



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 esta 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

Introducción.....	1
Capitulo 1. El Aborto.....	4
Capitulo 2. La Depresión.....	11
Capitulo 3. Aborto Espontáneo y Depresión.....	30
Capitulo 4. Metodología.....	38
Capitulo 5. Resultados.....	47
Capitulo 6. Discusión y Conclusiones.....	51
Bibliografía.....	57

INTRODUCCION

El aborto es un fenómeno que, paradójicamente, está ligado tanto con la vida como con la muerte y que ha aparecido en la historia de la humanidad con diferentes enfoques y juicios de valor.

Novak y cols. (1985), de acuerdo con Tietze (citado por Williams, 1980, pag. 475), calculan que cerca del 10% de todos los embarazos terminan en un aborto espontáneo; éste, entonces, es un fenómeno tan frecuente que se requiere estudiar no solo las causas sino también las consecuencias. El aborto es un hecho que no puede pasar desapercibido por la pareja y que posiblemente genere desajustes de orden afectivo en la vida conyugal (Vergara, 1979).

Tradicionalmente el aborto ha sido considerado como un asunto exclusivo de la mujer, del cual el hombre, situación curiosa y sugerente, es excluido.

Pienso que el hombre y la mujer comparten, con el embarazo una paternidad. Por tanto, el aborto espontáneo puede ser también un fenómeno compartido. Dado que previo a él hubo un coito, un embarazo. Si comparten la ilusión de ser padres, entonces hay un sentimiento que los une; así,

al frustrarse el embarazo es lógico pensar que también compartan las consecuencias de la pérdida.

Poco se han estudiado las reacciones emocionales de la pareja ante esta situación. En la literatura se encuentran, predominantemente, investigaciones realizadas en mujeres en las que se les indujo un aborto, es decir en pacientes que de una manera u otra decidieron terminar su embarazo. Está claro que en las mujeres con un aborto espontáneo las condiciones son muy distintas. Resulta lógico pensar que estas mujeres cursan frecuentemente con un síndrome depresivo pero en muchas ocasiones lo lógico no coincide con la realidad. Además desconocemos que tan severos pueden llegar a ser los cuadros depresivos en esta condición y sobre todo en una pareja.

En este sentido es que se decidió realizar la presente investigación.

En el capítulo 1, se habla del concepto de aborto, su clasificación, su frecuencia y las posibles causas que lo determinan.

En el capítulo 2, se alude a la definición y la clasificación de la depresión, así, como a la incidencia y la etiología de estos cuadros.

En el capítulo 3, se revisa la literatura que da pie a la presente investigación.

En el capítulo 4, se refiere a la metodología que se emplea en la investigación, desde el planteamiento del problema hasta el tratamiento estadístico.

En el capítulo 5, se muestran los resultados obtenidos en esta investigación.

En el capítulo 6, se discuten los resultados y se proponen las conclusiones a las que se llegó en esta investigación, revisándose las hipótesis de trabajo y los alcances de los resultados.

En el capítulo 3, se revisa la literatura que da pie a la presente investigación.

En el capítulo 4, se refiere a la metodología que se siguió en la investigación, desde el planteamiento del problema hasta el tratamiento estadístico.

En el capítulo 5, se muestran los resultados obtenidos en esta investigación.

En el capítulo 6, se discuten los resultados y se proponen las conclusiones a las que se llegó en esta investigación, revisándose las hipótesis de trabajo y los alcances de los resultados.

C A P I T U L O 1

EL ABORTO

Aborto es la terminacion de un embarazo antes de que el feto sea viable. La Organizacion Mundial de la Salud, considera como abortos los embarazos que terminan antes de la semana 20 y/o cuando el feto expulsado pesa menos de 500 g. (Novak y cols., 1985).

El aborto puede clasificarse, como (Williams, 1980; Lopez y Toledo, 1981; Novak y cols., 1985; Gilles y Monif, 1985).

1. ABORTO INDUCIDO. Cuando la terminacion de la gravidez se logra mediante agentes medicinales y/o mecanicos. En esta denominacion se incluyen los abortos terapeuticos, el legal y el voluntario*.

a) Aborto terapeutico es aquel que se practica con el proposito de proteger la salud de la embarazada.

* El termino voluntario el autor lo denomina criminal, me parece que es una concepcion moralista.

b) Aborto legal es aquel que se realiza con una justificación legal.

c) Aborto voluntario es cuando la interrupción del embarazo, antes del periodo de viabilidad, se hace en forma deliberada sin justificación legal o terapéutica.

2. ABORTO ESPONTANEO. Cuando la terminación del embarazo obedece a causas naturales, sin intervención de medidas quirúrgicas, medicamentosas, o de cualquier otra índole.

Desde el punto de vista clínico, el aborto se puede manifestar como:

a) Amenaza de aborto. En este caso se encuentra toda la sintomatología y la signología del embarazo de acuerdo con la edad de éste; además, se presenta habitualmente un escurrimiento sanguíneo escaso, de menor magnitud que el de una menstruación. El sangrado puede tener una duración variable; sin embargo, lo frecuente es que dure no más de siete u ocho días. El escurrimiento sanguíneo, se acompaña de dolor y/o cólico intermitente, en el bajo vientre, habitualmente más intenso en el hipogástrico.

b) Aborto en evolucion o inminente. Es aquel que, como consecuencia de la actividad uterina propia del trabajo de aborto (contracciones dolorosas, intermitentes, progresivas, etc.), ha producido modificaciones cervicales (borramiento y dilatacion) irreversibles y sangrado de origen endouterino de magnitud variable.

c) Aborto inevitable. Es aquel en el que, además de las características del anterior, los productos de la concepción se localizan inmediatamente por dentro de la abertura del cervix.

d) Aborto incompleto. Es aquel en el que ha ocurrido la expulsión de una parte del huevo pero el resto se encuentra retenido en la cavidad uterina. Pueden desaparecer los dolores aunque algún tiempo después reaparecen, ya sea en forma irregular o como una simple sensación dolorosa casi continua en los mismos sitios. También se presenta como un pequeño sangrado, después de la expulsión de fragmentos ovulares que dura de 3 a 6 días, para en el séptimo día, transformándose en una hemorragia copiosa.

e) Aborto completo o consumado. Son aquellos casos en que la expulsión del huevo ha sido total. Se trata, en realidad de un puerperio postaborto sin manifestaciones

casos de infección.

f) Aborto diferido. Se denomina así, cuando el producto antes de su viabilidad, muere en útero y es retenido por dos meses o más.

g) Aborto infectado o séptico. Es la infección clásica, adquirida en la comunidad, que se ha transformado en otro problema nosocomial, y hay que reconocer los factores de riesgo implicados en la adquisición de la patología infecciosa. Las manifestaciones generales son: la fiebre, el escalofrío, etc., y las manifestaciones locales según la localización y extensión de la infección.

h) Aborto habitual. Cuando han ocurrido 3 o más abortos consecutivos, cada uno de estos abortos en sí puede haber correspondido a cualquiera de las formas clínicas referidas; el hecho es que la mujer aborta repetidamente.

La frecuencia con la que ocurre el término del embarazo antes de las 20 semanas es una cosa difícil de precisar en la práctica, varios factores explican el porqué de esta dificultad. Uno, es que con frecuencia ocurre que los abortos pasan inadvertidos. Desde el punto de vista médico se trata de mujeres con retrasos menstruales de 10 días, 3

semanas, y un mes inclusive, que después tienen una hemorragia uterina más abundante que la regla normal; habitualmente estas mujeres creen que el retraso explica el que el sangrado sea más abundante que la regla normal y posteriormente siguen menstruando normalmente y el incidente quedó sin registrar, aunque fué un aborto. Otras veces la mujer oculta intencionalmente la ocurrencia del aborto. No se tiene idea de la cantidad de abortos inducidos clandestinos que se producen; también éstos quedan sin registro porque voluntariamente la mujer oculta el incidente. Otras mujeres saben que tienen un aborto porque después de un retraso menstrual arrojan el embrión y las secundinas pero no le dan importancia y, por tanto, tampoco se registran. Además, los abortos espontáneos no suelen declararse, salvo los casos que necesitan hospitalización (Camero, 1954). Estos y otros factores explican que las frecuencias reportadas de aborto varíen considerablemente.

Sin embargo, las estimaciones del grupo de Donald y Hellman (citado por Williams, 1980, pag. 475), reportan una incidencia de aborto de entre un 10% y un 15% de todos los embarazos entre la cuarta y veinteva semana de gestación. Por su lado, Matute (López y Toledo, 1981), consideran que el 20% de todos los embarazos terminan en aborto espontáneo y el 80% de éstos ocurre entre la octava y la dieciseisava

semana, el 12.5% antes de la octava semana y el 7.5% entre la semana 16 y la 20.

Etiología.

El conocimiento acerca de los factores que intervienen en el aborto espontáneo son limitados debido, mas que nada, a las pocas posibilidades de experimentación en el campo de la reproducción humana; sin embargo, los factores etioldgicos más comunes y probables son: defectos genéticos, factores maternos y deficiencias nutricionales, las principales se muestran en el Cuadro 1 (Cerillo, 1976).

Tanto médicos como profanos se inclinan a buscar una explicación simple de los fenómenos médicos comunes. Sin embargo, la mayor parte de los abortos espontáneos aparecen algún tiempo después de la muerte del embrión o del feto (Cerillo, 1976). Por ejemplo si el aborto fue causado por un traumatismo, es probable que éste no sea accidente reciente, caída o golpe, sino un suceso ocurrido algunas semanas antes del aborto.

CUADRO 1**FACTORES ETIOLOGICOS DEL ABORTO ESPONTANEO****DEFECTOS GENETICOS.**

- Defectos Placentarios:**
- a) Insuficiencia hormonal.
 - b) Defectos de implantacion.
 - c) Enfermedades de la placenta.

FACTORES MATERNOS.

- Causas Endocrinas:**
- a) Insuficiencia luteinica del cuerpo amarillo.
 - b) Hipotiroidismo.
 - c) Insuficiencia suprarrenal.
 - d) Diabetes.

- Causas Infecciosas:**
- a) Agudas.
 - b) Crónicas.

- Causas Anatomicas:**
- a) Malformaciones congénitas uterinas.
 - b) Miomas y polipos.
 - c) Insuficiencia orificio interno.
 - d) Encarcelamiento utero gestantante.

- Causas Especiales:**
- a) Traumatismo físico.
 - b) Traumatismo psíquico.

DEFICIENCIAS NUTRICIONALES.

- Factor Paterno:**
- a) Especialmente en aborto habitual.
 - b) Espermatogénesis anormal.

CAPITULO 2

LA DEPRESION

La depresión es tan antigua como el hombre, le ha acompañado a través de toda su historia y la literatura mundial le ha concedido la atención amplia y detallada que requiere un estado tan afoso y extendido (Calderón, 1981).

La depresión es una experiencia universal y las emociones de tristeza y pena constituyen una faceta intrínseca de la condición humana.

Para la Asociación Psiquiátrica Americana (1987), los trastornos del estado de ánimo se pueden dividir en: trastornos bipolares y trastornos depresivos.

Hay dos tipos de trastornos depresivos: La depresión mayor y la distimia, en esta última existe una historia de estado de ánimo deprimido por un tiempo de dos años como mínimo, siempre y cuando en los dos primeros años del trastorno no llenen los criterios para un episodio mayor. En muchos casos de distimia se sobreponen depresiones mayores.

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR.

La sintomatología esencial del episodio depresivo mayor es el estado de ánimo deprimido. Los síntomas representan un cambio en la conducta previa y son relativamente persistentes, esto es, son evidentes durante la mayor parte del día, casi todos los días, por un periodo de dos semanas como mínimo. Los síntomas asociados incluyen: alteración del sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, disminución de la energía, sentimientos excesivos e inadecuados de inutilidad o culpa, dificultad para concentrarse, ideas de muerte recurrentes o ideas o intentos de suicidio. El diagnóstico sólo se hace si no puede establecerse que un factor orgánico inició y mantiene la sintomatología o si la alteración no es una reacción normal a una pérdida afectiva (duelo no complicado). Además, el diagnóstico no se realiza si la alteración está superpuesta en una esquizofrenia.

Una persona con ánimo deprimido manifiesta sentimiento de tristeza, de malestar, desesperanza y desánimo "como si estuviese en un pozo" o usa términos coloquiales semejantes. En algunos casos, aunque el sujeto niega sentirse deprimido, su estado de ánimo puede inferirse de la observación de una expresión facial triste.

Probablemente la pérdida de interés, o de la capacidad para experimentar placer, están siempre presentes en algún grado durante un episodio depresivo mayor y, a menudo, el sujeto la describe como una falta de interés en actividades por las que antes se sentía atraído, sentimientos de que "ya nada importa"; con menos frecuencia se refiere como una incapacidad dolorosa para experimentar placer. Puede ser que el sujeto no se queje de la pérdida de interés o de la capacidad para experimentar placer, pero normalmente los familiares advierten su retraimiento y su abandono de las diversiones que anteriormente eran fuente de placer.

El apetito se altera con frecuencia, generalmente disminuye pero a veces puede aumentar en forma importante. Cuando la pérdida de apetito es grave, puede haber una disminución significativa del peso corporal. Cuando el apetito aumenta de manera notable puede aumentar significativamente el peso.

Es común la alteración del sueño más frecuente el insomnio, aunque a veces hay hipersomnia. El insomnio puede consistir en dificultad para conciliar el sueño (insomnio inicial), interrupciones frecuentes con dificultad para volver a dormir (insomnio intermedio) o en despertarse muy temprano por la mañana (insomnio terminal). La hipersomnia

puede manifestarse durmiendo un periodo de tiempo mas prolongado de lo habitual, durmiendo durante el día o abusando de las siestas. A veces, la alteración del sueño es el síntoma principal que induce a los sujetos a buscar tratamiento, más que el estado de animo deprimido a la pérdida de interés y de la incapacidad para experimentar placer.

La agitación psicomotora toma formas diversas, tales como la incapacidad para permanecer sentado, deambulacion continua, retorcimiento de las manos, estiramiento o manejo del cabello, la piel, los vestidos u otros objetos. La lentificación psicomotora puede manifestarse por un lenguaje lento, un aumento de las pausas antes de responder, una conversacion monótona, movimientos corporales lentos una notable disminucion de vocabulario (pobreza del lenguaje) o el mutismo. Casi siempre hay una disminucion del nivel de energia, experimentado como una fatiga continua, incluso en ausencia del ejercicio físico. La tarea más insignificante puede parecer difícil o imposible de realizar. El sentimiento de inutilidad oscila desde los sentimientos de incapacidad hasta la evaluacion negativa o irreal de la propia dignidad. El sujeto exagera sus fracasos y se reprocha a sí mismo los pequeños errores buscando en su entorno motivos que le confirmen su autoevaluacion negativa. Los sentimientos de culpa pueden expresarse a través de una

reacción excesiva a fracasos actuales o pasados, por una responsabilidad exagerada por acontecimientos desfavorables o trágicos.

Son frecuentes la dificultad para concentrarse, el entrecimiento del pensamiento y la indecisión. El sujeto se distrae fácilmente y puede quejarse de fallas mnésicas.

Las ideas de muerte (no el simple miedo a morir) son habituales. Con frecuencia, existe la convicción de que tanto el paciente como los demás estarían mejor muertos. Puede haber ideas de suicidio, con o sin un plan específico, o intentos de suicidio.

Los síntomas asociados más frecuentes, incluyen: llanto, ansiedad, irritabilidad, rumiación obsesiva o repetitiva, preocupación excesiva por la salud física, crisis de angustia y fobias.

Cuando hay alucinaciones o ideas delirantes, su contenido normalmente concuerda de una forma clara con el estado de ánimo predominante (congruentes con el estado de ánimo). Una idea delirante habitual es la de creerse perseguido a causa de una transgresión moral o de cualquier incapacidad personal. Puede haber ideas delirantes nihilistas, de des-

trucción personal o del mundo, somáticas (de cáncer u otra enfermedad grave) o de pobreza. Cuando hay alucinaciones, son generalmente transitorias y no elaboradas y pueden consistir en voces que censuran al sujeto por su maldad o por sus defectos.

Es frecuente que el contenido de las alucinaciones o ideas delirantes no tengan relación con la alteración del estado de ánimo (no congruentes con el estado de ánimo). En particular, este es el caso de las ideas delirantes de persecución, en las que el sujeto no pueden explicar porqué es objeto de ella. Los síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo, que son menos habituales, incluyen inserción del pensamiento, difusión del pensamiento e ideas delirantes del control.

DISTIMIA (o NEUROSIS DEPRESIVA)

La sintomatología esencial de este trastorno, es la alteración crónica del estado de ánimo, incluyendo un estado de ánimo deprimido, que se presenta la mayor parte del tiempo y que dura la mayor parte del día a lo largo de dos años como mínimo. Además de algunos de los siguientes síntomas asociados: disminución del apetito o voracidad, insomnio o hipersomnía, falta de energía o fatiga, disminu-

ción de la autoestima, falta de concentración o dificultad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza.

Frecuentemente, la distimia parece una consecuencia de un trastorno crónico preexistente; por ejemplo, la anorexia nerviosa, un trastorno por somatización, la dependencia a sustancias psicoactivas, un trastorno por ansiedad, o una artritis reumatoide. Estas distimias se clasifican como de "tipo secundario"; los casos de distimia no aparentemente relacionados con un trastorno crónico preexistente se clasifican como de "tipo primario". Los casos de distimia que se desarrollan antes de los 21 años se clasifican como de "inicio precoz"; los casos que se desarrollan a esa edad o después de los 21 años se clasifican como de "inicio tardío". Los límites entre la distimia y la depresión mayor no están claros, especialmente en niños y adolescentes.

Los síntomas asociados son similares a los del episodio de depresión mayor, con la excepción de que no hay por definición, ni ideas delirantes ni alucinaciones.

INCIDENCIA Y PREVALENCIA.

Los últimos años se ha destacado la importancia de la depresión de tal forma que se le considera no sólo como el

problema más frecuente en el campo de la salud mental, sino también, como el padecimiento que más trastorno acarrea a la humanidad, de acuerdo con opiniones como las de Klein (1964), Ernst (1981), Pichot (1981), Sartorius (1981), Mendels (1981) y Polaine-Lorente (1985).

Hace algunos años Sorensen y Stromgren (1961), realizaron un estudio epidemiológico en un área geográfica definida y encontraron que el 3.9% de la población mayor de 20 años había presentado por lo menos un cuadro depresivo en una etapa de su vida.

Durante las últimas tres décadas, se ha registrado un incremento continuo en la prevalencia de los cuadros depresivos entre las personas que viven en las grandes comunidades urbanas y sobre todo, entre la población de los países industrializados. Este incremento se ha atribuido al profundo cambio ecológico, que ha sufrido últimamente el mundo (Calderón, 1985).

Cauro (1977), dice que la depresión es una de las enfermedades que con más frecuencia padece la humanidad y señala que la primera parte de este siglo fué considerada como la época de la angustia en tanto que la segunda está siendo considerada como la época de la melancolía. Afirma,

también, que el siglo XX está en conflicto con los moldes del siglo XIX. Los cambios sociales, económicos y psicológicos son múltiples, los recursos de la tierra son limitados y la población humana crece en forma incontrolada. La gente va en torrentes desde las zonas rurales a las ciudades, ya de por sí densamente pobladas; y, al llegar se encuentra con pocas raíces y pocas oportunidades. La ciudad industrializada es impersonal, se opone a la vida emocional e ideológica de la vida rural; la gente no llega a adaptarse a la sociedad urbana y se deprime. La clase media amenazada por los cambios y el aumento de competencia, se ve atrapada en un laberinto de problemas y también se deprime.

Según una estimación que generalmente se acepta, la prevalencia en la población mundial es del 3% de desórdenes depresivos (Asociación Psiquiátrica Americana, 1987). En consecuencia, cada año podría haber en el mundo alrededor de 100 millones de personas que adolecen de depresiones clínicamente significativas, en las cuales sería necesaria la ayuda de personal calificado (Sartorius, 1981).

ETIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN.

En el caso de la depresión durante el puerperio es necesario tomar en consideración los siguientes factores cau-

sales: biológicos, psicológicos y sociales.

FACTORES BIOLÓGICOS.

Los cambios endócrinos que se producen durante y poco después del embarazo tienen interés pues podrían determinar una mayor vulnerabilidad emocional durante el periodo de aborto. En el embarazo se presentan aumentos graduales en la secreción de varias hormonas: gonadotropinas coriónicas, estrógenos, progesteronas, esteroides adrenocorticales, andrógenos y hormonas tiroideas.

La depresión en el puerperio ocurre principalmente durante la primera semana, cuando los niveles de prolactina se encuentran por arriba de la normalidad, mientras que los niveles de estrógenos y progesterona caen abruptamente. Se sabe que ciertas drogas que precipitan la depresión son potentes estimuladores de la secreción de prolactina, como la metoclopramida y la alfa-metildopa. Se refieren niveles altos de prolactina en algunos pacientes deprimidos; sin embargo, la información no es consistente ya que existen reportes en donde se han encontrado niveles normales. Además, se ha observado que mujeres tratadas con bromocriptina (agonista de receptores dopaminérgicos), que suprime la secreción de prolactina, mejoran de su disforia premenstrual (De la

Fuente y Rosenbaum, 1981).

Se ha reportado en la literatura que un número significativo de pacientes que no habiendo respondido al tratamiento habitual con antidepresivos, mejoran al recibir terapia estrogénica o con estrógenos en combinación con antidepresivos (Daw, 1988).

Wetterberg (1978), afirma que la depresión se relaciona con niveles bajos de catecolaminas, tales como la noradrenalina y la dopamina. Además, señala la posibilidad de que exista un síndrome clínico especial denominado "Síndrome de Melatonina Baja". En un subgrupo de pacientes deprimidos encontró que se presentan las siguientes características: niveles nocturnos de melatonina bajos; una prueba anormal de su depresión de desametasona, un ritmo alterado de cortisol en 24 horas y una variación clínica diaria y anual menos pronunciada en la sintomatología depresiva. El síndrome también puede caracterizarse por síntomas de retardo emocional y conativo por ejemplo: tristeza, lasitud e incapacidad para sentir emociones. A nivel funcional el síndrome puede interpretarse como la pérdida de la amplitud del ritmo, lo que podría ser un signo de disfunción entre la glándula pineal y el núcleo supraquiasmático o el hipotálamo.

FACTORES PSICOLÓGICOS.

Pichot (1981), en su estudio con 90 sujetos que presentaban un síndrome depresivo puro, señala que la etiología psicógena es "habitualmente consecutiva a una experiencia penosa reconocible, las preocupaciones a menudo están centradas sobre el traumatismo psíquico que ha precedido a la enfermedad; por ejemplo, la pérdida de un ser querido".

La Asociación Psiquiátrica Americana (1987), señala que el duelo no complicado se diferencia de un episodio depresivo mayor y no se considera un trastorno mental, incluso si está asociado con un síndrome depresivo completo.

En la depresión neurótica y/o distimia, el elemento pérdida es de capital importancia (Calderon, 1981); la pérdida puede ser reciente y real, haberse presentado en el pasado, ser de algo intangible, como el afecto o autoestima, o ser inminente y amenazadora, como la juventud que se va, un negocio tambaleante, o por poder sexual declinante. Lo que importa no son los hechos sino la actitud del enfermo respecto a ellos. La muerte de un familiar cercano por ejemplo, de la esposa (o), la madre, el padre, el hijo, etc., afecta en todas las circunstancias.

Si el hecho es inminente, ya sea por la edad de la persona, o por una enfermedad grave y sin esperanzas de recuperación, el hecho se acepta con mayor resignación, sobre todo cuando el ser querido tiene sufrimientos intensos, pues la muerte se considera como una solución al dolor. Cuando el fallecimiento sucede repentinamente como el caso de un aborto espontáneo, accidente, es preciso establecer la diferencia entre duelo y depresión. La intensidad de la respuesta y la duración del cuadro suelen ser los factores que ayudan al médico a diferenciar un estado afectivo normal de una enfermedad (Calderon, 1985).

El hecho de la pérdida posiblemente provoque como lo señala (Freud S. 1915), un duelo, que es por lo general, la reacción a la pérdida de un ser amado; que le impone considerables desviaciones de su conducta normal. El duelo se caracteriza psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones. Si además, se haya ligado a la condición de disminución de amor propio, entonces se convierte en duelo patológico.

La investigación de Susan K. y Cols (1989), sobre pérdida perinatal y duelo en los padres; estudiaron a 25 muje-

res embarazadas y a sus respectivos maridos que habían experimentado pérdidas perinatales, del área metropolitana de Washington. Las parejas fueron todas de raza blanca y de un alto nivel de educación formal, promedio de edad en mujeres 32 años y en los hombres 33 años.

Seis de las parejas habían experimentado un aborto espontáneo (antes de las 20 semanas de gestación) siete parejas habían experimentado aborto (20 semanas a más de gestación) y dos parejas habían experimentado muertes neonatales (3 días después del nacimiento). Los autores tuvieron 4 metas: 1) Examinar empíricamente que hay diferencias entre reacciones de pérdida y/o duelo siguiendo pérdida de embarazo temprano y embarazo tardío. 2) Extender el conocimiento sobre las implicaciones de una pérdida perinatal para un embarazo futuro. 3) Examinar si las reacciones de duelo persisten aún después del siguiente embarazo de un niño viable y 4) Considerar las reacciones psicológicas de los padres varones a la pérdida perinatal. A las parejas les aplicaron la Escala Perinatal de Duelo y además algunos cuestionarios adicionales y medidas de entrevistas.

Los alcances de esta investigación fueron que la utilidad de la Escala Perinatal de Duelo tiene una adecuada consistencia interna y distingue la diferencia entre los

padres que han experimentado la pérdida perinatal tardía (parto muerto y/o muerte neonatal) y los que han experimentado una pérdida temprana (aborto espontáneo). Además los resultados de la Escala Perinatal del Duelo indicaron que las madres experimentan más duelo que los padres; y que los padres que han experimentado cualquiera de las dos cosas (duelo por la pérdida temprana y/o tardía) experimentan menos duelo después de un nacimiento de un bebé viable.

Para los padres que han perdido a un hijo en un momento temprano del embarazo el feto representaba primeramente sus fantasías, pero para los padres que han perdido a un bebé en un embarazo más tardío el feto ha tenido o ha llegado a tener más realidad. Por lo tanto, los padres que han experimentado pérdidas tardías tuvieron más tiempo para formar relaciones emocionales y físicas para el bebé.

Concluyen también, que para las nueve parejas que experimentaron pérdidas tardías perinatales el promedio del tiempo de embarazo antes de la pérdida fué de 30 semanas. Durante este tiempo, la madre hubo de haber experimentado la primera señal de vida del feto y escuchado la palpación fetal del corazón en el consultorio médico. El padre hubo de haber observado cambios en el cuerpo de la madre a la medida que progresara el embarazo. Por lo tanto, para

la pareja el bebé adquirió mayor realidad. Muchos de los padres reportaron en este estudio que ya habían seleccionado nombres para sus futuros bebés y que habían hecho planes para el cuarto del bebé y habían hablado con la familia y amigos sobre el bebé.

Por otra parte, la relación continuaba después del parto muerto y/o muerte neonatal en cada una de las parejas, abrazaban a sus respectivos bebés, reconocían el sexo del bebé, daban nombre al bebé y obtenían objetos de vinculación y arreglaban servicios conmemorativos. Lewis (citado por Susan K., 1989, pag. 637), observó que el nacimiento del subsecuente niño puede evocar recuerdos del bebé previamente perdido.

Parece ser, que la naturaleza y la intensidad del duelo es diferente cuando la pérdida ocurre en un momento tardío del embarazo. Esta diferencia puede ser relacionada del vínculo físico emocional la cual puede ser a su vez relacionada a la duración del embarazo. En los dos casos (embarazos temprano y embarazo tardío), hay un grado de vínculo emocional al feto pero la relación física es más intensa para los padres que han experimentado una pérdida tardía.

Afirman estos autores de esta investigación que las parejas en los dos grupos de la investigación reportaron menos luto después de un nacimiento viable.

Es importante lo que señala Leifer y Weaver (citados por Susan K. y cols., 1989, pag. 637), que el feto representa la mezcla de las fantasías y la realidad de los padres. Mientras va progresando el embarazo y la mujer experimenta señales físicas de su embarazo, algunas fantasías están apoyadas por la realidad. Mas aun, que la intensidad de la conexión emocional de los padres al niño todavía no nacido es una realidad.

Klaus y Kennell (citados por Susan K. y cols. 1989, 637), notaron que después de que una mujer experimenta las primeras señales de estar embarazada, normalmente comienza a soñar como va a ser su bebé y atribuir unas características de una personalidad humana al bebé, Condon (1985), noto en su estudio que la primera palpación de los movimientos fetales es una señal significativa en el proceso de vinculación emocional de los padres.

Burman (1978), escribió la singularidad de la relación madre-bebé y padre-bebé, la autora noto que el bebé forma parte del cuerpo de la mamá durante la gestación y es in-

vertido ella como parte de su persona. Al nacer el bebé llega a ser mas bien parte de la representacion mental de la mama; para el padre, la relacion al bebé es siempre una representacion mental. Por lo tanto, la relacion madre-bebé diferente a la relacion padre-bebé; el luto de la madre por la pérdida de un niño es unico en el sentido de que ella experimenta luto por la pérdida de una parte de su propio ser. Para el papa el vinculo desde un principio, es diferente y el duelo resultante se cree ser diferente. Para Kirkley-Best, E. (1981), los padres sienten dolor del niño perdido y el proceso de duelo es analogo al que se experimenta cuando se muere un adulto.

FACTORES SOCIALES:

Mendels (1981), Calderon (1985) y Sartorius (1981); coinciden al afirmar que la depresion esta relacionada a los siguientes factores, que posiblemente algunas parejas los experimentan mientras sufren un hecho como un aborto espontaneo:

10. La esperanza de vida aumenta en la mayoria de los paises y por lo tanto, el numero de personas que corren el riesgo de sufrir una depresion aguda también se incrementa.

2o. El ambiente psicosocial del hombre cambia rápidamente, lo que ha menudo genera situaciones del estrés agudo o prolongado susceptibles de provocar reacciones depresivas. Es una época en la que mas gente se expone a los efectos perturbadores del desarraigo, de la desintegración de la familia y del aislamiento social.

3o. El crecimiento en la morbilidad por enfermedades cardiovasculares, enfermedades gastrointestinales, enfermedades cerebrovasculares y desórdenes neurológicos, que se sabe, se acompañan de reacciones depresivas en una proporción que pueden alcanzar hasta el 20% de la totalidad de los casos.

CAPITULO I

ABORTO ESPONTANEO Y DEPRESION

Es razonable pensar que el aborto espontáneo podría asociarse con un síndrome depresivo y, es posible, que la alteración afectiva aparezca más frecuentemente en aquellas mujeres o parejas que desean tener un hijo.

Ya que es escasa la literatura acerca de la relación entre el aborto espontáneo y la depresión uno puede apoyarse en los estudios en que se han explorado el aborto inducido y sus consecuencias psicológicas.

Dirks (1979), en la Universidad de Cincinnati investigó el conflicto de enfrentarse al aborto y las expectativas de la mujer con respecto a sus reacciones psicológicas. Las respuestas afectivas al aborto las evaluó aplicando el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), el perfil del Estado Emotivo y el Inventario para Depresión de Beck (IDB), a una muestra de 122 mujeres que se sujetaron a un legrado a los tres meses de embarazo. Las evaluaciones se realizaron el día antes del aborto, inmediatamente después

del aborto. Encontró una disminución importante en la autoestima inmediatamente después del aborto, aumento en la ansiedad al día siguiente, en tanto que después de un mes fue la depresión el cambio más frecuente. Señala el autor que estos resultados coinciden con estudios anteriores y concluyen que el conocimiento que tenga la mujer con respecto al procedimiento de un aborto no se relaciona con las respuestas afectivas posteriores al aborto. Con referencia al conflicto de enfrentarse al aborto, el autor menciona que la depresión fue la respuesta afectiva más frecuente en estas mujeres inmediatamente y un mes después del procedimiento.

Por su lado Gill (1978) en la Universidad de Ohio, estudió una muestra de 150 mujeres voluntarias con el propósito de examinar la relación entre autoconcepto y los niveles de ansiedad y depresión antes y después de un aborto. El estudio se condujo en el Centro de Registro de Salud de la Reproducción Humana localizado en Columbus, Ohio. La muestra tuvo las siguientes características: edad de 16 a 39 años, 39 mujeres participantes eran casadas, 111 solteras y/o divorciadas; 34 mujeres habían tenido abortos anteriores y 108 tenían una educación de 12 años. Les aplicó la Escala de Autoconcepto de la Universidad de Tennessee (TSCS), antes y después del aborto y dos escalas más para

medir los niveles de ansiedad y depresión. Los contrastes fueron desarrollados de acuerdo a las variables: estado matrimonial, nivel educativo, primer aborto y la interacción matrimonial; fueron clasificadas en autoconcepto alto, medio y bajo. Observó que las mujeres casadas con autoconceptos medios tuvieron niveles de ansiedad y depresión menores que las mujeres casadas con autoconceptos bajos y altos. Mientras que las mujeres solteras con autoconceptos bajos tienen un menor nivel de ansiedad y depresión que las mujeres solteras con autoconceptos altos y medios.

En el estudio de Hembree (1978), en una muestra de 54 mujeres que solicitaron un aborto, abordó las variables: pena y depresión antes y después del aborto. El autor encontró que la experiencia psicológica de las mujeres antes del aborto era un sentimiento de pena y que el sentimiento después del aborto era la depresión acompañada de sentimiento de pérdida, tristeza y culpa.

Brown (1986) estudió a mujeres que eligieron tener un aborto terapéutico incluyendo 17 variables; analizó la ansiedad y la depresión antes y después del aborto, así como, la correlación con las variables. Los resultados mostraron que de las 17 variables, 14 se correlacionaron significativamente con los niveles de ansiedad y de depresión. La

experiencia psicológica de ansiedad fué mas común antes del aborto y la depresión después del mismo.

Sowards (1986), estudió un grupo de estudiantes de carreras cortas en la Universidad y otro grupo de prisioneras que habian tenido abortos previos. Los objetivos de esta investigación fueron: determinar los factores que se correlacionaban con la depresión después de un aborto y desarrollar un instrumento que la midiera. En ambos grupos se correlacionaron con la depresión después del aborto por dos hechos: de que las pacientes eran con historia de depresión y el apoyo de alguien significativo para el proceso de la toma de decisión .

En 215 mujeres que abortaron por el método de vaciamiento por aspiración en una clínica de Nueva York, Bracken (1978) encontró que el 15% del total experimentaron alguna dificultad para tomar la decisión de abortar, y que la experiencia psicológica mas frecuente antes del aborto fué la ansiedad y la depresión después de éste.

Por su parte Kumar y Robson (1978), evaluaron a 119 mujeres casadas nulíparas (es decir sin hijos), que acudieron a clínicas prenatales de Londres, durante el primer trimestre de embarazo, con el objeto de estudiar la exis-

tencia de síntomas depresivos en este periodo. La edad promedio de las pacientes fué de 28 años. En la doceava semana de embarazo todas las pacientes fueron entrevistadas por un psicólogo y completaron algunos cuestionarios; dentro de las dos semanas siguientes fueron vistas por un psiquiatra y nuevamente fueron entrevistadas por el psicólogo en la semana 24 y 36. Un grupo seleccionado de estas sujetos fue también entrevistado por el psiquiatra, especialmente aquellas que se consideraron "casos psiquiátricos", en la primera entrevista. Aplicaron una entrevista semi-estructurada (Goldberg y cols., 1970), para determinar la naturaleza y severidad de síntomas neuróticos. La incidencia de depresión durante el primer trimestre del embarazo fue alta, ya que, se encontró una quinta parte de la muestra que sufría de neurosis clínicamente significativa, además se encontró una asociación entre la depresión y la ansiedad al principio del embarazo.

Por otro lado, Brewer (1978) evaluó a 40 mujeres que habían tenido un aborto entre las semanas 20 y 24 de gestación y habían percibido el movimiento del feto. Entrevistó a un grupo de mujeres por teléfono y a otro en persona después de tres meses de su aborto. La mayoría de las pacientes eran primigestas. La edad promedio fue de 18.5 años, siete habían tenido embarazos previos y solo una había

abortado antes. Del total de la muestra 5 casos (12.5%) reportaron estar deprimidas por el aborto pero ninguna necesito del consejo de un especialista y sólo una abandonó su trabajo.

Como puede inferirse de los estudios señalados existen pocos reportes en la literatura reciente sobre la relación entre el aborto espontáneo y la depresión, sin embargo, los estudios anteriores apoyan la idea de que puedan existir síntomas depresivos en las mujeres y/o parejas después de un aborto inducido, por tanto se puede esperar una cierta frecuencia de síntomas depresivos en parejas después de un aborto espontáneo. Menos se ha hablado acerca de las consecuencias emocionales del aborto en los hombres. Dubois-Bonnefond y Galle-Tessonneau (1982), en su artículo "Incidencia de psicopatología en la interrupción voluntaria del embarazo de su conyuge en el padre que es llamado al servicio militar", refieren una alta en la prevalencia de depresión después de la interrupción voluntaria del embarazo por parte de la pareja. Estos autores consideran que el aborto significa para estos sujetos una doble frustración: la de no convertirse en "Padre" y la de no transformarse en "Hombre" en el plano social, además esto se concretiza en una posible ruptura de la descendencia.

Otros estudios guardan una relación más directa con el problema abordado en este trabajo. Roizblatt y cols. (19-83) estudiaron 130 pacientes, entre los 15 y los 48 años de edad, internadas en los servicios de Gineco-Obstetricia de los hospitales de Valparaíso y Viña del mar agrupadas de la siguiente manera: Grupo 1, 80 pacientes que sabían haber tenido un aborto desde uno a cinco días antes y a las que se les hospitalizó con el fin de practicarles un legrado; Grupo 2 (control), constituido por 50 pacientes en edad fértil, sin aborto previo y que estuvieron internadas por una patología ginecológica que requería intervención quirúrgica. Se excluyeron a las pacientes en puerperio Fisiológico, a las portadoras de cáncer ginecológico, de patología de mama y aquellas a las cuales se les hubiera practicado una histerectomía, considerando que estas patologías predisponen a desarrollar signos depresivos. Para determinar la presencia de sintomatología depresiva les aplicaron el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) y un test subjetivo paralelo que demostró tener una correlación casi perfecta con el anterior. Estas pruebas se aplicaron a las 24 hrs., previas a la intervención quirúrgica. El hallazgo más significativo fué que los puntajes en la escala de depresión entre las pacientes con distintos tipos de aborto, provocado y espontáneo, fueron similares. Lo mismo sucedió entre el grupo de aborto espon-

táneo y el grupo control.

También Vergara (1979), realizó un estudio comparativo acerca de algunas reacciones psicológicas entre mujeres con un aborto espontáneo y mujeres con un parto a término en 60 pacientes del Hospital Regional ISSSTE "Lic. Adolfo López Mateos". La autora concluyó que las reacciones psicológicas se presentan en ambos grupos, siendo las más frecuentes las reacciones depresivas.

En los años sesentas, afirma Herz (1984), fué cuando se presentó atención al trauma emocional que representa un aborto para las mujeres o parejas. La intensidad con que la pareja experimenta su pérdida depende de muchos elementos: la pérdida de un bebé deseado es diferente a la de un bebé no planeado, un aborto repentino causa más desajustes que uno que se anuncia a lo largo del embarazo. La edad, el tener un hijo vivo y/o una serie de abortos previos seguramente juegan un papel importante, así, como la duración del embarazo.

C A P I T U L O 4

METODOLOGIA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿La frecuencia de cuadros depresivos en una muestra de parejas, después de un aborto, es superior a la prevalencia reportada de estos cuadros en la población general?

HIPOTESIS, OBJETIVOS Y VARIABLES.

Hipotesis:

H1. La frecuencia de síndromes depresivos en una muestra de parejas después de un aborto espontáneo es más alta que la reportada para la población general.

H2. Existen diferencias significativas en la frecuencia y severidad de síntomas depresivos, entre los hombres y mujeres de una muestra de parejas después de un aborto espontáneo.

Objetivos:

- Determinar si la frecuencia y severidad de síntomas depresivos en una muestra de parejas después de un aborto espontáneo es mayor que la prevalencia de cuadros depresivos reportada en la población general.

- Determinar si existen diferencias en la frecuencia y severidad de síntomas depresivos, en hombres y mujeres después de un aborto espontáneo.

Definición metodológica de las variables:

- Variable Independiente: Aborto espontáneo.
- Variable Dependiente: Depresión

Definición operacional de las variables:

- Aborto espontáneo: Diagnóstico que los médicos del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional ISSSTE "Lic. Adolfo Lopez Mateos" efectuaran a una paciente.

- Depresión: Un puntaje total mayor o igual de 13 en la escala de Beck.

MUESTRA, SUJETOS Y POBLACION.

Se estudiaron 46 parejas de la poblacion derechohabientes del ISSSTE. Se trató de mujeres embarazadas que acudieron durante el primer trimestre de embarazo a consulta de urgencias por amenaza de aborto al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional ISSSTE "Lic. Adolfo Lopez Mateos" y cuyo diagnóstico fué aborto espontáneo, atendido en dicho hospital y que satisficieron los siguientes criterios de admision: parejas casadas legalmente, mayores de 18 años, con una escolaridad mayor de primaria completa, que aceptaron participar voluntariamente, en el periodo comprendido entre los meses de noviembre de 1988 a enero de 1989. Fueron excluidas 17 parejas por las siguientes razones: no ser derechohabientes del ISSSTE, no estar casadas legalmente, ser menores de 18 años, tener una escolaridad menor de primaria completa, con un diagnóstico médico de aborto terapéutico o parto prematuro (edad de gestación mayor de 20 semanas) y parejas que se negaron a participar en cualquier momento del estudio aún firmando la carta consentimiento.

INSTRUMENTO DE MEDICION.

Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (IDB),

(Anexo 1), una escala autoaplicable desarrollada en 1959, que consta de 21 reactivos que evalúan el mismo número de categorías sintomático-conductuales. Las categorías son (Beck y cols., 1961):

- | | |
|--------------------------------|---------------------------|
| 1) Animo | 12) Aislamiento |
| 2) Pesimismo | 13) Indecision |
| 3) Sensacion de fracaso | 14) Imagen corporal |
| 4) Insatisfaccion | 15) Inhibicion laboral |
| 5) Sentimiento de culpabilidad | 16) Trastorno del sueño |
| 6) Sensacion de castigo | 17) Fatigabilidad |
| 7) Descontento | 18) Pérdida del apetito |
| 8) Autoacusacion | 19) Pérdida de peso |
| 9) Deseos autopunitivos | 20) Preocupacion somatica |
| 10) Llanto | 21) Pérdida de la libido |
| 11) Irritabilidad | |

Los primeros 14 reactivos evalúan síntomas afectivo-cognitivos y los 7 restantes síntomas vegetativos somáticos. El menor porcentaje de estos últimos hacen a la escala especialmente útil para ser utilizada en el paciente médico ya que los equivalentes depresivos de tipo somático, que se usan regularmente para el diagnóstico de la depresión, pueden también resultar de la propia enfermedad física (Torres, 1988).

Cada reactivo consiste en una serie de enunciados de diferentes grados de severidad de un mismo rubro sintomático; se pide al paciente que seleccione el que se acerque más a su condición en el momento de la evaluación. Los valores numéricos de 0 a 3 son asignados a cada enunciado y el resultado total se obtiene de la suma de los 21 reactivos por lo que el rango es de 0 a 63 (Bech, 1981).

Se han realizado algunos estudios de prevalencia de síndrome depresivo en población médica utilizando el Inventario de Depresión de Beck y han encontrado los siguientes datos: Schwab y cols. (1967), encontraron un 22% de pacientes deprimidos hospitalizados, utilizando el IDB y la Escala de Hamilton de Depresión (EHD), en 153 pacientes, con un punto de corte de 14 para el IDB.

Moffic y Paykel (1975) encontraron con el IDB un 24% de pacientes hospitalizados con depresión, con un punto de corte de 14.

Nielson y Williams (1980), encontraron en 526 pacientes ambulatorios, un 12.2% con depresión leve y un 5.5% con depresión moderada.

Cavanaugh (1986) encontró un 36% con depresión en 335

pacientes hospitalizados con un punto de corte de 13.

En México tres estudios recientes confirman que el IDB, un instrumento válido y confiable. Hernández (1988), estudió una población de 96 pacientes de ambos sexos, mayores de 17 años, que se encontraban hospitalizados en un hospital del tercer nivel (Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chavez") de la ciudad de México, utilizando el IDB traducido al español. Se excluyeron en éste estudio a pacientes con enfermedades que pusieran en peligro inminente su vida y pacientes que por su nivel intelectual no comprendieran los reactivos del inventario. Del total de pacientes, el resultado fué que 57 (59%) fueron del sexo femenino y 39 (41%) del sexo masculino; de éstos el 22.9% tuvieron síndrome depresivo y 47 pacientes (48.9%) no satisfacían los criterios de síndrome depresivo; se utilizó un punto de corte de ≥ 13 del IDB mostró una alta confiabilidad: en el diseño prueba contraprueba se encontró una r de Pearson de 0.89, el coeficiente de reproducibilidad de Spearman (r_{tt}) fué de 0.88, en tanto que el coeficiente de correlación intraclass, fué de 0.77. Estos índices son bastantes aceptables y muy similares a los reportados por Beck y cols., (1961): ($r=0.86$ y $r_{ttSB}=0.93$).

Torres (1988) en los mismos 96 pacientes hospitaliza-

dos en el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"; reporta que el 59% correspondió al sexo femenino y el 41% al sexo masculino, los promedios de edad fueron de 43.8 años para las mujeres y el 47,3 años para los hombres. Encontró que la sensibilidad y especificidad del IDB para el diagnóstico de depresión son altamente satisfactorios con una sensibilidad de 0.90 y una especificidad 0.80 fijando el punto de corte en 13 puntos. Por lo tanto el instrumento parece tener validez adecuada para su empleo en un hospital de tercer nivel.

Otro estudio al respecto es el de Garcia (1989), quién en 30 mujeres embarazadas que acudieron durante el último mes de gestación a consulta prenatal al Servicio de Obstetricia del Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez, encontró con el punto de corte de 13 la máxima sensibilidad (0.91) y la máxima especificidad (0.95) para identificar a aquellos pacientes que cursaban con alguna modalidad del síndrome depresivo. Por tanto, la autora propone que el IDB, puede utilizarse en mujeres en el último mes de gestación y el puerperio para realizar diagnóstico de depresión.

DISEÑO.

El tipo de investigación que se llevo a cabo fue un

estudio comparativo y longitudinal.

AMBIENTE DE INVESTIGACION.

Se realizó en el Hospital Regional del ISSSTE "Lic. Adolfo Lopez Mateos", en el área de hospitalización del Servicio de Gineco-Obstetricia, en cuartos colectivos de 3 camas, con separación aproximada de un metro entre cada una de ellas.

PROCEDIMIENTO.

El procedimiento llevado a cabo fue el siguiente:

Se obtuvo la autorización de la Subdirección de Enseñanza de Investigación, así como de la Jefatura de los Servicios de Investigación del Hospital "Lic. Adolfo Lopez Mateos" y de los servicios de Psiquiatría y Gineco-Obstetricia; se revisó diariamente la libertad de registro de ingresos del área de Gineco-Obstetricia que hubieran sido internadas el día anterior con un diagnóstico de aborto espontáneo, el mismo día se detectaba a la pareja y se hacía el contacto para pedirles su cooperación a la investigación y firmar la carta de consentimiento (Anexo 2). Se llenaba la hoja de datos demográficos (Anexo 3) y en ese momento se les aplicaba la primera evaluación. Se les citaba poste-

riormente a consulta externa de Gineco-Obstetricia (2do. piso) para realizar las evaluaciones subsecuentes a los 3 y 8 días y/o se les seguía a su domicilio.

TRATAMIENTO ESTADISTICO.

Se obtuvieron las frecuencias y los porcentajes de las características demográficas; se calcularon los promedios y las desviaciones estándar de cada una de las variables que lo ameritaban, se hizo un análisis de varianza de un factor (sexo) para medidas repetidas.

Para realizar comparaciones múltiples se utilizó la prueba t para medidas independientes o relacionadas según fuere apropiado. Se calculó el coeficiente de correlación de Pearson para evaluar la asociación entre dos variables.

CAPITULO 2

RESULTADOS

DATOS DEMOGRAFICOS.

Se evaluo un total de 46 parejas (92 sujetos), la edad promedio (\pm d.e.) de los hombres fué de 32.9 ± 6.4 años y en las mujeres fué de 30.3 ± 5.5 años (Tabla 1); todas con un diagnostico de aborto espontáneo.

En relacion a la escolaridad, todas las parejas sabian leer y escribir ya que era un criterio de inclusion y tenian un nivel mayor de primaria completa; de los hombres el porcentaje, 34.8% tenian un nivel profesional y de postgrado en tanto que de las mujeres el mayor porcentaje, 39.1% tenian un nivel de preparatoria y/o equivalente (Tabla 2).

La ocupación mas frecuente en los hombres (47.8%) y en las mujeres (52.2%), fué de empleado (Tabla 3).

En cuanto al lugar de residencia, el total de la muestra habitan en la zona metropolitana (comprendia el Distri-

to Federal y el Estado de México). Los ingresos reportados familia al mes fueron desde un mínimo de 200 mil pesos a un máximo de 2 millones de pesos.

En cuanto al número de hijos por pareja, el 21.7% de parejas tenían un hijo, un porcentaje igual no tenían hijos; el 34.8% tenía dos hijos, el 15.2% tres hijos; el 2.2% cuatro, cinco y seis, que fue el número más alto; en promedio la muestra tenía 1.7 ± 1.3 hijos (Figura 1).

APLICACION BECK 1, BECK 2 Y BECK 3.

Se encontró que, en la primera aplicación del IDB 24 hrs., después del legrado, en las mujeres, el puntaje fue de 10.1 ± 8.2 y en los hombres de 9.2 ± 7.5 . En la segunda aplicación del IDB, a los tres días después del legrado, se encontró una pequeña disminución en el puntaje: 8.5 ± 7.5 en las mujeres y 7.9 ± 7.4 en los hombres. En la tercera aplicación del IDB, a los ocho días después del legrado, se encontró en las mujeres un promedio 8.8 ± 7.7 y en los hombres un promedio de 7.8 ± 8.1 (Tabla 4).

El coeficiente de correlación, entre los puntajes del IDB en la primera evaluación y los ingresos resulto negativa, con una $r = -0.339$ en las mujeres y en los hombres $r = -0.330$ por tanto despreciable.

INCIDENCIA DE DEPRESION.

Usando un punto de corte de 13 (Beck, 1961; Hernandez y Torres, 1988 y Garcia, 1989), se encontro que para la primera evaluacion 15 mujeres presentaban sindrome depresivo (32.6% de la muestra). Las características de éstas fueron las siguientes: una edad promedio de 31.8 ± 5.7 años, con un ingreso promedio de 613.3 ± 363.9 miles de pesos, un numero de hijos promedio de 2.1 ± 1.6 y un puntaje en el IDB de 20.4 ± 5.1 , solo tres mujeres mejoraron en las dos evaluaciones siguientes. De los hombres 13 tuvieron un cuadro de depresion (28.2% de la muestra), con las siguientes características: una edad de 32.2 ± 6.4 años, un ingreso de 588.4 ± 384.8 miles de pesos, el numero de hijos promedio fué de 1.9 ± 1.7 y el puntaje del IDB de 19.7 ± 3.3 (Tabla 5).

En la segunda evaluacion se encontro que 13 mujeres tuvieron sintomas depresivos (28.2% de la muestra), con las siguientes características: una edad promedio de 31.4 ± 6.4 años, un ingreso promedio de 613.3 ± 363.9 miles de pesos, un numero de hijos 2.1 ± 1.7 y un puntaje en el IDB de 18.4 ± 4.7 . En cuanto a los hombres 11 tuvieron sintomas depresivos, es decir (23.9% de la muestra), con las siguientes características: una edad de 32.8 ± 6.8 en años, un ingreso promedio de 559.1 ± 363.2 en miles de pesos, un numero de hijos promedio

de 2.2 ± 1.6 y un puntaje en el IDB de 19 ± 4.1 (Tabla 6).

En la tercera evaluación 14 mujeres estaban deprimidas (30.4% de la muestra) y tenían las siguientes características: una edad promedio de 31.1 ± 6.3 en años, un ingreso de $560.7 + 374.8$ miles de pesos, un número de hijos 2.1 ± 1.7 y un puntaje del IDB de 18.8 ± 3.7 . En cuanto a los hombres, 13 evidenciaron un estado depresivo (28.2% de la muestra), con las siguientes características: una edad de 32.4 ± 6.4 en años, un ingreso de $534.6 \pm 346,6$ miles de pesos, un número de hijos de 2.2 ± 1.7 y un puntaje del IDB de 19.3 ± 3.6 (Tabla 7).

CAPITULO 4

DISCUSION Y CONCLUSIONES

La poblacion estudiada presento características semejantes ya que el Hospital Lic. Adolfo Lopez Mateos, donde se llevo a cabo la investigacion, solamente se atienden a los derechohabientes del ISSSTE. Todas las parejas vivian en el area metropolitana y tenian un nivel escolar minimo de primaria completa, esto mismo influyo para que los ingresos, la ocupacion y escolaridad fueran similares.

La frecuencia de cuadros depresivos, diagnosticados a partir del puntaje del IDB, en la muestra de parejas después de un aborto espontaneo es mayor de la prevalencia de cuadros depresivos en la poblacion general (3%), American Psychiatric Association (1987); por lo tanto se acepta la hipotesis 1; aunque es inadecuado someter esta hipotesis a una prueba estadística es razonable inferir que una frecuencia del 30% es superior a una de 3%.

La hipotesis 2 se rechaza ya que en el analisis de varianza, ni el sexo, ni el tiempo dieron lugar a diferencias

significativas; todas las razones F resultaron menores de 1.

En otras palabras, los resultados sugieren que los cambios afectivos, en el ámbito depresivo que se dan en las mujeres después de un aborto espontáneo son similares a los que se observan en los hombres. Se observa claramente que de las 15 mujeres deprimidas (32.6%) solo mejoraron 3 pacientes (6.5%) y de los 13 hombres deprimidos (28.3%) solo dos pacientes mejoraron (4.3%) esto quiere decir que los síntomas depresivos se mantienen en la mayor parte de los sujetos. Esta conclusión difiere de lo que Burman (1978) y Susan K. y cols., (1989), consideraron al hablar de la singularidad de la relación madre-bebé y padre-bebé, ellos concluyeron que es diferente la intensidad de la pérdida en el padre y la madre, ya que la madre experimenta la pérdida como una parte de su propio ser, hay una vinculación física y mental, y en el padre solo es un vínculo mental, por lo tanto, la intensidad es diferente.

Este estudio de ninguna manera estuvo encaminado a investigar las causas de la depresión, el objetivo fue solo determinar la frecuencia y severidad de síntomas depresivos en los integrantes de las parejas después de un aborto espontáneo. Esta frecuencia y severidad podrían explicarse por las razones que Pichot (1981), Calderon (1981) y Susan K. y cols., (1989) mencionan en sus estudios; por un lado que un

síndrome depresivo puro, es habitualmente consecutivo a una experiencia penosa reconocible; por ejemplo, la pérdida de un ser querido. Además considerar que dentro de la depresión neurotónica y/o distimia, el elemento pérdida es de capital importancia, ya sea una pérdida reciente y real, es un hecho que afecta en todas las circunstancias de la persona. Mas aun, dicen que una pareja que ha experimentado un aborto espontáneo de cualquier manera experimentan una pérdida y además durante el tiempo de embarazo, la madre experimento la primera señal de vida del feto, el escuchar la palpación fetal del corazón en un consultorio médico; el padre por su lado observo cambios en el cuerpo de la madre a la medida que progresaba el embarazo. Por lo tanto, la pareja adquirio mayor realidad del bebé y hay en si una vinculación afectiva. Por otro lado, notan que la intensidad y naturaleza del duelo es diferente cuando la pérdida ocurre en un momento durante las 20 semanas de embarazo y después, pero de cualquier manera hay pérdida en un aborto espontáneo.

Los resultados de este estudio pueden darle una idea a los médicos especialistas de un hospital de tercer nivel, acerca de lo que pasa en las parejas después de vivir un aborto espontáneo. El médico que las atiende teniendo ya el conocimiento de la frecuencia y severidad de síntomas depresivos y que sufren verdaderamente una pérdida como lo mencio-

na Kinkley-Best (1981), que los padres sienten dolor del niño perdido y el proceso de duelo es analogo al que se experimenta cuando se muere un adulto. Por lo tanto, el médico puede apoyar a la pareja y/o encausarla al departamento de salud mental de dicho hospital.

Ciertamente este estudio no permitio demostrar abiertamente que el aborto espontaneo se asocia con sindrome depresivo como lo afirma Roizblatt y cols., (1983), Vergara (1979) y Susan y cols., (1989); pero se puede afirmar que la poblacion estudiada, parejas evaluados en tres periodos, mas del 30% de la muestra después del aborto espontaneo cursaban con un sindrome depresivo, esto sugiere que en estudios posteriores debe realizarse mas especificamente este problema. Ademas de lo que Herz (1984) afirma de que el aborto espontaneo la pareja lo vive como una pérdida y/o trauma emocional.

Entre las limitaciones de este estudio figura el carecer de un grupo control que permitiera comparar la intensidad y frecuencia de sintomas depresivos para elaborar inferencias acerca de si la causa de estos sintomas fuera el vivir un aborto espontaneo. Esta interrogante queda abierta para futuras investigaciones. Otra limitante fue el tiempo de investigacion (8 dias) y la poca afluencia y cooperacion de los pacientes dentro del hospital, que impidio el aplicar otros

instrumentos que evaluarán la intensidad de los síntomas afectivos. Por otra parte, en México no existen estudios confiables en cuando a la prevalencia de síntomas depresivos, por lo tanto, se tomó el 3% de prevalencia de síntomas depresivos de la Asociación Americana de Psiquiatría, ya que en sus estudios epidemiológicos han sido realizados por investigadores de otros países, por tanto, el 3% cae dentro de la población mundial; aunque posiblemente en México sea menor y/o mayor esta prevalencia. Esto puede dar motivo para que en México se realicen investigaciones acerca de la prevalencia de síntomas depresivos en la población mexicana.

En síntesis podemos concluir que, la frecuencia de cuadros depresivos encontrada en parejas que sufrieron un aborto (30%) es diferente de la prevalencia de cuadros depresivos en la población general (3%).

No existen diferencias significativas ni en la frecuencia ni en la severidad de síntomas depresivos en los hombres y mujeres de una pareja después de un aborto espontáneo.

Las variables que se tomaron en cuenta tales como: edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, número de hijos, ingreso económico, fueron irrelevantes ante el síndrome depresivo, lo mismo que la interacción ante las mismas. Puesto

que ni el ingreso economico y ni el numero de hijos fueron variables que influyeran en la severidad de la depresion podríamos pensar que el aborto espontaneo pudiera ser la causa de los cuadros depresivos detectados en la pareja.

También los resultados de este estudio sugieren algunas direcciones para investigaciones futuras y trabajo clinico. Contar con un grupo control asi como el apoyo de otro instrumento para medir la intensidad de estos mismos sintomas depresivos para asegurar que la sensibilidad y especificidad del IDB son satisfactorias en esta poblacion. Estudiar la frecuencia y severidad de sintomas depresivos en parejas después de un aborto inducido y un aborto espontaneo. La frecuencia y severidad de estos sintomas después de un aborto (mayor de 20 semanas de gestacion, parto normal y muerte neonatal). ¿Cual seria la naturaleza de ese vinculo afectivo de la pareja durante el embarazo que puede ser la causa de la depresion?. Y si hay una resolucion de estos cuadros depresivos en las parejas en un embarazo subsecuente de los padres.

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association 1987, DSM-III-R: Manual Diagnostico y Estadistico de los Trastorno Mentales. Traducción española por Pierre Pichot. Ed. Masson, S.A. Balnes, Barcelona. Pag. 235.
2. Bech, P.: Rating Scales for Affective Disorders: Their validity and consistency. Acta Psychiatrica Scandinavica, supplementum. 295:10, 1981.
3. Beck, A.T.; Ward, C.H.; Mendelson, M; Mock, J. y Erbaugh, J.: An Inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry. 4:561, 1961.
4. Burman E.P.: Death of newborns: care of the parents. Birth and the Family Journal. 5:214, 1978.
5. Bracken, M.B.: A causal model of psychosomatic reactions to vacuum aspiration abortion. Social Psychiatry. 13(3): 135, 1978.
6. Brewer, C.: Induced abortion after feeling fetal movements: Its causes and emotional consequences. Journal of

Biosocial Science. 10(2):203, 1978.

7. Brown, P.K.: Demographic, personal, locus of control, abortion decision locus of control, and emotional correlates in a selected sample of women electing to have a therapeutic abortion. Dissertation Abstracts International. 47 (7-A):2454, 1987.
8. Camero, T.J.: El aborto y su conducta terapéutica a seguir. Tesis UNAM. 1954.
9. Calderon, N.G.: La depresion, problema de salud publica. Salud Publica Mexico. 23(5):503, 1981.
10. Calderon, N.G. 1985: La depresion. Ed. Trillas.
11. Caso, A.: Depresion. Gaceta Médica de México. 113(1):43, 1977.
12. Cavanaugh, S.: Depresion in the hospitalized in patient with varios medical illnesses. Psychoterapy and Psychosomatics. 45:97, 1986.
13. Cerillo, H.M.: Frecuencia y diversidad de aberraciones cromosomicas en parejas con abortos habitual. Tesis UNAM.

1976.

14. Condon, J.T.: The parental-fetal relationship a comparison of male and female expectant parents. Journal Psycho-somatic Obstetrics and Gynecology. 4:271, 1985.
15. Daw, J.L.: Postpartum Depression. Southern Medical Journal. 81(2)207, 1988.
16. De la Fuente, J.R., Rosenbaum, A.H.: Prolactin in psychiatry. American Journal of Psychiatry. 139(9):1154, 1981.
17. Dirks, M.L.: Psychological outcomes of abortion: An exploration of knowledge, conflict, and expectancies. Dissertation Abstracts Internacional. 40(3-B): 1359, 1979.
18. Dubouis-Bonnefond, J.C. y Galle-Tessonneau, J.R.: Incidences psychopathologiques de l'I.V.G. chez le pere appele au service national. Psychopathological up for military service. Psychologie Medicale. 14(8) 1187, 1982.
19. Ernst, J.: Aspects de la depression. L'Encéphale. 7:339, 1981.
20. Freud S.: Obras completas. 1981; traduccion española por

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Luis Lopez Ballesteros y de torres. Ed. Biblioteca Nueva.
Pag. 2019.

21. Garcia, F.M.: Incidencia de depresion en el postparto en un hospital de segundo nivel. Insina UNAM. 1989.
22. Gill, J.A.: The relationship of self concept to levels of anxiety and depression in women receiving vacuum curettage abortions. Dissertation Abstracts International. 39 (8-B):4029, 1979.
23. Gilles, R.G. y Monif, M.D. 1985: Enfermedades Infecciosas en Obstetricia y Ginecologia. Ed. Salvat.
24. Goldberg, D.P., Cooper, B., Eastwood, M.R., Kedward, H.B., Shepherd, M.: A standardizet Psychiatric interview for use in community surveys. British Journal of Preventive and Social Medicine. 24:18, 1970.
25. Hembree, J.D.: Preabortion Psychological experience and its relationship to postabortion psychological outcomes. Dissertation Abstracts Internacional. 39(4-B):1958, 1978.
26. Hernandez, R.M.: Estudio acerca de la confiabilidad del Inventario de depresion de Beck traducido al español en

- hospital de tercer nivel. Tesina. UNAM., 1988.
27. Herz, M.D.: Psychological repercussions of pregnancy loss. Psychiatry Annals, 14(6):454, 1984.
28. Kline, N.: Practical Management of Depression. Journal of the American Medical Association, 190:723, 1964.
29. Kirkley-Best E.: Grief in response to prenatal loss: an argument for the earliest maternal attachment. Dissertation Abstracts Internacional, 42(B):2560, 1981.
30. Kumar, R. y Robson, K.: Previous induced abortion and antenatal depression in primiparae: Preliminary report of survey of mental health in pregnancy. Psychological Medicine, 8(4):711, 1978.
31. Lewinsohn, P.M., Antonuccio, D.O., Steinmets, J.L., 1984: The coping with depression course: A psychoeducational intervention for unipolar depression. Ed. Castalia Publishing company.
32. Lopez, O.E. y Toledo, M.A. 1981: Ginecología y Obstetricia. Ed. Francisco Méndez UNAM.

33. Mendels, J. 198: La depresion. Ed. Herder.
34. Moffic, H. y Paykel, E.: Depression in medical in patients. British Journal Psychiatry. 126:346, 1975.
35. Nielson, A. y Williams, T.: Depression in ambulatory medical patients. Archives of General Psychiatry. 37:999, 1980.
36. Novak, E.R., Secgar, G.J., Howard, W.J, 1985.: Tratado de Ginecologia. Ed. Interamericana.
37. Pichot, J.: Actualisation du concept de depression. L'Encephale. 7:307, 1981.
38. Polaino-Lorante, A. 1985.: La depresion. Ed. Martinez Roca.
39. Roizblatt, S.A., Bano, A.R., Cuesto, U.G.: Depresion Post-aborto: Estudio de casos y controles. Acta Luso-Espanolas de Neurologia y Psiquiatria y Ciencias Afines. 11(5): 391, 1983.
40. Sartorius, N.: La depression: Epidemiologie et priorites pour recherches futures. L'Encephale. 7:527, 1981.

41. Schwab, J., Bialow, M. y cols.: Diagnosing depression in medical in patients. Annals International Medical. 67: 675, 1967.
42. Sorensen, A. y Stromgren, E.: Frequency of depressive states within geographically delimited population groups. Acta Psychiatrica Scandinavica. supplement. 162:62, 1961.
43. Sowards, P.L.: A correlational and predictive study of depression in women following abortion. Dissertation Abstracts International. 47(4-B): 1746, 1986.
44. Susan, K. y cols.: Perinatal Loss and Parental Bereavement. American Journal Psychiatry. 146(5):635, 1989.
45. Tietze, C. 1953,: Introduction to the statistics of abortion In Eagle E.T. Ed. Pregnancy Wastage. Spring field, Thomas.
46. Torres, C.M.: Validez de una traduccion al castellano del Inventario de Beck para la depresion de un hospital de tercer nivel, Tesis UNAM. 1988.
47. Vergara, D.M.: Estudio comparativo de algunas reacciones

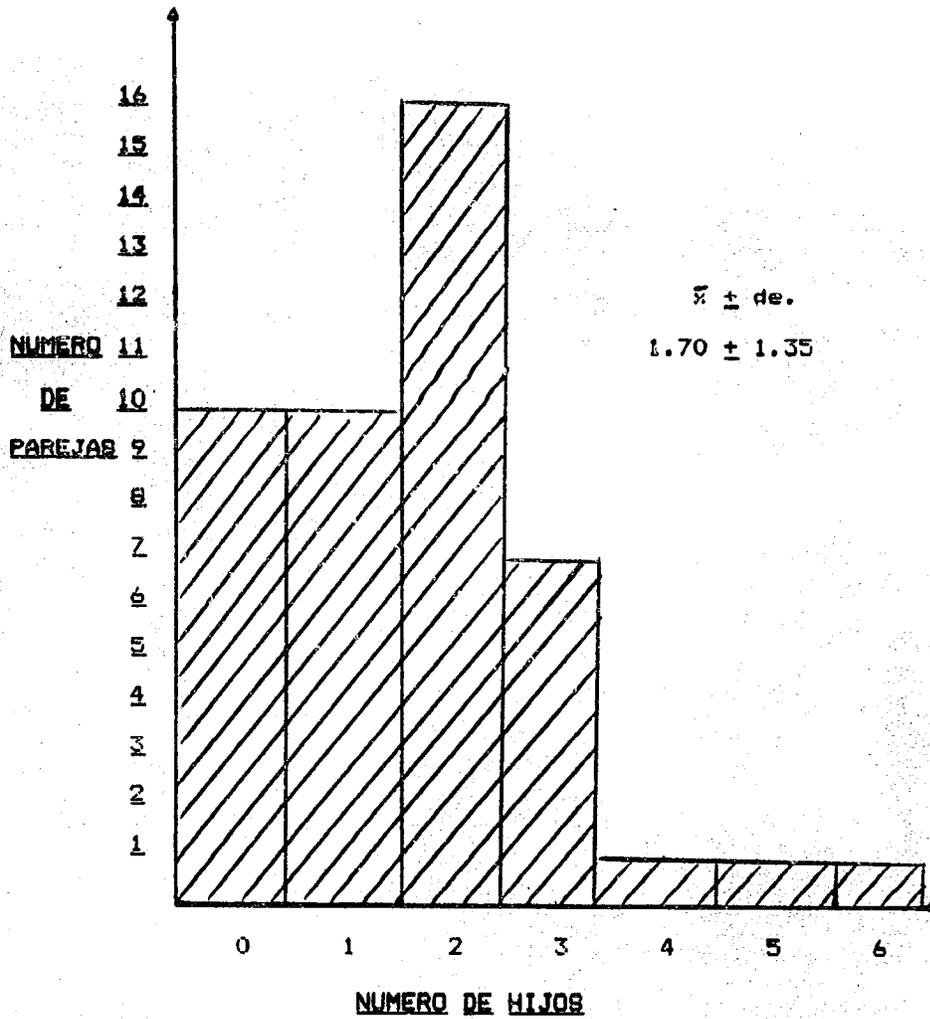
psicologicas en mujeres de aborto espontaneo y mujeres de parto a término. Tesis UNAM. 1979.

48. Wetterberg, L.: Melatonin in humans psysiological and clinical studies. Journal Neural Transm. Suplementum. 13:289, 1978.

49. Williams. E., 1980: Obstetricia. Ed. Salvat.

FIGURA 1

HISTOGRAMA DE NUMERO DE HIJOS



I A B L A 1

E D A D Y S E X O

SEXO	n	%	EDAD
			(X ± de.)
Femenino	46	50	30.3 ± 5.5
Masculino	46	50	32.9 ± 6.4
TOTAL	92	100	

T A B L A 2

E S C O L A R I D A D

<u>ESCOLARIDAD</u>	<u>FEMENINO</u>		<u>MASCULINO</u>	
	n	%	n	%
Primaria completa	7	15.2	5	10.9
Secundaria	8	17.4	12	26.1
Preparatoria y/o equivalente.	10	39.1	13	28.3
Profesional y/o postgrados.	13	28.3	16	34.8
<u>TOTAL</u>	46	100	46	100

TABLE 3

OCCUPATION

OCCUPACION	FEMENINO		MASCULINO	
	n	%	n	%
Empleado	24	52.2	22	47.8
Obrero	0	0	2	4.3
Técnico	2	4.3	4	8.7
Profesionista	6	13	14	30.4
Hogar	11	23.9	0	0
Estudiante	1	2.2	0	0
Ninguna	0	0	1	2.2
Otros	2	4.3	3	6.5
TOTAL	46	100	46	100

T A B L A 4

PLANTAJE EN EL INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK SEGUN SEXO

SEXO	BECK 1	BECK 2	BECK 3
Femenino			
n=46	10.1 ± 8.2	8.5 ± 7.5	8.8 ± 7.8
Masculino			
n=46	9.2 ± 7.5	7.9 ± 7.4	7.8 ± 8.1

ANOVA DE UN FACTOR PARA MEDIDAS REPETIDAS.

Efecto del sexo F<1
Efecto del tiempo F<1
Efecto de la Interaccion F<1

I A B L A 2

CARACTERISTICAS DE PACIENTES CON SINTOMAS DEPRESIVOS (1) EN
LA PRIMERA EVALUACION.

<u>SEXO</u>	<u>EDAD*</u> años	<u>INGRESO*</u> miles de pesos	<u>NUMERO DE HIJOS*</u>	<u>BECK 1*</u>
Femenino				
n=18	31.8 ± 5.7	613.3 ± 363.9	2.1 ± 1.6	20.4 ± 5.1
Masculino				
n=15	32.2 ± 6.4	588.4 ± 384.8	1.9 ± 1.7	19.7 ± 3.3

(1) Beck ≥ 13

* $\bar{x} \pm ds.$

I A B L A 4

**CARACTERISTICAS DE PACIENTES CON SINTOMAS DEPRESIVOS (1) EN
LA SEGUNDA EVALUACION.**

SEXO	EDAD* años	INGRESOS miles de pesos	NUMERO DE HIJOS*	BECK 2*
Femenino				
n=13	31.4 ± 6.4	565.3 ± 355.4	2.1 ± 1.7	18.4 ± 4.7
Masculino				
n=11	32.8 ± 6.8	559.1 ± 364.2	2.2 ± 1.7	19.0 ± 4.1

(1) Beck ≥ 13

* $\bar{x} \pm de.$

I A B L A 2

CARACTERISTICAS DE PACIENTES CON SINTOMAS DEPRESIVOS (1) EN LA TERCERA EVALUACION.

<u>SEXO</u>	<u>EDAD*</u> años	<u>INGRESOS*</u> miles de pesos	<u>NUMERO DE HIJOS*</u>	<u>BECK</u> 3
Femenino				
n=14	31.1 ± 6.3	560.7 ± 374.8	2.1 ± 1.7	18.9 ± 3.7
Masculino				
n=13	32.4 ± 6.4	534.6 ± 346.6	2.2 ± 1.7	19.3 ± 3.6

(1) Beck ≥ 13

* $\bar{X} \pm de.$

INVENTARIO DE BECK

En este cuestionario hay grupos de oraciones, por favor lea cada grupo cuidadosamente y escoja la oracion, de cada grupo, que mejor describa como se siente usted actualmente, es decir en este momento. Marque con una X la oracion que haya escogido. Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse a su caso marque solo una.

Asegurese de haber leído todas las aseveraciones de cada grupo antes de contestar.

- 1) No me siento triste.
 Me siento triste.
 Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme.
 Me siento tan triste o infeliz que ya no lo soporto.
- 2) No me siento desanimado acerca del futuro.
 Me siento desanimado acerca del futuro.
 Siento que no tengo para que pensar en el porvenir.
 Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar.
- 3) No me siento como un fracasado.
 Siento que he fracasado mas que otras personas.
 Conforme veo hacia atras en mi vida todo lo que puedo ver son muchos fracasos.
 Siento que como persona soy un completo fracaso.
- 4) Obtengo tanta satisfaccion de las cosas como siempre.
 No disfruto de las cosas como antes.
 Ya no obtengo satisfaccion de nada.
 Estoy insatisfecho y molesto con todo.
- 5) No me siento culpable.
 En algunos momentos me siento culpable.
 La mayor parte del tiempo me siento algo culpable.
 Me siento culpable todo el tiempo.
- 6) No siento que seré castigado.
 Siento que puedo ser castigado.
 Creo que seré castigado.
 Siento que estoy siendo castigado.
- 7) No me siento descontento conmigo mismo.
 Me siento descontento conmigo mismo.
 Me siento a disgusto conmigo mismo.
 Me odio a mi mismo.

- 8) No siento que sea peor que otros.
 Me critico a mi mismo por mi debilidad y mis errores.
 Me culpo todo el tiempo por mis errores.
 Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9) No tengo ninguna idea acerca de suicidarme.
 Tengo ideas de suicidarme pero no lo haria.
 Quisiera suicidarme.
 Me suicidaria si tuviera la oportunidad.
- 10) No lloro mas que de costumbre.
 Lloro mas que antes,
 Lloro todo el tiempo.
 Podria llorar pero ahora no puedo aunque quiera.
- 11) Ahora no estoy mas irritable que antes.
 Me molesto o irrito mas facilmente que antes.
 Me siento irritado todo el tiempo.
 No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaban.
- 12) No he perdido el interes en la gente.
 No me interesa la gente como antes.
 He perdido la mayor parte de mi interes en la gente.
 He perdido todo el interes en la gente.
- 13) Tomo decisiones tan bien como siempre.
 Pospongo decisiones con mas frecuencia que antes.
 Se me dificulta tomar decisiones.
 No puedo tomar decisiones en nada.
- 14) No siento que me vea mas feo que antes.
 Me preocupa que me vea viejo y feo.
 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea feo.
 Creo que me veo horrible.
- 15) Puedo trabajar tan bien como antes.
 Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo.
 Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa.
 No puedo trabajar para nada.
- 16) Duermo tan bien como antes.
 No duermo tan bien como antes.
 Me despierto una o dos horas antes de lo acostumbrado y me es dificil volver a dormirme.
 Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormirme.
- 17) No me canso mas de lo habitual.
 Me canso mas facilmente que antes.
 Me canso de hacer casi cualquier cosa.
 Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa.

- 18) Mi apetito es igual que siempre.
 Mi apetito no es tan bueno como antes.
 Casi no tengo apetito.
 No tengo apetito en lo absoluto.
- 19) No he perdido peso o casi nada.
 He perdido mas de 2.5 Kilos.
 He perdido mas de 5 Kilos.
 He perdido mas de 7.5 Kilos. (Estoy a dieta SI NO)
- 20) Mi salud no me preocupa mas que antes.
 Me preocupan molestias como dolor de cabeza, malestar estomacal o estreñimiento.
 Estoy tan preocupado por mis molestias fisicas que es difícil que pueda pensar en otra cosa.
 Estoy tan preocupado por mis molestias fisicas que no puedo pensar en otra cosa.
- 21) Mi interés por el sexo es igual que antes.
 Estoy menos interesado en el sexo que antes.
 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo que antes.
 He perdido completamente el interés en el sexo.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de este conducto expreso mi consentimiento para participar en el proyecto de investigacion de este Hospital "Adolfo Lopez Mateos". El cual me hasido ampliamente informado por el Investigador responsable.

Estoy enterado(a) de que se me aplicara una escala que medira trastornos emocionales y el riesgo es minimo, sin embargo puedo negarme libremente a participar en el momento en que lo desee sin que esto modifique el curso normal de mi atencion medica.

A T E N T A M E N T O .

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE.

TESTIGO

INVESTIGADOR

REGISTRO DE DATOS DEMOGRAFICOS

Por favor responda, lo mas verazamente posible, a las ase-
veraciones que aparecen a continuacion completando o marcando
con una X en el espacio correspondiente.

La informacion es totalmente confidencial.

- 1.- Nombre: _____
- 2.- Edad: _____ años. 3.- Sexo ___ F ___ M
- 4.- Domicilio: _____
Calle y numero Colonia Ciudad Estado CP.
- 5.- Tel.: _____
- 6.- Estado civil:
1___Soltero 2___Casado 3___Divorciado 4___Union libre
- 7.- Escolaridad:
1___Sin educacion escolar 2___Primaria incompleta
3___Primaria completa 4___Secundaria
5___Preparatoria o equivalente 6___Profesional o postgrados
- 8.- Ocupacion:
1___Empleado 2___Obrero 3___Técnico 4___Profesionistas
5___Subempleado 6___Campesino 7___Hogar 8___Estudiante
9___Ninguna 10___Otros.
Si esta desempleado ¿cual es la razon?
1___Por su padecimiento 2___Otros especifique: _____
- 9.- Situacion economica:
Ingreso mensual total (aproximado) de su familia: _____
_____ pesos.
Numero de personas que dependen de este ingreso: _____

Provee el mayor ingreso familiar: 1__Usted 2__Su esposa(o). 3__Su(s) hijos(s) 4__Otros.

10. Problema de salud:

- Desde cuando empezo a percibir sintomas que le hayan sugerido que existian problemas en su embarazo?

1__Dias 2__Semanas 3__Meses

- Cuantos dias antes de ser internada empezo a tener sangrado y/o dolores?

1__Dias 2__Semanas 3__Meses

- Previo al legrado recibio tratamiento?

1__Médico 2__No médico 3__Ninguno

- En caso de haber recibido tratamiento, éste consistio en:

1__Medicamentos 2__Reposo 3__Ambos 4__Otros

especifique: _____

NO ANOTAR EN ESTOS ESPACIOS

FECHA: _____

PACIENTE No. _____

HOSPITAL: _____

DIAGNOSTICO MEDICO ACTUAL: _____

EN CASO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS, FECHA DE INGRESO: _____

ENCUESTADOR: _____