

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**DEPRESIÓN EN MUJERES QUE HAN
EXPERIMENTADO UNA MUERTE FETAL**

CARLOS MANUEL YANES LÓPEZ

**Tesis
Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia**

Agosto 2018



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.143.2018

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Carlos Manuel Yanes López

Registro Académico No.: 200311262

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el trabajo de TESIS **DEPRESIÓN EN MUJERES QUE HAN EXPERIMENTADO UNA MUERTE FETAL**

Que fue asesorado: Dr. Porfirio César Santizo Salazar MSc.


Y revisado por: Dra. Vivian Karina Linares Leal MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **agosto 2018**

Guatemala, 31 de julio de 2018



Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado



Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades



/mdvs

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Guatemala, 02 de mayo del 2018

Doctor

Vicente A. Aguirre Garay

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Hospital Roosevelt

Respetable Dr. Aguirre:

Por este medio informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta el **DOCTOR CARLOS MANUEL YANES LÓPEZ** carné 200311262 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el cual se titula **DEPRESION EN MUJERES QUE HAN EXPERIMENTADO UNA MUERTE FETAL.**

Luego de la asesoría, hago constar que el Dr. Yanes López, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo que está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,



Dr. Porfirio César Santizo Salazar

Asesor de Tesis

Dr. Porfirio Santizo Salazar
Ginecologo y Obstetra
Colegiado 6916

Guatemala 30 de mayo de 2018

Doctor(a)

Vicente Arnoldo Aguirre Garay

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad de Ginecología y Obstetricia

Hospital Roosevelt


Presente

Respetable Doctor **Aguirre:**

Por este medio informo que he **revisado** a fondo el informe final de graduación que presenta el Doctor: **CARLOS MANUEL YANES LÓPEZ** carné 200311262, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula **"DEPRESIÓN EN MUJERES QUE HAN EXPERIMENTADO UNA MUERTE FETAL"**.

Luego de **revisar**, hago constar que el Dr. YANES LÓPEZ, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,


Dra. Vivian Karina Linares Leal Msc.
Revisor de Tesis





A: Dr. Vicente A. Aguirre Garay, MSP
Docente responsable.

De: Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Post-grado

Fecha de recepción del trabajo para revisión 31 de Mayo de 2018

Fecha de dictamen: 21 de Junio 2018

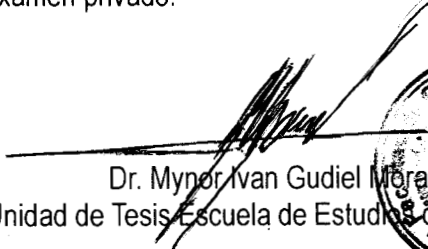
Asunto: Revisión de Informe final de:

CARLOS MANUEL YANES LOPEZ

DEPRESION Y CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA DE LAS PACIENTES QUE HAN
SUFRIDO UNA MUERTE FETAL

Sugerencias de la revisión:

- Autorizar examen privado.


Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Post-grado



INDICE DE CONTENIDO

	Página
RESUMEN	
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
III. OBJETIVOS	19
IV. MATERIALES Y MÉTODOS	20
V. RESULTADOS	25
VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS	37
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
VIII. ANEXOS	43

INDICE DE TABLAS

	Página
TABLA 1	36

INDICE DE GRÁFICAS

	Página
GRÁFICA 1	26
GRÁFICA 2	27
GRÁFICA 3	28
GRÁFICA 4	29
GRÁFICA 5	30
GRÁFICA 6	31
GRÁFICA 7	32
GRÁFICA 8	33
GRÁFICA 9	34
GRÁFICA 10	35

RESUMEN

Muerte fetal es definida como la previa al nacimiento del producto de la concepción, independientemente de la duración del embarazo, llamando muerte fetal temprana a la que ocurre entre las semanas 20 y 28 de gestación y tardía a la que ocurre a partir de la 28.

Objetivo general: Determinar el grado de depresión que presentaron las pacientes que tuvieron una muerte fetal mediante la aplicación del Inventario de Depresión de Beck.

Diseño: Estudio Descriptivo realizado en los servicios de Post parto y Legrados del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt, en 210 pacientes que tuvieron una muerte fetal entre los meses de enero a octubre del año 2015.

Resultados: El 64.28% de las pacientes que tuvieron una muerte fetal se encontraban con depresión según el Inventario de Depresión de Beck. En cuanto a su caracterización socio demográfica se estableció que la mayoría tenían más de 35 años de edad, católicas, con escolaridad primaria, unidas y amas de casa.

Conclusiones: El 64.28% de las pacientes a quienes se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck obtuvieron un puntaje mayor a 17 lo cual indica que necesitan ayuda profesional psicológica, en cuanto a los factores de riesgo para muerte fetal se encontró con mayor frecuencia la obesidad, diabetes e hipertensión arterial.

Palabras Clave: Muerte fetal, evaluación de la depresión, factores de riesgo.

I. INTRODUCCIÓN

La definición de muerte fetal según los Protocolos Obstétricos del Hospital Roosevelt es la que precede a la expulsión del producto de la concepción independientemente de la edad gestacional. Se clasifica como temprana cuando ocurre en embarazos menores o iguales a 27 semanas y tardía cuando sucede con embarazos mayores de 27 semanas e incluye la muerte fetal intraparto. (1)

En el año 2017 a nivel mundial ocurrieron 2.6 millones de muertes fetales, de las cuales el 71% se producen durante el trabajo de parto asociado a complicaciones obstétricas no tratadas oportunamente. (2) En Latinoamérica se calcula una tasa de mortalidad fetal de 15 por 1,000 nacidos vivos. Las tasas más altas se encuentran en Haití, Bolivia y Guatemala. (3)(4)

En Guatemala la tasa de mortalidad perinatal es de 31 por 1,000 partos, de la cual los mortinatos constituyen el 60% de esta cifra, cabe mencionar que la mayoría de las muertes fetales como neonatales ocurren en la población rural con escasos recursos económicos, menor nivel de educación, sin ningún control prenatal, con nacimientos en casa y con un peso al nacer menor de 5.5 libras. (5)

La muerte fetal constituye un problema importante en obstetricia, las causas establecidas son múltiples, pero muchas muertes continúan sin explicación evidente a pesar de las mejoras en los métodos diagnósticos introducidos en los últimos años.

El óbito fetal es uno de los accidentes obstétricos más difíciles de enfrentar, tanto para la mujer embarazada como para el médico, a pesar de cumplir un proceso netamente fisiológico como lo es el embarazo están expuestas a una serie de riesgos para la salud, incluyendo la depresión.

En el Hospital Roosevelt para el año 2013 se observó una tasa de muerte fetal de 21 por cada 1000 nacidos vivos, en las cuales no hay un esclarecimiento exacto de las causas ya sea por falta de estudios anatomo-patológicos. (6)

La importancia de establecer los factores de riesgo de manera temprana y oportuna en las pacientes que se atienden en la emergencia y en la consulta externa de control prenatal

basándonos en la caracterización sociodemográfica es necesaria para disminuir la incidencia de muerte fetal.

El sistema de salud aún con los esfuerzos para garantizar la salud a las mujeres embarazadas y por consiguiente a su producto, se ve interrumpida por los problemas socioculturales difíciles de cambiar en las mismas, muchas de las cuales están acostumbradas a vivir en condiciones poco favorables para la salud y a tener un pobre control prenatal.

El problema necesita ser investigado para mejorar la calidad de atención materna, no solo durante el control prenatal sino también durante el parto y el puerperio, incluyendo el soporte emocional como parte de una atención integral a las pacientes que han tenido una muerte fetal, ya que este último muchas veces es pasado por alto. Como parte de esta línea basal, es importante enterarse no solo de las capacidades técnicas y profesionales del funcionamiento del establecimiento participante, sino también de la percepción y sentimientos que presentan las gestantes afectadas.

Los objetivos de la investigación fueron: determinar el grado de depresión y caracterizar socio-demográficamente a las pacientes que han tenido una muerte fetal, encontrando que el 64.28% de las entrevistadas presentó depresión según el Inventario de Depresión de Beck, las cuales necesitarían ayuda profesional psicológica, en cuanto a la caracterización socio-demográfica se encontró que la mayoría tenía más de 35 años de edad, vivían en unión de hecho, tenían escolaridad primaria, concluían su primer embarazo, no tuvieron control prenatal, eran amas de casa, residían en el área rural, eran de escasos recursos económicos, presentaron la obesidad como factor asociado a óbito fetal y tenían más de 28 semanas de gestación.

II. ANTECEDENTES

2.1 Muerte fetal

Muerte fetal es la que ocurre antes de la expulsión del producto de la concepción y se clasifica como temprana cuando ocurre antes de las 27 semanas y tardía cuando se presenta después de las 27 semanas y un día de gestación. (1)

A nivel mundial se calculan 2.6 millones de muertes fetales, de las cuales el 71% se producen intraparto, muchas de ellas asociadas a complicaciones obstétricas no tratadas como la hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia y eclampsia), diabetes gestacional y pre gestacional, infecciones y uso de medicamentos contraindicados durante el embarazo. (2)

La muerte fetal puede desencadenar reacciones de duelo en los padres y provocar situaciones difíciles de manejar para los profesionales, estos casos reciben escasa importancia para muchos los cuales pueden complicarse dando lugar a trastornos psiquiátricos. Es necesario conocer la pérdida fetal desde la perspectiva de los padres para no caer en posturas paternalistas o protocolos que consideran iguales a todos los progenitores.

Debido a los avances en la ciencia y la tecnología las maneras de lograr un embarazo se han ampliado, las imágenes de la ecografía permiten conocer al hijo desde muy temprano, lo que facilita el apego de los padres al hijo que esperan. Para los padres no es el peso ni la edad gestacional lo que transforma al feto en hijo, sino el lugar que le han dado en sus corazones.

Las actitudes de los padres respecto a la muerte fetal son variables según su cultura y estrato social.

2.2 Incidencia y factores de riesgo asociados al óbito fetal

La etiología del óbito fetal es controversial, debido a que hay muchas causas, las cuales se pueden clasificar como: fetales, maternas y placentarias. Entre los principales factores asociados se han encontrado la hipertensión gestacional, LES, edad materna avanzada,

óbitos fetales previos, anomalías cromosómicas, tabaquismo y falta de control prenatal entre otras.

Se realizó un estudio en dos hospitales venezolanos en el año 2006; Hospital Universitario "Dr Ángel Larralde" y a la Ciudad Hospitalaria "Dr Enrique Tejera", Valencia, Venezuela., el cual fue publicado por la Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. En dicho estudio se estudiaron los casos de óbito fetal ingresados de enero a diciembre del 2003 y encontraron una elevada tasa de muerte fetal tardía (16.5 por 1,000 nacidos vivos), el factor edad es uno de los determinantes en la salud fetal, donde cerca del 10% de las mujeres entre 20 y 30 años presentan una muerte fetal intrauterina, incrementándose el riesgo a medida que avanza la edad materna.

Concluyeron que el óbito fetal puede presentarse a cualquier edad materna, sin embargo el riesgo es mayor en las mujeres menores de 20 años y las mayores de 35 años, entre los principales factores de riesgo encontraron: infecciones genitourinarias de la madre, hipertensión arterial inducida por el embarazo y el tabaquismo. (20)

2.2.1 Factores de riesgo prenatales en la muerte fetal tardía

A pesar del avance en la ciencia y la tecnología que permiten la realización de pruebas de bienestar fetal siguen presentándose las muertes fetales.

En la mayoría de los casos la etiología de la muerte fetal es desconocida debido a falta de estudios, sin embargo se han encontrado como problemas asociados los siguientes: la anoxia intrauterina, malformaciones congénitas y la prematurez. La muerte fetal es más común en las mujeres que no reciben atención prenatal.

Se realizó un estudio en el Hospital Civil de Guadalajara de enero 2004 a junio 2009, en ese período hubieron 65,233 nacimientos de los cuales 1.4% fueron muertes fetales, las variables que estudiaron fueron: edad de las madres, estado civil, ocupación, escolaridad, tabaquismo, número de gestaciones, antecedente de aborto o muerte fetal, control prenatal, edad gestacional, días sin movimientos fetales, complicaciones del embarazo, tipo de presentación y forma de nacimiento, características del líquido amniótico, presencia de circular de cordón umbilical o nudo, sexo, peso y malformaciones del recién nacido.

Determinaron que la muerte fetal a pesar de ser un problema grave de salud pública con serias repercusiones en la paciente, no se le da la importancia debida. Las pacientes tuvieron poco control prenatal, refirieron tener más de 24 horas sin percibir los movimientos fetales, incluso el 11% tenían más de tres días sin percibir los movimientos fetales, el antecedente de muerte fetal es muy importante al observarse que se repitió en el 4.7% de las pacientes.

Los factores que se asociaron a la muerte fetal tardía fueron: edad de la madre mayor de 35 años, amas de casa, escolaridad baja, multiparidad, antecedente de aborto, antecedente de muerte fetal y malformaciones clínicas mayores del feto.

Concluyeron que la muerte fetal tardía se asocia a diversos factores de riesgo, siendo el principal la falta de control prenatal asociado a una complicación obstétrica. (21)

2.3 Etiología de la muerte fetal tardía

Es de suma importancia conocer las causas de mortalidad fetal antes de establecer los protocolos a seguir, por desgracia en una buena proporción de los casos no es posible saberlas, existen múltiples clasificaciones, la más aceptada actualmente es la ReCoDe (*Relevant Condition at Death*), que incluye los siguientes conjuntos:

2.3.1 Causas fetales

- Anomalías congénitas incompatibles con la vida.
- Infección fetal.
- Hidrops de causa no inmunológica.
- Isoinmunización
- Hemorragia feto-materna
- Transfusión de feto a feto
- Retardo del crecimiento intrauterino.

2.3.2 Cordón umbilical

- Prolapso.
- Nudo o constricción.
- Inserción velamentosa.
- Otras.

2.3.3 Causas placentarias

- Abruption.
- Placenta previa.
- Vasa previa.
- Insuficiencia placentaria.

2.3.4 Causas uterinas

- Ruptura.
- Anomalías uterinas

2.3.5 Causas maternas

- Diabetes.
- Enfermedad de la Tiroides.
- Hipertensión arterial.
- Lupus o Síndrome Antifosfolipídico.
- Colestasis.
- Abuso de drogas, tabaco y alcohol.

2.3.6 Causas intraparto

- Asfixia.
- Traumatismo durante el parto. (17)

2.4 ¿Cómo actuar en el hospital ante una muerte fetal?

2.4.1 Diagnóstico de muerte fetal

El diagnóstico certero de muerte fetal debe ser realizado a través de la ecografía, comprobando la ausencia del latido cardíaco fetal. (13)

El principal motivo de consulta de la madre es casi siempre no percibir los movimientos fetales o disminución de los mismos y en otros casos puede pasar desapercibida y ser un hallazgo incidental en un examen de control prenatal de rutina.

2.4.2 Comunicación de la noticia

La comunicación junto con el control de los síntomas y el apoyo emocional son las herramientas básicas. Ser poco hábiles para comunicar a una madre o a un padre que ha muerto su bebé o que morirá al nacer, genera de manera innecesaria mayor dolor. A la hora de comunicar la mala noticia hay que tener en cuenta los factores personales y socioculturales de la madre gestante y su pareja,

El primer paso para dar la noticia es preparar el entorno procurando que sea un lugar tranquilo, privado y que permita la intimidad de la persona a la que se va a informar y asegurarse de no ser molestados, es necesario transmitir sensación de calma.

Cuando ingresa la paciente debemos preguntarle que sabe, qué le preocupa o que sospecha y a continuación dar la noticia. (11)

2.4.3 Conducta tras el diagnóstico de muerte fetal

Es de suma importancia para el obstetra entender el impacto emocional de este hecho sobre los progenitores y apoyarlos de forma adecuada. De preferencia la noticia se comunicará ante la presencia de otra persona que acompañe a la madre, puede ser la pareja, madre, hermana o amiga, con un lenguaje claro y sin usar tecnicismos.

Después de la muerte de un hijo pueden aparecer complicaciones psicológicas y obstétricas como la coagulopatía y corioamnionitis. (13)

Es importante realizar una anamnesis detallada y examen físico completo, así como pruebas de laboratorio entre las cuales se pueden solicitar: hemograma completo,

pruebas de coagulopatía como el dímero D, nivel plasmático de fibrinógeno, según los resultados de las mismas se decidirá la conducta a seguir, las cuales pueden ser:

- Conducta Activa: En la cual se establece la resolución del embarazo lo más pronto posible, tiene las ventajas que reduce la ansiedad materna inicial, programa el momento de la inducción, minimiza el riesgo de complicaciones obstétricas (coagulopatías e infecciones). Desventajas: Inducción o intervenciones quirúrgicas, fracasos de la inducción, favorece las complicaciones psicológicas (duelo disfuncional).
- Expectante: En la cual se deja desarrollar o evolucionar espontáneamente el parto, entre las ventajas podemos mencionar las siguientes: Asegura el inicio del trabajo de parto espontáneo y favorece el duelo funcional. Entre las desventajas están las siguientes: Incrementa el riesgo de infecciones y coagulopatías, numerosos controles seriados. (14)

2.4.4 Conducta obstétrica en la muerte fetal tardía

La OMS define la muerte fetal como aquella que ocurre antes de la expulsión de un producto de la concepción, con independencia de la duración del embarazo. Cronológicamente se puede clasificar:

- Muerte fetal temprana: Comprende fetos con edad gestacional menor de 22 semanas o un peso menor de 500 gramos, se refiere por lo tanto a un aborto.
- Muerte fetal intermedia: Comprende fetos con edad gestacional mayor de 22 semanas hasta las 27 semanas con 6 días, o un peso entre 500 y 999 gramos.
- Muerte fetal tardía: Incluye muertes fetales que pesen más de 1 kilogramo y/o con una edad gestacional mayor de 28 semanas.

Según la etiología las causas fetales son responsables del 25 al 40%, las placentarias del 25 al 35% y las maternas entre un 5 a 10%. (12)

2.4.5 Desempeño del personal de salud en muerte perinatal

Es una situación complicada para el personal de salud enfrentarse a una muerte perinatal ya que este acontecimiento implica enfrentar problemas técnicos y legales sino también emocionales. Aunque el personal médico y paramédico ha sido entrenado para curar y

aliviar el dolor, la gran mayoría no ha recibido capacitación para enfrentar la muerte, lo que puede generar impotencia, frustración y tristeza. Por esto es conveniente que previo al nacimiento de un bebé muerto o si fallece al nacer el personal pueda ofrecer ayuda a los padres, siempre respetando la decisión de los mismos de aceptar o no ayuda psicológica. La información a los padres sobre la muerte del feto debe ser breve, comprensible y exhaustiva, y debe darse en un ambiente adecuado. (10)

2.4.6 Manejo de la lactogénesis después de la muerte fetal

En muchos hospitales se siguen protocolos de inhibición farmacológica o fisiológica de la producción de leche materna, sin embargo no siempre es lo más apropiado ya que diversos estudios en neuropsicología han demostrado que la lactancia materna es un factor de protección contra el estrés y la depresión. (15) En la secreción de leche materna están implicadas varias hormonas relacionadas con el bienestar como: La prolactina, las endorfinas, la oxitocina y la dopamina. La prolactina se encuentra elevada en las primeras etapas de la lactancia por lo tanto al inhibirla bruscamente podría agravar los sentimientos de depresión. (16) Queda a criterio de cada médico el manejo de la lactogénesis después de la muerte fetal.

2.4.7 Diagnóstico etiológico del proceso: Necropsia fetal

Los objetivos de la necropsia fetal son los siguientes:

- Corroborar la edad gestacional.
- Determinar el lapso de muerte.
- Identificar la presencia de malformaciones genéticas o enfermedades metabólicas.
- Documentar el crecimiento y desarrollo intrauterino.
- Evaluar el embarazo y el parto.
- Identificar los factores que contribuyeron a la muerte fetal.
- Identificar la causa inmediata de muerte fetal.
- Evaluar la atención obstétrica.
- Generar información para auditorías clínicas.
- Proveer información que ayudará a planear futuros embarazos.

El protocolo de necropsia fetal incluye lo siguiente:

- Radiografía completa del feto.
- Fotografía del cadáver.

- Medición de los siguientes parámetros: longitud cráneo-coxis, longitud cráneo-talón, circunferencia cefálica, circunferencia torácica, circunferencia abdominal, longitud de ambos pies y peso. Se considera que el parámetro más preciso para indicar la edad gestacional es la longitud del pie.
- Toma de muestras para cariotipo.
- Establecer el grado de maceración fetal.
- Indicar si hay presencia de meconio.
- Detección de malformaciones fetales gruesas.
- Peso de cada órgano.
- Debe incluir el examen de la placenta. (18)

2.4.8 Estudio Anatómico-clínico de las causas de muerte fetal

La muerte fetal es uno de los resultados adversos más complicados del embarazo, tanto para la madre y su familia como para el obstetra, la tasa en Estados Unidos es de 7 por 1,000 nacidos vivos y en países africanos de hasta 40 por 1,000 nacidos vivos y a pesar de la reducción de la incidencia aún no se establecen las causas específicas por falta de estudios anatómo-patológicos favoreciendo a que el cuadro se repita en embarazos posteriores. (19)

Las causas más conocidas son: infección intraamniótica, anomalías congénitas, hipertensión inducida por el embarazo, desprendimiento placentario y accidentes del cordón umbilical. Para establecer la etiología de la muerte fetal es necesaria la realización de estudios anatómo-patológicos de la placenta y el feto.

Se realizó un estudio anatómo-patológico en el Servicio de Ginecología del Hospital San Borja Arrarian entre el 1 de enero de 1998 hasta el 31 de diciembre del 2002 en donde encontraron las principales causas de muerte fetal: Hipoxia fetal extrínseca, anomalías congénitas, infecciones ascendentes, traumatismos en el parto e Hidrops fetal.

El estudio demostró que en los casos de muerte fetal intrauterina, el análisis conjunto de los datos clínicos maternos con la autopsia fetal y el estudio de placenta, permiten aclarar la mayoría de las muertes fetales. (19)

2.5 Definición de duelo:

El duelo se define como una reacción ante la muerte de una persona querida, en la que algunos individuos presentan síntomas característicos de depresión mayor, como tristeza, insomnio, anorexia, entre otros. La duración del duelo varía de una persona a otra según su cultura. Desde la perspectiva psicológica se define duelo como una reacción y adaptación ante la pérdida de algo apreciado, vinculado al individuo.

El duelo tiene un conjunto de elementos, destacando los síntomas psicológicos y afectivos.

2.5.1 Manifestaciones del duelo:

- Físicas: Vacío en el estómago, opresión en el pecho y garganta, ahogo, palpitaciones, suspiros, alteraciones del sueño, pesadillas, anergia, pérdida de la libido, apetito escaso o ansioso, pérdida de peso, boca seca, indigestión, dolor de cabeza, sensibilidad al ruido.
- Emocionales: Insensibilidad, aturdimiento, tristeza, culpa, rabia, reproche, hostilidad, desesperación, vacío, soledad, desamparo, añoranza.
- Conductuales: Mente ausente, automatismo, aislamiento social, conductas de búsqueda o evitación, crisis de llanto, objetos de apego, hiperactividad, momificación.
- Psicológicas: Negación, incredulidad, confusión, irrealidad, ideas de suicidio, sensación de presencia, alucinaciones e ilusiones, falta de concentración y memoria.
- Espirituales: Búsqueda de sentido, conciencia propia mortalidad, replanteamiento de creencias.
- Físicas: Activación adreno-cortical, modificaciones de la respuesta inmune, aumento de la prolactina sérica, elevación de la hormona del crecimiento, mortalidad por problemas cardíacos.
- Psiquiátricas: Depresión, manía, esquizofrenia, ansiedad y fobia, síndrome de estrés postraumático, trastornos de conducta, abuso de alcohol, tabaco y drogas.

2.5.2 Duelo perinatal:

El primer artículo sobre duelo perinatal apareció en 1959, hablaba sobre las dificultades del obstetra frente a la muerte fetal, hacía recomendaciones humanísticas sobre su abordaje y la atención para la pareja y mencionaba la pena del propio médico.

En 1968 Bourne abordó los efectos psicológicos del mortinato sobre la madre y sus médicos en un artículo que se preguntaba los motivos por los cuales hacían del mortinato una especie de “punto ciego” para los profesionales que simulaban que no había pasado nada, con el fin de hacer menos doloroso el momento.

2.5.2.1 Duelo perinatal: Aspectos clínicos

El duelo perinatal tiene características que lo diferencian de otros duelos: la proximidad entre el nacimiento y la muerte, la juventud de los padres para los cuales muchas veces es el primer contacto con la muerte y no inesperado del suceso.

Tras la muerte perinatal la persona experimenta shock e inestabilidad, aturdimiento y dificultad para funcionar con normalidad. Algunas mujeres refieren escuchar el llanto de un recién nacido o sentir sus movimientos en el vientre.

2.6 Trastornos depresivos

Entre el 10 y el 48% aparecen en las mujeres con antecedentes psiquiátricos o depresivos, deben tenerse presentes los rasgos que distinguen el duelo de la depresión, los cuales son: Evocan distancia, impaciencia o irritación, aislamiento y autocompasión, recuerdos desagradables sobre el embarazo, idealización del feto muerto, vergüenza y desvalorización, sensación de haber fracasado como mujer, ideas de suicidio frecuente, abandono de relaciones sociales, desesperanza y desconsuelo, culpabilidad global.

2.6.1 Trastornos de ansiedad

Aumentan tras el parto para disminuir después de 12 semanas, pero sobretodo desisten de un nuevo embarazo.

2.6.2 Trastorno por estrés post traumático

Entre el 2 y el 5% de los partos instrumentales y cesáreas y hasta el 25% en el mes posterior a la pérdida y hasta 7% cuatro meses después. (7)

2.6.3 Duelo materno por muerte perinatal

El nacimiento de un hijo representa en la mayoría de las familias un evento de felicidad. Desde el embarazo hasta el parto, los progenitores desarrollan sentimientos de esperanza, ilusión y alegría. Pero no todos los embarazos terminan satisfactoriamente y en algunos puede ocurrir la muerte del feto.

Para la mujer el concebir un hijo sigue siendo un proceso complejo, comienza desde antes de la concepción y provoca cambios físicos y emocionales, durante el embarazo percibe al feto como parte de sí misma, no como algo separado, de allí que la pérdida perinatal representa para la madre un vacío corporal, con sensación de desamparo y pérdida de la autoestima. La pérdida perinatal es dolorosa, angustiante e incluso se puede percibir como una amputación o castración, de hecho no es raro que la pérdida del feto provoque alteración de la conducta, sentimientos de culpa y con ellos el duelo materno. (8)

2.6.4 Bases teóricas del proceso del duelo

Se pensaba que la muerte de un feto era emocionalmente menos fuerte que la de un niño o un adulto, sin embargo muchos autores consideran que la madre después del apego con el feto durante el tiempo que haya durado el embarazo antes de la muerte fetal genera en ella un sufrimiento intenso y devastador, tienen las mismas reacciones que otras mujeres al experimentar la muerte de un ser querido.

El duelo es una respuesta psicológica normal, que ocurre por la pérdida de la persona, mascota o cosa querida y conlleva a síntomas somáticos, psicológicos y de comportamiento. Es una reacción compleja e implica un proceso de curso previsible en el cual se desvanecen gradualmente los lazos afectivos que tenía con la persona fallecida.

En 1996 Kluber-Ross, Psiquiatra, describió cinco etapas del duelo:

2.6.4.1 Negación y aislamiento

Es la etapa inicial en la que las personas se sienten culpables porque se apodera de ellas un estado de incredulidad frente a la muerte.

2.6.4.2 Enojo o ira

Proyectando su sentimiento hacia otras personas, expresándola como depresión, ya que culpar a otro es una manera de aliviar el dolor, la aflicción y la desesperación de una persona al aceptar que la vida deberá continuar.

2.6.4.3 Pacto

Con el que el afectado debe ganar tiempo antes de aceptar la realidad, por lo que retrasa la responsabilidad necesaria para liberar emocionalmente la pérdida.

2.6.4.4 Depresión

Enojo dirigido hacia adentro que incluye sentimientos de desamparo, falta de esperanza e impotencia.

2.6.4.5 Aceptación

La persona afectada piensa en sus seres amados, sin sentir o expresar sentimientos intensos de alegría o tristeza cuando los recuerda, vivirá el presente sin adherirse al pasado y sin hacer planes para el futuro. (9)

2.7 Atención profesional a la pérdida y al duelo durante la maternidad

En los últimos años debido al avance en la tecnología y nuevos métodos de monitoreo fetal y pruebas de bienestar fetal ha habido un descenso en la tasa de mortalidad fetal.

2.7.1 Predictores de riesgo de duelo complicado

Para establecer los lineamientos a seguir en el tratamiento correcto y oportuno de las mujeres que han sufrido una muerte fetal es necesario conocer los factores predictores de duelo complicado, los cuales son los siguientes:

2.7.1.1 Factores relacionados:

- Pérdida de otro hijo/a, pareja, padre o madre en edad temprana y/o hermano en la adolescencia.
- Adaptación complicada al cambio de rol.
- Relación conflictiva o ambivalente. Sentimientos encontrados de amor/odio no expresados (hacia la pareja o hacia el propio bebé)

2.7.1.2 Factores circunstanciales:

- Juventud del fallecido (en este caso el bebé)
- Pérdida súbita, accidente, homicidio, incierta y/o múltiple.
- Duración de la enfermedad y de la agonía.
- No recuperación del cadáver. Cadáver con aspecto dañado o deformado. Imposibilidad de ver el cuerpo.
- Recuerdo doloroso del proceso: relaciones inadecuadas con el personal sanitario, dificultades diagnósticas, mal control de síntomas u otros.

2.7.1.3 Factores personales:

- Ancianidad o juventud del superviviente.
- Escasez de recursos para el manejo del estrés.
- Problemas de salud física o mental previos.
- Escasez de aficiones e intereses.
- Duelos anteriores no resueltos.
- Reacciones de rabia, amargura y culpabilidad muy intensas.
- Valoración subjetiva de falta de recursos para hacer frente a la situación.

2.7.1.4 Factores Sociales

- Ausencia de red de apoyo social/familiar o conflictos de relación con estas.

- Recursos socio económicos escasos.
- Responsabilidad de otros hijos pequeños.
- Otros factores estresantes: Conflictividad laboral, proyecto vital interrumpido, etc. (11)

2.8 Interpretación del Inventario de Depresión de Beck

En la actualidad el Inventario de Depresión de Beck es un instrumento para medir el grado de depresión, siendo uno de los más utilizados e investigados.

Criterios para la interpretación del Inventario de Depresión de Beck, basada en puntuaciones de corte:

- Puntuaciones de 0 a 13: Indica depresión mínima.
- Puntuaciones de 14 a 19: Depresión leve.
- Puntuaciones de 20 a 28: Depresión moderada
- Puntuaciones de 29 a 63: Depresión grave.

Los episodios leves se caracterizan por la presencia de solamente 5 ó 6 síntomas depresivos y por una incapacidad leve o por una capacidad funcional normal, pero a costa de un esfuerzo no habitual. Los episodios graves sin síntomas psicóticos se caracterizan por la presencia de la mayoría de los síntomas de los criterios y por una incapacidad evidente. (22)

2.9 Manejo de la depresión

La depresión en el adolescente y en el adulto es un importante problema de salud debido a su prevalencia, a su repercusión sobre la calidad de vida y la estructura familiar y social.

Existe un infradiagnóstico e infratratamiento por falta de atención, principalmente en las instituciones gubernamentales, entre los cuales cabe destacar a los hospitales. Según la OMS, la depresión afecta a unos 121 millones de personas en el mundo y menos de una cuarta parte tiene acceso a los tratamientos efectivos, y se estima que un 25% llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida. (22)

La prevalencia de este trastorno varía de un país a otro, el *National Comorbidity Survey Replication* americano observó que un 16.2% de las personas presentaron depresión mayor en algún momento de su vida. (23) Las personas con depresión tienden a presentar mayores tasas de morbilidad y mortalidad, la asociación entre enfermedades físicas y mentales, así como abuso de drogas, alcohol y estupefacientes, en casos más relevantes hasta el suicidio. (24)

La falta de diagnóstico y tratamiento continúa siendo un problema en el manejo de la depresión, por lo que es prioritario optimizar los recursos en los servicios para la detección y oportuno tratamiento. En España se ha estimado que hasta el 28% de los pacientes con depresión no son diagnosticados en el nivel primario de atención. (25)

2.9.1 Factores de riesgo para depresión

- Factores personales y sociales: Los trastornos depresivos son mayores en las mujeres que en los hombres, así como en las personas con enfermedades crónicas y el consumo de tabaco y alcohol (26).
- Factores cognitivos: La investigación de dichos factores se ha guiado predominantemente mediante la aplicación del Inventario de Depresión de Beck. (27)
- Factores familiares y genéticos: Los descendientes de personas con trastornos depresivos tienen mayor riesgo de presentar enfermedades somáticas o trastornos mentales (27)

2.9.2 Riesgo de suicidio

La depresión es uno de los factores más asociados al suicidio, el riesgo es hasta cuatro veces mayor y 20 veces mayor en la depresión grave. (28)

2.9.3 Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10

- El episodio depresivo debe durar al menos 2 semanas.
- El episodio no es atribuible a uso de sustancias psicoactivas o trastornos mentales primarios.
- Síntomas somáticos: Pérdida importante del interés o capacidad de realizar las actividades cotidianas, ausencia de reacciones emocionales, insomnio, mal humor matutino, enlentecimiento motor o agitación, anorexia, pérdida de peso, pérdida de la libido, entre otros. (29)

2.10 Tratamiento de la depresión

Los pacientes perciben la falta de atención psicológica como una falta de atención integral hacia su persona. Uno de los aspectos más valorados de la psicoterapia es el hecho de poder expresarse y encontrar una solución al problema, la mayoría de pacientes tienen confianza en el tratamiento farmacológico.

2.10.1 Fármacos antidepresivos:

- Antidepresivos tricíclicos: Imipramina, desipramina, amitriptilina, nortriptilina.
- Antidepresivos tetracíclicos: Amoxapina, maprotilina, mianserina.
- Antidepresivos bicíclicos: Viloxacina.
- Antidepresivos atípicos: Trazadona. (30)

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General:

- 3.1.1 Determinar el grado de depresión y necesidad de tratamiento psicológico y/o farmacológico en las pacientes que presentaron una muerte fetal mediante el Inventario de Depresión de Beck, en los servicios de post parto y legrados del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt durante los meses de enero a octubre del 2015.

3.2 Objetivos específicos:

- 3.2.1 Caracterizar socio-demográficamente a las pacientes que presentaron una muerte fetal, según su edad, estado civil, nivel de escolaridad, paridad, control prenatal, ocupación, lugar de residencia, nivel socio-económico, factores asociados a muerte fetal y edad gestacional.

- 3.2.2 Analizar la necesidad de soporte emocional en las pacientes que han tenido una muerte fetal.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Tipo de estudio:

Estudio descriptivo, no experimental, transversal realizado durante los meses de enero a octubre del año 2015 en las pacientes que tuvieron una muerte fetal y se encontraban internadas en los servicios de Legrados y Postparto del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt.

4.2 Población y muestra:

La totalidad de pacientes que tuvieron una muerte fetal intra o extrahospitalaria y que fueron atendidas en el Hospital Roosevelt en los meses de enero a octubre del año 2015.

4.3 Cálculo de la muestra:

Debido a que se tomaron en cuenta a todas las pacientes que tuvieron una muerte fetal, no se realizó cálculo de la muestra.

4.4 Criterios de Inclusión:

- a) Pacientes que presentaron una muerte fetal después de las 20 semanas de gestación.
- b) Pacientes que quisieron participar voluntariamente en el estudio.

4.5 Criterios de exclusión:

- a) Pacientes con discapacidades que no les permitieron realizar la entrevista.
- b) Pacientes que no hablan español.

4.6 Cuadro de operacionalización de variables

Variable	Definición	Definición operacional	Tipo de Variable	Escala de medición	Unidad de medida
Caracterización	Determinación de los atributos peculiares de una persona o cosa, de modo que se distinga claramente de las demás.		Cualitativa	Nominal	Edad Estado civil Escolaridad Ocupación Paridad
Sociodemográfico	Ciencia que tiene como objetivo el estudio de las poblaciones humanas, de su dimensión, estructura, evolución y características generales.		Cualitativa	Nominal	Edad Estado civil Escolaridad Ocupación Procedencia Residencia Nivel socio-económico
Depresión	Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida del interés por todo	Sentimiento del sujeto de estudio hacia el fallecimiento de su feto.	Cualitativa	Nominal	Si/No

	y disminución de las funciones psíquicas.				
Muerte fetal	Muerte de un feto en el útero con peso mayor de 500 gramos y/o con un desarrollo gestacional mayor de 20 semanas.	Documentación de la muerte fetal post parto.	Cualitativa	Nominal	Si/No
Edad gestacional	Edad de un embrión, un feto o un recién nacido desde el primer día de la última menstruación o por medidas antropométricas por ultrasonido.	Edad gestacional establecida por fecha de última menstruación, ultrasonido o por Escala de Capurro.	Cuantitativa	Razón	Semanas
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo	Edad en años	Cuantitativa	Ordinal	Año

4.7 Procedimiento para la recolección de datos

- Se presentó el tema al Dr. Porfirio Santizo, quien aprobó la investigación del mismo.
- Se obtuvo el permiso para realizar el estudio en el área de primer piso post-parto, tercer piso post parto y legrados del Hospital Roosevelt.
- Se presentó el tema a investigar al docente de investigación del Hospital Roosevelt, Dr. Eddy Rodríguez, el cual fue aprobado.
- Se presentó el tema a investigar al Dr. Jaime Rabanales para validación del instrumento que se utilizó para establecer el grado de depresión (Test de Beck) de las entrevistadas por parte del Departamento de Salud Mental.
- Se entrevistaron a las pacientes que tuvieron una muerte fetal y se revisaron los expedientes médicos a fin de obtener los datos sociodemográficos e identificar factores de riesgo.
- Las pacientes fueron entrevistadas directamente por el investigador a fin de obtener datos sociodemográficos y se realizó el Inventario de depresión de Beck.
- Se obtuvo información guiada por preguntas establecidas en la boleta de recolección de datos, para realizar dicha investigación.
- De acuerdo a los datos obtenidos se procedió a realizar lo siguiente: Al obtener los resultados de la primera parte de la entrevista estos fueron tabulados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2010 para presentarlos en forma de cuadros. Los datos obtenidos de la segunda parte de la entrevista fueron tabulados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2010 según las respuestas encontradas en el Inventario de Depresión de Beck.
- Se discutieron y analizaron los resultados, obteniéndose las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

4.8 Aspectos éticos:

- Esta investigación tomó en cuenta los principios de la libre expresión del pensamiento, y el respeto a las creencias y costumbres de las entrevistadas.
- A todas las pacientes seleccionadas se les brindó una explicación detallada sobre la investigación, sus fines y los beneficios que con el estudio tendrán, los cuales no son directos pero que si contribuirán a una mejor calidad de servicio. Dicha información se entregó en forma escrita a cada participante a través de un consentimiento informado el cual fue firmado o plasmada la huella digital. Se les informó sobre el derecho que tienen de participar o no en la investigación. Se les aseguró la confidencialidad de los datos cuya custodia son responsabilidad del autor, quien utilizó los resultados, conjuntamente con el asesor únicamente para fines de estudio.
- Dadas las características y condiciones de nuestro estudio se considera que fue categoría I dado que la población en estudio no corre ningún riesgo y se protege la intimidad de cada persona que participó. También se vigiló el cumplimiento de los requisitos metodológicos.

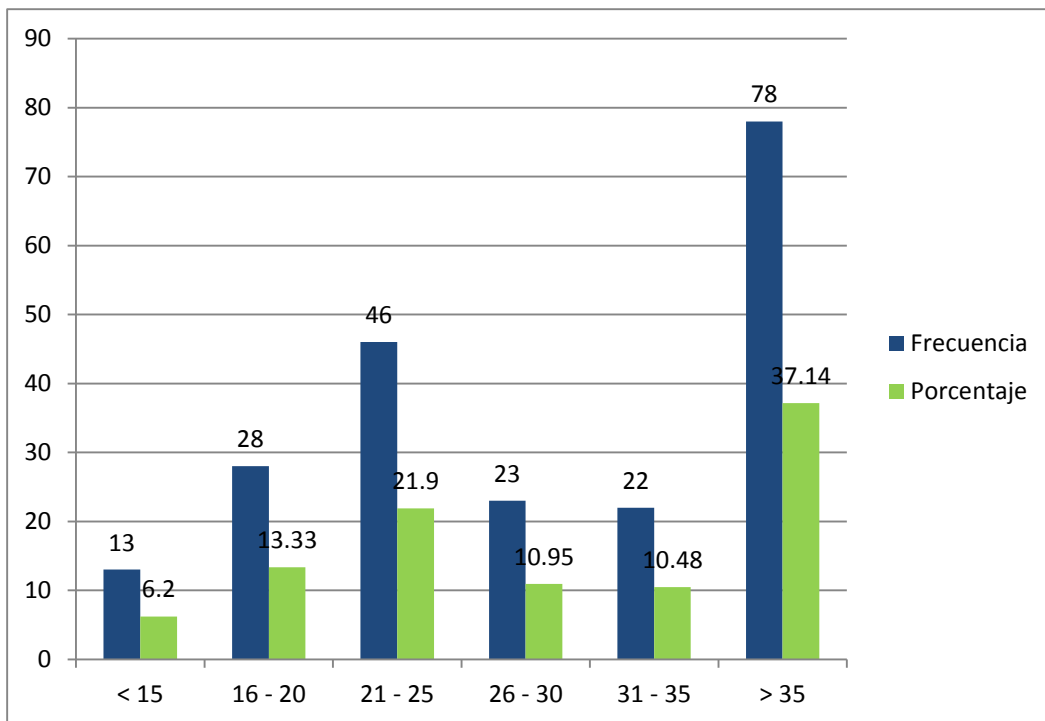
V. RESULTADOS

El presente estudio fue realizado en 210 pacientes que fueron ingresadas a los Servicios de Post Parto y Legrados posteriormente de haber dado a luz a un recién nacido no vivo, mayor de 20 semanas de gestación o un peso fetal mayor de 500 gramos, durante los meses de enero a octubre del 2015. La muerte fetal es un evento obstétrico devastador tanto para la madre y su familia como para el obstetra, dependiendo el momento y la circunstancia en la cual suceda puede conllevar a problemas médico legales. En cuanto a la madre se entera de la noticia que su bebé ha fallecido puede experimentar depresión y ansiedad, para lo cual es necesaria una evaluación del grado de depresión a través de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck y establecer el tratamiento médico o psicológico a seguir.

Al obtener los resultados de la primera parte de la entrevista estos fueron tabulados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2010 para presentarlos en forma de cuadros. Los datos obtenidos de la segunda parte de la entrevista fueron tabulados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2010 según las respuestas encontradas en el Inventario de Depresión de Beck.

Gráfica No.1

Edad en años de las pacientes que tuvieron una muerte fetal, ingresadas en los Servicios de Post parto y Legrados del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt durante los meses de enero a octubre del 2015.

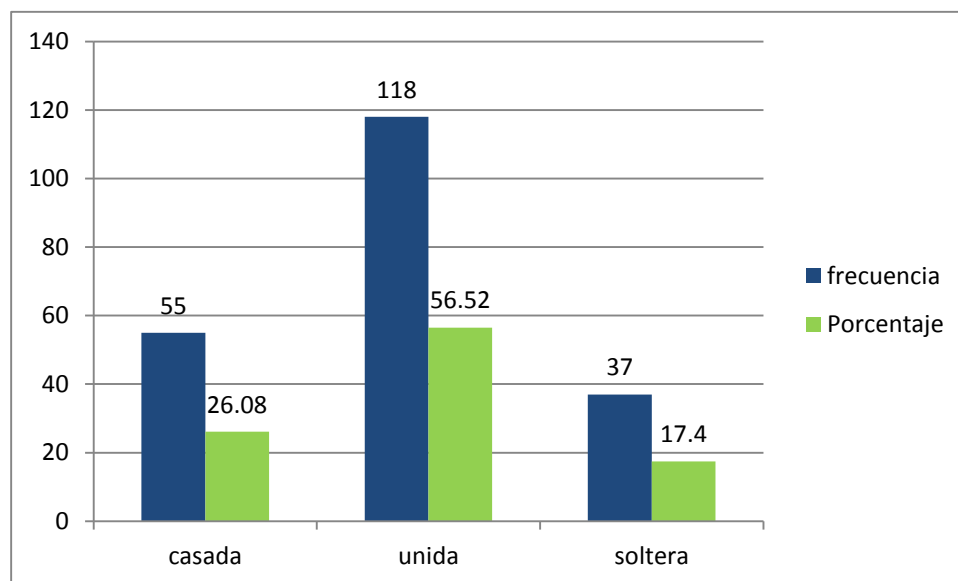


N: 210

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Gráfica No. 2

Estado civil de las pacientes que tuvieron una muerte fetal, ingresadas en los Servicios de Post parto y Legrados del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt durante los meses de enero a octubre del 2015.

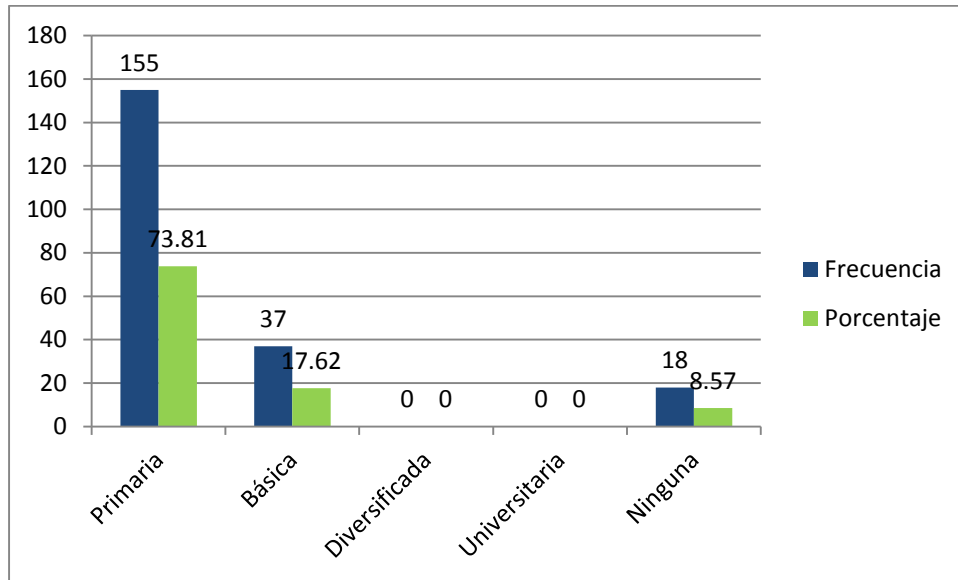


N: 210

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Gráfica No. 3

Escolaridad de las pacientes que tuvieron una muerte fetal, ingresadas en los Servicios de Post parto y Legrados del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt durante los meses de enero a octubre del 2015.

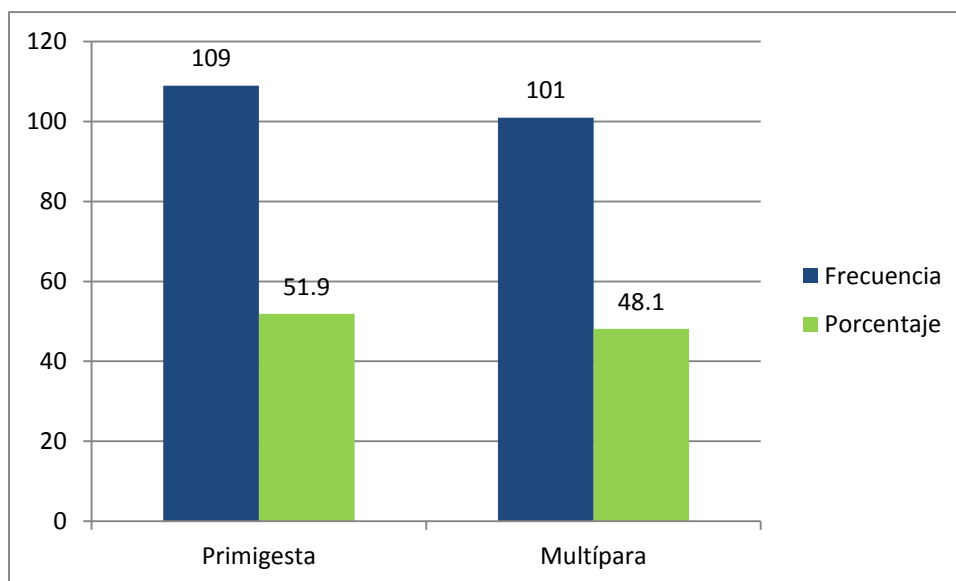


N: 210

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Grafica No. 4

Paridad de las pacientes que tuvieron una muerte fetal, ingresadas en los Servicios de Post parto y Legrados del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt durante los meses de enero a octubre del 2015.

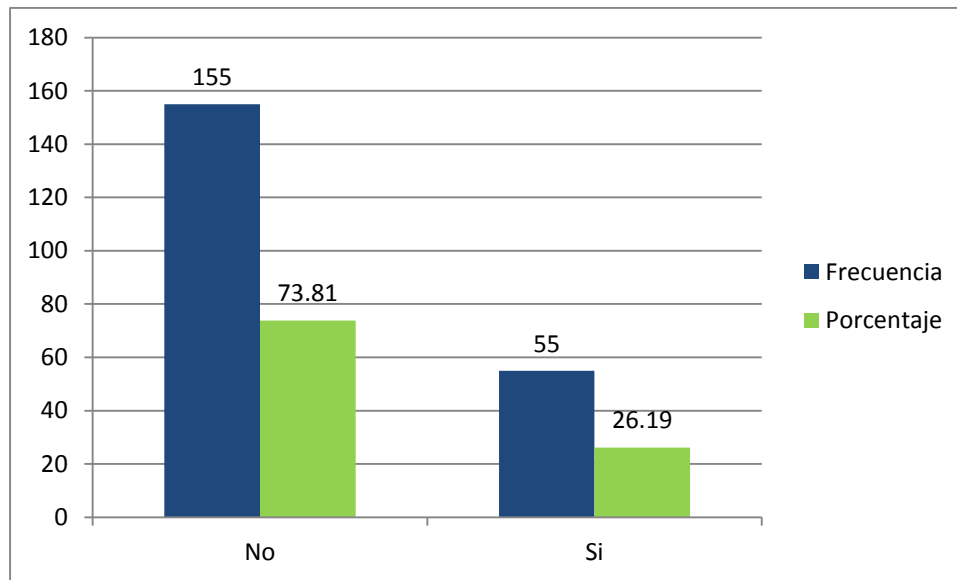


N: 210

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Gráfica No. 5

Control Prenatal en las pacientes que tuvieron una muerte fetal, ingresadas en los Servicios de Post parto y Legrados del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt durante los meses de enero a octubre del 2015.

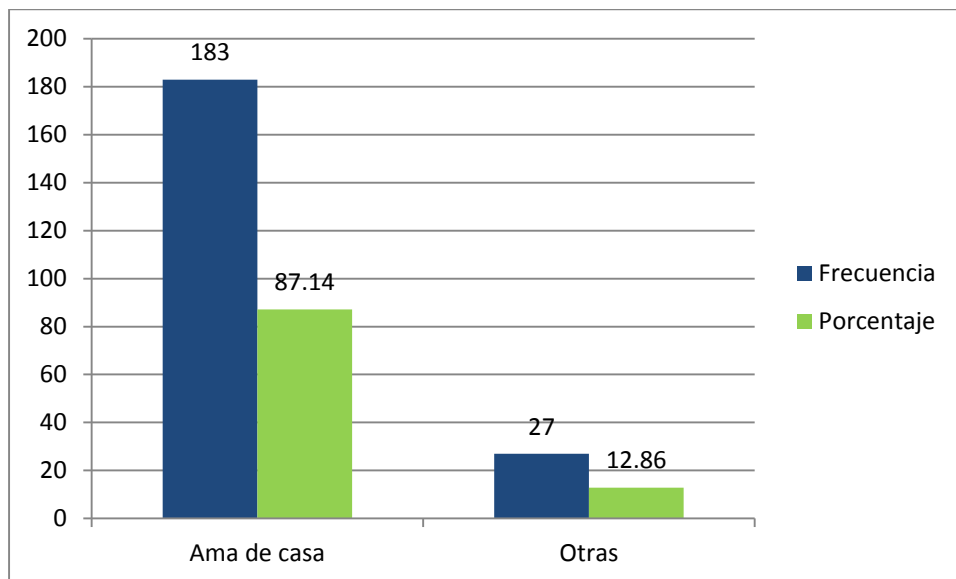


N: 210

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Gráfica No. 6

Ocupación de las pacientes que tuvieron una muerte fetal, ingresadas en los Servicios de Post parto y Legrados del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt durante los meses de enero a octubre del 2015.

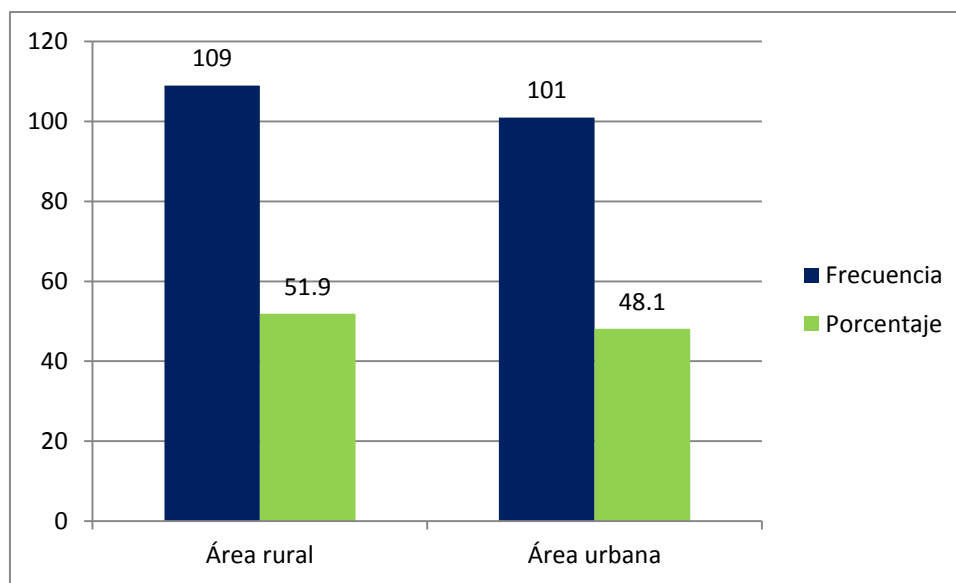


N: 210

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Gráfica No. 7

Lugar de residencia de las pacientes que tuvieron una muerte fetal, ingresadas en los Servicios de Post parto y Legrados del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt durante los meses de enero a octubre del 2015.

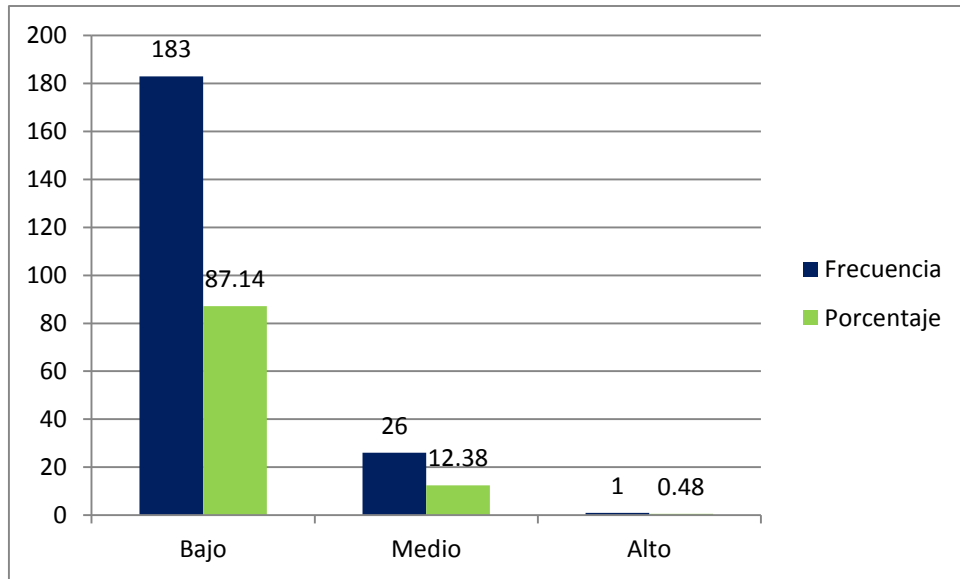


N: 210

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Gráfica No. 8

Nivel socio-económico de las pacientes que tuvieron una muerte fetal, ingresadas en los Servicios de Post parto y Legrados del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt durante los meses de enero a octubre del 2015.

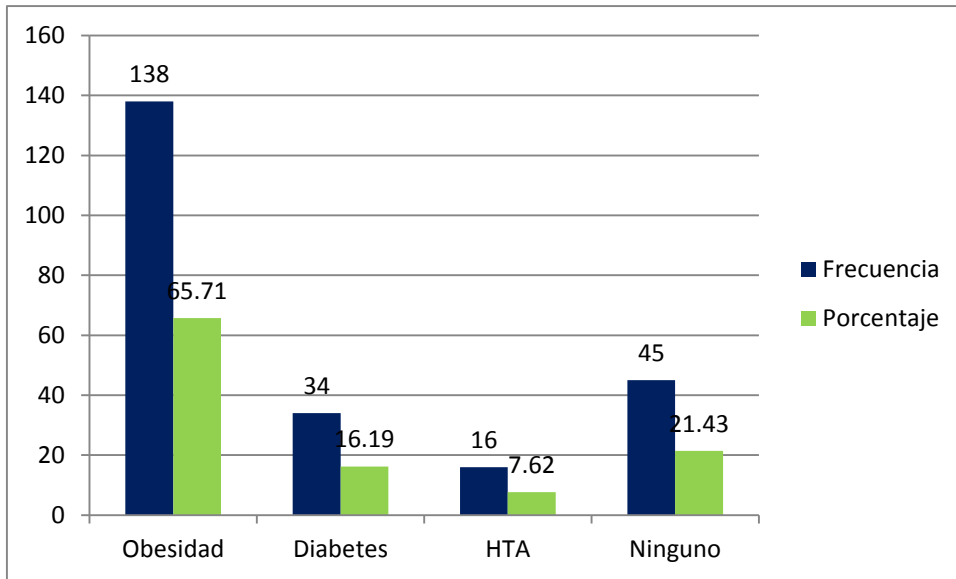


N: 210

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Gráfica No. 9

Factores asociados a óbito fetal en las pacientes que tuvieron una muerte fetal, ingresadas en los Servicios de Post parto y Legrados del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt durante los meses de enero a octubre del 2015.

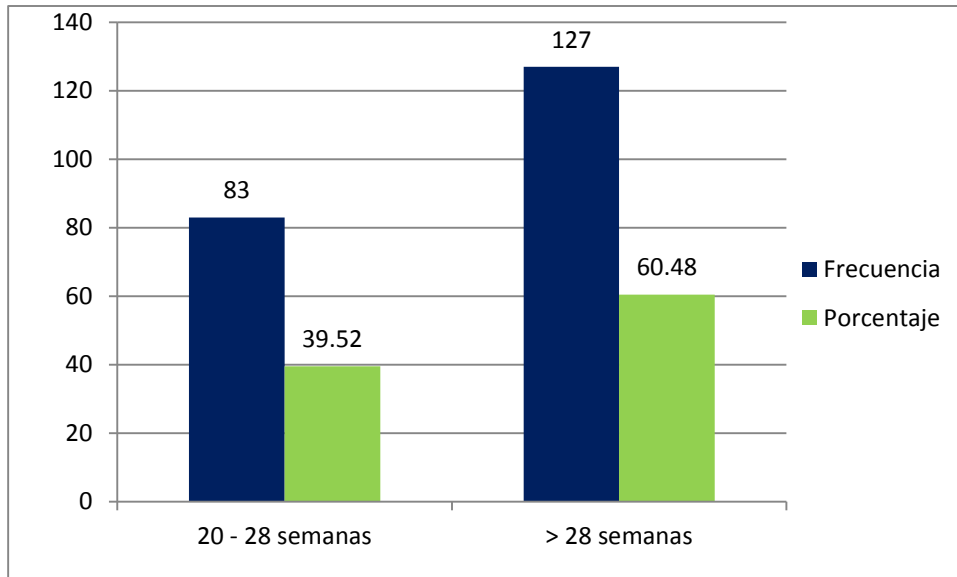


N: 210

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Gráfica No. 10

Edad gestacional de las pacientes que tuvieron una muerte fetal, ingresadas en los Servicios de Post parto y Legrados del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt durante los meses de enero a octubre del 2015.



N: 210

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Tabla No. 1

Grado de depresión según el Inventario de Depresión de Beck en las pacientes que tuvieron una muerte fetal, ingresadas en los Servicios de Post parto y Legrados del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt durante los meses de enero a octubre del 2015.

Puntaje y Grado de Depresión	Frecuencia	Porcentaje
1 – 10 (ESTOS ALTIBAJOS SON CONSIDERADOS NORMALES)	27	12.86
11 – 16 (LEVE PERTURBACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO)	46	21.90
17 – 20 (ESTADOS DE DEPRESIÓN INTERMITENTES)	36	17.14
21 – 30 (DEPRESIÓN MODERADA)	46	21.90
31 – 40 (DEPRESIÓN GRAVE)	46	21.90
MAYOR DE 40 (DEPRESIÓN EXTREMA)	9	4.30
TOTAL	210	100

Nota: El inventario de Depresión de Beck se publicó en 1996 y consiste en un inventario de autoinforme confiable que sirve para evaluar los síntomas de depresión, se trata de un inventario breve que puede realizarse fácilmente en un período de 10 a 15 minutos. Se trata de 21 preguntas, emplea una herramienta de calificación en la que cada pregunta está calificada en una escala de 4 puntos que va de 0 a 3. 0 significa que no experimenta síntomas, mientras que 3 significa que experimenta una forma severa de los síntomas. Para obtener el puntaje únicamente es necesario realizar la suma de los puntos de cada pregunta y anotar el total, un puntaje mayor de 17 amerita ayuda psicológica y un puntaje mayor de 31 amerita tratamiento psicológico y farmacológico.

N: 210

Fuente: Inventario de Depresión de Beck.

VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

En base al objetivo general de investigación se determinó que las pacientes entrevistadas que tuvieron una muerte fetal se encontraron con perturbación leve del ánimo (21.90%), depresión moderada (17.14%) y depresión grave (21.90%) de acuerdo al puntaje obtenido en el Inventario de Depresión de Beck. El 12.86% de las pacientes entrevistadas obtuvo un resultado normal, el 17.14% depresión intermitente y el 4.30% presentó depresión extrema. Al obtener los datos se pudo determinar que la mayoría de pacientes estuvo claramente afectada por la pérdida de su feto y que necesitan apoyo psicológico para obtener un tratamiento integral en el Hospital Roosevelt.

En cuanto al perfil sociodemográfico de las entrevistadas la mayoría tenía más de 35 años de edad (37.14%) seguido el rango etario de 21 a 25 años (21.90%), tenían una pareja estable ya sea en unión de hecho o matrimonio, de escolaridad primaria, con residencia en el área rural, de nivel socio-económico bajo, concluyendo el primer embarazo de su vida, no tuvieron control prenatal y son amas de casa. La población estudiada se compara a la población de otros estudios en cuanto a factores de riesgo para muerte fetal, los cuales cabe resaltar que son: edad materna avanzada, baja escolaridad, poco o ningún control prenatal, pobreza y residencia en el área rural. (17)

Según los factores asociados a muerte fetal en los expedientes médicos se encontró que el 65.71% presentó obesidad, el 34% diabetes, un bajo porcentaje curso con hipertensión en el embarazo (16%) sin embargo un 45% de las pacientes no tenía ningún factor de riesgo establecido en la literatura, dichos resultados se pueden comparar con el Estudio La Muerte Fetal y Neonatal tienen origen multifactorial realizado en Chile en el año 2008, en el cual encontraron una alta tasa de mortalidad fetal en mujeres con índice de masa corporal mayor de 34 kg/m² (31).

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1 Un 65.24% de las pacientes entrevistadas que tuvo un muerte fetal obtuvo un puntaje en el Inventario de Depresión de Beck mayor a 17 lo que indica estados de depresión intermitentes, depresión moderada, depresión grave y depresión extrema.
- 6.1.2 En cuanto al perfil socio-demográfico de las pacientes que tuvieron una muerte fetal el 37.14% tenía más de 35 años de edad, 56.52% estaban en unión libre, 73.81% tenían escolaridad primaria, 51.90% concluían su primer embarazo, 73.81% no tuvo control prenatal, 87.14% era ama de casa, 51.90% residían en el área rural, 87.14% tenía perfil socio-económico bajo, la edad gestacional fue de un 60.48% mayor de 28 semanas y un 39.52% de 20 a 28 semanas.
- 6.1.3 La mayoría de pacientes entrevistadas que sufrieron una muerte fetal necesita soporte psicológico, debido a que tenían más de 17 puntos en el Inventario de Depresión de Beck.

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1 Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, a fomentar las medidas de prevención en cuanto a los factores de riesgo modificables, como lo son un mejor control prenatal, evaluación nutricional de las mujeres en edad fértil antes y durante el embarazo.

- 6.2.2 Al Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt, incluir en los protocolos obstétricos la aplicación del Inventario de Depresión de Beck en las pacientes que han sufrido una muerte fetal para establecer el grado de depresión de las mismas y solicitar apoyo al Departamento de Salud Mental para un tratamiento integral. Así mismo identificar los factores asociados a óbito fetal, proporcionar plan educacional y fomentar el establecimiento de la causa de muerte fetal a través de estudios anatómo-patológicos, los cuales no se realizan en dicha institución y por lo tanto no se ha establecido la causa exacta de las muertes fetales.

- 6.2.3 A las mujeres en edad fértil, acudir a control pre-concepcional para establecer los factores asociados a óbito fetal, evaluación de su estado de salud en general y planificar correctamente los embarazos, al estar embarazadas acudir a un servicio de salud para un correcto control prenatal.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guatemala. Protocolos Obstétricos, Departamento de Maternidad, Hospital Roosevelt. 3ª. Edición 1997. Muerte Fetal: 123 – 126.
2. Lawn J.,Blencowe.,Cousens S., Kumar R.,et al. “Muerte fetal intrauterina, su importancia”. Lancet. 2,011. 40-54
3. Consejo Estratégico Interagencial: “Reducción de la mortalidad y morbilidad neonatal en América Latina y el Caribe”. Marzo 2,007.
4. Stanton C, Lawn JE, Rahman H, Wilczynska-Ketende K, Hill K. “Stillbirth Rates: Delivering Estimates in 190 Countries”. Lancet 2006; 367 (9521):1487-1494
5. V Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil, 2014-2015. Measure/DHS. Datos preliminares. Guatemala
6. Departamento de Estadística, Hospital Roosevelt, Guatemala.
7. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, “Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio”. Disponible en Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. vol.31 no.1 Madrid ene./mar. 2011
8. Revista Mexicana de Pediatría. Vol. 76, Num 5. Septiembre-octubre 2009. Pp 215-219.
9. Bowlby J. La perte. Tristesse et dépression. En: Bowlby J, editor. Attachement et perte. Paris: PVF; 1984: 72.
10. Uribe G. Para vivir los duelos. Cartografía emocional para la sanación de las pérdidas. Bogotá. Ediciones San Pablo; 2006
11. Definitions and indicators in family planning maternal & child health and reproductive health used in the WHO regional office for Europe. June 2001.[citado en 12 mar 2018] Disponible en: www.euro.who.int/document/e68459.pdf
12. Papp Z. Fetal demise. En Recommendations and Guidelines for Perinatal Medicine. World Association of Perinatal Medicine y Matres Mundis (eds). Barcelona. EGS. 2007. pp 203-7

13. American College of Obstetricians and Gynecologists. Diagnosis and management of fetal death. ACOG Technical Bulletin no 176. (January 1993). *Int J Gynecol Obstet.* 1993;42:291-9.
14. Radestad I, Steineck G, Nordin C, Sjogren B. Psychological complications after stillbirth: influence of memories and immediate management: population based study. *BMJ.* 1996;312:1505-8.
15. Silvente, C. Neuropsicología y lactancia materna. En *Apuntes de psicología* [Internet] 2012. [citado en 12 mar 2018] Disponible en: <https://cristinasilvente.wordpress.com/2012/04/16/neuropsicologia-y-lactancia-materna/>
16. Asociaciones Umamanita y El Parto es Nuestro. Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal; 2009 [Internet]. [citado en 12 mar 2018] Disponible en: <http://www.umamanita.es/Contenidos/Profesionales/Guia%20Combined.pdf>
17. Bukoski R, Carpenter M, Conway D, Coustan D, Dudley DJ, Goldenberg RL. Causes of death among stillbirths. *JAMA.* 2011 306: 2459-68.
18. Cohen M. Fetal, perinatal and infant autopsies. En: Burton J, Ruttly G, eds. *The Hospital Autopsy A Manual of Fundamental Autopsy Practice, Third Edition.* London: Hodder Arnol Publication; 2010. p. 184-202.
19. "REV CHIL OBSTET GINECOL 2005; 70(5): 303-312 ESTUDIO ANATOMO-CLÍNICO DE LAS CAUSAS DE MUERTE FETAL *Alfredo Ovalle S.¹, Elena Kakarieka W.², Ángel Correa P.¹, María Teresa Vial P.², Carlos Aspillaga M.¹*"
20. *Rev. chil. obstet. ginecol.* v.71 n.1 Santiago 2006 INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ÓBITO FETAL EN 2 HOSPITALES VENEZOLANOS *Erika Rojas¹, Karimar Salas¹, Gustavo Oviedo², Geovanny Plenzyk¹*
21. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2011; 76(3): 169 – 174 Factores de riesgo prenatales en la muerte fetal tardía, Hospital Civil de Guadalajara, México *J. Guadalupe Panduro B.^{1,3}, J. Jesús Pérez M.², Elizabeth Guadalupe Panduro M.¹, Juan Francisco Castro H.^{2,3}, María Dolores Vázquez G*
22. Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (2011b Manual. BDI-FS. Inventario de Depresión de Beck para pacientes médicos (Adaptación española: Sanz, J., Izquierdo, A., y García-Vera, M. P.). Madrid: Pearson.

23. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 2003;289(23):3095-105
24. Sobocki P, Jönsson B, Angst J, Rehnberg C. Cost of depression in Europe. *J Ment Health Policy Econ*. 2006;9(2):87-98.
25. Aragonès E, Piñol JL, Labad A, Folch S, Mèlich N. Detection and management of depressive disorders in primary care in Spain. *Int J Psychiatry Med*. 2004;34(4):331-43.
26. Bellón JA, Moreno-Küstner B, Torres-González F, Montón-Franco C, GildeGómez-Barragán MJ, Sánchez-Celaya M, et al. Predicting the onset and persistence of episodes of depression in primary health care. The predictD-Spain study: methodology. *BMC Public Health*. 2008;8:256
27. De Raedt R, Koster EH. Understanding vulnerability for depression from a cognitive neuroscience perspective: A reappraisal of attentional factors and a new conceptual framework. *Cogn Affect Behav Neurosci*. 2010;10(1):50-70.
28. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Santiago de Compostela: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t N° 2010/02.
29. Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992
30. J. Saiz Ruiz, JM. Montes Rodríguez. Universidad de Alcal. Madrid. Tratamiento farmacológico de la depresión. Disponible en: www.revclinesp.es/es/tratamiento-farmacologico-depresion/articulo/13075
31. La muerte fetal y la muerte neonatal tienen origen multifactorial. Accesado el 1 jul 2014. Disponible en: http://scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832003000100003?&script=sci_arttext

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



**DEPRESIÓN Y CARACTERIZACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA DE LAS PACIENTES
QUE HAN SUFRIDO UNA MUERTE FETAL EN EL DEPARTAMENTO DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT DE ENERO A
OCTUBRE 2015**

ENTREVISTA ESTRUCTURADA

Instrucciones: Este es un cuestionario estructurado el cual será utilizado única y exclusivamente por el entrevistador como guía para mantener la misma secuencia en todas las entrevistas realizadas.

Fecha de la entrevista: _____

PRIMERA PARTE: PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO

Edad: Menor de 13 años: _____ De 14 a 35 años: _____ Mayor de 35 años: _____

Estado Civil: Casada: _____ Unida: _____ Soltera: _____

Escolaridad: Primaria: __ Básica: __ Diversificada: __ Universitaria: __ Ninguna: _____

No. De hijos: Ninguno: __ 1 ó más: _____ **Control Prenatal:** Si: _____ No: _____

Ocupación:

Ingresos Familiares: < Q2800: _____ de Q2800 a Q8,000: _____ > Q8,000: _____

Factores de riesgo de la usuaria (Según expediente médico):

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



DEPRESIÓN Y CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LAS PACIENTES QUE HAN SUFRIDO UNA MUERTE FETAL EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT DE ENERO A OCTUBRE 2015

SEGUNDA PARTE

INVENTARIO DE BECK DE DEPRESIÓN

Instrucciones para el entrevistador para la aplicación del Cuestionario de Depresión de Beck

Se han preparado las siguientes instrucciones con el fin de estandarizar la aplicación del Cuestionario de Depresión. Es importante que se sigan en orden estas instrucciones, para proporcionar uniformidad y reducir al mínimo la influencia del entrevistador.

Rutina de aplicación

Diga al paciente: “Esto es un cuestionario; en él hay grupos de afirmaciones; leeré uno de estos grupos. Después quiero que elija la afirmación en ese grupo que describa mejor como se ha sentido en la ULTIMA SEMANA incluyendo HOY”.

En ese momento alcance una copia del cuestionario al paciente y dígame: “Aquí tiene una copia para que pueda seguirme mientras leo”. Lea el grupo entero de afirmaciones en la primera categoría (no lea los números que aparecen a la izquierda de las afirmaciones); luego diga: “Ahora elija una de las afirmaciones que describa mejor como se ha sentido en la ULTIMA SEMAN, incluyendo HOY”

Si el paciente indica su elección respondiendo mediante un número, vuelva a leer la afirmación que corresponda con el número dado por el paciente, con el fin de evitar confusión sobre cual de las afirmaciones elegida. Cuando el paciente dice “la primera afirmación”, puede querer decir 0 ó 1. Después que se haga evidente que el paciente entiende el sistema de numeración, será suficiente la respuesta numérica para indicar su elección.

Instrucciones adicionales

A. Verifique que cada elección sea efectivamente la elección del paciente y no palabras que usted haya repetido. Haga que el paciente exprese, por su cuenta, cual afirmación ha elegido.

B. Si el paciente indica que hay dos o más afirmaciones que se ajustan a la forma en que se siente, entonces anote el mayor de los valores.

C. Si el paciente indica que la forma en que se siente está entre 2 y 3, siendo más que 2, pero no justamente 3, entonces anote el valor al cual se acerque más, ó 2.

D. Generalmente el entrevistador debe leer en voz alta las afirmaciones que se encuentran en cada categoría. A veces el paciente toma la iniciativa y empezará a leer en silencio las afirmaciones en una categoría, adelantándose al entrevistador, y empieza a dar las afirmaciones elegidas. Si el paciente está atento y parece inteligente, deje que lea en silencio las afirmaciones y que haga su elección. Dígale al paciente que, si está seguro de leer todas las afirmaciones en cada grupo antes de elegir, entonces podrá leer en silencio. Sea diplomático y tenga tacto para alentar al paciente para que reflexione suficientemente antes de elegir.

E. El puntaje de depresión obtenido debe asentarse en la hoja de registro. Simplemente corresponde a la suma de las mayores cargas de respuestas seleccionadas en cada grupo de afirmaciones del al 21. La carga es el valor numérico que figura al lado de cada afirmación.

F. El grupo 19 (pérdida de peso) fue concebido para explorar un síntoma anoréxico. Si el paciente responde afirmativamente a la siguiente presunta: “¿Está tratando de perder peso comiendo menos?” el puntaje de este grupo no debe agregarse al puntaje total.

1)

- No me siento triste.
- Me siento triste.
- Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
- Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

2)

- No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
- Me siento desanimado con respecto al futuro.
- Siento que no puedo esperar nada del futuro.
- Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

3)

- No me siento fracasado.
- Siento que he fracasado más que la persona normal.
- Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
- Siento que como persona soy un fracaso completo.

4)

- Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes .
- No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
- Ya nada me satisface realmente.
- Todo me aburre o me desagrada.

5)

- No siento ninguna culpa particular.
- Me siento culpable buena parte del tiempo.
- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- Me siento culpable todo el tiempo.

6)

- No siento que esté siendo castigado.
- Siento que puedo estar siendo castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7)

- No me siento decepcionado en mí mismo.
- Estoy decepcionado conmigo.
- Estoy harto de mi mismo.
- Me odio a mi mismo.

8)

- No me siento peor que otros.
- Me critico por mis debilidades o errores.
- Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
- Me culpo por todas las cosas malas que suceden.

9)

- No tengo ninguna idea de matarme.
- Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.
- Me gustaría matarme.
- Me mataría si tuviera la oportunidad.

10)

- No lloro más de lo habitual.
- Lloro más que antes.
- Ahora lloro todo el tiempo.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.

11)

- No me irrito más ahora que antes.
- Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.
- Me siento irritado todo el tiempo.
- No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

12)

- No he perdido interés en otras personas.
- Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
- He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
- He perdido todo interés en los demás.

13)

- Tomo decisiones como siempre.

- Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
- Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
- Ya no puedo tomar ninguna decisión.

14)

- No creo que me vea peor que antes.
- Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).
- Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a)..
- Creo que me veo horrible.

15)

- Puedo trabajar tan bien como antes.
- Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
- Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
- No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

16)

- Puedo dormir tan bien como antes.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
- Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme

17)

- No me canso más de lo habitual.
- Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
- Me canso al hacer cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

18)

- Mi apetito no ha variado.

- Mi apetito no es tan bueno como antes.
- Mi apetito es mucho peor que antes.
- Ya no tengo nada de apetito.

19)

- Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
- He perdido más de 2 kilos.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 6 kilos.

20)

- No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
- Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estomago o constipación.
- Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21)

- No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
- Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- He perdido por completo mi interés por el sexo.

Interpretación de los resultados:

- Una calificación de 0 a 13: sin depresión
- Una calificación de 14 a 19: depresión leve
- Una calificación de 20 a 28: depresión moderada
- Una calificación de 29 a 63: depresión severa

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada **DEPRESION Y CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA DE LAS PACIENTES QUE HAN SUFRIDO UNA MUERTE FETAL** para pronósticos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos del autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.