

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN NEUROCLÍNICA Y SALUD MENTAL**

**DEPRESIÓN Y ESTRÉS POSTRAUMÁTICO MATERNO POR PÉRDIDA
GESTACIONAL INDUCIDA O INVOLUNTARIA**



MÉDICA Y CIRUJANA ROCÍO AMPARITO SAGASTUME CERVANTES

CHIQUIMULA, GUATEMALA, MAYO 2019

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN NEUROCLÍNICA Y SALUD MENTAL**

**DEPRESIÓN Y ESTRÉS POSTRAUMÁTICO MATERNO POR PÉRDIDA
GESTACIONAL INDUCIDA O INVOLUNTARIA**

Informe final de trabajo de graduación para la obtención del grado de Maestro en Artes en
Neuroclínica y Salud Mental, con base en el Normativo para Elaboración de Trabajos de
Graduación aprobado por Consejo Directivo en Punto Tercero del Acta 32-2008 de veintisiete de
agosto de 2008.

MÉDICA Y CIRUJANA ROCÍO AMPARITO SAGASTUME CERVANTES

CHIQUIMULA, GUATEMALA, MAYO 2019

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN NEUROCLÍNICA Y SALUD MENTAL**



RECTOR
M.Sc. Ing. MURPHY OLYMPO PAIZ RECINOS

CONSEJO DIRECTIVO

Presidente:	Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Córdón
Representante de Profesores:	M.Sc. Mario Roberto Díaz Moscoso
Representante de Profesores:	M.Sc. Gildardo Guadalupe Arriola Mairén
Representante de Graduados:	Inga. Evelin Dee Dee Sumalé Arenas
Representante de Estudiantes:	A.T. Estefany Rosibel Cerna Aceituno
Representante de Estudiantes:	P.C. Elder Alberto Masters Cerritos
Secretaria:	Licda. Marjorie Azucena González Cardona

AUTORIDADES ACADÉMICAS

DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

M.Sc. Mario Roberto Díaz Moscoso

COORDINADOR DE MAESTRÍA EN NEUROCLÍNICA Y SALUD MENTAL

Ph.D. Rory René Vides Alonzo



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

REF.DEPG-RRVA-10-2018
Chiquimula, 30 de octubre de 2018

M.Sc. Mario Roberto Díaz Moscoso
Director del Departamento de Estudios de Postgrado
Centro Universitario de Oriente
Su despacho

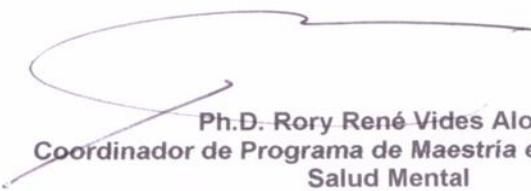
Maestro Díaz Moscoso:

En cumplimiento de lo normado en los Programas de Maestría en Artes de esta Unidad Académica, procedí a darle acompañamiento a la maestrante Medico y Cirujana **Rocío Amparito Sagastume Cervantes**, registro académico **200240128**, **CUI: 2379 07615 2001**, para la elaboración de su trabajo de graduación, previo a obtener el grado académico de **Maestra en Artes en Neuroclínica y Salud y Mental**, para lo cual, le informo que he revisado el informe final de monografía intitulado: **"DEPRESIÓN Y ESTRÉS POSTRAUMÁTICO MATERNO POR PÉRDIDA GESTACIONAL INDUCIDA O INVOLUNTARIA"**. Dicho documento, a mi juicio reúne satisfactoriamente los requisitos establecidos en el normativo vigente.

Por lo anteriormente expuesto, considero que la maestrante Sagastume Cervantes, puede proceder con su trámite para graduación profesional como Maestra en Artes.

Sin otro particular, me suscribo como su deferente servidor,

"Id y Enseñad a Todos"


Ph.D. Rory René Vides Alonzo
Coordinador de Programa de Maestría en Neuroclínica y
Salud Mental
Departamento de Estudios de Postgrado
Centro Universitario de Oriente





UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

REF.DEPG-MA-12-2019
Chiquimula, 09 de abril de 2019

Ingeniero Agrónomo
Edwin Filiberto Coy Cordón
Director
Centro Universitario de Oriente
Su despacho

Respetable Ingeniero Coy Cordón:

En cumplimiento de lo normado en los Programas de Maestría en Artes de esta Unidad Académica, procedí a realizar la revisión del informe final de trabajo de graduación de la maestrante Médico y Cirujana **Rocío Amparito Sagastume Cervantes**, registro académico **200240128**, intitulado: **"DEPRESIÓN Y ESTRÉS POSTRAUMÁTICO MATERNO POR PÉRDIDA GESTACIONAL INDUCIDA O INVOLUNTARIA"**, el cual cuenta con la aprobación de la coordinación del programa de Maestría en Neuroclínica y Salud Mental, dicho documento, a mi juicio reúne satisfactoriamente los requisitos establecidos en el normativo vigente.

Por lo anteriormente expuesto, considero que la maestrante Sagastume Cervantes, puede proceder con su trámite para obtener la orden de impresión y continuar con su trámite para su graduación profesional como Maestra en Artes.

Sin otro particular, me suscribo como su deferente servidor,

"Id y Enseñad a Todos"

M.Sc. Mario Roberto Díaz Moscoso
Director
Departamento de Estudios de Postgrado
Centro Universitario de Oriente



D-TG-MNySM-074/2019

EL INFRASCRITO DIRECTOR DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, POR ESTE MEDIO HACE CONSTAR QUE: Conoció el Informe Final de Trabajo de graduación de la maestrante **ROCÍO AMPARITO SAGASTUME CERVANTES** titulado “**DEPRESIÓN Y ESTRÉS POSTRAUMÁTICO MATERNO POR PÉRDIDA GESTACIONAL INDUCIDA O INVOLUNTARIA**”, trabajo que cuenta con el aval de su Asesor y Coordinador del departamento de Estudios de Postgrados de esta Unidad Académica. Por tanto, la Dirección del CUNORI con base a las facultades que le otorga las Normas y Reglamentos de Legislación Universitaria **AUTORIZA** que el documento sea publicado como **Informe Final de Trabajo de Graduación** a Nivel de Postgrado, previo a obtener el título de **MAESTRA EN NEUROCLÍNICA Y SALUD MENTAL**.

Se extiende la presente en la ciudad de Chiquimula, a veintinueve de mayo de dos mil diecinueve.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordón
DIRECTOR
CUNORI-USAC



c.c. Archivo

EFCC/lchp

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

A MIS PADRES

Jorge Mynor Sagastume Molina

Amparo Cervantes de Sagastume

A MIS HERMANOS

Por su apoyo incondicional

A MI ESPOSO

Ing. Jorge Antonio López cordón

A MI FAMILIA

Por su apoyo y comprensión

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS

A MIS CATEDRÁTICOS

Por su paciencia y compartir conmigo sus conocimientos

A MI REVISOR Y ASESOR

P.hD. Rory René Vides Alonso

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA Y AL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE

Por brindarme en sus instalaciones la formación como profesional

ACTO QUE DEDICO

- A DIOS:** Por ser mi luz, mi guía, mi inspiración. Por la bella bendición de la vida, por la sabiduría que me otorgo y por ser quien guio mis pasos para cumplir con esta meta.
- A MIS PADRES:** Jorge Mynor Sagastume y Amparo Cervantes de Sagastume.
Con respeto, admiración y agradecimiento infinito, por su amor, su ejemplo y apoyo incondicional, por luchar conmigo, día a día por cumplir otra meta más; para ellos con todo mi amor.
- A MIS HERMANOS:** Quienes siempre estuvieron dispuestos en ayudarme y demostraron su amor en todo momento.
- A MIS SOBRINOS:** Para que este sea un ejemplo a seguir para ellos.
- A MI ESPOSO:** Ing. Jorge Antonio López Córdón. Por su ayuda y apoyo incondicional, por luchar conmigo, día a día por cumplir otra meta más en mi vida.
- A MI HIJA:** Dulce Rocío López Sagastume, por ser mi vida y mi inspiración.
- A MI FAMILIA:** Agradecimiento a toda mi familia.
- A MIS CATEDRÁTICOS:** Por brindarme sus conocimientos y experiencias y por hacer de mí una profesional con ética y valores.
- A MIS AMIGOS** Con mucho cariño y agradecimiento por su amistad y cariño.

A MIS COMPAÑERAS

Dra. Karina Duarte y Dra. Lilian Duran, por ser mis amigas, mis cómplices y mis ángeles en todo momento y compartir cada día momentos de alegría, de estrés, de oración. Las quiero mucho.

AL CENTRO

UNIVERSITARIO DE

ORIENTE CUNORI

Por ser mi máxima casa de estudios y por ayudarme a crecer como persona y lograr mis metas.

Depresión y Estrés Postraumático materno por pérdida Gestacional inducidas o involuntaria

Rocío Amparito Sagastume Cervantes ¹

Resumen

La depresión es una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar. Las pérdidas gestacionales incluyen abortos y muertes fetales. El aborto es la terminación de la gestación antes de la vigésima semana, o la expulsión del producto de la gestación con peso menor a 500 gramos, que puede ser espontánea o provocada, mientras que la muerte fetal es la que ocurre antes de la completa expulsión o extracción del producto de la fecundación después de la vigésima semana de gestación.

Se revisaron diferentes conceptos, definiciones y datos que ayudaron al conocimiento sobre la depresión y estrés postraumático materno por pérdida gestacional inducida o involuntaria, las consecuencias psicológicas, físicas y sociales, de una pérdida gestacional, así como clasificar la depresión según tipo de pérdida gestacional y definir los signos y síntomas de una depresión por pérdida gestacional.

Dentro de los signos y síntomas más frecuentes de una depresión están tristeza, ansiedad o sentimiento de vacío, pérdida de interés en actividades que antes producían placer, fatiga, pérdida de apetito, problemas para dormir, retraimiento social, sentimiento de desesperanza, culpa, inutilidad, problema para concentrarse, irritabilidad, problemas físico tales como cefaleas problemas digestivos que no responden a ningún tratamiento, pensamientos o ideas suicidas o autolesiones, en los dos casos de pérdida gestacional, inducida o involuntaria, pueden causar un Trastorno por Estrés Postraumático intenso, y las mujeres con pérdidas inducidas pueden presentar estados depresivos más severos.

Es necesario que se establezca un seguimiento tanto psicológico como médico a las mujeres que sufren una pérdida gestacional ya sea inducida o voluntaria y no tacharlas o aislarlas como que es culpa de ellas por dicho suceso que están pasando.

Palabras clave: Depresión, estrés postraumático, pérdida gestacional

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINAS
Introducción	1
Objetivos	2
General	2
Específicos	2
Justificación	3

CAPÍTULO I DEPRESIÓN

1.1 Definición	4
1.2 Fisiopatología de la Depresión	4
1.3 Tipos de depresión	5
1.4 Síntomas	6
1.5 Diagnóstico	8
1.5.1 Criterios diagnósticos	8

CAPÍTULO II TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

2.1 Definición	10
2.3 Síntomas del trastorno por estrés postraumático	11
2.3.1 Síntomas de reviviscencia	11
2.3.2 Síntomas de evasión	12
2.3.3 Síntomas de hipervigilancia y reactividad	12
2.4 Los factores de riesgo del trastorno por estrés postraumático	13

CAPÍTULO III PÉRDIDAS GESTACIONALES

3.1 Definición	14
----------------	----

3.2 Clasificación de la perdida gestacional	14
3.3 Etiología	16

CAPÍTULO IV

Análisis personal	18
Conclusiones	20
Recomendaciones	21
Bibliografía	22
Apéndice	24

INTRODUCCIÓN

La depresión a menudo va de la mano con otros padecimientos como lo es el trastorno de estrés postraumático que están especialmente predispuesto a tener depresión concurrente, este trastorno es una enfermedad debilitante que puede aparecer como resultado de una experiencia aterradora o muy difícil, tal como es por una pérdida gestacional, dichas personas a menudo reviven el suceso traumático con escenas retrospectivas, recuerdos, o pesadillas.

En la actualidad existe un tema muy controversial, que es la legalización del aborto voluntario, que es una pérdida gestacional inducida, y la gran disyuntiva y cruce de opiniones, entre que, si el embrión es un ser humano o no, pero ninguno toca bajo ninguna perspectiva el impacto psicológico, físico y social que provoca dicha pérdida, y las repercusiones de la misma en cuanto a salud mental.

La pérdida de un embarazo es una dolorosa experiencia que muchas mujeres tiene que abordar en algún momento de sus vidas, cada vez hay más información sobre las muertes perinatales, pero parece que cuando el embarazo está en sus primeros meses sigue sin entenderse el dolor que conlleva y el proceso psíquico y físico que vive la mujer, y todo esto la conduce a un estado de depresión mayor que no importando el tipo de pérdida ya sea inducida o involuntaria le conlleva a la madre. Por lo cual una pérdida gestacional, es una experiencia traumática y violenta que atenta la integridad física de una mujer, que conllevan a romper el vínculo que se creó tanto anatómicamente como física y psicológicamente entre la madre y el bebé.

Es importante informar sobre los síntomas y signos que reportan muchas mujeres después de sufrir una pérdida gestacional ya sea inducida o involuntario así como estado de depresión mayor y estrés postraumático que puede presentar no importando que tipo de pérdida hayan sufrido.

OBJETIVOS

General

Conocer la depresión y estrés postraumático materno por pérdida gestacional inducida o involuntaria.

Específicos

1. Conocer las consecuencias psicológicas, físicas y sociales, de una pérdida gestacional.
2. Clasificar la depresión según tipo de pérdida gestacional.
3. Definir los signos y síntomas de una depresión por pérdida gestacional.

JUSTIFICACIÓN

El aborto puede considerarse una experiencia traumática y violenta que atenta contra la integridad de la mujer. De allí que sea tan relevante estudiar los efectos que presentan las mujeres que viven una pérdida gestacional.

Es importante resaltar que también los hombres sufren depresión en un alto nivel, lo que demuestra que perder un hijo, inclusive antes de que nazca, no es un problema exclusivo de la mujer, lo que representa una condición humana que se debe entender para evitar que estas afectaciones en la salud mental y afectiva, repercutan a nivel familiar, social y laboral.

El trastorno depresivo no discrimina entre los diferentes tipos de pérdidas, ya que el porcentaje de depresión es muy alto en cualquiera de los dos tipos, inducida e involuntariamente.

La presión, el miedo a enfrentar una maternidad soltera, la sensación de “necesitar” ocultar el embarazo como algo que “nunca sucedió” o como un hecho “vergonzoso” son elementos que no deben pasarse por alto. Al mismo tiempo, se ha hecho creer a la mujer que es un problema que debe resolver, dejándola sola y en la mayoría de las ocasiones sin saber de la existencia de estos padecimientos y efectos secundarios por lo que en muchas investigaciones se ha establecido que la madre resulta más afectada psicológicamente por lo que sería interesante el estudio a través de fuertes secundarias como impacta a la madre una pérdida gestacional ya sea involuntaria o voluntaria y para fines de salud mental establecer las consecuencias de este impacto que se pretende definir si la madre cae en un estado depresivo.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

DEPRESIÓN

1.1 Definición

Ocasionalmente, todos sentimos melancolía o tristeza, pero estos sentimientos, por lo general, son pasajeros y desaparecen en unos días. Cuando una persona tiene un trastorno depresivo, este interfiere con la vida diaria y el desempeño normal y causa dolor tanto para quien padece el trastorno como para quienes se preocupan por él o ella. La depresión es una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar (Organización Mundial de la Salud, 2016). Muchas personas con una enfermedad depresiva nunca buscan tratamiento, pero la gran mayoría, incluso aquellas con los casos más graves de depresión, pueden mejorar con tratamiento (Instituto Nacional de la Salud Mental 2009).

1.2 Fisiopatología de la Depresión

Al hablar de fisiopatología se basa en diferencias en estructuras cerebrales como por ejemplo el tamaño de la amígdala, del hipocampo o de la corteza prefrontal. Asimismo, se han encontrado cambios en el tamaño neuronal, densidad de las glías y en el metabolismo. Se ha documentado también el papel de las monoaminas o de otros neurotransmisores y también se han ofrecido diversas teorías sobre su génesis o explicación. Conocer qué se esconde detrás de la fisiopatología de la depresión es clave para proponer tratamientos eficaces que ayuden a que las personas afronten y superen esta enfermedad. La depresión no se debe exclusivamente a factores biológicos o a factores psicológicos, sino más bien, se debe a la interacción compleja de numerosos factores de tipo social, psicológico o biológico (Guadarrama, Escobar, & Zhang, 2006).

Se han realizado diversos estudios de neuroimágenes con pacientes depresivos que han mostrado que presentan alteraciones en distintas estructuras cerebrales. Entre ellas, se destacan las alteraciones en la amígdala, en el hipocampo y en la corteza prefrontal, tanto dorso-lateral como ventral. Por ejemplo, en lo que se refiere al hipocampo, algunos estudios han encontrado

disminuida la sustancia blanca y han encontrado que hay una asimetría entre los hemisferios, así como menor volumen en ambos hipocampos en pacientes con depresión (Campbell, Marriott, Nahmias, & Mc Queen, 2004) .

1. 3 Tipos de depresión

Existen varios tipos de trastornos depresivos. Los más comunes son el trastorno depresivo grave y el trastorno distímico (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009).

1. **El trastorno depresivo grave**, también llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009).
2. **El trastorno distímico**, también llamado distimia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009).

Algunas formas de trastorno depresivo muestran características levemente diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas. Sin embargo, no todos los científicos están de acuerdo en cómo caracterizar y definir estas formas de depresión (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009).

Estas incluyen:

1. **Depresión psicótica**, que ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones, y delirios.

2. **Depresión posparto**, la cual se diagnostica si una mujer que ha dado a luz recientemente sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto. Se calcula que del 10 al 15 por ciento de las mujeres padecen depresión posparto luego de dar a luz (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009).
3. **El trastorno afectivo estacional**, se caracteriza por la aparición de una enfermedad depresiva durante los meses del invierno, cuando disminuyen las horas de luz solar. La depresión generalmente desaparece durante la primavera (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009).

1.4 Síntomas

Entre los más importantes y relevantes se encuentran:

1. Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad, o vacío
2. Sentimientos de desesperanza y/o pesimismo
3. Sentimientos de culpa, inutilidad, y/o impotencia
4. Irritabilidad, inquietud
5. Pérdida de interés en las actividades o pasatiempos que antes disfrutaba, incluso las relaciones sexuales
6. Fatiga y falta de energía
7. Dificultad para concentrarse, recordar detalles, y para tomar decisiones
8. Insomnio, despertar muy temprano, o dormir demasiado
9. Comer excesivamente o perder el apetito
10. Pensamientos suicidas o intentos de suicidio
11. Dolores y malestares persistentes, dolores de cabeza, cólicos, o problemas digestivos que no se alivian incluso con tratamiento (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009).

La depresión a menudo va de la mano con otras enfermedades, las cuales pueden presentarse antes de la depresión, causarla, y/o ser el resultado de ésta. Entre la depresión y otras enfermedades difieren según las personas y las situaciones. No obstante, estas otras enfermedades concurrentes deben ser diagnosticadas y tratadas.

Los trastornos de ansiedad, tales como el trastorno de estrés postraumático, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico, la fobia social, y el trastorno de ansiedad generalizada, acompañan frecuentemente a la depresión. Las personas que padecen trastorno de estrés postraumático están especialmente predispuestas a tener depresión concurrente. El trastorno de estrés postraumático es una enfermedad debilitante que puede aparecer como resultado de una experiencia aterradora o muy difícil, tal como un ataque violento, un desastre natural, un accidente, un ataque terrorista, o un combate militar (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009).

Las personas con trastorno de estrés postraumático a menudo reviven el suceso traumático con escenas retrospectivas (retroceso al pasado), recuerdos, o pesadillas. Otros síntomas incluyen irritabilidad, arrebatos de ira, profundo sentimiento de culpa, y evasión de pensamientos o conversaciones sobre la experiencia traumática. En un estudio financiado por el Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH por sus siglas en inglés), investigadores descubrieron que más del 40 por ciento de las personas con trastorno de estrés postraumático también sufrieron de depresión en intervalos de uno y cuatro meses luego de la experiencia traumática (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009).

No existe una causa única conocida de la depresión. Más bien, esta parece ser el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos, y psicológicos (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009).

Investigaciones indican que las enfermedades depresivas son trastornos del cerebro. Las tecnologías para obtener imágenes del cerebro, tales como las imágenes por resonancia magnética, han demostrado que el cerebro de las personas con depresión luce diferente del de quienes no la padecen. Las áreas del cerebro responsables de la regulación del ánimo, pensamiento, apetito, y comportamiento parecen no funcionar con normalidad. Además, hay importantes neurotransmisores, sustancias químicas que las células del cerebro utilizan para comunicarse, que parecen no estar en equilibrio. Algunos tipos de depresión tienden a transmitirse de generación en generación, lo que sugiere una relación genética. Sin embargo, la depresión también puede presentarse en personas sin antecedentes familiares de depresión. La investigación genética indica que el riesgo de desarrollar depresión es consecuencia de la influencia de múltiples genes que actúan junto con factores

ambientales u otros. Además, los traumas, la pérdida de un ser querido, una relación dificultosa, o cualquier situación estresante puede provocar un episodio de depresión (Guadarrama, Escobar, & Zhang, 2006).

La depresión es más común en mujeres que en hombres. Hay factores biológicos, de ciclo de vida, hormonales, y psicosociales que son únicos de la mujer, que pueden ser relacionados con que las tasas de depresión sean más elevadas entre las mujeres. Investigadores han demostrado que las hormonas afectan directamente las sustancias químicas del cerebro que regulan las emociones y los estados de ánimo. Por ejemplo, las mujeres son particularmente vulnerables a la depresión luego de dar a luz, cuando los cambios hormonales y físicos junto con la nueva responsabilidad por el recién nacido, pueden resultar muy pesados. Muchas mujeres que acaban de dar a luz padecen un episodio breve de tristeza transitoria, pero algunas sufren de depresión posparto, una enfermedad mucho más grave que requiere un tratamiento activo y apoyo emocional para la nueva madre. Algunos estudios sugieren que las mujeres que padecen depresión posparto, a menudo han padecido previos episodios de depresión (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009).

1.5 Diagnóstico

1.5.1 Criterios diagnósticos

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y los de la clasificación de la *American Psychiatric Association* (DSM) (Ministerio de Sanidad Servicio Social e Igualdad, 2008).

La CIE-1054 clasifica la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos (F30-F39). La categoría F32 incluye el episodio depresivo (leve, moderado y grave con o sin síntomas maníacos y el no especificado) y la F33 la de trastorno depresivo recurrente (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

En comparación con la Clasificación de la American Psychiatric Association, quinta edición (DSM-5) divide los “trastornos del estado de ánimo” en “trastornos depresivos” y “trastornos bipolares”.

La característica esencial de la depresión, continúa siendo un período de al menos 2 semanas consecutivas en el que la persona manifiesta un mínimo de 5 síntomas de los cuales al menos uno tiene que ser estado de ánimo depresivo y/o disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades. El cuadro depresivo mayor puede dividirse en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial, total o no especificada (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2016).

CAPÍTULO II

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

2 .1 Definición

Según el DSM-5 (APA 2016), lo define como la exposición a la muerte, lesión o violencia sexual, ya sea real o amenaza.

El trastorno por estrés postraumático (también conocido como TEPT), es un trastorno que algunas personas presentan después de haber vivido o presenciado un acontecimiento impactante, terrorífico o peligroso. Es natural sentir temor durante una situación traumática o después de ésta. Este temor provoca muchos cambios en el cuerpo en fracciones de segundo para responder a un peligro y para ayudar a evitar un peligro en el futuro. Esta respuesta de “lucha o huida” es una reacción típica que sirve para proteger a la persona de cualquier peligro. Casi todo el mundo tendrá una serie de reacciones después de una experiencia traumática. Sin embargo, la mayoría de las personas se recuperará de los síntomas de forma natural. Es posible que a las personas que continúen teniendo problemas se les diagnostique con trastorno por estrés postraumático. Las personas con este trastorno pueden sentirse estresadas o asustadas, incluso cuando ya no están en peligro (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2016).

A cualquier persona le puede dar el trastorno por estrés postraumático a cualquier edad. Esto incluye a los veteranos de guerra, los sobrevivientes de agresiones físicas y sexuales, maltratos, accidentes de tráfico, catástrofes, atentados terroristas, u otros acontecimientos graves. No todas las personas con trastorno por estrés postraumático han pasado por una situación peligrosa. Algunos acontecimientos, como la muerte repentina o inesperada de un ser querido, también pueden causar el trastorno por estrés postraumático (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2016).

Según el Centro Nacional para el Trastorno por Estrés Postraumático, alrededor de 7 u 8 de cada 100 personas presentarán este trastorno en algún momento de sus vidas. Las mujeres son más propensas que los hombres a presentarlo. Algunas experiencias traumáticas pueden

aumentar el riesgo y algunos factores biológicos, como los genes, pueden hacer que algunas personas sean más propensas que otras a presentar este trastorno (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2016).

2.3 Síntomas del trastorno por estrés postraumático

Los síntomas suelen comenzar en los tres primeros meses después del incidente traumático, pero a veces empiezan más tarde. Para que se considere que se trata del trastorno por estrés postraumático, los síntomas deben durar más de un mes y ser lo suficientemente graves como para interferir con las relaciones o el trabajo. El curso de la enfermedad varía de una persona a otra. Algunas personas se recuperan en seis meses, mientras que otras tienen síntomas que duran mucho más tiempo. En algunas personas, el problema se vuelve crónico persistente.

Para recibir un diagnóstico de trastorno por estrés postraumático, un adulto debe tener todos los siguientes síntomas durante al menos un mes (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2016).

- Al menos un *síntoma de reviviscencia*
- Al menos un *síntoma de evasión*
- Al menos dos *síntomas de hipervigilancia y reactividad*
- Al menos dos *síntomas cognitivos y del estado de ánimo*

2.3.1 Síntomas de reviviscencia

Volver a vivir mentalmente el acontecimiento traumático (“flashbacks”) una y otra vez, incluso con síntomas físicos como palpitaciones o sudoración, pesadillas y pensamientos aterradores (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2016).

Los síntomas de reviviscencia pueden causar problemas en la rutina diaria de quien los presenta. Estos síntomas se pueden generar de los pensamientos y los sentimientos de la propia persona. Las palabras, los objetos o las situaciones que hacen recordar el episodio también pueden desencadenar síntomas de reviviscencia (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2016).

2.3.2 Síntomas de evasión

Mantenerse alejado de los lugares, los acontecimientos o los objetos que traen recuerdos de la experiencia traumática.

Evitar los pensamientos o los sentimientos relacionados con el acontecimiento traumático. Aquellas cosas o situaciones que hacen recordar la experiencia traumática pueden desencadenar síntomas de evasión.

Estos síntomas pueden hacer que la persona cambie su rutina personal. Por ejemplo, después de un accidente grave de automóvil, alguien que generalmente conduce puede evitar conducir o montarse en un automóvil (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2016).

2.3.3 Síntomas de hipervigilancia y reactividad

- Sobresaltarse fácilmente.
- Sentirse tenso o “con los nervios de punta”.
- Tener dificultad para dormir o arrebatos de ira.

Es importante recordar que no todo el que pasa por una situación peligrosa tendrá el trastorno por estrés postraumático, de hecho, muchos se recuperarán rápidamente sin necesidad de una intervención (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2016).

Existen muchos factores que desempeñan una función en si una persona tendrá el trastorno por estrés postraumático. Algunos de estos son factores de riesgo que hacen que una persona sea más propensa a presentar este trastorno. Otros factores, llamados factores de resiliencia, pueden ayudar a reducir el riesgo de presentar el trastorno. Algunos de estos factores de riesgo y de resiliencia están presentes antes del acontecimiento traumático, y otros cobran importancia durante la experiencia traumática o después de ésta. (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2016).

2.4 Los factores de riesgo del trastorno por estrés postraumático incluyen

- Haber pasado por circunstancias peligrosas o traumáticas,
- Haber salido lastimado,
- Ver a personas heridas o muertas,
- Haber tenido una experiencia traumática en la niñez,
- Tener sentimientos de terror, impotencia o miedo extremo,
- Tener poco o ningún apoyo social después del acontecimiento traumático,
- Lidar con un exceso de estrés después del hecho traumático, como la pérdida de un ser querido, lesiones y dolor, o la pérdida del trabajo o la vivienda,
- Tener antecedentes de alguna enfermedad mental o consumo de drogas (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2016).

Según el Instituto Nacional de la Salud Mental (2016), los factores de resiliencia que pueden reducir el riesgo de trastorno por estrés postraumático incluyen:

- Buscar apoyo de otras personas, como amigos y familiares,
- Encontrar un grupo de apoyo después de la experiencia traumática,
- Aprender a sentirse bien por las decisiones que tomó al enfrentar el peligro,
- Tener una estrategia para afrontar o de alguna manera superar el hecho traumático,
- y aprender de éste,
- Ser capaz de actuar y responder de manera eficaz a pesar de sentir miedo.

Los investigadores están estudiando la importancia de los diversos factores de riesgo y de resiliencia, entre ellos, los aspectos genéticos y neurobiológicos. Con más investigaciones, algún día puede ser posible pronosticar quién es propenso a presentar el trastorno por estrés postraumático y evitarlo (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2016).

CAPÍTULO III

PÉRDIDAS GESTACIONALES

La pérdida gestacional temprana (PGT), es un término que ha ganado adeptos y que concuerda con el de aborto espontáneo, actualmente menos utilizado por su connotación criminal y delictiva en el público en general; representa la patología gestacional más frecuente, estimándose que entre 50 y 75% de los embarazos humanos no superan las 20 semanas; aunque en su mayoría estas pérdidas pasan desapercibidas ya que ocurren en el período de pre-implantación y/o coinciden con la fecha usual del sangrado menstrual. Solamente 15-25% de las pérdidas gestacionales tempranas ocurren en embarazos clínicamente establecidos (Medicina Familiar, 2010).

3.1 Definición

La OMS clasifica la muerte fetal en tres grandes grupos, el primero la **muerte fetal temprana**, aquella que ocurre antes de la semana 20 de gestación; el segundo, la **muerte fetal intermedia** que ocurre entre la semana 20 y 28; y el tercero, la **muerte fetal tardía** que ocurre después de la semana 28 (Medicina Familiar, 2010).

Dado que es difícil en ocasiones determinar la edad gestacional se considera muerte fetal temprana la del feto menor de 500 g, muerte fetal inmadura o intermedia la del que tiene entre 500 y 999 g, y muerte fetal tardía la del feto pre-término que pesa entre 1000 y 2500 g o a término si el peso es mayor de 2500 g. (Cardoso, 2013).

La “**Pérdida gestacional temprana**” o **aborto**, se define como a la interrupción y/o expulsión de la gestación antes de la semana 20 de embarazo o del feto-embrión menor de 500 g (Medicina Familiar, 2010).

3.2 Existen numerosas clasificaciones

Dependiendo de las características se organizan así:

- a. **Según la edad gestacional en temprano y tardío:** aborto temprano aquel que ocurre antes de las doce semanas de gestación, contadas a partir del primer día de la última regla, es el más frecuente estadísticamente entre 80% y 91 % de los abortos ocurren en este periodo. Se llama aborto tardío al ocurrido después de las doce semanas de gestación. (Medicina Familiar, 2010).
- b. **Según la presentación:** puede ser **aborto espontáneo**, cuando no interviene la voluntad propia o ajena en la producción aborto, e inducido cuando se realiza algún procedimiento para ocasionar la terminación del embarazo. **Este aborto inducido** puede ser terapéutico, cuando el aborto se provoca para tratar de preservar, reestablecer o recuperar la salud materna comprometida o en riesgo o cuando existen alteraciones fetales mayores incompatibles con la vida y **voluntario o electivo** cuando se realiza antes de la viabilidad sin motivos relacionados con la salud materna o fetal (Medicina Familiar, 2010).
- c. **Según la evolución clínica:** puede ser una **amenaza de aborto** cuando se presenta dolor y/o sangrado genital sin modificación del cuello uterino. **Aborto en curso**, cuando al examen clínico se evidencia la dilatación del orificio cervical interno, este a su vez puede ser un **aborto inminente**, cuando al examen físico se encuentran las membranas intactas o inevitable cuando se palpan partes fetales con las membranas rotas. **Aborto incompleto**, cuando se evidencia la expulsión parcial de los productos de la concepción. **Aborto completo**, se denomina a aquel en el cual la expulsión de los productos de la concepción se hace en forma completa evidenciándose una mejoría clínica con disminución del sangrado y el dolor, o cuando por una ecografía se informa una cavidad uterina vacía. (Medicina Familiar, 2010).
- d. **Según la presencia de infección:** el aborto se denomina **séptico** y se clasifica en grados dependiendo de la extensión del proceso infeccioso así: aborto séptico grado I, cuando el proceso infeccioso solamente compromete la cavidad uterina, aborto séptico grado II, cuando el compromiso se extiende a anexos y paramétricos y el aborto grado III, cuando compromete el peritoneo pélvico y/o abdominal con diseminación sistémica del mismo (Medicina Familiar, 2010).

3.3 Etiología

Es posible identificar la causa del aborto espontáneo en la mayoría de los casos que se someten a estudio cuidadoso. Esto da una frecuencia de factores causales muy similar en varias revisiones, entre los cuales se mencionan los siguientes (Medicina Familiar, 2010):

• Anomalías genéticas	50 – 60 % de los casos
• Anomalías endocrinas	10 – 15 %
• Separaciones corioamnióticas	5 – 10 %
• Incompetencia cervical	8 – 15 %
• Infección	3 – 5 %
• Implantación anormal de la placenta	5 – 15 %
• Anomalías inmunológicas	3 – 5 %
• Alteraciones anatómicas	1 – 3 %
• Causas desconocidas	Menos de 5 %

La causa genética es en todas las series la más frecuente y ocupa entre 50 y 65% de todos los casos aunque la determinación del origen de un cigoto anormal es un proceso difícil, complejo y costoso que solamente estaría indicado en el estudio del aborto recurrente y en algunos casos muy puntuales. Son muchas las interacciones hormonales y enzimáticas que se presentan durante la gestación, luego las alteraciones en estas podrían ser fácilmente responsables de trastornos en el curso y pronóstico del embarazo (Medicina Familiar, 2010).

Otros problemas endocrinos, relacionados con aborto espontáneo son la deficiencia o exceso de hormona tiroidea, aunque el mecanismo por el cual estas alteraciones llevan a aborto espontáneo están aún sin aclarar completamente. El hiperandrogenismo materno también se ha relacionado con la pérdida gestacional temprana aparentemente por disfunción del cuerpo luteo ante la presencia de cifras altas de andrógenos (Medicina Familiar, 2010).

Aunque estadísticamente la incidencia de aborto espontáneo es similar en pacientes diabéticas normoglicémicas y pacientes sanas sí es evidente que su mal control metabólico incrementa la tasa de muerte fetal y parto pretérmino; también está comprobada la mayor incidencia de alteraciones congénitas fetales en madres diabéticas, incrementándose sustancialmente el riesgo cuando existe compromiso renal y/o cardiovascular por microangiopatía. Otro factor endocrino responsable de pérdida gestacional temprana podría ser el ovario poliquístico (Medicina Familiar, 2010).

Una infección también podría ser una causa no muy común de pérdida gestacional temprana, no se relaciona exclusivamente con las infecciones del grupo TORCH que se conoce producen diferentes grados de alteración fetal, sino que compromete patologías frecuentes como pielonefritis, infecciones de las vías respiratorias superiores, del aparato gastrointestinal y otras menos frecuentes como el paludismo o la fiebre tifoidea (Medicina Familiar, 2010).

También es necesario tener en cuenta la infección ascendente del tracto genital: vaginitis – cervicitis – amnionitis que usualmente es causada por estreptococo del grupo B y E Coli y en muchas ocasiones es subclínica siendo un hallazgo de anatomía patológica (Medicina Familiar, 2010).

Las anomalías placentarias que ocasionan cambios inadecuados de las arterias espirales y no permiten la formación de canales vasculares amplios, con la pérdida de la capa músculo elástica y su reemplazo por tejido trofoblástico, esto se conocen como placentaciones anormales y dan origen a una serie de afecciones entre las que se encuentran la preclampsia, el RCIU y la pérdida gestacional temprana. Factores ambientales como la exposición a campos ionizantes, Rx, gases anestésicos etc pueden tener influencia sobre el futuro de la gestación y ser responsable de PGT (Medicina Familiar, 2010).

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS PERSONAL SOBRE DEPRESIÓN Y ESTRÉS POSTRAUMÁTICO MATERNO POR PÉRDIDA GESTACIONAL INDUCIDO O INVOLUNTARIO

El vínculo madre-hijo se establece más allá de que el bebé sea buscado, querido, esperado o no. El tema de las pérdidas prenatales derivadas de una decisión personal o de una situación espontánea, es un tema delicado desde el punto de vista de la experiencia emocional y los efectos psicológicos que se generan al interior de quien la vive. Desgraciadamente, las pérdidas gestacionales son un evento muy frecuente, “1 de cada 4 embarazos no llegan a término. Sobrevivir al dolor que provoca esa pérdida, sin importar la historia que haya detrás, suele ser un proceso complejo y distinto en cada persona”.

De acuerdo con investigaciones médicas internacionales, después de una pérdida gestacional, la mujer puede presentar dificultad para sobrellevar los sentimientos generados por esta ‘ausencia’: existe una tendencia a la continua negación, hasta el punto en que dichas emociones no resueltas y no enfrentadas en forma sana pueden manifestarse en depresión, angustia, aislamiento, trastornos de la alimentación, del sueño, disfunciones sexuales, autoestima baja, entre otros.

La mayoría de las personas podrían pensar que el hecho de que el bebé muera al nacer o no llegue a término, produce menos dolor porque no hubo el tiempo “suficiente” de construir vínculos. Esto de ningún modo es así, desde el momento que inicia la vida humana, la mujer recibe una cantidad de mensajes hormonales de ese ser diminuto. Empieza a gestarse el vínculo madre-hijo, relación que va más allá de que el bebé sea buscado, querido, inesperado o no deseado. Es una pérdida muy difícil de entender, de compartir y de aceptar, de ahí que, en ocasiones, la herida se oculte por años. Las personas no entienden cómo una persona puede sentirse tan mal de no tener a un bebé que ni siquiera conoció; piensan que ya se les pasará, que lo van a superar en cuanto tengan otro embarazo (en el mejor de los casos). Por eso es importante que las personas

que viven esta situación se atiendan oportunamente, que sane sus heridas en la medida de lo posible, que recuperen su vida y que no pierdan más de lo que ya han perdido.

CONCLUSIONES

1. En una pérdida gestacional ya sea inducida o involuntaria, el tipo de depresión que más afecta es la depresión mayor, aunque hay unos casos más severos que pueden ir de la mano con el estrés postraumático.
2. Las consecuencias de una pérdida gestacional son, falta de comprensión por parte del entorno familiar y social, aislamiento en su entorno, induciendo en una gran depresión, lo cual conlleva, un descuido en su cuidado personal, dando lugar a padecer diferentes patologías.
3. La pérdida gestacional, inducida o involuntaria, pueden causar un Trastorno por Estrés Postraumático intenso, y las mujeres con pérdidas inducidas pueden presentar estados depresivos más severos.
4. Los signos y síntomas más frecuentes para establecer el diagnóstico son tristeza, ansiedad o sentimiento de vacío, pérdida de interés en actividades que antes producían placer, fatiga, pérdida de apetito, problemas para dormir, retraimiento social, sentimiento de desesperanza, culpa, inutilidad, problema para concentrarse, irritabilidad, problemas físicos tales como cefaleas problemas digestivos que no responden a ningún tratamiento, pensamientos o ideas suicidas o autolesiones.

RECOMENDACIONES

1. Al Ministerio de Salud y Asistencia Social, establecer en centros de atención de primer nivel un seguimiento tanto psicológico, como médico, a las mujeres que sufren una pérdida gestacional, ya sea inducida o voluntaria.
2. Al Ministerio de Salud y Asistencia Social, establecer un protocolo de atención integral, para aquellas mujeres que han tenido pérdidas gestacionales, que incluya atención psicológica, médico, planificación familiar y orientarlas a llevar a cabo futuras concepciones en condiciones óptimas.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Estadounidense de Psiquiatría APA. (2016). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Quinta Edición*. Obtenido de https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf.
- Campbell, S., Marriott, M., Nahmias, C., & Mc Queen, G. (2004). Lower Hippocampal volume in patients from depression. *A meta-analysis. Am J Psychiatry*, 598-707.
- Cardoso, E. E., Zabala, B. M., & Alva, L. M. (2017). Depresión y estrés postraumático en mujeres con pérdidas gestacionales inducidas o involuntaria. *pensamientos Psicologicos (online) volumen 15*, 109-120.
- Cardoso, E. M. (2013). Depresión y estrés postraumático en mujeres con pérdidas gestacionales. *Comprender para Fortalecer*, 145. Obtenido de es.catholic.net -articulos- cat- depresion
- Guadarrama, L., Escobar, A., & Zhang, L. (2006). Bases neuroquímicas y neuroanatómica de la depresión. *Facultad de Medicina Universidad Autónoma de México*.
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2009). *Depresión*. Estados Unidos: publicación de NIMH Num. 3561.
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2016). *Trastorno por Estrés Postraumático*. Estados Unidos.
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2016). Trastorno por Estrés Postraumático. Publicación de NIH Núm. SQF 16-6388.
- Medicina Familiar. (2010). Pérdida Gestacionales. *Medicina Familiar ECMG fascículo 9*, 90-95.
- Ministerio de Sanidad Servicio Social e Igualdad. (2008). *Guía de practiva clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto mayor*. Galicia: Biblioteca de guía de práctica clinica del sistema nacional de salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). La depresión . *Centro de prensa, nota descrita No.360*, págs. 3-5.

Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento CIE-10*.
Obtenido de Psicología y Coaching Psicoarea : http://www.psicoarea.org/cie_10.htm

APÉNDICE

1. CRONOGRAMA

Actividades	Semanas						
	1 al 8 de julio	9 al 15 de julio	16 al 22 de julio	23 al 29 de julio	30 de julio al 5 de agosto	6 al 12 de agosto	14 de agosto
Selección del tema							
Elaboración del Título, Subtítulo							
Objetivos, Justificación y Marco Teórico							
Introducción, Conclusiones Recomendaciones y Normas APA							
Índice, Bibliografía y Resumen							
Revisión de investigación							
Presentación de temas							