ambos grupos es homogénea. La mayor parte de las pacientes, 93.7% para el grupo A y 90.3% para el grupo B se dedicaban únicamente a las labores del hogar. Cabe hacer notar que aunque fueron muy pocas las pacientes incluidas en el estudio que trabajaban, las 3 solteras con estas características no se deprimieron, en cambio de las 6 casadas que trabajaban se deprimieron 3, el 50%. (Tabla 3)

El porcentaje de depresión en el grupo de solteras fue elevado en las pacientes que consideraban que la religión que practicaban no era importante para sus vidas (27.2%), pero aumentó aún más, hasta 40.9 % en quienes la religión influyó en su estilo de vida. 4 pacientes del grupo A que no tenían ninguna religión no se deprimieron. En contraste en el grupo control, de las 5 pacientes sin ninguna religión, se deprimieron 3, el 60% contra 15 y 8.1% de las pacientes con religión no arraigada y-

con religión que repercutía sobre sus estilos de vida respectivamente.

Tal parece que la frecuencia de la depresión en las solteras se relacionó con la religión, deprimiéndose en proporciones mayores las pacientes que practicaban con más apego los ritos y normas religiosas. En el grupo control la depresión se presentó proporcionalmente más elevada en las pacientes que no tenían ninguna religión, pero las de religión importante y no importante para sus vidas también presentaron porcentajes de depresión considerables. (Tabla 4)

El total de las pacientes del grupo A incluidas en el estudio cursaban en la segunda mitad del embarazo, de 6 a 9 meses de edad gestacional. En el tiempo que se realizó el estudio, no se captaron embarazadas solteras de primera mitad del embarazo, evidentemente, por la escasa frecuencia con que estas pacientes solicitan atención prenatal en el servicio de urgencias del hospital. Esto impidió saber si había diferencia en cuanto a frecuencia de depresión en la primera y segunda mitad del embarazo. (Tabla 7) En el grupo control hubo 16 pacientes (25.8%) de primera mitad del embarazo y 46 (74.1%) de la segunda mitad. La depresión fue de 25% en la segunda mitad del embarazo y de 10.8 en la primera mitad de la gestación.

En lo que respecta al número de embarazos, la gran mayoría

de las pacientes solteras, como era de esperarse, estaban embarazadas por primera vez (95.8%), solamente el 4.1% (2 pacientes) cursaban con su segunda gestación. Las 15 pacientes deprimidas quedaron incluidas dentro de las embarazadas de primera vez. En el grupo control hubo una distribución homogénea de pacientes de acuerdo al primero, segundo y tercer embarazo, con 40.3, 40.3 y 19.3% respectivamente. La depresión respetó a las pacientes de tercer embarazo y ocurrió en porcentajes similares de frecuencia para las pacientes de primer y segundo embarazo-- 16 y 20%. (Tabla 8)

En ambos grupos A y B, no hubo pacientes con antecedentes de abortos provocados. Esta variable de confusión no tuvo oportunidad de evidenciarse en el estudio. (Tabla 9)

Lo mismo sucedió con los antecedentes de abortos espontáneos; en el grupo A no hubo pacientes con estas características y en el grupo B, solo 6 pacientes (9.6%) de la muestra tenían antecedentes de haber abortado en forma espontánea, ninguna de estas pacientes se deprimió. (Tabla 10)

La situación de embarazo no aceptado plenamente, se dio-- en alto porcentaje en las solteras, con un 43.7% de las pacientes, mientras que solo el 16.1% de las casadas, se mostraron -- con dificultades para aceptar de manera definitiva su embarazo. La frecuencia de la depresión fue relativamente muy alta en las

pacientes del grupo A que no aceptaban su embarazo abiertamente (52.3%), en las pacientes que manifestaban aceptar su embarazo la frecuencia fue del 14.8%. En el grupo control hubo un 40% de frecuencia en la depresión en las embarazadas que no aceptaban el embarazo contra solo un 9.6% en las que habían resuelto positivamente la aceptación de su embarazo. En este sentido no hubo diferencias entre los grupos estudiados. (Tabla II)

De las 48 pacientes del grupo A, resultaron en total 15 pacientes deprimidas, el 31.2%. Mientras que de las 62 pacientes del grupo B, resultaron 9 pacientes deprimidas, un 14.5%. (Tabla I2, Tabulación básica)

Para saber si había diferencia significativa en la frecuencia de la depresión entre los grupos A y B, se procedió a realizar análisis comparativo usando la prueba de JI cuadrada, que es una prueba estadística no paramétrica que se utiliza para comparar dos o más grupos independientes. La prueba fue utilizada tomando un 95 % de nivel de confianza, que corresponde a un alfa de .05 de error y un grado de libertad.

La JI cuadrada calculada fue de 4.4413 con una $p < .05$

La hipótesis nula de independencia significativa entre las variables fue rechazada, lo que significa que hay dependencia entre las variables embarazadas solteras y depresión. Por

tanto, hay diferencia significativa entre los grupos de embarazadas solteras y embarazadas casadas en lo que a síntomas depresivos detectados por la Escala de Zung se refiere. La diferencia es en favor de mayor número de deprimidas entre las madres solteras.

Tabla I.- CLASIFICACION DE ACUERDO A LA EDAD: GRUPOS A y B
DEPRIMIDAS.

Edad en años.	Total grupo A	Deprimidas Grupo A. No. %	Total grupo B	Deprimidas grupo B. No. %
15-20	40 (83.3%)	II 27.5	29 (43.7%)	8 27.5
21-35	8 (16.6%)	4 50	33 (53.2%)	I 3
Total	48	15	62	9

Tabla 2.- CLASIFICACION DE ACUERDO A ESCOLARIDAD: GRUPOS A y B DEPRIMIDAS.

Grado de escolaridad.	Total grupo A	Deprimidas grupo A		Total grupo B	Deprimidas grupo B	
		No.	%		No.	%
Primaria incompleta.	7 (14.5%)	2	28.5	8 (12.9%)	II	12.5
Primaria completa.	23 (47.9%)	9	39.1	21 (33.8%)	I	4.7
Secundaria.	7 (14.5%)	4	57.1	24 (38.7%)	7	29.1
Otros estudios mayores a 9-- años de ins-- trucción.	II (22.9%)	0	0	9 (14.1%)	0	0
Total	48	15		62	9	

Tabla 3.- CLASIFICACION DE ACUERDO A ESTADO LABORAL: GRUPOS A y B
DEPRIMIDAS:

Situación labo- ral.	Total grupo A	Deprimidas grupo A		Total grupo B	Deprimidas grupo B	
		No.	%		No.	%
Estudian.	0	0	0	0	0	0
Trabajan.	3 (6.2%)	0	0	6 (9.6%)	3	50
No traba- jan.	45 (93.7%)	15	33.3	56 (90.3%)	6	10.7
Total	48	15		62	9	

Tabla 4.- CLASIFICACION DE ACUERDO A RELIGION: GRUPOS A y B
DEPRIMIDAS.

Religi3n	Total grupo A	Deprimidas grupo A		Total grupo B	Deprimidas grupo B	
		No.	%		No.	%
Con religi3n importante-- para su vida.	22 (45.8%)	9	40.9	37 (59.6%)	3	8.1
Con religi3n no importante para su vida.	22 (45.8%)	6	27.2	20 (32.2%)	3	15
Ninguna.	4 (8.3%)	0	0	5 (8%)	3	60
Total	48	15		62	9	

Tabla 5.- CLASIFICACION DE ACUERDO A LAS PERSONAS CON QUIFN VIVE--
DESDE QUE SE DIAGNOSTICO EL EMBARAZO. GRUPO A DEPRIMIDAS

Vive con	Total	Deprmidas	
		No.	%
Su familia.	37 (77%)	7	18.9
Otros parientes.	8 (16.6%)	8	100
Amistades.	0	0	0
Solas.	3 (6.2%)	0	0
Total.	48	15	

Tabla 6.- CLASIFICACION DE ACUERDO A LA SITUACION QUE MOTIVO
LA CONDICION DE MADRE SOLTERA. GRUPO A DEPRIMIDAS.

Situación por la que es madre soltera.	Total.	Deprimidas No. %	
Separación de mutuo acuerdo entre ambos miembros de la pareja.	14 (29,1%)	2	14,2
Abandono de uno de los miembros de la pareja.	34 (70,8%)	13	38,3
Total.	48	15	

Tabla 7.- CLASIFICACION DE ACUERDO A LA EDAD GESTACIONAL.
GRUPOS A y B DEPRIMIDAS.

Edad gestacional.	Total grupo A	Deprimidas grupo A		Total grupo B	Deprimidas grupo B	
		No.	%		No.	%
I-5 meses.	0	0	0	16 (25.8%)	4	25
6-9 meses.	48 (100%)	15	31.2	46 (74.1%)	5	10.8
Total	48	15		62	9	

Tabla 8.- CLASIFICACION DE ACUERDO A NUMERO DE EMBARAZOS
GRUPOS A y B. DEPRIMIDAS.

Número de embarazos	Total grupo A	Deprimidas grupo A		Total grupo B	Deprimidas grupo B	
		No.	%		No.	%
Un embarazo.	46 (95.8%)	15	32.6%	25 (40.3%)	4	16
Dos embarazos.	2 (4.1%)	0	0	25 (40.3%)	5	20
Tres embarazos.	0	0	0	12 (19.3%)	0	0
Total	48	15		62	9	

Tabla 9.- CLASIFICACION DE ACUERDO A ANTECEDENTES DE ABORTOS
PROVOCADOS. GRUPOS A y B. DEPRIMIDAS.

Antecedentes-- de abortos --- provocados.	Total grupo A	Deprimidas grupo A		Total grupo B	Deprimidas grupo B	
		No.	%		No.	%
Con antece- dentes.	0	0	0	0	0	0
Sin antece- dentes.	48	15	31.2	62	9	14.5
Total	48	15		62	9	

Tabla 10.- CLASIFICACION DE ACUERDO A ANTECEDENTES DE ABORTOS ESPONTANEOS. GRUPOS A y B DEPRIMIDAS.

Antecedentes-- de abortos es- pontaneos.	Total grupo A	Deprimidas Grupo A		Total grupo B	Deprimidas grupo B	
		No.	%		No.	%
Con antece- dentes.	0	0	0	6 (9.6%)	0	0
Sin antece- dentes.	48	15	31.2	56 (90.3%)	9	16
Total	48	15		62	9	

Tabla II.- ELASIFICACION DE ACUERDO A LA ACEPTACION DEL EMBARAZO
GRUPOS A y B DEPRIMIDAS.

Aceptación del embara zo.	Total grupo A	Deprimidas grupo A		Total grupo B	Deprimidas grupo B	
		No.	%		No.	%
Embarazo aceptado.	27 (56.2%)	4	14.8	52 (83.8%)	5	9.6
Embarazo no acep- tado.	21 (43.7%)	11	52.3	10 (16.1%)	4	40
Total	48	15		62	9	

Tabla 12.- TABULACION BASICA.
 CLASIFICACION DE GRUPOS A y B (EMBARAZADAS SOLTERAS Y
 EMBARAZADAS CASADAS) DEPRIMIDAS Y NO DEPRIMIDAS.

Grupos	Total	No deprimidas		Deprimidas	
		No.	%	No.	%
A Embarazadas Solteras.	48	33	68,8	15	31,2
B Embarazadas Casadas.	62	53	85,5	9	14,5
Total	110	86		24	

P < .05

X.- DISCUSION.

Como es de esperarse, la gran mayoría de las madres solteras son menores de 20 años de edad, las madres solteras estudiadas en el presente trabajo no fueron la excepción. Podría pensarse, y de hecho es una situación que ocurre, que la madre adolescente, por el simple hecho de ser menor de edad está en condiciones proclives para desarrollar trastornos psíquicos durante el embarazo relacionados con la situación crítica de ajuste psicológico propio de la etapa de la vida por la que está pasando. Esto es particularmente importante para el caso de la depresión (I0, II, I4). Los resultados obtenidos en el presente estudio, confirman esta situación de riesgo al haber obtenido índices elevados de depresión en las embarazadas menores de 20 años independientemente de su estado civil. Sin embargo, las madres solteras continuaron deprimiéndose aún en proporciones elevadas no obstante que eran mayores de 20 años, lo que no sucedió con las casadas cuyo porcentaje de depresión entre los 20 a 25 años fue solo del 3 %. Esto nos habla de que el factor madre soltera se realaciona con mayor frecuencia de depresión sin importar la edad de la embarazada.

Llama la atención que las pacientes con estudios mayores a secundaria, tanto embarazadas solteras como casadas no se deprimieran. Tal parece que el nivel intelectual, que va de la mano en cierta forma con el grado de escolaridad que se obtenga, en-

este caso estudios de preparatoria e inclusive universitarios, - tiene influencia favoreciendo la resolución más adecuada de las situaciones de stress y el logro de un equilibrio psíquico más rápido y estable ante circunstancias que ponen en juego la reactividad psicológica. El acceso a la información que conlleva un nivel de estudios elevado, una mejor disposición y capacidad--- para asimilar dicha información y su utilización para contender mejor con la problemática personal, familiar y social, probablemente influyó en estas pacientes para que no se deprimieran. En cambio la depresión ocurrió en porcentajes considerablemente altos, en aquellos pacientes cuyos estudios fueron no mayores de secundaria. Esta característica fue compartida tanto por embarazadas solteras como casadas.

Aunque se estudiaron pocas pacientes que trabajaban, cabe hacer notar que de las 3 solteras en esta situación ninguna se deprimió, mientras que de las 6 casadas con esta característica se deprimieron 3. Al menos en las solteras es probable que el hecho de cierto grado de independencia familiar y económica influyó para que no se deprimieran.

Los resultados en los porcentajes de pacientes deprimidas en relación a la religión son diferentes en los grupos, mientras que por el lado de las madres solteras, la religión practicada con apego a los ritos y normas, pareció relacionarse con mayor número de deprimidas, en las casadas no se evidenció esta influencia, y por el contrario se deprimieron proporcionalmente-

en forma superior aquellas que no tenían ninguna religión. Sin embargo debemos hacer notar que el número estudiado de estas últimas pacientes fue pequeño, 4 solteras y 5 casadas. Es posible que las creencias religiosas arraigadas en forma profunda, puedan acrecentar los sentimientos de culpa cuando se ha infringido una norma religiosa o se ha caído en un acto moral socialmente reprobado, es probable que esto ocurra en nuestro medio con la madre soltera, y puede de alguna manera contribuir a desencadenar un síndrome depresivo.

Una característica de la madre soltera evidenciada en este estudio, es el hecho de que la gran mayoría de ellas solicitan atención médica hasta la segunda mitad del embarazo, sobre todo del séptimo mes en adelante. Al hecho de que también la gran mayoría cursara con su primer embarazo, acompañado de todas las ansiedades propias de la gestación: percepción inconciente del sexo de la criatura, temor al aborto, temor a la malformación, al parto prematuro, temor a la muerte durante el parto, etc. (9), se suma la carga del sentimiento de rechazo y vergüenza social, que las orilla a ensimismarse y a huir o esquivar cualquier situación que ponga en evidencia su "grave falta", es posible que estos factores sean los responsables de que la madre soltera no acuda a control prenatal en etapas tempranas de la gestación. Claro que no debemos pasar por alto que la población donde se realizó el estudio pertenece a un estrato socioeconómico bajo y que en este medio, la deficiente---

cultura médica puede ser importante razón de que la mujer no acuda a control prenatal desde los primeros meses de su embarazo. Sin embargo, en el grupo control si hubo al menos un 25 % de pacientes en la primera mitad del embarazo, de manera que la condición social de madre soltera parece influir en que se solicite con cierto retardo atención médica durante el embarazo.

Conocemos a través de otros estudios que las pacientes embarazadas con antecedentes de abortos, sobre todo inducidos, cursan con índices mayores en la frecuencia de la depresión (15). El hecho de no haber detectado pacientes con antecedentes de abortos inducidos y/o espontaneos, lo atribuimos, no a que no existan, se sabe del alto índice de abortos provocados en la clandestinidad sobre todo por madres solteras. Más bien lo que ocurre es que estas pacientes acuden menos a solicitar atención médica cuando resultan embarazadas por segunda o tercera ocasión. Nuevamente el sentimiento de culpa, vergüenza y rechazo social hace su aparición dificultando el curso del embarazo de la madre soltera. Aunque no debemos pasar por alto la posibilidad de que las pacientes estudiadas hayan ocultado la información sobre estos antecedentes.

La aceptación o no del embarazo, va de la mano con la ansiedad extrema o la depresión de la mujer gestante. Solo cuando la madre soltera sufre toda la experiencia consciente de frustración, desengaño y renunciación o aceptación definitiva del hijo, hay mejores probabilidades de mantener el equilibrio psi-

EXHAUSTIVO
TESIS
DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

quico. De lo contrario, la situación no resuelta de aceptación plena del embarazo, la mantiene en constante angustia y reacciones de autocastigo que se expresan clínicamente en un estado depresivo (10).

La mitad del número de madres solteras incluidas en el presente estudio, no habían resuelto la aceptación del embarazo--- y en ellas la depresión fue elevada, cerca de cuatro veces más que en las pacientes que mejor habían resuelto la aceptación -- del embarazo. En el grupo control la situación de no aceptación del embarazo fue mucho menor, pero dentro de este pequeño número también se dejó sentir un alto porcentaje de depresión similar al encontrado en las madres solteras.

En el medio en que se realizó el estudio, a pesar de la actitud rechazante hacia la madre soltera, la mayor parte de--- las mujeres en esta situación fueron aceptadas por sus padres-- una vez que la reacción abrupta y violenta de la noticia del--- embarazo va decreciendo. 37 de las pacientes de nuestro estudio estaban en la situación mencionada. Otras fueron abiertamente-- rechazadas y de alguna forma expulsadas del seno familiar, la-- resultante es que vayan a vivir con otros parientes, 8 de nuestras pacientes estaban en estas circunstancias y se relacionó-- con 100% de depresión. El apoyo familiar hacia la madre soltera pareció abatir considerablemente la frecuencia de la depresión-

en las embarazadas que continuaron viviendo con sus padres.

La situación de pérdida objetal que suponemos implicó el abandono de la pareja representó el mayor número de casos, 34-- embarazadas solteras del total de la muestra, este es otro factor que también observó cierta relación con mayor frecuencia-- de depresión en comparación con las mujeres que manifestaron-- haberse separado de común acuerdo sobre todo porque ellas encontraron mayor apoyo familiar.

En los resultados globales del estudio se comprueba una-- diferencia significativa en las frecuencias de pacientes depri-- midas entre el grupo de embarazadas solteras y el grupo de em-- barazadas casadas. La hipótesis planteada para el estudio, re-- sulta confirmada. Las embarazadas solteras se deprimieron en-- mayor frecuencia significativa que las embarazadas casadas al-- menos en un grupo de pacientes del "Hospital de la Mujer" de la Ciudad de México.

XI.- CONCLUSIONES.

Del estudio realizado en el presente trabajo podemos desprender las siguientes conclusiones:

- 1.- En un grupo de pacientes embarazadas asistentes a los servicios del "Hospital de la Mujer" de la Ciudad de México la frecuencia de la depresión fue significativamente mayor en las embarazadas solteras en relación con embarazadas casadas.
- 2.- Los porcentajes más altos en la frecuencia de la depresión en la madre soltera estuvieron relacionados claramente con situaciones de embarazo no deseado o no aceptado, abierto--rechazo familiar y pérdida objetal por abandono de la pareja. Por otra parte, la depresión se presentó en porcentajes elevados en las madres solteras independientemente de su--edad. El nivel escolar alto, el hecho de que trabajaran y--el no pertenecer a ninguna religión, al parecer influyó para que estas pacientes no se deprimieran.
- 3.- Es importante hacer notar, que todas las embarazadas solteras fueron captadas en la segunda mitad del embarazo, la--gran mayoría como era de esperarse cursaban en su primer em--barazo, ninguna tenía antecedentes de abortos inducidos ni--

espontaneos y casi todas no trabajaban ni estudiaban cuando se realizó el estudio. Esto por una parte hizo más homogénea la muestra, pero por otra, impidió conocer la relación de otras variables con la depresión.

4.- Faltaría realizar otros estudios que además de la Escala de Zung, valoraran la depresión clínicamente a través de entrevista psiquiátrica con criterios para depresión previamente establecidos. Esto implicaría tiempo prolongado, mayor número de entrevistadores y otro sistema de captación de pacientes diferente al que se usó en este estudio, quizás en centros de salud de primero y segundo nivel de atención, donde las embarazadas de curso normal asistan a control prenatal en forma regular y no en un hospital de concentración de tercer nivel donde se atienden básicamente complicaciones obstétricas.

5.- Resultaría interesante realizar el estudio incluyendo pacientes de otros niveles socioeconómicos y culturales donde probablemente variarían los resultados encontrados.

Diciembre de 1985.

Dr. Adrián Rodríguez Contreras

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

- 1.- Henri Ey, "Patología Psiquiátrica de la Maternidad", Tratado de Psiquiatría. Cap. V Pag. 708-717 Octava Edic. Edt. Toray Masson.
- 2.- Lawrence C. Kolb. "Factores Predisponentes y Precipitantes del Trastorno Mental: factores familiares, sociales y culturales. Estado conyugal, embarazo". Psiquiatría Clínica-Moderna., Cap. 7 Pag. 152-180 Quinta Edic. Prensa Med. Mex
- 3.- Alfred M. Freedman, Harold L. Kaplan, Benjamin J. "Trastornos Obstétricos, Ginecológicos y Sexuales"., Compendio de Psiquiatría. Cap. 24 Pag. 495-507 Edit. Salvat.
- 4.- A. Haynal-W. Pasini "Aspectos psicósomáticos en Obstetricia". Manual de Medicina Psicosomática. Cap. 14 Pag. 174-183.
- 5.- Francisco Alonso Fernandez. "Psicosis y psicomatosis de la Vida Genital Femenina". Fundamentos de la Psiquiatría-Actual. Tomo II, Psiquiatría Clínica. Cap. 8 Pag. 658-681-Cuarta Edic. Edit. Paz Montalvo.
- 6.- Guillermo Calderón Narváez "Depresión: causas, manifestaciones y tratamiento". Primera Edición 1984 Edit. Trillas.
- 7.- Zung, W.W.K; "A Self-rating Depression Scale". Arch. Gen.-Psychiat., 12:63, 1965.
- 8.- Zung W.W.K. "Self-rating Depression Scale, in out patient-clinic", Arch. Gen. Psychiat., 13:508, 1965.
- 9.- Raquel Soifer. "Psicología del Embarazo, Parto y Puerperio". Ediciones Kargleman, Buenos Aires Tercera Edic. 1976
- 10.- Helene Deutsch. "La psicología de la Mujer" Parte II. Maternidad. Cap. VI Preñez. Pag. 125-190. Cap. X. Madres solteras. Pag. 307-357. Edit. Losada, Quinta edc. Buenos Aire
- 11.- "Cuidado Maternal y Amor" J. Bowlby Fondo de Cultura Económica;
- 12.- Cumulated Index Medicus: "Pregnancy Complications Psychologic" Revisión de los últimos trabajos publicados en diez años de 1975-1984 sobre complicaciones psicológicas del embarazo.

- 13.- Stephen Wolkind and Eva Zajicek. "Psychosocial correlates of Nausea and Vomiting in Pregnancy". Journal of Psychosomatic Research, Vol. 22 pp. 1-5 1978.
- 14.- D. Shaffer, A. Pettigrew, S. Wolkind and E. Zajicek. "Psychiatric Aspects of Pregnancy in Schoolgirl: A Review".--- Psychological Medicine, 1978, 8, 119-130.
- 15.- R. Kumar and Kay Robson. "Previous Induced Abortion and--- Ante-natal Depression in Primiparae: Preliminary Report of a Survey of mental Health in Pregnancy". Psychological---- Medicine, 1978, 8, 711-&15.
- 16.- George W. Brown and Tirril Harris. "Social Origins of Depression; a Reply". Psychological Medicine, 1978, 8, 577-588.
- 17.- E. Barbara Ballinger. "Emotional Disturbance During Pregnancy and Following Delivery". Journal of Psychosomatic -- Research, Vol 26, No. 6 pp.- 629-634, 1982.
- 18.- Chalmers B. "Psycho-social Factors and Obstetric Complications". Psychological Medicine 1983, May; 13(2); 333-9.
- 19.- Alex J. Crandon. "Maternal Anxiety and Neonatal Wellbeing" Journal of Psychosomatic Research Vol. 23 pp. 113-115 1979
- 20.- Hans Molinski. "Masked Depressions in Obstetrics and Gynecology". Psychother. Psychosom. 31; 283-297 (1979).