

INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES POST-ABORTO EN EL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO EN EL PERIODO  
COMPRENDIDO JUNIO A DICIEMBRE DE 2008

NURY ESMERALDA BARCO CABRERA  
JAZMIN ELIZABETH CHARFUELAN VIVAS  
GEOVANNY ALEXANDER CORTES ARCINIEGAS  
CARLOS WILFREDO BARAHONA CABRERA

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN  
FACULTAD DE MEDICINA  
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: PSIQUIATRÍA  
SAN JUAN DE PASTO  
2009

INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES POST-ABORTO EN EL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO EN EL PERIODO  
COMPRENDIDO JUNIO A DICIEMBRE DE 2008

NURY ESMERALDA BARCO CABRERA  
JAZMIN ELIZABETH CHARFUELAN VIVAS  
GEOVANNY ALEXANDER CORTES ARCINIEGAS  
CARLOS WILFREDO BARAHONA CABRERA

Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de Médico General

CÁSTULO CISNEROS  
Médico Psiquiatra  
Asesor Científico

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN  
FACULTAD DE MEDICINA  
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: PSIQUIATRIA  
SAN JUAN DE PASTO  
2009

## NOTA DE ACEPTACIÓN

---

---

---

---

---

Presidente

---

Jurado No. 1

---

Jurado No. 2

San Juan de Pasto, Noviembre de 2009

## DEDICATORIA

*Dedico este logro a Dios, a mis padres, hermanos, y especialmente a mi hijo quienes ha sido la fuerza y la razón que me ha permitido culminar uno de mis más grandes sueños.*

*Nury Esmeralda Barco Cabrera*

*A Dios: mi eterno agradecimiento;  
Mis padres: mi amor y gratitud;  
Mi hermana: sus estímulos y cariño:  
Y a mi familia su apoyo y ánimos constante  
para lograr que este sueño se hiciera realidad*

*Juzmin Elizabeth Charuelan Vivas*

*Doy gracias a Dios por brindarme sabiduría, conocimiento y responsabilidad, agradezco a mi familia por darme fortaleza para cumplir y llegar a la meta propuesta.*

*Carlos Wilfredo Barahona Cabrera*

*Le doy gracias a Dios por la energía y fuerzas que me ha dado para poder llegar al final de mis estudios y completar este trabajo. Además como muestra de gratitud les dedico el presente trabajo a mis padres y hermano por el apoyo que siempre me han brindado con su impulso, fuerza y tenacidad que son parte de mi formación,*

*Con respeto y admiración a mis padres: José Libardo Cortes N, Amparo Lucia Arciniegas. A mi hermano: Wilmer Arley Cortes A.*

*Geovanny Alexander Cortes Arciniegas*

## **AGRADECIMIENTOS**

Los autores expresan sus agradec

Fundación Universitaria San Martí

Hospital Universitario Departament

Al Dr. Asesor: Cástulo Cisneros, Médico Psiquiatra

A todos nuestros docentes de la Facultad de Medicina, en especial a:  
Dra. Elehonora Argoty, Dra. Gloria Hernández, Dr. Filipo Moran, Dra. Ana Milena  
Torres.

## **NOTA DE RESPONSABILIDAD**

Las opiniones expresadas en esta investigación son responsabilidad de los autores y no comprometen a la FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN

## CONTENIDO

	pág.
LISTA DE TABLAS	11
LISTA DE GRAFICAS	13
LISTA DE ANEXOS	14
INTRODUCCIÓN	15
1. ASPECTOS GENERALES	16
1.1 TITULO	16
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.2.1 Descripción del problema	16
1.2.2 Formulación del problema	17
1.3 OBJETIVOS	17
1.3.1 Objetivo general	17
1.3.2 Objetivos específicos	17
1.4 JUSTIFICACIÓN	18
1.5 METODOLOGÍA	19
1.5.1 Enfoque de investigación	19
1.5.2 Tipo de estudio	19
1.5.3 Población	19
1.5.4 Variables	19
1.5.5 Fuentes de recolección de información	21

1.5.6 Técnicas e instrumentos para la recolección de la información	21
1.5.7 Proceso de obtención de la información	21
1.5.8 Criterios de inclusión y exclusión	22
1.5.9 Control de errores y sesgos	22
1.5.9.1 En la información	22
1.5.9.2 Del observador	22
1.5.9.3 En la selección	23
1.5.10 Técnicas de procesamiento y análisis de datos	23
1.5.11 Consideraciones éticas	23
1.5.12. Hipótesis	23
2. MARCO REFERENCIAL	24
2.1 MARCO TEORICO	24
2.1.1 El Síndrome Post-Aborto (SPA)	29
2.1.1.1 Factores de riesgo para sufrir el síndrome post-aborto	30
2.1.2 Aborto espontáneo	30
2.1.2.1 Clases de aborto espontáneo	31
2.1.3 Depresión	31
2.1.4 Escala de Hamilton	32
2.1.5 Escala Abreviada de Zung	32
2.1.6 Historia clínica Psiquiátrica	33
2.2 MARCO CONCEPTUAL	40
2.3 MARCO CONTEXTUAL	41
2.3.1 Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E	41

2.4 MARCO LEGAL	42
3. ANÁLISIS DE RESULTADOS	43
4. DISCUSIÓN	57
5. CONCLUSIONES	59
RECOMENDACIONES	60
BIBLIOGRAFÍA	61
NETGRAFIA	64
ANEXOS	65

## LISTA DE TABLAS

	Pag.
Tabla 1. Resultado de las tres herramientas, puntajes y diagnostico.	43
Tabla 2. Episodio depresivo al ingreso en mujeres que consultaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnóstico de aborto	44
Tabla 3. Episodio depresivo al control, en mujeres que consultaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnóstico de aborto	45
Tabla 4. Distribución de mujeres que ingresaron al servicio de ginecología de HUDN con diagnóstico de aborto en relación al apoyo familiar	46
Tabla 5. Distribución de mujeres que ingresaron al servicio de ginecología en El HUDN con diagnóstico de aborto en relación con el consumo de sustancias Psicoactivas	46
Tabla 6. Distribución de mujeres que ingresaron al servicio de ginecología Del HUDN con diagnóstico de aborto en relación a la edad	47
Tabla 7. Estado civil de mujeres que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnóstico de aborto	47
Tabla 8. Nivel educativo mujeres que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnóstico de aborto	48
Tabla 9. Nivel socio económico de las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnóstico de aborto	49
Tabla10. Ocupación de las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnóstico de aborto	49

Tabla 11. Planificación familiar en las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnóstico de aborto	50
Tabla 12. Episodio depresivo mayor al ingreso con relación a la edad de las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnóstico de aborto	51
Tabla 13. Episodio depresivo en relación al apoyo familiar en las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnóstico de aborto	51
Tabla 14. Episodio depresivo en relación al consumo de sustancias psicoactivas en las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnóstico de aborto	52
Tabla 15. Episodio depresivo en relación con el estado civil en las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnóstico de aborto	53
Tabla 16. Episodio depresivo en relación con el nivel educativo en las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnóstico de aborto	54
Tabla 17. Episodio depresivo en relación con el uso de planificación familiar en las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnóstico de aborto	54
Tabla 18. Episodio depresivo en relación con el nivel socioeconómico en las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnóstico de aborto	55
Tabla 19. Episodio depresivo en relación con la ocupación de las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnóstico de aborto	56

## LISTA DE GRAFICAS

	Pag.
Gráfica 1. Episodio depresivo al ingreso en mujeres que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnóstico de aborto	44
Gráfica 2. Episodio depresivo al control en mujeres que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnóstico de aborto	45
Gráfica 3. Estado civil de mujeres que asistieron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnóstico de aborto	48
Grafica 4. Ocupación de las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnóstico de aborto	50
Grafica 5. Episodio depresivo mayor al ingreso con relación a la edad	51
Grafica 6: Episodio depresivo mayor al ingreso con relación con el estado civil	53
Gráfica 7: Episodio depresivo en relación con el uso de planificación familiar	55

## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Historia Clínica Psiquiátrica	65
Anexo B. Escala de Hámilton	68
Anexo C. Escala de Zung	72
Anexo D. Artículo	73

## INTRODUCCIÓN

Dentro del grupo de los trastornos de ansiedad, que sobreviene como consecuencia de la exposición a un evento traumático que involucra un daño físico, hay uno que afecta a miles de personas, es el síndrome post-aborto (SPA). A pesar de los numerosos estudios realizados en todo el mundo y del hecho de que este síndrome post-aborto figura en los manuales de medicina y psicología de muchas universidades, son muy pocos los estudios realizados en torno a este problema social, especialmente en Latinoamérica.

Estas alteraciones básicas, afectan la vida cotidiana de la mujer y se concretan de múltiples formas, perjudicando e interfiriendo en sus relaciones interpersonales (especialmente las conyugales o de pareja), su capacidad de trabajo o estudio, el interés por las cosas y por las otras personas, etc. También son consecuencias ciertas actitudes anormales como: auto-aislamiento, apatía, indiferencia, trastornos de la conducta alimentaria (anorexia o bulimia), conducta autodestructiva (tendencia suicida), abuso de alcohol y drogas

La ciudad de Pasto no cuenta con mayores estudios sobre la realidad acerca de este problema. Es entonces que se propone llevar a cabo una investigación descriptiva con un caudal de información suficiente, investigación que se justifica, por un lado, en focalizar de manera más eficiente la descripción sintomática para el diagnóstico entregado a estas mujeres y, por otro, como elementos de información para detectar un posible aborto.

Además, para lograr mayor eficiencia en la intervención de casos del SPA, es necesario estudiarlo cuidadosamente y dentro del contexto propio, en este caso, desde la realidad pastusa. El individuo promedio pastuso es distinto a las personas del resto del país, debido a sus costumbres, valores, actitudes, motivaciones, etcétera.

El presente trabajo constituye un resumen de las actividades desarrolladas en el transcurso del proyecto de investigación que se llevó a cabo en el Hospital Universitario Departamental de Nariño de la ciudad de Pasto; actividades encaminadas a determinar mediante datos estadísticos la incidencia de depresión post aborto.

# 1. ASPECTOS GENERALES

## 1.1 TITULO

INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES POST-ABORTO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO EN EL PERIODO COMPRENDIDO JUNIO A DICIEMBRE DE 2008

## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.2.1 Descripción del problema.

Según informa la Real academia de Obstetricia de Inglaterra, “las probabilidades de problemas psiquiátricos graves y permanentes después de un aborto pueden alcanzar hasta el 59% de las madres”. La Organización Mundial de la Salud por su parte informa que “las mujeres que se practican abortos por razones psiquiátricas son precisamente las que corren mayor riesgo de problemas mentales una vez realizado el aborto”. Otros estudios muestran que “las mujeres que se han practicado un aborto por razones de violación, incesto, salud, etc., tienen aún más probabilidades de sufrir problemas emocionales y psiquiátricos severos que las que se lo han practicado por razones socioeconómicas”<sup>1</sup>.

El estudio acerca del aborto, realizado por la universidad externado de Colombia<sup>2</sup>, reveló que una tercera parte de los abortos especialmente en el primero 33.4% las mujeres manifestaron haber sido presionadas por su compañero para que se lo practicasen. La ausencia de anticoncepción en el momento de la concepción explica el 76% de los abortos ocurridos en Colombia en 1995 mientras que las fallas en el uso y eficacia explican el 24% restante.

A lo anterior se desprenden innumerables dificultades para valorar adecuadamente los efectos psicopatológicos de las mujeres después de un aborto; puede ser debido a que no es fácil la elaboración estadística de los resultados, tampoco existen valoraciones medicas sistemáticas de estas pacientes después del aborto, y también a que las mujeres que han abortado no suelen estar propicias a seguir relacionándose con el médico. Además, se debe inferir que estos efectos pueden evolucionar desde una simple incapacidad de concentración, agotamiento y nerviosismo que sin su respectivo tratamiento pueden alcanzar agresividad, crisis histéricas y demás tendencias autodestructivas.

---

<sup>1</sup> CONCEJO DE BOGOTA D.C. Proyecto de acuerdo No. 061 De 2006

<sup>2</sup> Universidad Externado de Colombia y OMS, aborto , Bogotá: UEC, 1992

### 1.2.2 Formulación del problema.

¿Es viable determinar las características propias del síndrome de depresión post-aborto, y minimizar el riesgo de depresión en mujeres post-aborto en la ciudad de Pasto?

## 1.3 OBJETIVOS

### 1.3.1 Objetivo general

Identificar la incidencia de depresión en mujeres post-aborto del área urbana de Pasto, en el Hospital Universitario Departamental de Nariño en el periodo comprendido Junio a diciembre de 2008, con el fin de hacer un diagnóstico del estado emocional de las mujeres post-aborto y sugerir estrategias de prevención e intervención.

### 1.3.2 Objetivos específicos

Determinar la frecuencia de casos de depresión post-aborto en el Hospital Universitario Departamental de Nariño.

Diagnosticar el estado mental de las mujeres que abortaron según información contenida en la historia clínica mental y las escalas de Hamilton y abreviada de Zung.

Clasificar la edad en que se identifican mayor número de casos de depresión post-aborto

Identificar si las mujeres con depresión post-aborto usan o no, métodos anticonceptivos.

Detectar si las mujeres con depresión post-aborto recibieron apoyo familiar y/o conyugal.

Sugerir estrategias de prevención de depresión post-aborto, mediante la formación de grupos de apoyo psicológico a las mujeres expuestas.

Proponer estrategias de intervención a las mujeres a las cuales se les identifique depresión post.-aborto, remitiéndolas al servicio de psiquiatría.

#### 1.4 JUSTIFICACION

En Colombia el aborto es inconstitucional. Así lo conviene la constitución de 1991,<sup>1</sup> que en el artículo 11 estipula: "La constitución asegura a todas las personas: El derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona. La ley protege la vida del que está por nacer". En este contexto, este mandato constitucional intenta proteger no sólo la vida del neonato, <sup>2</sup>sino también la integridad psicológica de la madre, la cual se ve afectada tras un aborto, como se explica más adelante.

Por otro lado es de importancia resaltar que el aborto no solo produce efectos psicológicos como la depresión, sino que también produce consecuencias en la salud física de la mujer. "El aborto aumenta la posibilidad de perder el siguiente embarazo. Además, existe un mayor riesgo de sufrir complicaciones, como placenta previa, abortos espontáneos o partos prematuros, así como las dificultades propias del procedimiento abortivo, tanto en lo biológico como en los aspectos sexuales, que afectan a la mujer después de este procedimiento".

La necesidad de generar nuevo conocimiento acerca de la incidencia de depresión post-aborto es concientizar a las mujeres acerca de los peligros que representa este en la salud mental de las mujeres.

Infortunadamente en la ciudad de Pasto no existen "centros" o grupos de apoyo donde se ayude a madres, que ante el riesgo inminente de aborto, tengan el apoyo suficiente para evitar el síndrome postaborto; ni tampoco existen estudios que revelen datos estadísticos acerca de la incidencia de depresión post-aborto en bien de encontrar soluciones al problema social presentado.

Mediante resultados arrojados en la investigación, es posible minimizar los riesgos de depresión en mujeres post-aborto puesto que, a través de ella no solo se conocerá la incidencia de depresión y los factores de riesgo asociados, sino que también se sugerirán estrategias de prevención (educación y comunicación a grupos de riesgo) y estrategias de intervención (a las mujeres que se les diagnostique depresión se remitirán; si así lo desean a un profesional de la salud experto en el tema para que sean tratadas). Todo lo anterior con el fin de mejorar la salud de las mujeres expuestas.

Los beneficios radican en la reducción de costos en la realización de estrategias de prevención, evitando un tratamiento post-aborto, reduciendo el número de mujeres que padezcan enfermedades mentales y secuelas adquiridas después de un aborto espontáneo.

## 1.5 METODOLOGIA

1.5.1 Enfoque de investigación. Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo en el que se busca determinar el número de casos nuevos de depresión post-aborto en el periodo comprendido junio a diciembre de 2008 en el HUDN.

1.5.2 Tipo de estudio. Se aplicara un diseño de tipo descriptivo, prospectivo y observacional, en el cual se buscará la incidencia de depresión en mujeres post-aborto en el Hospital Universitario Departamental de Nariño en el periodo comprendido junio a diciembre de 2008

1.5.3 Población: Todas las mujeres del área urbana (Pasto-Nariño), que asistan al servicio de Ginecología del Hospital Universitario Departamental de Nariño en los meses junio, julio y agosto de 2008 con diagnostico de aborto y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Se encontró una población total de 20 pacientes las cuales cumplían con todos los criterios de inclusión y exclusión.

1.5.4 Variables: se tomaron en cuenta, 6 variables individuales: edad, estado civil, ocupación, uso de métodos anticonceptivos, apoyo familiar y/o de pareja, uso de sustancias psicoactivas durante la gestación y posterior al aborto; 2 variables sociales: nivel socioeconómico y nivel educativo y 3 variables de evaluación: historia clínica mental, escala de Hamilton y escala abreviada de Zung. Las cuales se clasifican de la siguiente manera:

## Descripción de variables

VARIABLES CUALITATIVAS		VARIABLES DE EVALUACION
ESCALA NOMINAL		
Variables Dicotómicas	Variables Politómicas	
Uso de método anticonceptivo pre-gestación. Si – No	Estado Civil: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltera</li> <li>• Casada</li> <li>• Unión libre</li> </ul>	Historia clínica mental Escala Abreviada de Zung Escala de HAMILTON
Apoyo Familiar y o de pareja Si – No	Nivel socioeconómico(estrato): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo (1-2)</li> <li>• Medio (3-4)</li> <li>• Alto (5-6)</li> </ul> Nivel educativo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primaria Incompleta</li> <li>• Primaria Completa</li> <li>• Secundaria Incompleta</li> <li>• Secundaria Completa</li> <li>• Universitarios</li> </ul> Ocupación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudiante</li> <li>• Ama de casa</li> <li>• Trabajador dependiente</li> <li>• Trabajador independiente</li> </ul> Uso de sustancia psicoactivas durante la gestación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cigarrillo</li> <li>• Alcohol</li> <li>• Medicamentos</li> <li>• Otro (cocaína, marihuana)</li> </ul>	

Fuente: Esta Investigación.

VARIABLES CUANTITATIVAS	
VARIABLES CONTINUAS	VARIABLE DISCRETA
Razón	Número de casos
Edad	depresión post-aborto
15-20	
21-25	
26-30	
31-35	

Fuente: Esta Investigación

### 1.5.5 Fuentes de recolección de información

Fuente primaria: Observación directa del estado general de la paciente y entrevista estructurada; seguida del diligenciamiento de la historia clínica mental , escala de Hamilton y escala abreviada de Zung auto-aplicada.

Fuente secundaria: Libros, revistas, artículos científicos, y proyectos relacionados con el tema de investigación.

### 1.5.6 Técnicas e instrumentos para la recolección de la información

La técnica de recolección de información es el trabajo en equipo, más unos delineamientos estudiados por los investigadores para adecuada obtención de la información y la disminución al máximo de los sesgos. Se realizó de la siguiente manera: Cada investigador hace turnos de una semana por mes con disponibilidad de 24 horas, turnos que se iniciaron del 1 al 7 de junio de 2008 con el primer investigador, del 8 al 14 de junio de 2008 con el segundo investigador y así sucesivamente con los otros investigadores durante los tres meses (junio, julio y agosto de 2008), a cada investigador le correspondió 3 semanas de turno en donde se responsabilizó de las pacientes que llegaron con el diagnóstico de aborto y que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, este proceso se realizó con un contacto interno que permaneció las 24 horas en el hospital en este caso los médicos internos del servicio de ginecología, a los cuales se los llamó cada 4 horas para el reporte de información, si el contacto reportaba un caso probable para el estudio, se acudía inmediatamente al hospital para que la paciente sea captada, cabe aclarar que el contacto conocía del proyecto y sus objetivos.

### 1.5.7 Proceso de obtención de la Información.

El día del ingreso de las pacientes al servicio de Ginecología del HUDN, Se realizó una entrevista estructurada a cada una de ellas, informándoles a la vez el propósito de la entrevista, los objetivos de estudio, las ventajas y beneficios de este, una vez informadas y después de la aceptación de hacer parte de la población del estudio, se procede a la firma del consentimiento informado, y a la primera fase en sí del proyecto, es decir, el diligenciamiento de la historia clínica mental y la aplicación de las escalas de depresión antes mencionadas. En esta primera fase se obtienen los datos personales de la paciente, su número telefónico, los antecedentes personales etc., además de la primera impresión diagnóstica de su estado mental; terminada esta fase se cita a las pacientes para un control a los tres meses (segunda fase), en esta se realiza una evolución del

estado mental de la paciente y se obtiene la segunda impresión diagnóstica, con la que se realizara el análisis de los resultados.

#### 1.5.8 Criterios de inclusión y exclusión

- Criterios de inclusión

Mujeres pertenecientes al área urbana de Pasto Nariño.

Mujeres con edad gestacional menor de 20 semanas que aborten espontáneamente.

Mujeres gestantes que asistieron a legrado obstétrico con diagnóstico de aborto, durante los meses junio, julio y agosto de 2008.

- Criterios de exclusión

Mujeres que asisten procedentes del área rural de Pasto.

Mujeres con diagnóstico de aborto provocado

Mujeres que asistieron a legrado obstétrico por otra causa (hiperplasia endometrial, revisión de cavidad uterina después del parto, etc.).

Mujeres que padecen enfermedad psiquiátrica de base.

#### 1.5.9 Control de errores y sesgos

##### 1.5.9.1 En la información

- El instrumento de medición: Historia clínica mental, escala de Hamilton y escala auto-aplicada abreviada de Zung, instrumentos son claros, concisos, y comprensibles.

##### 1.5.9.2 Del observador.

- Los investigadores, conoce a cabalidad el objetivo de cada instrumento.
- El diligenciamiento de los instrumentos para la recolección de datos la realiza el investigador personalmente.

- Los investigadores fueron guiados y entrenados por el asesor científico Médico Psiquiatra, para el adecuado manejo de los instrumentos de recolección.
- El contacto interno del HUDN se comprometió con los investigadores para el adecuado suministro de información y se cumplió con responsabilidad los turnos correspondientes a cada investigador.

#### 1.5.9.3 En la selección.

- Todas las pacientes que ingresen al servicio de ginecología de HUDN en el periodo comprendido en los meses junio, julio agosto de 2008 durante las 24 horas.
- Mujeres que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

#### 1.5.10 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de la información se realizara en la base de datos EPI INFO, donde se aplicaron frecuencia, medidas de tendencia central, medidas de dispersión y Excel para el diseño de graficas.

1.5.11 Consideraciones éticas. La información obtenida en esta investigación, no se divulgará para fines diferentes al objetivo del presente proyecto y se estableció únicamente para fines estadísticos.

1.5.12 Hipótesis. Las mujeres que abortan tienen mayor probabilidad de padecer depresión u otros trastornos psiquiátricos.

## 2. MARCO REFERENCIAL

### 2.1 MARCO TEORICO

A través de la historia, el aborto ha sido siempre un tema de controversia por sus implicaciones éticas y morales. Ha sido reiteradamente prohibido o limitado aunque los abortos ilegales continúan siendo comunes a pesar de las prohibiciones.

Según la OMS “el aborto es un problema social que cada vez va en aumento, estimándose que anualmente en el mundo aproximadamente unas 60.000 muertes maternas, de las cuales el 90% ocurren en países subdesarrollados especialmente en los que los servicios de salud son poco accesibles, siendo la causa más frecuente de morbilidad materna el aborto practicado en forma insegura”<sup>3</sup>.

A pesar del gran descenso en la tasa global de fecundidad que ha logrado el país, “del total de embarazos en Colombia, 24% termina en aborto y 26% en nacimientos no deseados”<sup>4</sup>, es decir que 50% de los embarazos no son deseados.

“Entre todas las mujeres colombianas de 15 a 55 años, 22.9% -una de cada cuatro- declara haber tenido un aborto inducido. Dentro del grupo de mujeres de estas mismas edades que alguna vez han estado embarazadas, el porcentaje aumenta a 30.3% -una de cada tres-. Si se considera únicamente el grupo de adolescentes embarazadas menores de 19 años, el porcentaje llega a 44.5% –una de cada dos-(CIDS)”<sup>5</sup>.

Aunque el mayor porcentaje de las mujeres que han abortado pertenecen al estrato más bajo (27,2%), el aborto es practicado por mujeres de todos los estratos socio-económicos. El 16,6% pertenecen al estrato alto, 24,1% al estrato medio-alto, 21,8% al estrato medio-medio, 21, .6% al estrato medio-bajo, y 24,4% al estrato bajo. (CIDS)<sup>6</sup>

El aborto en nuestro país es una de las causas más controversiales que se han visto actualmente además de ser la causa de mortalidad materna practicada ilegalmente según el ministerio de protección social. “En un estudio realizado sobre pacientes post-aborto a sólo 8 semanas de haber abortado, los

---

<sup>3</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), Unsafe Abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000, 4a Edición, Ginebra, 2004, [www.who.int/reproductivehealth](http://www.who.int/reproductivehealth)

<sup>4</sup> Ibid Pro familia.

<sup>5</sup> Ibid

<sup>6</sup> Ibid

investigadores hallaron que el 44 % se quejaba de trastornos nerviosos, el 36 % había sufrido alteraciones del sueño, el 31 % tenía arrepentimientos por la decisión tomada y al 11 % le habían sido prescritos fármacos psicotrópicos por su médico de cabecera”<sup>7</sup>.

Un estudio retrospectivo que abarcaba un período de cinco años en dos provincias canadienses detectó que el recurso a los servicios médicos y psiquiátricos era sensiblemente mayor entre mujeres que habían abortado. Lo más revelador fue la conclusión a la que se llegó, según la cual “el 25 % de mujeres que habían abortado visitaban a los psiquiatras frente al 3 % del grupo de control”<sup>8</sup>

Las mujeres que han abortado tienen bastantes más probabilidades que otras de requerir el ingreso posterior en un hospital psiquiátrico. Adolescentes, mujeres separadas o divorciadas, y aquéllas en cuya historia clínica figura más de un aborto encaran un riesgo especialmente alto.

Puesto que muchas mujeres tras un aborto recurren a la represión como mecanismo de defensa, puede darse un largo período de negación antes de que una mujer requiera tratamiento psiquiátrico. “Estos sentimientos reprimidos son susceptibles de causar afecciones psicósomáticas y psiquiátricas o de conducta en otras facetas de la vida de la mujer”<sup>9</sup>.

Aproximadamente un 60 por ciento de mujeres que experimentan secuelas post-aborto declaran albergar ideas suicidas, con un 28 por ciento que intenta realmente suicidarse, de las cuales la mitad lo ha hecho en dos o más ocasiones.

“Investigadores finlandeses han identificado una estrecha relación estadística entre el aborto y el suicidio en un estudio basado en registros. Los 73 suicidios identificados se asociaban en el espacio de un año a embarazos que acababan ya de forma natural, ya por aborto provocado. La tasa media anual de suicidio femenino en general era de 11.3 por cada 100.000. La tasa de suicidios asociados con nacimientos era significativamente más baja. Las tasas para interrupción del embarazo eran sensiblemente más altas. Para el aborto natural, la tasa era de 18.1 por cada 100.000 y para el aborto provocado de 34.7 por cada 100.000. La tasa de suicidio dentro del año posterior a la práctica del aborto era tres veces más alta que la tasa general femenina, siete veces más elevada que para las mujeres que llevan a término su embarazo, y casi el doble de alta que la de las mujeres que habían sufrido un aborto por causas naturales”<sup>10</sup>.

---

<sup>7</sup> Ashton, "They Psychosocial Outcome of Induced Abortion", British Journal of Ob&Gyn., 87:1115-1122, (1980)

<sup>8</sup> Badgley, et.al., Report of the Committee on the Operation of the Abortion Law (Ottawa: Supply and Services, 1977) pp.313-321

<sup>9</sup> Kent, et al., "Bereavement in Post-Abortive Women: A Clinical Report", World Journal of Psychosynthesis (Autumn-Winter 1981), vol.13, nos.3-4

<sup>10</sup> Speckhard, Psycho-social Stress Following Abortion, Sheed & Ward, Kansas City: MO

“El síndrome post-aborto se vincula con una acentuación del tabaquismo. Las mujeres que abortan tienen el doble de probabilidades de convertirse en grandes fumadoras y de sufrir los correspondientes riesgos sobre la salud” <sup>11</sup>. Las mujeres que han abortado tienen también mayor probabilidad de continuar fumando durante los posteriores embarazos deseados, con el riesgo añadido de muerte neonatal o anomalías congénitas.

El aborto se vincula de forma significativa con un riesgo doblemente añadido de abuso del alcohol entre las mujeres. El aborto seguido de abuso del alcohol se vincula con conductas violentas, divorcio o separación, accidentes de tráfico, y pérdida del puesto de trabajo” <sup>12</sup>

El aborto se halla significativamente ligado a abuso posterior de las drogas. Además de los costos psico-sociales que supone tal abuso, la adicción a las drogas se vinculan con riesgo incrementado de contraer infecciones por VIH/SIDA, malformaciones congénitas y conducta agresiva.

El aborto se vincula con mayores niveles de depresión, conducta violenta, abuso del alcohol y de las drogas, embarazos 'de sustitución o reemplazo', y relajación de los lazos que unen a las madres con los hijos habidos posteriormente. Estos factores se asocian estrechamente con el trato abusivo hacia los niños y parecen confirmar particulares valoraciones clínicas que vinculan el trauma post-aborto con abuso infantil subsiguiente” <sup>13</sup>.

Para la mayor parte de las parejas, un aborto crea problemas imprevistos en su relación. Las parejas que han recurrido al aborto están más expuestas a divorciarse o a separarse. Muchas mujeres que abortan desarrollan una mayor dificultad para establecer lazos duraderos con un compañero. “Esto puede deberse a que el aborto se relaciona con reacciones tales como baja autoestima, mayor desconfianza hacia los hombres, disfunción sexual, abuso de sustancias y niveles incrementados de depresión, ansiedad y cólera pasajera” <sup>14</sup>.

---

<sup>11</sup> Speckhard, *Psycho-social Stress Following Abortion*, Sheed & Ward, Kansas City: MO, 1987; and Belsey, et al., "Predictive Factors in Emotional Response to Abortion: King's Termination Study - IV," *Soc. Sci. & Med.*, 11:71-82 (1977)

<sup>12</sup> Klassen, "Sexual Experience and Drinking Among Women in a U.S. National Survey," *Archives of Sexual Behavior*, 15(5):363-39; M. Plant, *Women, Drinking and Pregnancy*, Tavistock Pub, London (1985); Kuzma & Kissinger, "Patterns of Alcohol and Cigarette Use in Pregnancy," *Neurobehavioral Toxicology and Teratology*, 3:211-221 (1981).

<sup>13</sup> Oro, et al., "Perinatal Cocaine and Methamphetamine Exposure Maternal and Neo-Natal Correlates," *J. Pediatrics*, 111:571- 578 (1978); D.A. Frank, et al., "Cocaine Use During Pregnancy Prevalence and Correlates," *Pediatrics*, 82(6):888 (1988); H. Amaro, et al., "Drug Use Among Adolescent Mothers: Profile of Risk," *Pediatrics* 84:144-150, (1989)

<sup>14</sup> Benedict, et al., "Maternal Perinatal Risk Factors and Child Abuse," *Child Abuse and Neglect*, 9:217-224 (1985); P.G. Ney, "Relationship between Abortion and Child Abuse," *Canadian Journal of Psychiatry*, 24:610-620, 1979; Reardon, *Aborted Women - Silent No More* (Chicago: Loyola University Press, 1987),

Las mujeres a las que les ha sido practicado un aborto tienen un riesgo añadido de volver a abortar en el futuro. Las mujeres que cuentan con una experiencia abortiva anterior tienen una probabilidad cuatro veces mayor de volver a interrumpir voluntariamente su embarazo que aquéllas que no tienen historia abortiva previa. Este riesgo incrementado se asocia con el aborto anterior por la baja autoestima, un consciente o inconsciente deseo de llevar a cabo un embarazo 'de sustitución', y una mayor actividad sexual post-aborto. "Los abortos posteriores pueden producirse por culpa de deseos conflictivos de quedar embarazada y tener un hijo y presiones continuas en favor del aborto, como puede ser el abandono por parte del nuevo compañero. En los abortos de repetición se da cuenta también de cierta clase de auto-punición" <sup>15</sup>.

Aproximadamente un 45 % de todos los abortos son ahora abortos de repetición. El riesgo de caer en un patrón de aborto de repetición debería ser comentado con la paciente a la vista de su primer aborto. Es más, puesto que las mujeres a las que se les ha practicado más de un aborto se exponen a un importante riesgo añadido de sufrir secuelas físicas y psíquicas, tales riesgos cualificados deberían ser ampliamente comentados con las mujeres que optan por abortar" <sup>16</sup>.

La Asociación Norteamericana de Psiquiatría, ya en los años 80, identificaba la depresión, la hostilidad, el desinterés y aislamiento, las imágenes recurrentes, el insomnio y pesadillas, y la incapacidad de expresar sentimientos como secuelas psicológicas del aborto.

Otros estudios muestran un alto índice de intentos suicidas, de alcoholismo, bulimia y anorexia, frigidez y disfunciones sexuales, ruptura de relaciones de pareja (un 70%), de maltrato doméstico y autolesiones, de incapacidad de concentración, agotamiento y nerviosismo, crisis histéricas y agresividad.

"El estudio epidemiológico más completo data de 1997, y fue realizado sobre una muestra de 9.129 mujeres tomada de la base de datos nacional de Finlandia, estudio objetivo de los certificados de defunción de mujeres en edad reproductiva entre los años 1987 y 1994 que habían dado a luz o abortado en el año anterior a su muerte concluyeron que las mujeres que abortan tienen 4 veces más probabilidades de morir al año siguiente que las que tienen a sus hijos. Además,

---

<sup>15</sup> Joyce, "The Social and Economic Correlates of Pregnancy Resolution Among Adolescents in New York by Race and Ethnicity: A Multivariate Analysis," *Am. J. of Public Health*, 78(6):626-631 (1988); C. Tietze, "Repeat Abortions - Why More?" *Family Planning Perspectives* 10(5):286-288, (1978).

<sup>16</sup> Leach, "The Repeat Abortion Patient," *Family Planning Perspectives*, 9(1):37-39 (1977); S. Fischer, "Reflection on Repeated Abortions: The meanings and motivations," *Journal of Social Work Practice* 2(2):70-87 (1986); B. Howe, et al., "Repeat Abortion, Blaming the Victims," *Am. J. of Public Health*, 69(12):1242-1246, (1979). © Elliot Institute (Springfield, Illinois, EE. UU.) ACIPRENSA

las mujeres que dieron a luz tuvieron 50% menos probabilidad de morir que las que no tuvieron hijos. Este estudio confirma que el aborto es mucho más peligroso que llevar a término un embarazo, aunque este no sea deseado”<sup>17</sup>.

La Universidad de Baltimore (EE.UU.) descubrió que un 64% de las mujeres que habían abortado fueron posteriormente ingresadas en hospitales psiquiátricos, y la Real Academia de Obstetricia de Inglaterra anunció que el 59% de las madres (pues aunque aborte, la mujer sigue sintiéndose "madre") tienen probabilidades de padecer problemas psiquiátricos graves y permanentes después de un aborto”<sup>18</sup> (24). El informe de 1993 de la Asociación Española de Neuropsiquiatría titulado "Mujer y salud mental" que señalaba como rasgos de las mujeres que abortan más de una vez la inmadurez, la inestabilidad emocional, la sexualidad pasiva y dependiente, la aversión a los métodos anticonceptivos, los problemas de pareja, conflictos con los padres, mala auto imagen, vivencias negativas o traumáticas, y tendencia y rasgos de personalidad patológica: esquizofrenia, paranoia y psicopatía. Confrontando los datos oficiales, “el 25% de las mujeres que abortan cada año ya han abortado previamente. Según la OMS, "las mujeres con alguna señal indicativa de trastorno emocional corren mayor riesgo de graves desajustes mentales después del aborto”<sup>19</sup>.

Nuevos estudios confirman que las mujeres sufren graves efectos secundarios después de abortar. La primera víctima del aborto es el niño no nacido. Y durante años algunos grupos de mujeres y de activistas pro vida han llamado la atención sobre los efectos negativos en las mujeres implicadas.

En una investigación neozelandés, llevado a cabo por David Fergusson de la Escuela Christchurch de Medicinas y Ciencias de la Salud, estudio que se basaba en el seguimiento de 1.264 niñas, desde su nacimiento en los años setenta. De estos, el 41% de las mujeres que quedaron embarazadas a los 25 años de edad y el 14,6% abortó, de un total de 90 embarazos que se llevaron hasta el final. El estudio se publicó en el Journal of Child Psychology and Psychiatry.

A la edad de 25 años, el 42% de las que habían abortado también habían experimentado una importante depresión – un 35% más fuerte de aquellas que habían elegido continuar con su embarazo. El riesgo de desórdenes de ansiedad subió en igual grado. Y las mujeres que habían tenido al menos un aborto tenían un índice el doble de alto de beber alcohol a niveles peligrosos en comparación

---

<sup>17</sup> <http://www.agea.org.es/content/view/106/41/> El síndrome postaborto"nomassilencio.com/SPA/Que20es%20el%20SPA.htm-15k- investigacion@nomassilencio.com

<sup>18</sup> Journal of Child Psychology and Psychiatry", volume 47, nº 1, Enero 2006, pp. 16-24

<sup>19</sup> Journal of Child Psychology and Psychiatry", volume 47, nº 1, Enero 2006, pp. 16-24

con las que habían terminado sus embarazos. Las que habían abortado tenían tres veces más posibilidades de depender de drogas ilegales.”<sup>20</sup>.

Dentro de los esfuerzos que se han hecho para resolver el problema. El congresista pro-vida Joe Pitts presentó un proyecto de ley en el Congreso de Estados Unidos que busca ayudar a mujeres que han abortado y que con frecuencia sufren de depresión.

En una carta dirigida a los demás miembros del Congreso, Pitts explica la necesidad de aprobar esta norma y presenta además un informe sobre la depresión post aborto realizado en Nueva Zelanda, que concluye que la depresión y la tendencia suicida en las mujeres que han abortado es mayor que en las que no lo han hecho.

El estudio de un investigador neozelandés que se muestra abiertamente a favor del aborto, revela que el 78,6% de las jóvenes entre 15 y 18 años del país oceánico, que se ha sometido a un aborto, presenta síntomas de una depresión severa, en comparación al 31,2 por ciento de neozelandesas de la misma edad que también sufre de depresión pero no se ha practicado un aborto.

En el rango de las mujeres entre 21 y 25 años, el 27 por ciento de las que se sometieron a la práctica anti-vida tiene tendencias suicidas, mientras que solo el 8 por ciento de las que no lo han hecho también las presenta.

La norma busca proporcionar varios millones de dólares a la investigación del impacto emocional del aborto en las mujeres y crea un programa de 1,5 millones de dólares para atender a las mujeres que sufren de depresión post aborto.

2.1.1 El Síndrome Post-Aborto (SPA). Consiste en una serie de trastornos psicológicos y psicosomáticos que experimentan muchas mujeres a consecuencia de haber abortado.

El SPA suele aparecer tardíamente, pasados meses e incluso varios años desde que el aborto tuvo lugar; las manifestaciones más frecuentes son depresión, ansiedad, rabia, vergüenza, rechazo de sí misma y gran sentimiento de culpa. Si la mujer padecía algún trastorno mental previo o bien tenía una cierta predisposición a padecerlo, el aborto suele agravarlo o desencadenarlo.

Estas alteraciones básicas, afectan la vida cotidiana de la mujer y se concretan de múltiples formas, perjudicando e interfiriendo en sus relaciones interpersonales (especialmente las conyugales o de pareja), su capacidad de trabajo o estudio, el interés por las cosas y por las otras personas, etc.

---

<sup>20</sup> <http://es.catholic.net/psicologoscaticos/348/2330/articulo.php?id=30781>

También favorecen ciertas actitudes anormales como: auto-aislamiento, apatía, indiferencia, trastornos de la conducta alimentaria (anorexia o bulimia), conducta autodestructiva (tendencia suicida, abuso de alcohol y drogas), estado hiperalerta (sensación de estar permanentemente amenazada, en peligro, de modo que se vuelven mucho más susceptibles e irritables), comportamiento esquivo con los niños, maltrato infantil, dificultad para establecer un vínculo apropiado con los propios hijos, promiscuidad, automutilación (histerectomía, ligadura de trompas), tendencia a establecer relaciones abusivas (en las que resultan maltratadas), búsqueda de sobre compensación profesional, etc.

2.1.1.1 Factores de riesgo para sufrir el síndrome post-aborto. No todas las mujeres que abortan experimentan el SPA ni todas las que lo padecen, sufren las mismas alteraciones ni en el mismo grado. Es difícil determinar a priori qué mujeres lo padecerán y cuáles no, pero sí se ha podido identificar ciertos factores que incrementan el riesgo de padecerlo:

- Ser adolescente
- Sufrir el aborto en el 2º o 3º trimestre de gestación
- Presentar antecedentes de enfermedades o alteraciones psicológicas previas al aborto.
- Haber sido presionada a abortar por terceras personas (pareja, padres, tutores, jefe del trabajo,...)
- Que el aborto vaya en contra de creencias o convicciones morales.
- Que se aborte con la esperanza de que de este modo se salvaguarda la salud psicológica.

2.1.2 Aborto espontáneo. Son los que se producen sin la intervención de la paciente, ni de otras personas, así como el empleo de medicamentos o instrumentos quirúrgicos o cualquier otra medida. Se conoce como aborto natural ya que no es la mujer quien toma la decisión de abortar por lo contrario interviene otros factores.

El aborto espontáneo se encuentra clasificado en preclínicos, los cuales se producen antes de que sea posible el diagnóstico del embarazo, se presenta generalmente a las dos semanas siguientes de la fecundación, o los clínicos los cuales son reconocidos clínicamente, requieren atención médica se producen

generalmente en el primer trimestre de embarazo y en algunos casos pasado esto.

Los abortos espontáneos se deben en la mayoría de los casos a alteraciones cromosómicas, malformaciones, causas maternas (anatomía, enfermedad), enfermedad hereditaria, patológicas o deficiencias orgánicas, síndromes de deficiencia mental. Alteraciones patológicas de placenta, cordón umbilical, útero o la dilatación prematura del cuello uterino, lo cual hace incapaz de retener en óptimas condiciones el feto.

#### 2.1.2.1 Clases de aborto espontáneo.

Podemos mencionar las siguientes clases

- Amenaza de aborto: se caracteriza por la presencia de hemorragias y espasmos o contracciones uterinas durante las primeras 20 semanas de embarazo, por lo general puede controlarse con tratamiento médico adecuado
- Aborto inevitable: se acompaña de un dolor intolerable o de una hemorragia que amenaza el bienestar de la madre, requiere tratamiento quirúrgico.
- Aborto incompleto: se produce cuando se elimina parte de los productos de la concepción, se requiere acudir al aborto terapéutico, por inminente infección.
- Aborto completo: cuando se elimina todo el producto de la concepción de un momento a otro, muchas veces no requiere tratamiento médico.
- Aborto séptico: cuando el contenido del útero queda infectado antes, durante o después de practicarlo.
- Aborto habitual o de repetición: se caracteriza por tres o más embarazos consecutivos que terminan por un aborto espontáneo.

2.1.3 Depresión. Estado emocional patológico caracterizado por sentimientos exagerados de tristeza, melancolía, abatimiento, disminución de la autoestima, vacío y desesperanza que no responde a una causa real explicable. Las manifestaciones son muy variables y va desde una falta ligera de motivación e incapacidad de concentración hasta alteraciones fisiológicas graves de las funciones corporales y puede corresponder a diferentes síntomas de diversas enfermedades físicas y mentales, un complejo síndrome asociado a una enfermedad en particular a un trastorno mental específico.

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

Si bien su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una Versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala.

Se realizó en 1986 por Ramos-Brieva. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas, como ambulatorios.

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo:

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23

Esta escala también permite la evaluación de la respuesta al tratamiento, después de diagnosticada la depresión, se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual del 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial Como una disminución entre el 25-49% y una no respuesta como una reducción de Menos del 25%. La remisión se ha considerado con una puntuación menor o igual a 7, aunque hay resultados que apoyan que este punto de corte debería de tener un valor más bajo.

(Ver anexo B)

2.1.5 Escala Abreviada de Zung. La escala de Zung para depresión se diseñó para determinación de severidad de un episodio depresivo mayor (EDM) en pacientes psiquiátricos hospitalizados y se publicó en 1965. Sin embargo, la escala se ha utilizado como instrumento de identificación de posibles casos de Episodio Depresivo Mayor en personas hospitalizadas por enfermedades médicas y en la población general

La escala de Zung para la depresión es un instrumento que diligencia la propia persona y que consta de 20 componentes. Explora síntomas relacionados con la presencia de un episodio depresivo mayor y presenta un patrón de respuesta ordinal de cuatro opciones. Esta escala ha mostrado propiedades psicométricas aceptables en diferentes poblaciones clínicas y no clínicas. Sin embargo, se han propuesto versiones con un menor número de componentes. Estas versiones, abreviadas, se diseñaron con el propósito de tamizar el trastorno depresivo grave en adultos mayores. Se consideró que un número menor de componentes minimizaba el sesgo de respuesta relacionado con el cansancio que podía producir un instrumento de mayor longitud, y naturalmente reducía el tiempo dedicado a dar las respuestas

La escala de Zung para la depresión consta de 20 componentes que indagan la presencia de síntomas durante las dos semanas previas. Es una escala en la que cada componente presenta cuatro opciones de respuesta: nunca, a veces, casi siempre y siempre. A cada componente se le da una puntuación de uno a cuatro, 50,0% en sentido positivo y 50,0% en sentido inverso. La puntuación total puede oscilar entre 20 y 80 con un punto de corte de 40 para los síntomas depresivos de importancia clínica

Se concluye que la escala abreviada de Zung para la depresión es un instrumento con una alta sensibilidad, una buena especificidad, una excelente consistencia interna y una importante homogeneidad. Esta escala abreviada y validada, con el rendimiento establecido, determina que en condiciones de baja prevalencia, un puntaje inferior a 20 puntos virtualmente descarta la existencia de un episodio depresivo mayor.

La escala abreviada de Zung que utilizamos para la realización de nuestro proyecto, consta de 10 ítems, escala que se fundamenta mediante la aprobación de un estudio realizado en el año 2005 titulado “Propuesta de una versión abreviada de la escala de Zung para depresión”

En el cual se encontró que 10 de las 20 preguntas de la versión original de EZ-D tamizaban con igual certidumbre a los pacientes que la versión completa.

(Ver Anexo C)

**2.1.6 Historia Clínica Psiquiátrica.** La historia clínica psiquiátrica podríamos definirla como el registro completo realizado de forma confidencial a todo tipo de paciente psiquiátrico que atendemos por primera vez; en donde establecemos un diálogo de tal forma que se entienda, conozca y comprenda al enfermo, generando así una relación médico-paciente de considerable valor terapéutico.

La historia clínica junto a la anamnesis familiar y la psicobiografía condicionan la vida del paciente. La enfermedad actual es resumen y consecuencia de lo anterior. Todo ello unido a los diferentes tipos de exploraciones, psicopatológica y

somática, a las pruebas complementarias, diagnóstico y adecuado tratamiento, conformarán los principales apartados de una completa historia de nuestro enfermo psiquiátrico. Sin olvidar la importancia de los antecedentes (somáticos, psicosomáticos y psiquiátricos) sean o no patológicos.

## ESTRUCTURACION DE LA HISTORIA CLINICA PSIQUIATRICA

### ➤ Anamnesis

Es donde se recogen datos de filiación, motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, historia de la enfermedad actual. Sin embargo, este esquema varía de acuerdo con las diferentes instituciones psiquiátricas e incluso con las distintas modalidades del terapeuta según sea conductista, psicoanalista o biólogo.

#### Datos de filiación e identificación del paciente

Nombre, edad, sexo, estado civil, lugar de origen y de residencia, estudios realizados, profesión, situación laboral y socioeconómica, religión, previsión. (Importante consignar la fecha de la entrevista).

#### Motivo de consulta

Lo que en realidad ha ocasionado que el paciente haya acudido a nuestro servicio. Si se rellena con las palabras del propio paciente sabremos cómo ha percibido los acontecimientos ya que su familia puede considerar el problema de forma diferente.

#### Enfermedad actual

Desde el momento en que aparecieron los primeros síntomas actuales, especificando la tipología, duración e intensidad de los mismos y cómo han evolucionado con el paso del tiempo, si cursaron con mejoría espontánea, si ha precisado o no asistencia psiquiátrica previa, si ha recibido tratamiento psicofarmacológico (anotar el tipo de psicofármacos) y el efecto producido (tanto terapéutico como secundarios o indeseables).

Hay que intentar precisar cuándo fue la última vez que el paciente se sintió medianamente estable y duración aproximada de este periodo asintomático.

También debe indagarse sobre la personalidad previa a la aparición de la enfermedad, de qué forma se han visto afectadas sus actividades cotidianas y sus relaciones personales, en definitiva, valorar si ha habido o no ruptura en su psicobiografía.

En el caso de que hubiera episodios anteriores, evaluar si fueron o no similares al actual.

### Antecedentes personales

Además de estudiar la enfermedad actual del paciente y su situación vital actual, es necesario conocer lo acaecido desde su nacimiento hasta la actualidad. La historia personal se suele dividir en tres grandes partes: Período del desarrollo, infancia tardía y vida adulta.

### Período del desarrollo

#### a. Historia prenatal y perinatal:

Se analiza la situación familiar en que nació el paciente, si el embarazo fue deseado y planeado, el estado emocional de la madre durante el embarazo, si hubo patología materna o fetal durante la gestación, tipo de parto, condición del niño al nacer (si se puede, consignar el APGAR).

#### b. Primera infancia (desde el nacimiento hasta los tres años):

Se debe investigar sobre la calidad de la interacción madre-hijo durante el desarrollo psicomotor del niño (durante el aprendizaje del comer, control de esfínteres, etc.), y la existencia de problemas en esta área. Debe analizarse sobre el entorno familiar del infante, condiciones socioeconómicas, relación con sus padres y hermanos, etc. La personalidad emergente del niño es de crucial importancia, deben recopilarse datos además de su capacidad de concentración, de tolerancia a la frustración o de posponer gratificaciones, etc. En resumen, deben explorarse fundamentalmente las áreas de: Hábitos de alimentación, desarrollo temprano, síntomas de problemas de comportamiento, personalidad infantil, fantasías o sueños primeros o recurrentes.

#### c. Infancia media (de 3 a 11 años):

Se deben evaluar factores tan importantes como identificación del sexo, los castigos habituales en casa y las personas que ejercían la disciplina e influyeron en la formación de la conciencia temprana. Se deben consignar las primeras experiencias escolares, cómo le afectó la separación con la madre. Preguntar sobre las primeras amistades y relaciones personales. Dentro de la relación escolar se deben describir los patrones tempranos de asertividad, impulsividad, agresividad, pasividad, ansiedad o conducta antisocial. También es importante la historia del aprendizaje de la lectura y del desarrollo de otras habilidades intelectuales y motoras. Debe explorarse a la vez la presencia de pesadillas, fobias, enuresis, masturbación excesiva.

### Infancia Tardía

En esta etapa el individuo empieza a desarrollar la independencia de los padres mediante otras relaciones con amigos. Se deben establecer los valores de los

grupos sociales del paciente y determinar si los padres eran o no figuras idealizadas. Debe explorarse la vida escolar del paciente, su participación en actividades de grupo, relaciones con compañeros y profesores. Debe preguntarse por hobbies, áreas de interés, etc. También es importante averiguar sobre el desarrollo de la identidad y de la vida sexual del sujeto. En resumen no se pueden pasar por alto las siguientes áreas: Relaciones sociales, historia escolar, desarrollo cognoscitivo y motor, problemas físicos y emocionales y sexualidad.

### Edad adulta

Debe consignarse la historia ocupacional del paciente, la formación y prácticas requeridas, los conflictos relacionados con el trabajo, y las ambiciones y objetivos a largo plazo. Se debe explorar los sentimientos que tiene con respecto a su trabajo actual, las relaciones con compañeros, jefes o empleados, y describir la historia laboral (número y duración de los trabajos que ha tenido).

También es importante preguntarle por las relaciones de pareja, su historia marital, la religión que posee, sus actividades sociales, su situación vital actual, la historia legal, sexual y familiar, y finalmente sobre sus proyecciones futuras en todos los ámbitos, sus sueños y fantasías.

### Antecedentes mórbidos personales

Se reflejarán las enfermedades médicas y/o psiquiátricas previas y la psicobiografía del paciente.

El conocimiento de la historia natural de las afecciones psiquiátricas y su relación con la edad y los posibles síntomas es importante, dado que ciertos trastornos suelen iniciarse solapadamente antes de que manifiesten la sintomatología clásica que los clasifique como auténtica enfermedad psiquiátrica.

Los episodios previos, en especial los relacionados con acontecimientos vitales, pueden ser considerados por el paciente de escasa importancia, por lo que debe insistirse en ellos de forma más directiva debido a que difícilmente nos los relatará de forma espontánea; la frecuencia y duración de estos episodios, la edad a la que el paciente fue visto por primera vez por un psiquiatra, lugar de asistencia (urgencias, consulta, hospitalización), intervalo mayor entre los episodios en que el paciente se mantuvo estable con o sin tratamiento, nos ayudarán para la posterior elaboración del diagnóstico y tratamiento.

Del mismo modo debe investigarse respecto a enfermedades físicas, intervenciones quirúrgicas, accidentes, o bien si ha precisado hospitalización por cualquier otra causa, ya que pueden constituir acontecimientos vitales desencadenantes de alteraciones psiquiátricas (trastornos adaptativos, depresiones reactivas, somatizaciones, etc.).

Hábitos: Se deben dejar consignado claramente los medicamentos que consume el paciente, hayan sido prescritos o no por algún facultativo y su forma de administración, por su posible repercusión en la sintomatología psiquiátrica (antihipertensivos, anticonceptivos, analgésicos, etc.).

También es de vital importancia interrogar sobre el uso y abuso de sustancias, tales como tabaco, alcohol y drogas de toda índole, consignando cantidad, tiempo de uso y efectos que le producen.

#### Antecedentes familiares

Se recogen los datos de parentesco referidos a su origen familiar y núcleo familiar actual. Así mismo, es de considerable importancia indagar sobre historia de suicidios anteriores, motivo y consumación o no de los mismos, y la posible existencia de trastornos psiquiátricos (alteraciones afectivas, retraso mental, comportamientos extraños, etc.) en alguno de los miembros de la familia.

Se debe tener en cuenta que reconocer el padecimiento de una enfermedad psiquiátrica o el suicidio de algún familiar supone una carga emocional intensa para el paciente e incluso para la propia familia que pueden motivar encubrir el evento y expresarse de formas similares a las siguientes: "no sabemos bien como fue", "murió en circunstancias extrañas", con el objetivo de eludir la respuesta.

#### Antecedentes mórbidos familiares

Se debe constatar las patologías mórbidas y psiquiátricas de familiares cercanos y además si ha habido historia de ingresos o institucionalización de alguno de ellos. Se debe preguntar sobre existencia de problemática alcohólica o de consumo de otras sustancias tóxicas en el ámbito familiar.

#### ➤ Exploración psicopatológica

También conocida como examen mental, es la parte de la valoración clínica que describe la suma total de observaciones e impresiones del médico acerca del paciente, en el momento preciso de la entrevista, ya que se debe considerar que el estado mental del sujeto puede variar de un momento a otro.

Se debe describir el estado mental del paciente, y para ello es importante tener un esquema ordenado, que se ajusta de acuerdo a las condiciones de la entrevista, pero que de todas formas debe ser completo.

Esquema modelo para el examen del estado mental:

#### I. Descripción general

- **Aspecto:** Se debe describir el aspecto general del paciente y la impresión física general, postura, porte, vestimenta y aseo.

- Conducta explícita y actividad psicomotora: Se refiere tanto a aspectos cuantitativos como cualitativos de la conducta motora, así como los signos físicos de ansiedad.

- Actitud: La actitud del paciente hacia el examinador se describe en términos de: Cooperador, amable, hostil, interesado, franco, o cualquier otro adjetivo que pueda ser útil. Se debe consignar el nivel de contacto que se consigue establecer.

## II.- Humor y afectividad

- Humor: Se define como la emoción persistente y constante que exhibe la percepción del mundo del paciente

- Afecto: Es la respuesta emocional del paciente en el momento presente, incluida la cantidad y el rango de conducta expresiva.

- Grado de adecuación al afecto: Es el grado de adecuación de las respuestas emocionales del paciente en el contexto del tema que se está comentando.

## III.- Características del lenguaje

Se describen las características físicas del lenguaje, en cuanto a cantidad, tasa de producción y calidad.

## IV.- Percepción

Se debe consignar cualquier alteración sensoperceptiva, describiendo cuál es el sentido afectado y el contenido de la experiencia alucinatoria o ilusoria. También son importantes las circunstancias que ocurren en la experiencia alucinatoria y el momento preciso en que ocurren.

## V.- Contenido del pensamiento y tendencias mentales

- Proceso del pensamiento: Se refiere a la forma del pensar, puede mostrar sobreabundancia como pobreza de ideas, deben consignarse las asociaciones de ideas y la continuidad de ellas.

- Contenido del pensamiento: Se deben pesquisar alteraciones de contenido, como delirios, obsesiones, fobias, planes, intenciones, ideas recurrentes, etc.

- Control del pensamiento.

## VI.- Sensorio y cognición

Busca valorar la función orgánica cerebral del paciente.

- **Conciencia:** Se refiere a la capacidad de darse cuenta de sí mismo y del entorno. Es muy importante su exploración porque influye considerablemente en el resto del examen mental.
- **Orientación y memoria:** Se debe explorar la orientación temporal, espacial, la orientación auto y alopsíquica. Se debe investigar sobre la memoria remota, reciente, de fijación y sus alteraciones.
- **Concentración y atención:** Se refiere al esfuerzo en centrarse en una determinada parte de la experiencia y la concentración.
- **Lectura y escritura**
- **Capacidad visuoespacial**
- **Pensamiento abstracto:** Capacidad para manejar conceptos, se utilizan test de similitudes, diferencias y refranes.
- **Información e inteligencia:** Se utiliza test como el Mini Mental para objetivar este punto.

## VII.- Impulsividad

Se evalúa el control de los impulsos, para asegurarse de que reconoce las conductas sociales básicas.

## VIII.- Juicio e introspección

El juicio se refiere a la capacidad del paciente de medir las consecuencias de sus actos y la introspección es el grado de conciencia y de comprensión del paciente sobre el hecho de sentirse enfermo.

Con la valoración del estado mental obtenemos entonces una imagen precisa del estado emocional, funcionamiento y capacidad mental del paciente.

### ➤ Impresión diagnóstica

Una vez recogida y ordenada la exhaustiva información aportada por la anamnesis, las pruebas psicológicas y somáticas y por la exploración psicopatológica, debemos "comprender, explicar, analizar e interpretar" para establecer un diagnóstico inicial; de ahí que no seamos concluyentes, puesto que

dependiendo de la evolución posterior del paciente se podrá modificar para encaminarnos a la elaboración de un diagnóstico definitivo.

Asimismo, en ocasiones nos enfrentamos a la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial entre dos o tres orientaciones diagnósticas debido a la complejidad de la sintomatología, que se confirmarán con el paso del tiempo y las posteriores revisiones.

En el caso de que haya habido hospitalizaciones previas, no debemos circunscribirnos exclusivamente al diagnóstico inicial sino que se debe analizar cuidadosamente el episodio actual para evaluar si se trata o no de la misma sintomatología o bien corresponde a un nuevo diagnóstico al que debemos realizar una modificación en su tratamiento de base.

#### ➤ Evolución

Se reflejará en el consecuente proceso evolutivo. En las sucesivas entrevistas debe valorarse si la evolución es favorable o no, si precisa administración de fármacos o requiere controles periódicos.

(Ver Anexo A)

## 2.2 MARCO CONCEPTUAL

**ABORTO.** Es la terminación del embarazo por cualquier motivo antes de que el feto esté lo suficientemente desarrollado para sobrevivir.

**DIAGNÓSTICO:** Es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier condición de salud-enfermedad (el "estado de salud" también se diagnostica).

**ESTADO MENTAL:** Es la manera como se conoce, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida

**ETICA.** Es la ciencia que fundamenta el comportamiento moral del ser humano para adecuarlo al bien del universo, la sociedad y el individuo

**INCIDENCIA:** Es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado. Las dos medidas de incidencia más usadas son la incidencia acumulada y la tasa de incidencia, también denominada densidad de incidencia

**FACTORES DE RIESGO:** Es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido

**FRECUENCIA:** Es una medida que se utiliza generalmente para indicar el número de repeticiones de cualquier fenómeno o suceso periódico en la unidad de tiempo

**LEY.** Es una norma jurídica dictada por el legislador. Es decir, un precepto establecido por la autoridad competente, en que se manda o prohíbe algo en consonancia con la justicia. Su incumplimiento trae aparejada una sanción

**MORAL.** La moral es un consenso entre personas que pertenecen a un determinado tiempo, por eso se habla de una moral primitiva, moral antigua, moral feudal, moral burguesa, moral de la modernidad

**PREVENCION:** Conjunto de procesos que estimulan el desarrollo humano y que con ello tratan de evitar la aparición y proliferación de problemas socialmente relevantes

**SINDROME:** Es un cuadro clínico o conjunto sintomático que presenta alguna enfermedad con cierto significado y que por sus características posee cierta identidad; es decir, un grupo significativo de síntomas y signos (datos semiológicos), que concurren en tiempo y forma, y con variadas causas o etiologías

**SUICIDIO:** Es el acto de quitarse la propia vida

## 2.3 MARCO CONTEXTUAL

**2.3.1 Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.** Es una organización de la red pública de nivel III de la región, funciona desde el 15 de diciembre de 1975 y en octubre de 1990, mediante resolución del ministerio de salud N° 14676. Es clasificado como un organismo para atención de nivel III a partir del 10 de diciembre de 1994; se constituye en una empresa social del estado por ordenanza 067 expedida en la asamblea departamental de Nariño, proyectándose con los avances de la ciencia, la tecnología y la gerencia moderna a la comunidad del sur occidente del país.

Enmarca su accionar actuar, circunscrito al entorno del sistema de seguridad social en salud, fortaleciendo su estructura organizacional y empresarial frente al reto de este milenio enfocado hacia en tercer y cuarto nivel de complejidad.

Actualmente el Hospital Departamental de Nariño E.S.E cambia su razón social, por Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

## 2.4 MARCO LEGAL

El aborto en Colombia es legal según el código penal en los artículos de 2008

11 de mayo de 2006

Bogotá, Colombia – Un fallo de la Corte Constitucional, cuyo ponente fue el magistrado Jaime Araújo Rentería, eliminó la pena de uno a tres años que el Código Penal contemplaba para quien se practicara un aborto. La votación fue de cinco votos a favor y tres en contra.

La despenalización se aplica en tres casos especiales: cuando la mujer haya sido objeto de violación, cuando haya una malformación grave en el feto o cuando el embarazo revista riesgo para la madre. En esos tres casos, el Código Penal preveía una reducción de las tres cuartas partes de la condena

### 3. ANALISIS DE RESULTADOS

Posterior a la adecuada recolección de datos mediante la historia clínica mental, y las escalas de Hamilton y abreviada de Zung a las 20 pacientes, se procedió al ingreso de los mismos en la base de datos de epi info, en la que arrojó los siguientes resultados:




Tabla 1: Resultados de las tres herramientas, puntaje y diagnóstico

N° Paciente	Edad	Estado civil	Historia Clínica Psiquiátrica		Escala De Hamilton				Escala abreviada de Zung			
			Diagnostico		Puntaje Y Diagnostico				Puntaje Y Diagnostico			
			Ingreso	Control	Ingreso	Control			Ingreso	Control		
1	23	unión libre	Episodio depresivo	No depresión	12	Depresión menor	7	No depresión	16	No depresión	15	No depresión
2	24	unión libre	No depresión	No depresión	7	No depresión	2	No depresión	15	No depresión	14	No depresión
3	21	unión libre	No depresión	No depresión	10	No depresión	6	No depresión	17	No depresión	14	No depresión
4	16	soltera	Episodio depresivo	No depresión	9	Depresión menor	4	No depresión	18	No depresión	14	No depresión
5	23	soltera	Episodio depresivo	No depresión	11	Depresión menor	7	No depresión	18	No depresión	16	No depresión
6	21	soltera	No depresión	No depresión	1	No depresión	0	No depresión	13	No depresión	12	No depresión
7	21	unión libre	No depresión	No depresión	0	No depresión	6	No depresión	13	No depresión	13	No depresión
8	19	soltera	No depresión	No depresión	0	No depresión	3	No depresión	12	No depresión	12	No depresión
9	24	unión libre	No depresión	No depresión	1	No depresión	4	No depresión	13	No depresión	14	No depresión
10	23	soltera	No depresión	No depresión	0	No depresión	2	No depresión	11	No depresión	12	No depresión
11	18	soltera	Episodio depresivo	Episodio depresivo	11	Depresión menor	3	No depresión	22	Depresión menor	19	No depresión
12	16	soltera	Episodio depresivo	No depresión	10	No depresión	2	No depresión	21	Depresión menor	21	Depresión menor
13	22	soltera	No depresión	No depresión	6	No depresión	5	No depresión	16	No depresión	18	No depresión
14	21	soltera	Episodio depresivo	No depresión	12	No depresión	1	No depresión	15	No depresión	16	No depresión
15	16	soltera	No depresión	No depresión	3	No depresión	0	No depresión	19	No depresión	14	No depresión
16	19	Soltera	No depresión	No depresión	6	No depresión	2	No depresión	19	No depresión	14	No depresión
17	19	soltera	No depresión	No depresión	6	No depresión	4	No depresión	15	No depresión	16	No depresión

18	21	soltera	No depresión	No depresión	5	No depresión	3	No depresión	14	No depresión	15	No depresión
19	34	Soltera	No depresión	No depresión	5	No depresión	5	No depresión	17	No depresión	17	No depresión
20	38	casada	No depresión	No depresión	6	No depresión	2	No depresión	16	No depresión	15	No depresión

Fuente: esta investigación

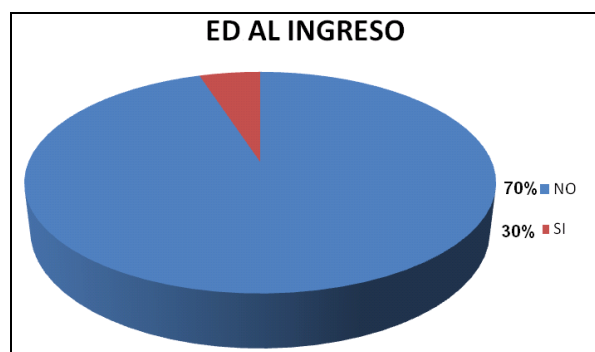
Tabla 2. Episodio depresivo al ingreso en mujeres que consultaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnostico de aborto.

EPISODIO DEPRESIVO AL INGRESO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
NO	14	70,0%	70,0%	
SI	6	30,0%	100,0%	
Total	20	100,0%	100,0%	

Fuente: esta investigación

Del 100% de las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología de HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnostico de aborto.; 30% de ellas presentaron episodio depresivo a su ingreso.

Gráfica 1. Episodio depresivo al ingreso en mujeres que ingresaron al servicio de ginecología de HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnostico de aborto.



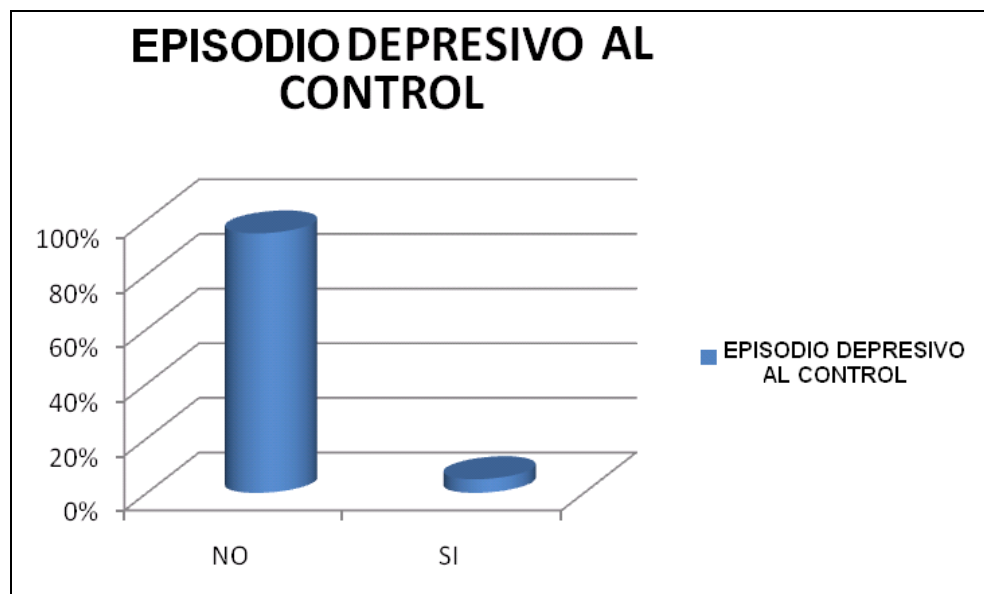
Fuente: esta investigación

Tabla 3. Episodio depresivo al **control**, en mujeres que consultaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnostico de aborto.

EPISODIO DEPRESIVO AL CONTROL	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
NO	19	95,0%	95,0%	
SI	1	5,0%	100,0%	
Total	20	100,0%	100,0%	

Fuente: esta investigación

Gráfica 2. Episodio depresivo al control en mujeres que ingresaron al servicio de ginecología de HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnostico de aborto.



Fuente: esta investigación

Del 100% de las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología de HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnostico de aborto. 5% de ellas presentaron episodio depresivo al control realizado a los tres meses.

Tabla 4. Distribución de mujeres que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN con diagnóstico de aborto en relación al apoyo familiar.

APOYO FAMILIAR	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
NO	2	10,0%	10,0%	
SI	18	90,0%	100,0%	
Total	20	100,0%	100,0%	

Fuente: esta investigación

Del 100% de las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología de HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnóstico de aborto. el 90% de ellas cuentan con apoyo familiar.

Tabla 5. Distribución de mujeres que ingresaron al servicio de ginecología en el HUDN con diagnóstico de aborto en relación con el consumo de sustancias psicoactivas.

CONSUMO DE SUSTANCIAS SICOACTIVAS	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
NO	19	95,0%	95,0%	
SI	1	5,0%	100,0%	
Total	20	100,0%	100,0%	

Fuente: esta investigación

Del 100% de las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología de HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnóstico de aborto el 5% de ellas tienen el antecedente de consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla 6. Distribución de mujeres que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN con diagnóstico de aborto en relación a la edad.

EDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
16	2	10,0%	10,0%	
17	1	5,0%	15,0%	
18	1	5,0%	20,0%	
19	3	15,0%	35,0%	
21	5	25,0%	60,0%	
22	1	5,0%	65,0%	
23	2	10,0%	75,0%	
24	3	15,0%	90,0%	
34	1	5,0%	95,0%	
38	1	5,0%	100,0%	
Total	20	100,0%	100,0%	

Fuente: esta investigación

Del 100% de las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología de HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnóstico de aborto. el 35% de ellas se encuentran entre edades de 15 a 20 años de edad; el 55% se encuentran entre edades de 20 a 25 años de edad y el 10% se encuentran en edades superiores a 25 años.

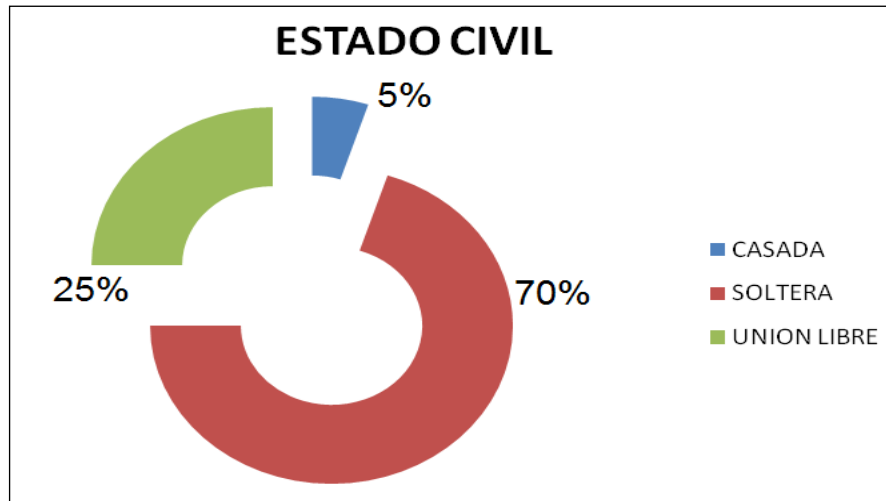
Tabla 7. Estado civil de mujeres que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnóstico de aborto.

ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
CASADA	1	5,0%	5,0%	
SOLTERA	14	70,0%	75,0%	
UNION LIBRE	5	25,0%	100,0%	
Total	20	100,0%	100,0%	

Fuente: esta investigación

Del 100% de las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología de HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnóstico de aborto. el 70% de ellas son solteras.

Gráfica 3. Estado civil de mujeres que asistieron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnostico de aborto.



Fuente: esta investigación

Tabla 8. Nivel educativo mujeres que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnostico de aborto.

NIVEL EDUCATIVO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
NINGUNO	1	5,0%	5,0%	<div style="width: 5%; height: 10px; background-color: yellow;"></div>
PRIMARIA COMPLETA	1	5,0%	10,0%	<div style="width: 10%; height: 10px; background-color: yellow;"></div>
PRIMARIA INCOMPLETA	1	5,0%	15,0%	<div style="width: 15%; height: 10px; background-color: yellow;"></div>
SECUNDARIA COMPLETA	3	15,0%	30,0%	<div style="width: 30%; height: 10px; background-color: yellow;"></div>
SECUNDARIA INCOMPLETA	5	25,0%	55,0%	<div style="width: 55%; height: 10px; background-color: yellow;"></div>
UNIVERSIDAD INCOMPLETA	9	45,0%	100,0%	<div style="width: 100%; height: 10px; background-color: yellow;"></div>
Total	20	100,0%	100,0%	<div style="width: 100%; height: 10px; background-color: orange;"></div>

Fuente: esta investigación

Del 100% de las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología de HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnostico de aborto el 45% de ellas se encuentran estudiando en pregrado.

Tabla 9. Nivel socio económico de las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnostico de aborto.

NIVEL SOCIOECONOMICO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
BAJO	4	20,0%	20,0%	
MEDIO	16	80,0%	100,0%	
Total	20	100,0%	100,0%	

Fuente: esta investigación

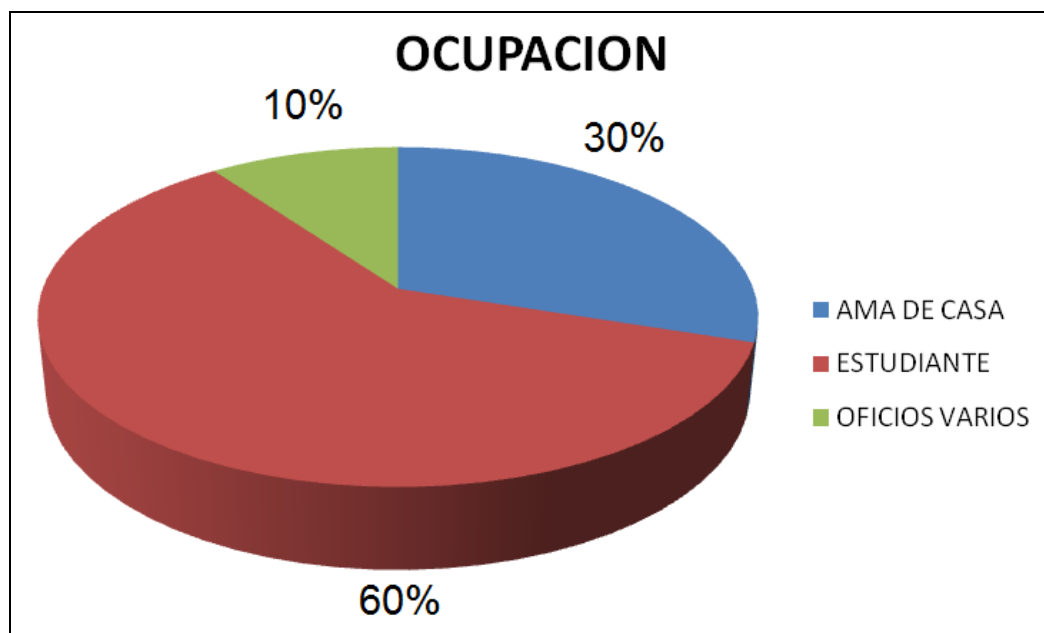
Del 100% de las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología de HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnostico de aborto. el 80% de ellas tienen nivel socioeconómico medio.

Tabla 10. Ocupación de las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnostico de aborto.

OCUPACION	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
AMA DE CASA	6	30,0%	30,0%	
ESTUDIANTE	12	60,0%	90,0%	
OFICIOS VARIOS	2	10,0%	100,0%	
Total	20	100,0%	100,0%	

Fuente: esta investigación

Grafica 4. Ocupación de las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnostico de aborto.



Fuente: esta investigación

Del 100% de las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología de HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnostico de aborto el 60% de ellas son estudiantes.

Tabla 11. Planificación familiar en las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnostico de aborto.

PLANIFICACION FAMILIAR	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
NO	13	65,0%	65,0%	<div style="width: 65%; background-color: yellow;"></div>
SI	7	35,0%	100,0%	<div style="width: 35%; background-color: yellow;"></div>
Total	20	100,0%	100,0%	<div style="width: 100%; background-color: orange;"></div>

Fuente: esta investigación

Del 100% de las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología de HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnostico de aborto el 35% de ellas se encontraban planificando y quedaron en embarazo.

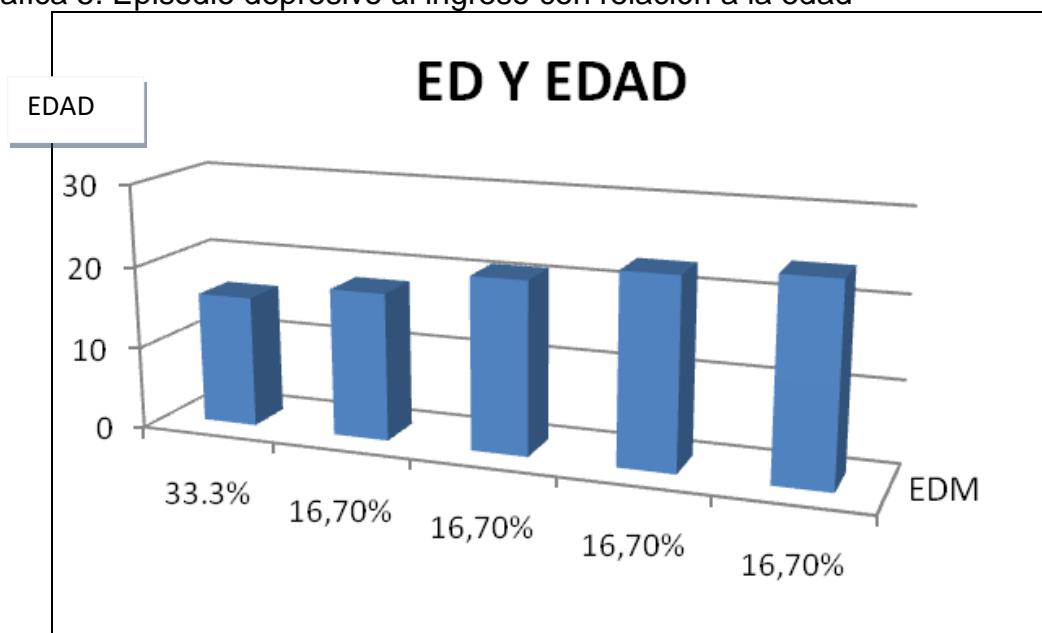
CRUCE DE VARIABLES: De las mujeres con diagnóstico de depresión en relación a las variables individuales.

Tabla 12. Episodio depresivo al ingreso con relación a la edad de las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnóstico de aborto.

EDAD											
EPIBODIO DEPRESIVO AL INGRESO	16	17	18	19	21	22	23	24	34	38	TOTAL
NO	0	1	0	3	4	1	1	2	1	1	14
% Fila	0,0	7,1	0,0	21,4	28,6	7,1	7,1	14,3	7,1	7,1	100,0
% Columna	0,0	100,0	0,0	100,0	80,0	100,0	50,0	66,7	100,0	100,0	70,0
SI	2	0	1	0	1	0	1	1	0	0	6
% Fila	33,3	0,0	16,7	0,0	16,7	0,0	16,7	16,7	0,0	0,0	100,0
% Columna	100,0	0,0	100,0	0,0	20,0	0,0	50,0	33,3	0,0	0,0	30,0
TOTAL	2	1	1	3	5	1	2	3	1	1	20
% Fila	10,0	5,0	5,0	15,0	25,0	5,0	10,0	15,0	5,0	5,0	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: esta investigación

Grafica 5. Episodio depresivo al ingreso con relación a la edad



Fuente: esta investigación

Según la grafica anterior, del 100% de las mujeres con depresión post-aborto que ingresaron al servicio de ginecología de HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnostico de aborto 33,3% de las pacientes tienen 16 años

Tabla 13. Episodio depresivo en relación al apoyo familiar en las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnostico de aborto.

APOYO FAMILIAR Y/O CONYUGAL			
EPISODIO DEPRESIVO AL INGRESO	NO	SI	TOTAL
NO	2	12	14
% Fila	14,3	85,7	100,0
% Columna	100,0	66,7	70,0
SI	0	6	6
% Fila	0,0	100,0	100,0
% Columna	0,0	33,3	30,0
TOTAL	2	18	20
% Fila	10,0	90,0	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

Fuente: esta investigación

Según la anterior tabla, de las mujeres con depresión post-aborto que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN el 100% de ellas recibieron apoyo familiar y/o conyugal.

Tabla 14. Episodio depresivo en relación al consumo de sustancias psicoactivas en las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnostico de aborto.

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS			
EPISODIO DEPRESIVO AL INGRESO	NO	SI	TOTAL
NO	14	0	14
% Fila	100,0	0,0	100,0
% Columna	73,7	0,0	70,0
SI	5	1	6
% Fila	83,3	16,7	100,0
% Columna	26,3	100,0	30,0
TOTAL	19	1	20
% Fila	95,0	5,0	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

Fuente: esta investigación

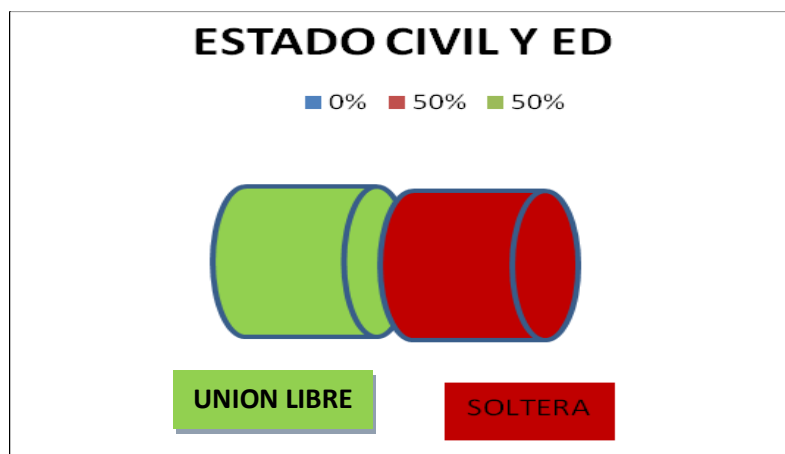
Según la anterior tabla, del 100% de las mujeres con depresión post-aborto que ingresaron al servicio de ginecología de HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnostico de aborto el 83.3% de ellas no consumen sustancias psicoactivas.

Tabla 15. Episodio depresivo en relación con el estado civil en las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnostico de aborto.

ESTADO CIVIL				
EPISODIO DEPRESIVO AL INGRESO	CASADA	SOLTERA	UNION LIBRE	TOTAL
NO	1	11	2	14
% Fila	7,1	78,6	14,3	100,0
% Columna	100,0	78,6	40,0	70,0
SI	0	3	3	6
% Fila	0,0	50,0	50,0	100,0
% Columna	0,0	21,4	60,0	30,0
TOTAL	1	14	5	20
% Fila	5,0	70,0	25,0	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: esta investigación

Grafica 6. Episodio depresivo al ingreso con relación con el estado civil



Fuente: esta investigación

Del 100% las mujeres que presentaron depresión post-aborto en el HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 el 50% de ellas son solteras y el 50% restante viven en unión libre.

Tabla 16. Episodio depresivo en relación con el nivel educativo en las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnostico de aborto.

NIVEL EDUCATIVO			
EPISODIO DEPRESIVO	SECUNDARIA INCOMPLETA	UNIVERSIDAD INCOMPLETA	TOTAL
NO	3	7	14
	21,4	50,0	100,0
	60,0	77,8	70,0
SI	2	2	6
	33,3	33,3	100,0
	40,0	22,2	30,0
TOTAL	5	9	20
	25,0	45,0	100,0
	100,0	100,0	100,0

Fuente: esta investigación

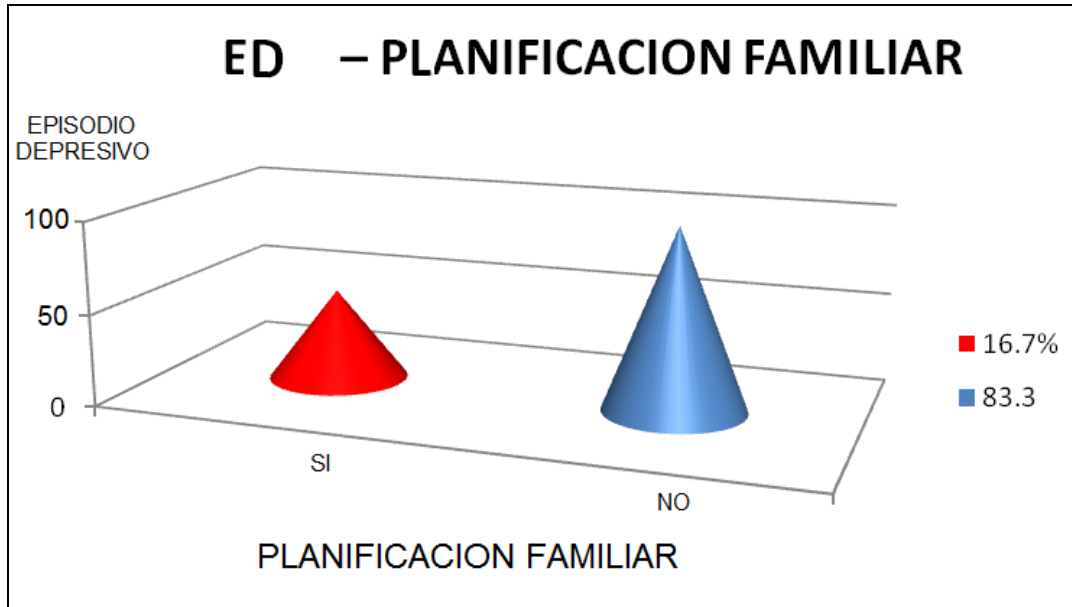
Según la anterior tabla, las mujeres que presentaron depresión post-aborto en el HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 el 50% son de nivel educativo secundaria incompleta en el 33.3% y en el mismo porcentaje universidad incompleta.

Tabla 17. Episodio depresivo en relación con el uso de planificación familiar en las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnostico de aborto.

PLANIFICACION FAMILIAR				
EPISODIO DEPRESIVO	NO	SI	TOTAL	
NO	8	6	14	
	57,1	42,9	100,0	
	61,5	85,7	70,0	
SI	5	1	6	
	83,3	16,7	100,0	
	38,5	14,3	30,0	
TOTAL	13	7	20	
	% Fila	65,0	35,0	100,0
	% Columna	100,0	100,0	100,0

Fuente: esta investigación

Gráfica 7: Episodio depresivo en relación con el uso de planificación familiar.



Fuente: esta investigación

Según la anterior grafica, del 100% de las mujeres con depresión post-aborto que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnostico de aborto.El 16% de las pacientes usaban métodos anticonceptivos en comparación con el 83% de las pacientes que no los usaban.

Tabla 18. Episodio depresivo en relación con el nivel socioeconómico en las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnostico de aborto.

NIVEL SOCIOECONOMICO				
EPISODIO DEPRESIVO AL INGRESO		BAJO	MEDIO	TOTAL
NO		2	12	14
% Fila		14,3	85,7	100,0
% Columna		50,0	75,0	70,0
SI		2	4	6
% Fila		33,3	66,7	100,0
% Columna		50,0	25,0	30,0
TOTAL		4	16	20
% Fila		20,0	80,0	100,0
% Columna		100,0	100,0	100,0

Fuente: esta investigación

Según la anterior tabla, del 100% de las mujeres con depresión post-aborto que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnóstico de aborto el 66.7% de las pacientes pertenecen al nivel socioeconómico medio.

Tabla 19. Episodio depresivo en relación con la ocupación de las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnóstico de aborto.

EPISODIO DEPRESIVO AL INGRESO	OCUPACIÓN			
	AMA DE CASA	ESTUDIANTE	OFICIOS VARIOS	TOTAL
NO	5	8	1	14
% Fila	35,7	57,1	7,1	100,0
% Columna	83,3	66,7	50,0	70,0
SI	1	4	1	6
% Fila	16,7	66,7	16,7	100,0
% Columna	16,7	33,3	50,0	30,0
TOTAL	6	12	2	20
% Fila	30,0	60,0	10,0	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: esta investigación

Según la anterior tabla, del 100% de las mujeres con depresión post-aborto que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnóstico de aborto el 66.7% de ellas son estudiante

## 4. DISCUSION

La depresión post-aborto es un síndrome que involucra el estado mental como somático de la persona afectada, que se manifiesta de diversas maneras y que es vulnerado de acuerdo al entorno social.

Actualmente en Colombia y específicamente en Nariño no existen estudios que documenten y respalden, cómo esta patología repercute en la salud mental de las mujeres, como por ejemplo estudios realizados en otros países demuestran que la tendencia suicida, el delirio, los trastornos mentales, los conflictos con los padres, los problemas conyugales etc. son propios de las mujeres con depresión post-aborto.

Sin embargo esta patología en países subdesarrollados como el nuestro no se ha estudiado abiertamente es por eso que no tenemos cifras estadísticas de comparación y resultados que indiquen si las mujeres sufren o no este trastorno después del aborto.

En la presente investigación se encontró que la incidencia de depresión no es significativa, siendo negativa en el 70% de los casos, resultado que le podríamos atribuir a diversas situaciones que influyen en la paciente; por otro lado el 30% restante de las pacientes que presentaron depresión al ingreso, el 100% de ellas recibieron apoyo familiar y/o de pareja, al control encontramos que la persistencia de depresión fue del 5% siendo este el principal factor protector para el no desarrollo de depresión.

Se encontró además que la edad en que se identificó mayor número de casos de depresión post-aborto fue 16 años de edad en un 33% distribuyéndose el resto de casos a pacientes mayores de 16 años y menores de 24 años.

En cuanto a la utilización de métodos anticonceptivos se encontró que el 80% de las mujeres con diagnóstico de depresión post-aborto no los utilizaban.

Por todo lo anterior podemos decir que la incidencia de depresión en mujeres post-aborto que ingresaron al servicio de ginecología del Hospital Universitario Departamental de Nariño en los meses junio julio y agosto de 2008 es significativamente baja y que para las mujeres que presentaron depresión post-aborto, la mejor estrategia de prevención de esta, es el apoyo familiar y/o conyugal que las mujeres reciben después del evento.

Sin embargo hay que tener en cuenta que el seguimiento de la mujeres en el post-aborto debe ser a más corto plazo, ya que nuestra experiencia en esta investigación el control a los 3 meses puede representar un sesgo en los

resultados ya que en este periodo pueden influir diversidad de factores en la paciente.

La formación de grupos de apoyo psicológico como estrategia de prevención de depresión post-aborto, estarían encaminadas a las mujeres que no reciban apoyo familiar o conyugal.

La ocupación, el estado civil, el nivel socioeconómico son irrelevantes en las conclusiones del presente estudio por el número de pacientes.

## 5. CONCLUSIONES

La incidencia de depresión en mujeres post-aborto del área urbana, en el Hospital Universitario Departamental de Nariño en los en el periodo comprendido Junio a diciembre de 2008 fue del 30% al ingreso y del 5% al control.

La edad en que se identifico mayor número de casos de depresión post-aborto fue 16 años de edad en un 33%

El 80% de las mujeres con diagnostico de depresión post-aborto, no utilizaban métodos anticonceptivos.

Todas las mujeres con depresión post-aborto recibieron apoyo familiar y/o conyugal en el momento de la terminación de su embarazo.

La mejor estrategia de prevención de la depresión post-aborto es el apoyo familiar y conyugal que las mujeres reciben después del evento.

La formación de grupos de apoyo psicológico como estrategia de prevención de depresión post-aborto, estarían encaminadas a las mujeres que no reciban apoyo familiar o conyugal.

## RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que hacemos para proyectos futuros relacionados con el tema son:

Realizar un análisis preliminar en cuanto a hospital de mayor captación de pacientes maternas.

Relacionar el periodo en que se obtendrían mayor número de pacientes, teniendo en cuenta las fechas especiales del año.

Enfatizar en que el trabajo en equipo es fundamental en el desarrollo y éxito de la investigación

## BIBLIOGRAFÍA

1. ALLAN GUTTMACHER INSTITUTE (AGI), Readings on Induced Abortion, New York, 2000, [www.agi.org](http://www.agi.org).
2. Ashton, "They Psychosocial Outcome of Induced Abortion", British Journal of Ob&Gyn., 87:1115-1122, (1980).
3. Badgley, et.al., Report of the Committee on the Operation of the Abortion Law (Ottawa: Supply and Services, 1977) pp.313-321.
4. Benedict, et al., "Maternal Perinatal Risk Factors and Child Abuse," Child Abuse and Neglect, 9:217-224 (1985); P.G. Ney, "Relationship between Abortion and Child Abuse," Canadian Journal of Psychiatry, 24:610-620, 1979; Reardon, Aborted Women - Silent No More (Chicago: Loyola University Press, 1987),
5. C. Gómez Restrepo FUNDAMENTOS DE PSIQUIATRIA CLINICA. Trastornos del afecto. Pág. 243-244
6. CENTRO PARA DERECHOS REPRODUCTIVOS (CRR), Reflexiones sobre el aborto, Briefing paper, New York, 2003, [www.reproductiverights.org](http://www.reproductiverights.org).
7. CONCEJO DE BOGOTA D.C. PROYECTO DE ACUERDO No. 061 De 2006
8. FAMILY CARE INTERNATIONAL (FCI), Demorar el matrimonio y el primer nacimiento, Grupo Inter Agencial para una Maternidad sin Riesgo, New York, 1998, [www.safemotherhood.org](http://www.safemotherhood.org).
9. Harlap, "Characteristics of Pregnant Women Reporting Previous Induced Abortions," Bulletin World Health Organization, 52:149 (1975); N. Meirik, "Outcome of First Delivery After 2nd Trimester Two Stage Induced Abortion: A Controlled Cohort Study," Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavia 63(1):45-50(1984); Levin, et al., "Association of Induced Abortion with Subsequent Pregnancy Loss," JAMA, 243:2495-2499, June 27, 1980. Journal of Child Psychology and Psychiatry", volume 47, nº 1, Enero 2006, pp. 16-24
11. Joyce, "The Social and Economic Correlates of Pregnancy Resolution Among Adolescents in New York by Race and Ethnicity: A Multivariate http://www.pro-vida.cl Powered by Joomla! Generated: 13 February, 2008, 21:06 Analysis," Am. J. of Public Health, 78(6):626-631 (1988); C. Tietze, "Repeat Abortions - Why More?" Family Planning Perspectives 10(5):286-288, (1978).

12. Kent, et al., "Bereavement in Post-Abortive Women: A Clinical Report", World Journal of Psychosynthesis (Autumn-Winter 1981), vol.13,nos.3-4.
13. Klassen, "Sexual Experience and Drinking Among Women in a U.S. National Survey," Archives of Sexual Behavior, 15(5):363-39 ; M. Plant, Women, Drinking and Pregnancy, Tavistock Pub, London (1985); Kuzma & Kissinger, "Patterns of Alcohol and Cigarette Use in Pregnancy," Neurobehavioral Toxicology and Teratology, 3:211-221 (1981).
14. Leach, "The Repeat Abortion Patient," Family Planning Perspectives, 9(1):37-39 (1977); S. Fischer, "Reflection on Repeated Abortions: The meanings and motivations," Journal of Social Work Practice 2(2):70-87 (1986); B. Howe, et al., "Repeat Abortion, Blaming the Victims," Am. J. of Public Health, 69(12):1242-1246, (1979). © Elliot Institute (Springfield, Illinois, EE. UU.) ACIPRENSA
15. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna, UNFPA y OPS, Bogotá, 2004,
16. Morrissey, et al., "Stressful Life Events and Alcohol Problems Among Women Seen at a Detoxification Center," Journal of Studies on Alcohol, 39(9):1159 (1978).
17. Obel, "Pregnancy Complications Following Legally Induced Abortion: An Analysis of the Population with Special Reference to Prematurity," Danish Medical Bulletin, 26:192-199 (1979); Martin, "An Overview: Maternal Nicotine and Caffeine Consumption and Offspring Outcome," Neurobehavioral Toxicology and Teratology, 4(4):421-427, (1982).
18. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), Unsafe Abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000, 4a Edición, Ginebra, 2004, [www.who.int/reproductivehealth](http://www.who.int/reproductivehealth).
20. Oro, et al., "Perinatal Cocaine and Methamphetamine Exposure Maternal and Neo-Natal Correlates," J. Pediatrics, 111:571- 578 (1978); D.A. Frank, et al., "Cocaine Use During Pregnancy Prevalence and Correlates," Pediatrics, 82(6):888 (1988); H. Amaro, et al., "Drug Use Among Adolescent Mothers: Profile of Risk," Pediatrics 84:144-150, (1989)
21. R. Somers, "Risk of Admission to Psychiatric Institutions Among Danish Women who Experienced Induced Abortion: An Analysis on National Record Linkage," Dissertation Abstracts International, Public Health 2621-B, Order No. 7926066 (1979); H. David, et al., "Postpartum and Postabortion Psychotic Reactions," Family Planning Perspectives 13:88-91 (1981).

22. SALUD PÚBLICA Y ABORTO Persona y Bioética, Vol. 9, No 24 (2005)
23. Shepard, et al., "Contraceptive Practice and Repeat Induced Abortion: An Epidemiological Investigation," J. Biosocial Science, 11:289-302 (1979); M.
24. Speckhard, Psycho-social Stress Following Abortion, Sheed & Ward, Kansas City: MO, 1987; and Belsey, et al., "Predictive Factors in Emotional Response to Abortion: King's Termination Study - IV," Soc. Sci. & Med., 11:71-82 (1977).
25. Universidad Externado de Colombia y OMS, aborto , Bogotá, 1992

## NETGRAFIA

1. <http://es.catholic.net/psicologoscaticos/348/2330/articulo.php?id=30781>
2. <http://www.eutimia.com/tests/zung.htm> (salud mental).
3. <http://www.agea.org.es/content/view/106/41/> sindromepostaborto"nomassilencio com/SPA/Que20es%20el%20SPA.htm-15k-
4. <http://www.vidahumana.org/vidafam/aborto/sindrome.html>
5. [www.vidahumana.org/vidafam/aborto](http://www.vidahumana.org/vidafam/aborto)
6. [http://www.womenslinkworldwide.org/pdf/sp\\_co\\_lat\\_col\\_encifras.pdf](http://www.womenslinkworldwide.org/pdf/sp_co_lat_col_encifras.pdf)
7. [www.minproteccionsocial.gov.co](http://www.minproteccionsocial.gov.co).

Anexo A. Historia clínica psiquiátrica



**HISTORIA CLINICA PSIQUIATRICA**  
**HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO**

Fecha de Ingreso:

**DATOS DE IDENTIFICACION**

Nombre:

Edad:

Estrato socioeconómico:

Lugar y origen de residencia:

Estado civil:

Escolaridad:

Ocupación:

Teléfono:

1. Motivo de consulta.

2. Enfermedad Actual

3. Antecedentes Personales:

Patológicos:

Hábitos:

Medicamentos:

Ginecológicos:

**4. Antecedentes Familiares:**

**5. Historia Familiar:**

**Periodo de Desarrollo:**

**Infancia media:**

**Infancia tardía, adolescencia:**

**Edad adulta:**

**6. Exploración Psicopatológica: Examen Mental**

**Descripción General:**

**7. Diagnostico Multifactorial**

**7.1 Diagnostico de Ingreso y conducta:**

**EJE I: (Enfermedad medica psiquiátrica)**

**EJE II: (Tipo de personalidad)**

**EJE III: (Enfermedad medica relacionada)**

**EJE VI: (Problemas Psicosociales)**

**EJE V: (Escala Global)**

**Consentimiento informado:** Paciente a quien se le explican los objetivos del estudio y el propósito de este y acepta ser parte de la población.

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha de control:**

**EVOLUCION:-**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Diagnostico:**

Anexo B. Escala de Hamilton



**HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO**

**Fecha de ingreso:**

**Nombre:**

**ESCALA DE HAMILTON PARA LA EVALUACION DE LA DEPRESION  
(Versión 17 cuestiones)**

<b>1. Humor depresivo (tristeza, desesperación, auto desprecio)</b>	<b>Puntaje (0-4)</b>
Ausente.	
Expresado solo tras búsqueda específica	
Expresado verbal y espontáneamente.	
Expresado con expresión y actitud propensa al llanto.	
Expresado verbalmente con llanto.	

<b>2. sensación de culpabilidad</b>	<b>Puntaje (0-4)</b>
Ausente.	
Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.	
Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones.	
Ideas delirantes de persecución	
Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.	

<b>3 Idea de suicidio</b>	<b>Puntaje (0-4)</b>
Ausente.	
Le parece que la vida no merece la pena ser vivida.	
Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse.	
Ideas o amenazas de suicidio.	
Intentos de suicidio.	

<b>4. Insomnio precoz</b>	<b>Puntaje (0-2)</b>
Ausente.	
Dificultad esporádica para conciliar el sueño	
Dificultad constante para conciliar el sueño	
<b>5. Insomnio a plena noche</b>	<b>Puntaje (0-2)</b>
Ausente.	
Sueño turbado o agitado	
Desvelo nocturno (valorar todas las veces que se levanta de la cama)	
<b>6. Insomnio Matinal</b>	<b>Puntaje (0-2)</b>
Ausente.	
Despertar precoz	
No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.	
<b>7. Trabajo y actividad</b>	<b>Puntaje (0-4)</b>
Ninguna dificultad	
Pensamiento y sensación de incapacidad, astenia	
Perdida de interés en la actividad profesional	
Disminución del tiempo de actividad o de la productividad ( en el hospital puntuar 4 si no pasa al menos 3 horas en actividad)	
A dejado su trabajo a causa de la enfermedad	
<b>8. Lentitud</b>	<b>Puntaje (0-4)</b>
Ausente	
Ligera lentitud al tacto	
Manifiesta lentitud al contacto	
Contacto difícil	
Estupor	
<b>9. Agitación</b>	<b>Puntaje (0-2)</b>
Ausente	
Juega con las manos, con el pelo, etc.	
Se retuerce las manos, se come las uñas, se tira del pelo, se muerde los labios	

<b>10. ansiedad psíquica</b>	<b>Puntaje (0-4)</b>
Ausente	
Tensión subjetiva e irritabilidad	
Se preocupa por los problemas menores	
Inquietud, que se aprecia en la expresión del rostro y en el habla	
Llanto sin motivo	

<b>11. Ansiedad somática</b>	<b>Puntaje (0-4)</b>
Ausente.	
Discreta (gastrointestinal, sequedad de boca, trastornos digestivos)	
Media	
Grave (palpitación, cefalea).	
Incapacidad funcional.	

<b>12. Síntomas somáticos gastrointestinales</b>	<b>Puntaje (0-2)</b>
Ausente	
Pérdida de apetito, sensación de pesadez abdominal	
Dificultad para alimentarse si no se estimula	

<b>13. Síntomas somáticos generales</b>	<b>Puntaje (0-2)</b>
Ausente	
Pesadez en articulación, espalda o cabeza, astenia, cefaleas, mialgias	
Síntomas anteriores muy severos	

<b>14. Síntomas genitales (perdida de la libido, trastornos menstruales)</b>	<b>Puntaje (0-3)</b>
Ausente	
Leves	
Graves	
No estudiados	

<b>15. Hipocondría</b>	<b>Puntaje (0-4)</b>
Ausente	
Atención concentrada en el propio cuerpo	
Preocupación por la salud propia	
Lamentaciones frecuentes, petición de ayuda etc.	
Ideas delirantes hipocondriacas	

<b>16. Pérdida de peso (subjetiva)</b>	<b>Puntaje (0-2)</b>
Ausente	
Probable pérdida de peso	
Pérdida de peso cierta	
<b>Pérdida de peso (objetiva)</b>	<b>(0-2)</b>
Menos de 500 gr por semana	
Más de 500 gr por semana	
Más de 1 kgr por semana	

<b>17. Toma de conciencia</b>	<b>Puntaje (0-2)</b>
Reconoce que está deprimido y enfermo	
Reconoce que está enfermo pero lo atribuye a la comida, ala un virus al estrés etc.	
Niega estar enfermo	

**Puntuación total**

<b>Puntuación</b>	<b>Gravedad del cuadro</b>
0-7	estado normal
8-12	depresión menor
13-17	menos que depresión mayor
18-29	depresión mayor
30-52	más que depresión mayor

**Puntuación total:** \_\_\_\_\_

**Diagnostico:**

Anexo C. Escala de Zung



**HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO**

**Fecha de ingreso:**

**Nombre y edad:**

**Versión abreviada de la escala de ZUNG para depresión**

**Puntaje total:**

**Diagnostico:**

Punto original	Afirmación	Respuesta y puntaje asignado			
		Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
1	Se ha sentido triste y decaída	1	2	3	4
3	Ha tenido ganas de llorar o a llorado	1	2	3	4
9	Se ha sentido cansado sin razón aparente	1	2	3	4
10	Ha tenido su mente tan despejada como siempre	4	3	2	1
11	Le ha sido fácil hacer las cosas como siempre	4	3	2	1
12	Se ha sentido inquieto o intranquilo	1	2	3	4
13	Se ha sentido mas irritable que de costumbre	1	2	3	4
15	Se ha sentido útil y necesario	4	3	2	1
16	Ha disfrutado con sus actividades cotidianas	4	3	2	1
19	Ha encontrado agradable vivir	4	3	2	1

**Fecha de control:**

**INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES POST-ABORTO EN EL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO EN EL PERIODO COMPRENDIDO  
JUNIO A DICIEMBRE DE 2008**

Nury Esmeralda Barco Cabrera, Jazmín Elizabeth Charfuelan Vivas, Carlos Wilfredo Barahona Cabrera, Geovanny Alexander Cortes Arciniegas<sup>1</sup>

## **RESUMEN**

**Introducción** La depresión consiste en una serie de trastornos psicológicos y psicosomáticos que experimentan muchas mujeres a consecuencia de haber abortado. Este síndrome suele aparecer tardíamente, pasados meses e incluso varios años desde que el aborto tuvo lugar; las manifestaciones más frecuentes son depresión, ansiedad, rabia, vergüenza, rechazo de sí misma y gran sentimiento de culpa. Con el presente estudio se pretende determinar la incidencia de depresión en mujeres que asistan al Hospital Universitario Departamental de Nariño en los meses junio, julio y agosto de 2008 con diagnóstico de aborto.

**Materiales y Métodos:** Se aplicó un diseño de tipo descriptivo, prospectivo y observacional, se encontró una población de 20 pacientes las cuales cumplían con los criterios de inclusión y exclusión a las cuales les hizo valoración y diagnóstico de ingreso, y un control a los tres meses después del aborto, se aplicó la historia clínica psiquiátrica, la escala de Hamilton y la escala abreviada de Zung.

**Resultados** La incidencia de depresión postaborto al ingreso fue del 30%, de ellas, el 100% recibieron apoyo familiar y/o de su pareja, al control encontramos que la persistencia de depresión fue del 5%. La edad en que se identificó mayor número de casos de depresión post-aborto fue 16 años en un 33%. El uso de métodos anticonceptivos encontramos que el 80% de las mujeres con diagnóstico de depresión post-aborto no los utilizaban. **Conclusiones** La incidencia de depresión en mujeres post-aborto del área urbana, en el HUDN en los en el periodo comprendido Junio a diciembre de 2008 fue del 30% al ingreso, y del 5% al control; siendo el apoyo conyugal y/o familiar el principal factor protector para no padecer depresión, sin embargo recomendamos para proyectos futuros relacionados con el tema, acortar y comprobar el tiempo de control de las pacientes con el fin de minimizar a mayor amplitud los sesgos

**Palabras Clave.** Depresión, síndrome post-aborto.

## ABSTRAC

**Introduction** Depression is a series of psychological and psychosomatic disorders experienced by many women as a result of their abortions. This syndrome usually appears late, after months and even several years since the abortion took place, the most common manifestations are depression, anxiety, anger, shame, rejection of herself and much guilt. This study aims to determine the incidence of depression in women attending the University Hospital Departamental de Nariño in the months June, July and August 2008 with diagnosis of abortion. **Materials and Methods:** We performed a descriptive, prospective and observational study, found a population of 20 patients who met the inclusion criteria and exclusion which gave them entrance assessment and diagnosis, and control the three months after the abortion, I apply a psychiatric history, the Hamilton scale and the Zung scale abbreviated. **Results** The incidence of post-abortion depression at admission was 30%, of which, 100% received family support and / or your partner, we find that control the persistence of depression was 5%. The age was identified more cases of post-abortion depression was 16 years at 33%. The use of contraceptive methods found that 80% of women diagnosed with depression post-abortion non-users. **Conclusions** The incidence of depression in post-abortion women in urban areas, in the Hudna in the period June to December 2008 was 30% at admission, and 5% with control; being spousal support and / or family the primary protective factor for depression is not, however we recommend for future projects related to the subject, and shorten time to check the control patients in order to minimize biases wider

## INTRODUCCIÓN

La depresión consiste en una serie de trastornos psicológicos y psicosomáticos que experimentan muchas mujeres a consecuencia de haber abortado.

Este síndrome suele aparecer tardíamente, pasados meses e incluso varios años desde que el aborto tuvo lugar; las manifestaciones más frecuentes son depresión, ansiedad, rabia, vergüenza, rechazo de sí misma y gran sentimiento de

culpa. Si la mujer padecía algún trastorno mental previo o bien tenía una cierta predisposición a padecerlo, el aborto suele agravarlo o desencadenarlo.

Estas alteraciones básicas, afectan la vida cotidiana de la mujer y se concretan de múltiples formas, perjudicando e interfiriendo en sus relaciones interpersonales (especialmente las conyugales o de pareja), su capacidad de trabajo o

estudio, el interés por las cosas y por las otras personas, etc. También favorecen ciertas actitudes anormales como: auto-aislamiento, apatía, indiferencia, trastornos de la conducta alimentaria (anorexia o bulimia), conducta autodestructiva (tendencia suicida, abuso de alcohol y drogas

La Real Academia de Obstetricia de Inglaterra ha informado que las probabilidades de problemas psiquiátricos graves y permanentes después de un aborto pueden alcanzar hasta el 59% de las madres. La Organización Mundial de la Salud por su parte informa que las mujeres que se practican abortos por razones psiquiátricas son precisamente las que corren mayor riesgo de problemas mentales una vez realizado el aborto. Otros estudios muestran que las mujeres que se han practicado un aborto por razones de violación, incesto, salud, etc., tienen aún más probabilidades de sufrir problemas emocionales y psiquiátricos severos que las que se lo han practicado por razones socioeconómicas

El trabajo de investigación está encaminado a determinar la incidencia de depresión post aborto en nuestro municipio, ya que encontramos que en la ciudad de Pasto Nariño no se han realizado estudios que revelen datos estadísticos acerca de la incidencia de depresión post-aborto.

Con los resultados de nuestra investigación, es posible minimizar los riesgos de depresión en mujeres post-aborto puesto que, a través de ella no solo se conocerá la incidencia de depresión y los factores de riesgo asociados, sino que también se sugerirán estrategias de prevención y estrategias de intervención.

## **MATERIALES Y METODOS**

Se aplico un diseño de tipo descriptivo, prospectivo y observacional, en el cual se buscó la incidencia de depresión en mujeres post-aborto en el Hospital Universitario Departamental de Nariño en el periodo comprendido junio a diciembre de 2008

Se encontró una población total de 20 pacientes las cuales cumplían con todos los criterios de inclusión y exclusión

### **Recolección de información**

Se captó a las pacientes al ingreso del servicio de Ginecología del HUDN en los meses junio, julio y agosto de 2008, con diagnóstico de aborto, en este momento se identifica si la paciente es candidata para el estudio; después de su aprobación, se procedió a realizar a cada una de las pacientes, historia clínica psiquiátrica, escala de Hamilton y la escala auto aplicada abreviada de Zung, se realiza una impresión

diagnostica al ingreso y se citó a un control a los tres meses, en donde se realiza una evolución del estado clínico de la paciente y se aplican nuevamente las escalas con ello se obtiene el diagnostico de control, con lo que se analizan los resultados.

Las escalas utilizadas

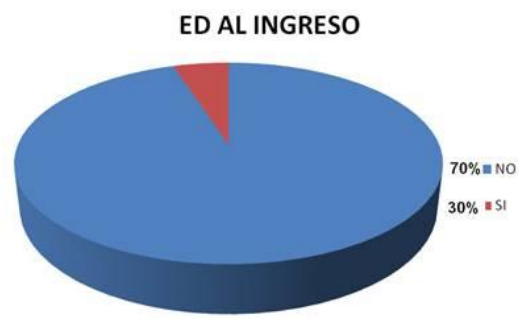
## RESULTADOS

Los datos obtenidos se ingresaron a la base de datos de Epi info para su análisis y también se ingresaron a Excel para el diseño de graficas.

**Tabla 2. Episodio depresivo al ingreso en mujeres que consultaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnostico de aborto.**

EPISODIO DEPRESIVO AL INGRESO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	14	70,0%	70,0%
SI	6	30,0%	100,0%
Total	20	100,0%	100,0%

**Grafica 1 Episodio depresivo al ingreso en mujeres que ingresaron al servicio de ginecología de HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnostico de aborto**

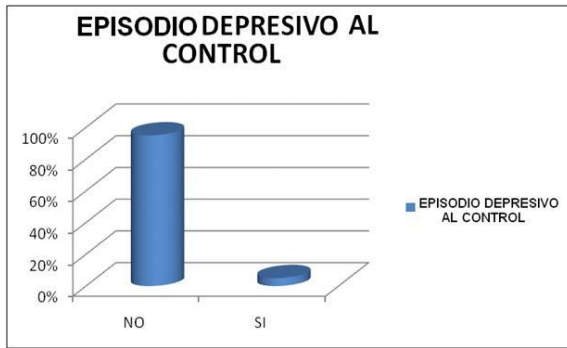


Del 100% de las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología de HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnostico de aborto.; 30% de ellas presentaron episodio depresivo a su ingreso.

**Tabla 3. Episodio depresivo al control, en mujeres que consultaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnostico de aborto.**

EPISODIO DEPRESIVO AL CONTROL	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	19	95,0%	95,0%
SI	1	5,0%	100,0%
Total	20	100,0%	100,0%

**Grafica 2. Episodio depresivo al control en mujeres que ingresaron al servicio de ginecología de HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnostico de aborto.**

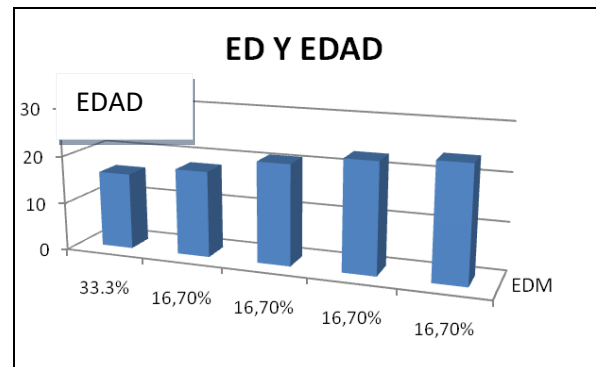


Del 100% de las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología de HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnostico de aborto. 5% de ellas presentaron episodio depresivo al control realizado a los tres meses.

**Tabla: Episodio depresivo al ingreso con relación a la edad de las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnostico de aborto.**

		EDAD										
		16	17	18	19	21	22	23	24	34	38	TOTAL
EPISODIO DEPRESIVO AL INGRESO	NO	0 0,0 0,0	1 7,1 100,0	0 0,0 0,0	3 21,4 100,0	4 28,6 80,0	1 7,1 100,0	1 7,1 50,0	2 14,3 66,7	1 7,1 100,0	1 7,1 100,0	14 100,0 70,0
	SI	2 33,3 100,0	0 0,0 0,0	1 16,7 100,0	0 0,0 0,0	1 16,7 20,0	0 0,0 0,0	1 16,7 50,0	1 16,7 33,3	0 0,0 0,0	0 0,0 0,0	6 100,0 30,0
	TOTAL	2 10,0 100,0	1 5,0 100,0	1 5,0 100,0	3 15,0 100,0	5 25,0 100,0	1 5,0 100,0	2 10,0 100,0	3 15,0 100,0	1 5,0 100,0	1 5,0 100,0	20 100,0 100,0

**Grafica 5. Episodio depresivo al ingreso con relación a la edad**



Según la grafica anterior, del 100% de las mujeres con depresión post-aborto que ingresaron al servicio de ginecología de HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnostico de aborto 33,3% de las pacientes tienen 16 años

**Tabla. Episodio depresivo en relación al apoyo familiar y/o conyugal en las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnostico de aborto.**

APOYO FAMILIAR Y/O CONYUGAL			
EPISODIO DEPRESIVO AL INGRESO	NO	SI	TOTAL
NO	2	12	14
% Fila	14,3	85,7	100,0
% Columna	100,0	66,7	70,0
SI	0	6	6
% Fila	0,0	100,0	100,0
% Columna	0,0	33,3	30,0
TOTAL	2	18	20
% Fila	10,0	90,0	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

Según la anterior tabla, de las mujeres con depresión post-aborto que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN el 100% de ellas recibieron apoyo familiar y/o conyugal

**Tabla Episodio depresivo en relación al consumo de sustancias psicoactivas en las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnostico de aborto.**

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS			
EPISODIO DEPRESIVO AL INGRESO	NO	SI	TOTAL
NO	14	0	14
% Fila	100,0	0,0	100,0
% Columna	73,7	0,0	70,0
SI	5	1	6
% Fila	83,3	16,7	100,0
% Columna	26,3	100,0	30,0
TOTAL	19	1	20
% Fila	95,0	5,0	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

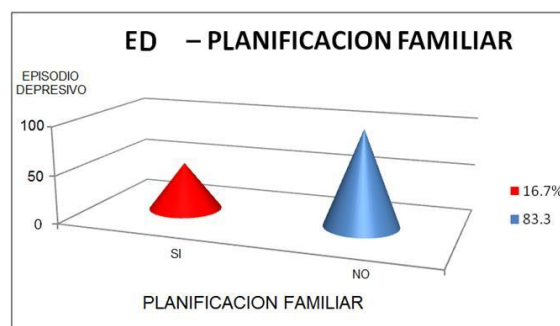
Según la anterior tabla, del 100% de las mujeres con depresión post-aborto que ingresaron al servicio de ginecología de HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnostico de aborto el 83.3% de ellas no consumen sustancias psicoactivas

**Tabla. Episodio depresivo en relación con el uso de planificación familiar en las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a**

**diciembre del 2008 con diagnostico de aborto.**

PLANIFICACION FAMILIAR			
EPISODIO DEPRESIVO	NO	SI	TOTAL
NO	8 57,1 61,5	6 42,9 85,7	14 100,0 70,0
SI	5 83,3 38,5	1 16,7 14,3	6 100,0 30,0
TOTAL	13 65,0 100,0	7 35,0 100,0	20 100,0 100,0

**.Gráfica: Episodio depresivo en relación con el uso de planificación familiar.**



Según la anterior grafica, del 100% de las mujeres con depresión post-aborto que ingresaron al servicio de ginecología del HUDN en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2008 con diagnostico de aborto.El 16% de las pacientes usaban métodos anticonceptivos en comparación con el 83% de las pacientes que no los usaban.

## **RESULTADOS**

La incidencia de depresión postaborto al ingreso fue del 30%, de ellas, el 100% recibieron apoyo familiar y/o de su pareja, al control encontramos que la persistencia de depresión fue del 5%. La edad en que se identifico mayor número de casos de depresión post-aborto fue 16 años en un 33%. El uso de métodos anticonceptivos encontramos que el 80% de las mujeres con diagnostico de depresión post-aborto no los utilizaban

## **DISCUSION**

La depresión post-aborto es un síndrome que involucra el estado mental como somático de la persona afectada, que se manifiesta de diversas maneras y que es vulnerado de acuerdo al entorno social.

Actualmente en Colombia y específicamente en Nariño no existen estudios que documenten y respalden, cómo esta patología repercute en la salud mental de las mujeres, como por ejemplo estudios realizados en otros países demuestran que la tendencia suicida, el delirio, los trastornos mentales, los conflictos con los padres, los problemas conyugales etc. son propios de las mujeres con depresión post-aborto.

Sin embargo esta patología en países subdesarrollados como el nuestro no se ha estudiado abiertamente es por eso que no tenemos cifras

estadísticas de comparación y resultados que indiquen si las mujeres sufren o no este trastorno después del aborto.

En nuestra investigación encontramos que la incidencia de depresión no es significativa, siendo negativa en el 70% de los casos, resultado que le podríamos atribuir a diversas situaciones que influyen en la paciente; por otro lado el 30% restante de las pacientes que presentaron depresión al ingreso, el 100% de ellas recibieron apoyo familiar y/o de pareja, al control encontramos que la persistencia de depresión fue del 5% siendo este el principal factor protector para el no desarrollo de depresión.

Encontramos también que la edad en que se identifico mayor número de casos de depresión post-aborto fue 16 años de edad en un 33% distribuyéndose el resto de casos a pacientes mayores de 16 años y menores de 24 años.

En cuanto a la utilización de métodos anticonceptivos encontramos que el 80% de las mujeres con diagnostico de depresión post-aborto no los utilizaban.

Por todo lo anterior podemos decir que la incidencia de depresión en mujeres post-aborto que ingresaron al servicio de ginecología del Hospital Universitario Departamental de Nariño en los meses junio julio y agosto de 2008 es significativamente

baja y que para las mujeres que presentaron depresión post-aborto, la mejor estrategia de prevención de esta, es el apoyo familiar y/o conyugal que las mujeres reciben después del evento.

Sin embargo hay que tener en cuenta que el seguimiento de la mujeres en el post-aborto debe ser a más corto plazo, ya que nuestra experiencia en esta investigación el control a los 3 meses puede representar un sesgo en los resultados ya que en este periodo pueden influir diversidad de factores en la paciente.

La formación de grupos de apoyo psicológico como estrategia de prevención de depresión post-aborto, estarían encaminadas a las mujeres que no reciban apoyo familiar o conyugal.

La ocupación, el estado civil, el nivel socioeconómico son irrelevantes en las conclusiones del presente estudio por el número de pacientes.

## **CONCLUSIONES**

La incidencia de depresión en mujeres post-aborto del área urbana, en el Hospital Universitario Departamental de Nariño en los en el periodo comprendido Junio a diciembre de 2008 fue del 30% al ingreso y del 5% al control.

La edad en que se identifico mayor número de casos de depresión post-aborto fue 16 años de edad en un 33%

El 80% de las mujeres con diagnostico de depresión post-aborto, no utilizaban métodos anticonceptivos.

Todas las mujeres con depresión post-aborto recibieron apoyo familiar y/o conyugal en el momento de la terminación de su embarazo.

La mejor estrategia de prevención de la depresión post-aborto es el apoyo familiar y conyugal que las mujeres reciben después del evento.

La formación de grupos de apoyo psicológico como estrategia de prevención de depresión post-aborto, estarían encaminadas a las mujeres que no reciban apoyo familiar o conyugal.

## **RECOMENDACIONES**

Las recomendaciones que hacemos para proyectos futuros relacionados con el tema son:

Realizar un análisis preliminar en cuanto a hospital de mayor captación de pacientes maternas.

Relacionar el periodo en que se obtendrían mayor número de pacientes, teniendo en cuenta las fechas especiales del año.

Enfatizar en que el trabajo en equipo es fundamental en el desarrollo y éxito de la investigación