



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA  
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

**INCIDENCIA DE LA DEPRESIÓN POST LEGRADO UTERINO  
INSTRUMENTADO EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN UN  
HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN A LA SALUD**

**PRESENTAN:**

PESS. SALAS QUIROZ ARIADNA  
PESS. VAZQUEZ MORENO GABRIELA

**ASESOR ACADÉMICO:**

MTRA. LILIA CRUZ ROJAS

**FECHA:**

DICIEMBRE, 2019

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	4
II. JUSTIFICACIÓN .....	5
III. OBJETIVOS .....	6
IV. HIPÓTESIS .....	6
V. MARCO TEÓRICO .....	7
VI. METODOLOGÍA .....	16
VII. ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	23
VIII. DISCUSIÓN.....	37
IX. CONCLUSIÓN .....	38
X. RECOMENDACIONES.....	39
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	40
XII. GLOSARIO.....	43
XIII. ANEXOS.....	44

# INTRODUCCIÓN

Un legrado uterino instrumentado consiste en la limpieza de la cavidad uterina, mediante la utilización de instrumentos que permiten eliminar la capa endometrial y/o los tejidos derivados del trofoblasto, cuando la paciente está o ha estado recientemente embarazada. Lo que conlleva a una pérdida significativa que puede representar un evento obstétrico de carácter traumático para la mujer y convertirse en un factor de riesgo para que llegue a un cuadro de depresión.

La depresión es un trastorno mental anímico frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La presente investigación tiene por objetivo principal identificar la incidencia de la presencia de la depresión post legrado uterino instrumentado en el puerperio inmediato; entendiéndose como puerperio inmediato el periodo de tiempo que abarca las primeras 24 horas post evento obstétrico.

En el primer fragmento se mencionan los conceptos relevantes para desarrollar el tema a investigar, como lo son: el aborto y sus antecedentes, legrado uterino instrumentado, puerperio y niveles de depresión, así como la base de datos relacionada.

En el segundo fragmento, se menciona el tipo de estudio y el número total de la población que se utilizó para la obtención de resultados de este proyecto, a los cuales se les aplicó la “Escala de Depresión de Montgomery-Asberg” con escala Likert cuyo objetivo es identificar el nivel de depresión.

Finalmente, en los resultados se encontró que 22 de las 44 mujeres del estudio tienen indicadores de una depresión menor, predominando en los grupos de edad de 15 a 25 años y de 26 a 39. Así mismo, se resalta que un factor influyente para la aparición de depresión fue la edad, el número de embarazos e hijos existentes previo el evento obstétrico, así como la red de apoyo que tienen las pacientes

Se espera que la presente investigación contribuya a dar una mayor importancia a la detección temprana de la depresión en pacientes post Legrado uterino instrumentado, impulsar investigaciones futuras y así se pueda otorgar un tratamiento, evitando complicaciones fatales como el suicidio.

# I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El aborto es “La expulsión o extracción de su madre de un embrión o feto de menos de 500 gramos de peso, que se alcanza a las 22 semanas”.

En México ha representado una problemática de salud pública que afecta principal y mayormente a mujeres jóvenes en plena edad reproductiva, dejando secuelas en su salud física y mental, así como sobre sus condiciones reproductivas posteriores.

Epidemiológicamente en la entidad mexicana, el aborto es el efecto adverso más frecuente en el embarazo, se estima que 1 de cada 5 gestaciones puede no llegar a término o evolucionar como: inminente, completo, incompleto, retenido o séptico; situación que tiende a considerarse como una experiencia traumática y violenta que atenta contra la integridad de la mujer.

Sin embargo, no se encuentran cifras específicas que indiquen la incidencia de relación entre aborto, legrado uterino instrumentado y depresión durante el puerperio inmediato después del procedimiento antes mencionado.

La depresión es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de algunas semanas o más. Por lo que se torna importante identificar sentimientos de culpabilidad, vacío, duelo y/o pérdida, además de posibles síntomas de depresión, alteraciones del ánimo, problemas en las relaciones, etc., que pueden emerger y persistir hasta varios meses después del legrado uterino instrumentado.

Cabe señalar, que la depresión en las mujeres post legrado es una problemática de salud pública que incluye el aspecto legal, aún cuando en la Ciudad de México se ha establecido una ley que lo aprueba, tiene gran peso social que repercute en el estado emocional de las mujeres que lo practican.

Por lo anteriormente señalado, es relevante indagar los efectos físicos y las respuestas emocionales de carácter depresivo, de las que poco se habla que pueden presentar las mujeres que viven ante una pérdida gestacional y pueden comprometer su vida.

Por lo anterior, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la incidencia de la depresión post legrado uterino instrumentado en el puerperio inmediato en un hospital de segundo nivel de atención a la salud?

## II. JUSTIFICACIÓN

La depresión es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de algunas semanas o más.

En este sentido, es una situación que se puede presentar de manera frecuente en pacientes post legrado uterino instrumentado, algunos reportes señalan que aproximadamente 60 a 85% de mujeres puede presentar algunos síntomas de apariencia depresiva en los primeros días, la cual se caracteriza de sintomatología propia de cualquier episodio depresivo como tristeza, tensión, sueño reducido, disminución del apetito, dificultad de concentración, pobre percepción del rol materno hasta alteraciones motoras o cognitivas afectando el funcionamiento cotidiano que le pudieran llevar al suicidio, como consecuencia a una ausencia de detección temprana.<sup>1</sup>

Por lo tanto, es importante que el personal de salud identifique estos síntomas de depresión para brindar una atención integral y fomentar las redes de apoyo dentro y fuera del hospital. Los profesionales de enfermería al estar en contacto continuo y directo con la persona juegan un papel fundamental al momento de interactuar durante los procedimientos, situación que facilita de manera oportuna reconocer las respuestas emocionales que derivan del evento momentos después de vivir el legrado uterino.

La trascendencia de la identificación oportuna de la posible depresión mediante algunas acciones de cuidado como habilidades de interacción, acercamiento y confianza, facilitan la expresión y autoexploración de las emociones que está viviendo la mujer, con el apoyo del equipo multidisciplinario de salud, se podría fomentar el uso de mecanismos adecuados como la escucha activa, entre otros, para el proceso natural de duelo ante el proceso de pérdida que sufre la persona.

### III. OBJETIVOS

#### OBJETIVO GENERAL

- Identificar la incidencia de la presencia de depresión post legrado uterino instrumentado en el puerperio inmediato en un Hospital de Segundo Nivel de atención a la salud.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reconocer los signos de depresión post legrado uterino instrumentado a través de la escala de depresión de Montgomery-Asberg, en las mujeres durante el puerperio inmediato durante su estancia hospitalaria.
- Identificar el grupo de edad con mayor índice de depresión post legrado uterino instrumentado durante el puerperio inmediato.

### IV. HIPÓTESIS

H1: Existe un 80% de incidencia de depresión post legrado uterino instrumentado en las mujeres durante el puerperio inmediato en un Hospital de Segundo Nivel de atención a la salud.

H0: Existe sólo un 20% de incidencia de depresión post legrado uterino instrumentado en las mujeres durante el puerperio inmediato en un Hospital de Segundo Nivel de atención a la salud.

## V. MARCO TEÓRICO

El embarazo es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con la expulsión del producto concebido. Durante este estado, se llevan a cabo una serie de cambios fisiológicos los cuales preparan el cuerpo de la mujer para concebir al producto gestante.<sup>2</sup> Cabe mencionar que no todos los embarazos llegan a término o con un producto vivo pudiéndose dar la posibilidad de la muerte del producto y como consecuencia considerarse como un aborto.

### ABORTO

La Organización Mundial de la Salud ha definido el aborto como: “la expulsión o extracción de su madre de un embrión o feto que pese 500 gramos o menos”. Este peso corresponde a una edad gestacional entre 20- 22 semanas. Se denomina aborto temprano al que ocurre antes de la 12a semana de gestación y aborto tardío al que se presenta entre las 12 y las 20 semanas de gestación.<sup>3</sup>

Se define como la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal. La viabilidad fetal es un concepto que involucra aspectos epidemiológicos antropométricos y clínicos. Es así como se considera la edad gestacional de 22 semanas, el peso fetal de 500 gr (OMS), longitud del segmento superior de 25 cm.<sup>3</sup>

### FISIOPATOLOGÍA

Para que se pueda producir un aborto es importante considerar que lo primero que se produce es una infiltración de sangre a nivel de la decidua basal la cual va a generar necrosis a los tejidos aledaños. Además, cabe mencionar que existen diversos factores como los fetales relacionados al aborto, en el cual hay un desarrollo anómalo del cigoto; otro factor sería los maternos que más están relacionados por consumo de sustancias que pueden poner en riesgo el desarrollo normal del embarazo, y por último los factores paternos, aunque aún no hay información a profundidad, se cree que se puede deber a anomalías cromosómicas de los espermatozoides.<sup>4</sup>

- Amenaza de aborto: Embarazo de producto vivo con contracciones uterinas, con o sin sangrado genital y cuello cerrado.
- Aborto en curso (inevitable): Aumento progresivo del dolor, de las contracciones o de la hemorragia, con modificaciones cervicales o ruptura de membranas.
- Aborto incompleto: Expulsión parcial de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico a través del cuello con modificaciones y sangrado variable.
- Aborto completo: Expulsión completa del feto y anexos ovulares con cese posterior de la hemorragia y del dolor.
- Aborto diferido: Aborto caracterizado por la retención en la cavidad uterina de un embrión o feto muerto (incluyendo el embarazo anembrionado) o la detención de la progresión normal del embarazo, puede acompañarse o no de sangrado variable.
- Aborto séptico: Infección de causa obstétrica que cursa con fiebre (temperatura de 38°C o más) antes, durante o después del aborto espontáneo o provocado acompañada de otros signos como dolor uterino, mal olor o pus.
- Aborto terapéutico: Terminación médica o quirúrgica del embarazo para prevenir lesiones graves o permanentes en la mujer embarazada. Cuando hay riesgo grave para la

vida de la madre, riesgo de una enfermedad de origen genético o congénito grave y para salvaguardar la salud física o mental de la madre, cuando estas están amenazadas por el embarazo o por el parto.

- Aborto recurrente: Es la pérdida espontánea en dos o más ocasiones de manera secuencial o alterna.
- Aborto inseguro: El aborto provocado en condiciones de riesgo es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como aquel procedimiento realizado para terminar un embarazo no deseado practicado por personas que carecen de las calificaciones necesarias o practicado en un ambiente sin las mínimas condiciones de seguridad médicas, o ambos.<sup>5</sup>

El procedimiento que se realiza para la extracción del producto o restos en la cavidad uterina se llama legrado uterino instrumentado.

### LEGRADO UTERINO INSTRUMENTADO

El legrado o curetaje es la limpieza de la cavidad uterina, mediante la utilización de instrumentos que permiten eliminar la capa endometrial y/o los tejidos derivados del trofoblasto, cuando la paciente está o ha estado recientemente embarazada. Los instrumentos utilizados son las legras o curetas.<sup>6</sup>

En el tratamiento de las complicaciones del aborto, el legrado uterino instrumentado se utiliza en el primer trimestre como en el segundo trimestre. La OMS recomienda que deba utilizarse únicamente en casos en que no se disponga de AMEU por las posibles complicaciones.<sup>7</sup>

Las complicaciones más serias del legrado uterino instrumentado incluyen perforación uterina, lesión cervical, trauma intraabdominal, Síndrome de Asherman y hemorragia de 2.1% y mortalidad de 0.5/100,000.<sup>8</sup>

El Legrado uterino instrumentado está indicado cuando existe:

- Sangrado excesivo y persistente.
- Inestabilidad hemodinámica.
- Evidencia de tejido retenido infectado.
- Sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional.<sup>7</sup>
- Tratamiento del aborto en cualquiera de sus variedades con altura uterina mayor o igual a 12 cm y dilatación cervical mayor o igual a 1 cm.
- Aborto séptico hasta 6 a 8 horas después de iniciado el tratamiento antibiótico.<sup>9</sup>

De acuerdo con Flores, categoriza dos objetivos del legrado como son:

- Terapéutico: Indicado para detener una hemorragia uterina de origen obstétrica y ginecológica, para facilitar la curación y la cicatrización, eliminando los tejidos afectados que causan la enfermedad, o bien que impidan o retarden la recuperación de la normalidad del órgano.
- Diagnóstico: Indicado para obtener una muestra que al estudio histopatológico permita confirmar o descartar una patología.<sup>10</sup>

En la actualidad existen dos tipos de legrado.

- Obstétrico: El que se realiza en la gestante o en la puérpera para suspender el embarazo temprano, para limpiar la cavidad después de un aborto incompleto o en los siguientes 42 días postparto o post cesárea para limpiar la cavidad endometrial.



- Ginecológico: Es el que se realiza a pacientes que no están embarazadas o no tienen patología relacionada directamente con la gestación.<sup>3</sup>

Procedimiento:

Dilatación: la paciente se coloca en posición ginecológica, se realiza asepsia de genitales, se realiza tacto para determinar la consistencia, el tamaño y la posición del útero, se colocan las valvas de Doyen o espéculo de Guttman, para visualizar el útero, se realiza el pinzamiento del cuello cervical con las pinzas de Pozzi, con las cuales se tracciona y se estabiliza el útero; se realiza histerometría para determinar la dirección del canal cervical y el tamaño del útero; se realiza dilatación del cuello con los tallos de Hegar utilizando el de menor calibre hasta alcanzar el grado de dilatación necesaria para poder utilizar las legras.<sup>2</sup>

Evacuación: Se introducen las pinzas de Winter o Forester, deben ser introducidas hasta el fondo del útero donde se abren y rotan dentro de la cavidad uterina para poder atrapar los restos más gruesos. Se completa la evacuación utilizando las legras (preferiblemente romas), éstas se pasan sistemáticamente por las paredes uterinas hasta conseguir sensación de rascado, justo cuando la sangre se vuelve roja, escasa y con burbujas.<sup>2</sup>

El procedimiento debe ser cuidadoso, se debe evitar ser enérgico y destruir la capa basal provocando sinequias uterinas (síndrome de Asherman) dando como resultado esterilidad.<sup>2</sup>

La importancia de conocer un código de ética y código penal radica en el papel que representa el personal de salud en el aspecto legal y en las actividades que lleva a cabo durante la atención a la mujer que pasó por un legrado uterino instrumentado.

## MARCO LEGAL: CODIGO PENAL FEDERAL

### CAPITULO IV: ABORTO

- ARTICULO 329.- Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.
- ARTICULO 330.- Al que hiciere abortar a una mujer, se le aplicarán de uno a tres años de prisión, sea cual fuere el medio que empleare, siempre que lo haga con consentimiento de ella. Cuando falte el consentimiento, la prisión será de tres a seis años y si mediare violencia física o moral se impondrán al delincuente de seis a ocho años de prisión.
- ARTICULO 331.- Si el aborto lo causare un médico, cirujano, comadrón o partera, además de las sanciones que le correspondan conforme al anterior artículo, se le suspenderá de dos a cinco años en el ejercicio de su profesión.
- ARTICULO 332.- Se impondrán de seis meses a un año de prisión, a la madre que voluntariamente procure su aborto o consienta en que otro la haga abortar, si concurren estas tres circunstancias:
  1. Que no tenga mala fama;
  2. Que haya logrado ocultar su embarazo, y
  3. Que éste sea fruto de una unión ilegítima.

Faltando alguna de las circunstancias mencionadas, se le aplicarán de uno a cinco años de prisión.

- ARTICULO 333.- No es punible el aborto causado sólo por imprudencia de la mujer embarazada, o cuando el embarazo sea resultado de una violación.

- ARTICULO 334.- No se aplicará sanción: cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada o el producto corran peligro de muerte, a juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuera posible y no sea peligrosa la demora.

El conocimiento de este código penal influye no sólo en la atención durante el legrado, sino también a la etapa que proviene después, conocida como puerperio.

## PUERPERIO

El puerperio es el periodo de la vida de la mujer que sigue a la expulsión del producto vivo o muerto. Es una etapa de transición de aproximadamente 6 a 8 semanas, en el que se inician y desarrollan los complejos procesos de la lactancia y/o de adaptación al proceso vivido, en el cual los cambios anatómo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pregestacional, el retorno a la normalidad recibe el nombre de involución puerperal.<sup>11</sup>

Clínicamente, el puerperio puede dividirse en tres períodos sucesivos:

- Puerperio inmediato: las primeras 24 horas postparto.
- Puerperio temprano: incluye la primera semana postparto (2o. al 7o. día).
- Puerperio tardío: abarca el tiempo necesario para la involución completa de los órganos genitales y el retorno de la mujer a su condición pregestacional (8o. a 42o. día).<sup>12</sup>

Es de suma importancia detectar signos y síntomas de depresión durante este periodo que pueda poner en riesgo la salud de las pacientes.

## DEPRESIÓN

Según la OMS la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos de sueño o apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.<sup>13</sup>

La depresión es considerada la enfermedad mental más frecuente y es una de las principales causas de discapacidad. En 1990 se ubicó como la 4ª causa de discapacidad en el mundo, proyecciones al 2020 la ubican como la 2a causa solo detrás de las enfermedades isquémicas. El impacto de la depresión sobre el funcionamiento social y ocupacional, colocan a la depresión a la par de las enfermedades crónico-degenerativas incapacitantes como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la artritis reumatoide.<sup>13</sup>

Factores de riesgo:

- Historia familiar de depresión.
- Pérdida significativa reciente.
- Enfermedades crónicas.
- Eventos altamente estresantes.
- Violencia doméstica.
- Cambios significativos en el estilo de vida.
- Embarazo en mujeres con antecedentes de depresión.
- Alcoholismo y otras dependencias a sustancias.<sup>14</sup>

Síntomas relevantes para establecer el diagnóstico de depresión psicaces (mnemotecnia):  
PSICACES.

P- Psicomotricidad disminuida o aumentada.

S- Sueño alterado (aumento o disminución).

I- Interés reducido (pérdida de la capacidad de disfrute).

C- Concentración disminuida.

A- Apetito y peso (disminución o aumento).

C- Culpa y autorreproche.

E- Energía disminuida, fatiga.

S- Suicidio (pensamientos).<sup>14</sup>

Se elabora diagnóstico de depresión, si presenta humor depresivo (o pérdida del interés) y 4 de los anteriores síntomas la mayor parte del tiempo durante al menos dos semanas.<sup>13</sup>

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se puede necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.<sup>15</sup>

Clasificación:

Se han descrito los siguientes tipos de Depresión:

- Depresión menor: Se define como un cuadro en donde se presentan uno o más episodios de síntomas depresivos con una duración mínima similar a la requerida para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, pero con la presencia de entre dos a cuatro de los siguientes síntomas depresivos: estado de ánimo deprimido, anhedonia, pérdida o aumento de peso, alteración del patrón de sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o falta de energía, sentimientos excesivos o inapropiados de inutilidad o culpa, disminución de la capacidad de pensamiento, concentración o indecisión, e ideas recurrentes de muerte, ideación suicida o intento suicida. En sus análisis descriptivos de la depresión menor, mencionan distintos estudios aleatorizados que concluyen que los síntomas mayormente reportados por los pacientes diagnosticados con depresión menor son: pensamientos recurrentes de muerte, insomnio, sentirse cansado todo el tiempo, problemas en concentración, bajo apetito y sentimientos de inutilidad.<sup>16</sup>
- Depresión moderada: Normalmente están presentes cuatro o más de los siguientes síntomas: estado de ánimo deprimido, anhedonia, pérdida o aumento de peso, alteración del patrón de sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o falta de energía, sentimientos excesivos o inapropiados de inutilidad o culpa, disminución de la capacidad de pensamiento, concentración o indecisión, e ideas recurrentes de muerte, ideación suicida o intento suicida; es muy probable que el paciente tenga grandes dificultades para seguir con sus actividades ordinarias.<sup>17</sup>
- Trastorno Depresivo Mayor (grave): La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.<sup>18</sup>

El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Existe un subtipo en el que aparecen trastornos delirantes, es decir creencias firmemente sostenidas pero sin fundamentos adecuados. Los delirios suelen ser de culpa o ruina.<sup>19</sup>

Aun cuando se sabe que la enfermedad mental es significativa en la mortalidad materna no hay suficiente literatura que hable sobre el aspecto emocional en pacientes post legrado, sólo aquella que señala que el suicidio sigue siendo una de las principales causas de muerte materna en el Reino Unido, por ejemplo. En la mayoría de las mujeres que mueren por suicidio se ha encontrado presente un grave trastorno del estado de ánimo.<sup>19</sup>

Los eventos relacionados con el ciclo reproductivo representan una carga importante para la salud de las mujeres, y se ha documentado extensamente los complejos factores (económicos, sociodemográficos, la salud previa, la disponibilidad y acceso de servicios asociados) con el elevado riesgo de morbilidad y mortalidad que estos conllevan. Fisher señala que la falta de libertad para elegir la maternidad, el aborto inseguro, las enfermedades de transmisión sexual, la infertilidad, las pérdidas de un embarazo, los partos prematuros, la fístula genital causan sufrimiento y desazón en las mujeres, que eventualmente pueden manifestarse como ansiedad, depresión u otros trastornos.<sup>20</sup>

La depresión, que afecta en los países de bajos y medianos ingresos entre 15 a 40% de mujeres embarazadas, es un trastorno mental con base neurobiológica, incapacitante, de curso recidivante, que se acompaña de otras condiciones físicas y mentales y que puede dar lugar a la muerte por suicidio. Interfiere significativamente con el funcionamiento adaptativo de las personas afectadas y disminuye, en el caso de mujeres jóvenes, las posibilidades de realizar plenamente el potencial personal, en lo académico y lo laboral.<sup>20</sup>

#### INSTRUMENTO O ESCALA DE MONTGOMERY- ASBERG

La escala es un instrumento de 10 ítems que debe administrar durante una entrevista clínica personal de salud previamente entrenado en su aplicación, y puede utilizar información de otras fuentes como los familiares del paciente, de manera similar al desarrollo normal del contexto clínico.<sup>21</sup>

Para cada ítem se consideran siete grados de gravedad (de 0 a 6), que anclan los valores pares (0, 2, 4 y 6) a unos enunciados y permite las puntuaciones intermedias entre esos enunciados cuando hay duda sobre cuál de los dos asignar. La puntuación total de la escala se obtiene sumando los valores seleccionados de cada ítem, con un intervalo total entre 0 y 60 puntos.<sup>21</sup>

La escala fue traducida al español por Conde y Franch en España en 1984; el primer proceso de validación en español lo llevó a cabo un grupo diferente 7 años después y el grupo del hospital clínico de Zaragoza realizó un segundo proceso en 2002.

De acuerdo con la revisión de la literatura realizada en el periodo de los últimos 5 años en las bases de datos, se encontró un estudio realizado por M.C Janet B. H.<sup>21</sup>

Para este estudio se realizó un cuestionario que consta de consentimiento informado y preguntas de opción múltiple que se adapta a la escala tipo Likert en el cual se mide la severidad de los síntomas depresivos.

La evaluación se basa en una entrevista clínica personalizada en la cual se adapta cada pregunta de manera que la persona entrevistada exprese ampliamente los síntomas que denota la severidad de la patología.

Descripción del estudio:

- La MADRS consta de 10 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad de la depresión.
- Administración por parte de un clínico.
- La puntuación en cada ítem oscila entre 0 y 6. La escala proporciona criterios operativos para las puntuaciones pares (0,2, 4 y 6), incluyendo del ítem 3 que, aunque tiene menos opciones de respuesta sigue teniendo puntuaciones pares (0, 2 y 6). Para asignar la puntuación el clínico puede utilizar información de fuentes distintas a la paciente.
- Presenta la ventaja frente a la HDRS de no estar contaminada por ítems que evalúan ansiedad, aunque sigue manteniendo varios ítems somáticos o vegetativos que dificultan su administración en pacientes físicos.

En el instrumento original evalúa cada ítem con puntuación **escala** tipo Likert. Sin embargo, se le realizaron modificaciones a este instrumento adaptándolo a las necesidades de los investigadores y con el fin de facilitar a las mujeres a la hora de ser contestado, reduciéndolo a 4 posibles respuestas.

Su uso se ha generalizado a la estadificación de la gravedad del episodio depresivo, y se proponen algunos puntos de corte:

- 0-6: No depresión.
- 7-19: Depresión menor.
- 20-34: Depresión moderada.
- 35-60: Depresión grave.

La escala ha atravesado por diversos estudios de validación desde la fecha de su publicación, y ha arrojado buenos resultados en la evaluación de confiabilidad, con valores de consistencia interna entre 0,76 y 0,95.

La evaluación se basa en una entrevista clínica que varía desde preguntas formuladas de una manera vaga acerca de los síntomas, hasta preguntas más detalladas que permiten una evaluación precisa de la gravedad.

El instrumento cuenta de las siguientes partes:

Consentimiento informado: En el cual se cita el título del estudio, así como objetivos y el propósito de dicho consentimiento. Consta de una parte en la que expresa la aceptación de la aplicación del instrumento, así como fecha de aplicación, nombre y firma de la participante.

Hoja de datos personales: Apartado que contiene los datos de la paciente como nombre, edad, estado civil, escolaridad y antecedentes gineco obstétricos.

Cuestionario: Es la parte en la que cada participante respondió a cada pregunta realizada por el investigador, expresando sus sentimientos posteriores al procedimiento al que fueron sometidas. Para esta sección se adoptaron 10 preguntas en relación al instrumento obtenido. Estas preguntas fueron diseñadas para recolectar datos objetivos acerca del nivel de depresión como consecuencia de someterse al procedimiento quirúrgico.

La participación de las usuarias fue de manera voluntaria. El proceso de consentimiento informado se realizó mediante la explicación personalizada a cada participante potencial, obteniendo la autorización al acceder a responder las preguntas del instrumento al firmar el consentimiento informado. Los datos personales se manejaron de manera confidencial y anónima, como lo menciona el Reglamento en materia de investigación para la salud de la Ley General de Salud.

La dimensión de las preguntas va de 3 a 4 posibles respuestas.

- Los ítems 1, 6 y 7 se refieren a lo que el investigador puede observar.
- Los ítems 2, 3, 4, 5, 8, 9 y 10 se refiere a lo que la entrevistada expresa verbalmente.

Ítems:

Ítem 1: Tristeza aparente. Se observa abatimiento, tristeza y desesperación a través de la voz, el gesto y la expresión mínima.

Ítem 2: Tristeza expresada. Se aportan datos verbales sobre el humor deprimido, independientemente de lo que exprese por su apariencia o no.

Ítem 3: Tensión interior. Se refieren sentimientos de malestar indefinido, nerviosismo, confusión interna, tensión mental que se vuelve pánico, temor o angustia.

Ítem 4: Sueño reducido. Se refiere una reducción en la duración o en la profundidad de su sueño en comparación a como duerme cuando se encuentra.

Ítem 5: Disminución del apetito. Demuestra una reducción del apetito.

Ítem 6: Dificultad de concentración. Muestra distracción ocasional.

Ítem 7: Laxitud, abulia. Dificultad para ejecutar actividades diarias.

Ítem 8: Incapacidad para sentir. Refiere una reducción de interés por lo que lo rodea y hábitos placenteros.

Ítem 9: Pensamientos pesimistas. Refiere culpabilidad, remordimiento e inferioridad.

Ítem 10: Ideación suicida. Manifestación verbal de muerte o planes suicidas.

De acuerdo con la revisión de la literatura realizada en el periodo de los últimos 5 años en las bases de datos. Se encontró un estudio realizado por Aaron U. D. en el año 2016 en el cual se tiene como objetivo determinar el nivel de depresión en pacientes que cursaron con abortos atendidos en un hospital de Perú, mediante un estudio descriptivo, transversal, prospectivo, observacional, con una ficha de recolección de datos y el test de Beck en un lapso de 9 meses; arrojo como resultados que de las 171 mujeres que participaron en el estudio el 32% presentan una depresión extrema, 9.36% depresión grave, 14.04% depresión moderada y el 15.20% depresión intermitente, por lo tanto, según este estudio la depresión está asociada a pacientes que cursaron por un legado.

En un estudio realizado por Alarcón K. en el año 2018 que tiene como objetivo determinar los factores asociados al desarrollo de alteración mental en pacientes del servicio de ginecología del hospital general de PNP Luis N. Sáenz a través de un estudio

observacional, analítico, transversal, retrospectivo por medio de un instrumento adaptado al SCL- 90, aplicándola a 180 pacientes se arrojaron resultados que hay una mayor repercusión psicológica en pacientes que cursaron por un aborto espontaneo.

Así mismo se encontraron otros estudios con los cuales a pesar de mencionar algunos puntos con cierta similitud a nuestro enfoque de estudio, no queda claro la relación entre la depresión y el legrado uterino instrumentado.

## VI. METODOLOGÍA

### LUGAR

Hospital General Iztapalapa "Dr. Juan Ramón de la Fuente" ubicado en Calzada Ermita Iztapalapa 3018, Col. Citlalli. Iztapalapa, C.P. 09660 Ciudad de México.

### TIPO

La presente investigación es de carácter cuantitativa, descriptivo-transversal.

### POBLACIÓN

Pacientes femeninas en edad reproductiva ingresadas al servicio de Ginecología que se encuentren dentro del puerperio inmediato por un Legrado Uterino Instrumentado.

### MUESTRA

Conformada por 40 pacientes en el servicio de Ginecología del hospital.

### TIPO DE MUESTREO

No probabilístico a conveniencia donde los sujetos son seleccionados dada la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Mujeres en puerperio inmediato (menos de 24 horas) post legrado uterino instrumentado que se encuentren en el servicio de Ginecología.

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Mujeres en el puerperio mediano y puerperio tardío post legrado uterino instrumentado.
2. Mujeres en el puerperio inmediato post parto o post cesárea.
3. Mujeres en el puerperio inmediato post legrado uterino instrumentado que se encuentren en el servicio de Tococirugía.
4. Mujeres en el puerperio inmediato post legrado uterino instrumentado que se nieguen a participar en el estudio.

### CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1. Instrumentos que no estén contestados en su totalidad.



## 6.1 VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	MEDICION ESTADISTICA (ESCALA DE MEDICION)
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Por años cumplidos.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 15-25 años</li> <li>2. 26-39 años</li> <li>3. 40 y +</li> </ol>	Cuantitativa, Ordinal
Depresión	Es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de algunas semanas o más.	Escala de medición "Escala de depresión de Montgomery-Asberg"	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 0-6: No depresión.</li> <li>2. 7-19: Depresión menor.</li> <li>3. 20-34: Depresión moderada.</li> <li>4. 35-60: Depresión grave.</li> </ol>	Ordinal
Tristeza aparente	Manifestación de decaimiento o infelicidad en respuesta a una aflicción, desánimo o desilusión que puede ser detectada a la observación.	Se evalúa mediante 4 opciones que refieren la capacidad que tiene la paciente de ser animada por parte del investigador.	<ol style="list-style-type: none"> <li>0- No tristeza.</li> <li>1- Parece demasiado, pero se anima fácilmente.</li> <li>2- Parece triste e infeliz la mayor parte del tiempo.</li> <li>3- Parece desgraciado todo el tiempo. Extremadamente abatido.</li> </ol>	Ordinal
Tristeza expresada	Manifestación de decaimiento o infelicidad en respuesta a una aflicción, desánimo o desilusión que la paciente expresa.	Se evalúa mediante 4 opciones que miden los datos verbales que expresa el paciente.	<ol style="list-style-type: none"> <li>0- Tristeza ocasional en consonancia con las circunstancias ambientales.</li> <li>1- Tristeza que cede (se anima) sin dificultad.</li> <li>2- Sentimientos de tristeza o abatimiento profundo, pero el humor es todavía ligeramente influenciado por las circunstancias externas.</li> <li>3- Continua e invariable tristeza, abatimiento, sentimiento de desgracia.</li> </ol>	Ordinal.
Tensión interior	Estado anímico de excitación, impaciencia, esfuerzo o exaltación producido por determinadas circunstancias o actividades.	Se evalúa mediante 3 opciones que indican la frecuencia y duración de los sentimientos de intranquilidad.	<ol style="list-style-type: none"> <li>0- Placidez aparente. Sólo manifiesta tensión interna.</li> <li>1- Ocasiona sentimientos de tensión interna o sentimientos de pánico que aparecen intermitentemente y que el paciente puede dominar, pero con</li> </ol>	Ordinal

			<p>dificultad.</p> <p>2- Angustia o temor no mitigado. Pánico abrumador.</p>	
Sueño reducido	La reducción del acto de dormir, así como la actividad de la mente durante ese periodo de descanso.	Se evalúa mediante 4 opciones que manifiestan los cambios tanto en duración como en profundidad del sueño en comparación a cómo era antes del evento.	<p>0- Sueño como los normales.</p> <p>1- Leve dificultad para dormir o sueño ligeramente reducido: sueño ligero.</p> <p>2- Sueño reducido o interrumpido al menos durante 2 horas.</p> <p>3- Menos de 2 o 3 horas de sueño.</p>	Ordinal.
Disminución del apetito	La reducción del hambre o de las ganas de comer.	Se evalúa mediante 4 opciones que manifiestan una pérdida del deseo o necesidad de alimentarse en comparación a cómo era antes del evento.	<p>0- Apetito normal o aumentado.</p> <p>1- Apetito ligeramente disminuido.</p> <p>2- No apetito. Los alimentos saben mal.</p> <p>3- Necesidad de persuasión para comer.</p>	Ordinal.
Dificultad de concentración	Incapacidad para mantener el pensamiento fijo sin distracciones.	Se evalúa mediante 4 opciones que refieren la dificultad para mantener fijo el pensamiento o para mantener la concentración.	<p>0- Ninguna dificultad de concentración.</p> <p>1- Dificultades ocasionales para mantener los propios pensamientos.</p> <p>2- Dificultades en la concentración y el mantenimiento del pensamiento que reduce la capacidad para mantener una conversación o leer.</p> <p>3- Incapacidad para leer o conversar con gran dificultad.</p>	Ordinal.
Laxitud, abulia	Relajación o flojedad; falta de voluntad o de energía para realizar actividades.	Se evalúa mediante 4 opciones que representan la dificultad para iniciar y ejecutar las actividades de la vida cotidiana.	<p>0- Apenas dificultades para iniciar las tareas. No inactividad.</p> <p>1- Dificultad para iniciar actividades.</p> <p>2- Dificultades para comenzar sus actividades rutinarias, que exigen un esfuerzo para ser llevadas a cabo.</p> <p>3- Completa laxitud, incapacidad para hacer nada sin ayuda.</p>	Ordinal.
Incapacidad de sentir	Reducción del interés hacia ciertas personas o actividades que usualmente producían placer.	Se evalúa mediante 4 opciones que refieren una reducción de la capacidad para	<p>0- Interés normal por las cosas o la gente.</p> <p>1- Reducción de la capacidad para disfrutar</p>	Ordinal.

		reaccionar a ciertas circunstancias o personas.	<p>de los intereses habituales.</p> <p>2- Pérdida de interés en lo que le rodea, incluso con los amigos o conocidos.</p> <p>3- Manifiesta la experiencia subjetiva de estar emocionalmente paralizado, anestesiado, con incapacidad para sentir placer o desagrado, y con una falta absoluta y/o dolorosa pérdida de sentimientos hacia parientes y amigos.</p>	
Pensamientos pesimistas	Capacidad para formar ideas o representaciones en su aspecto más negativo o desfavorable.	Se evalúa mediante 4 opciones que expresan los pensamientos haciéndose presente la culpa, reproche y remordimiento.	<p>0- No pensamientos pesimistas.</p> <p>1- Ideas fluctuantes de fallos, autorreproches o autodesprecios.</p> <p>2- Persistentes autoacusaciones o ideas definidas, pero todavía razonables de culpabilidad o pecado. Pesimismo.</p> <p>3- Ideas irrefutables de rutina, remordimiento o pecado irremediable, autoacusaciones absurdas e irreducibles.</p>	Ordinal.
Ideación suicida	Manera de pensar de imprudente o arriesgadamente, así mismo se pone en riesgo la vida hasta provocar la muerte.	Se evalúa mediante 4 opciones que expresan la idea de pensamientos suicidas.	<p>0- Se alegra de vivir, toma la vida como viene.</p> <p>1- Cansado de vivir, ideas de suicidas fugaces.</p> <p>2- Manifiesta deseos de muerte, ideas suicidas frecuentes. El suicidio es considerado como una solución, pero no se han elaborado planes o hecho intención.</p> <p>3- Planes explícitos de suicidio cuando exista una oportunidad., aciba preparación para suicidio.</p>	Ordinal.

## 6.2 DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

- Presentación de tema de investigación de manera verbal a Jefatura de Enseñanza del Hospital General Iztapalapa “Dr. Juan Ramón de la Fuente”.
- Autorización de jefe de enseñanza, autorización del jefe de piso, autorización del paciente realizando un consentimiento informado (ver anexo número2), explicar el estudio y objetivo de este) para la aplicación del instrumento: “Escala de Depresión de Motgomery-Asberg”
- El instrumento (anexo 1) “Escala de Depresión de Motgomery-Asberg” tiene el objetivo de medir el nivel de depresión que podría presentar una persona después de sufrir un evento traumático, así mismo, tiene un nivel de confiabilidad con valores de consistencia interna entre 0,76 y 0,95.

## 6.3 RECURSOS

### FINANCIEROS:

- (\$303)

### MATERIALES:

- Laptop.
- Papel.
- Copias.
- Plumas.

### HUMANOS:

- Pasantes de enfermería del Hospital General Iztapalapa.

## 6.4 CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

El presente trabajo se apega a los lineamientos estipulados por la Ley General de Salud en Materia de la Investigación.

### LEY GENERAL DE SALUD

ARTÍCULO 100. La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

- I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.
- II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo.
- III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.
- IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez

enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación.

VII. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

ARTÍCULO 101. Quien realice investigación en seres humanos en contravención a lo dispuesto en esta Ley y demás disposiciones aplicables, se hará acreedor de las sanciones correspondientes.

ARTÍCULO 102. La Secretaría de Salud podrá autorizar con fines preventivos, terapéuticos, rehabilitatorios o de investigación, el empleo en seres humanos de medicamentos o materiales respecto de los cuales aún no se tenga evidencia científica suficiente de su eficacia terapéutica o se pretenda la modificación de las indicaciones terapéuticas de productos ya conocidos. Al efecto, los interesados deberán presentar la documentación siguiente:

I. Solicitud por escrito.

II. Información básica farmacológica y preclínica del producto.

III. Estudios previos de investigación clínica, cuando los hubiere.

IV. Protocolo de investigación.

V. Carta de aceptación de la institución donde se efectúe la investigación y del responsable de la misma.

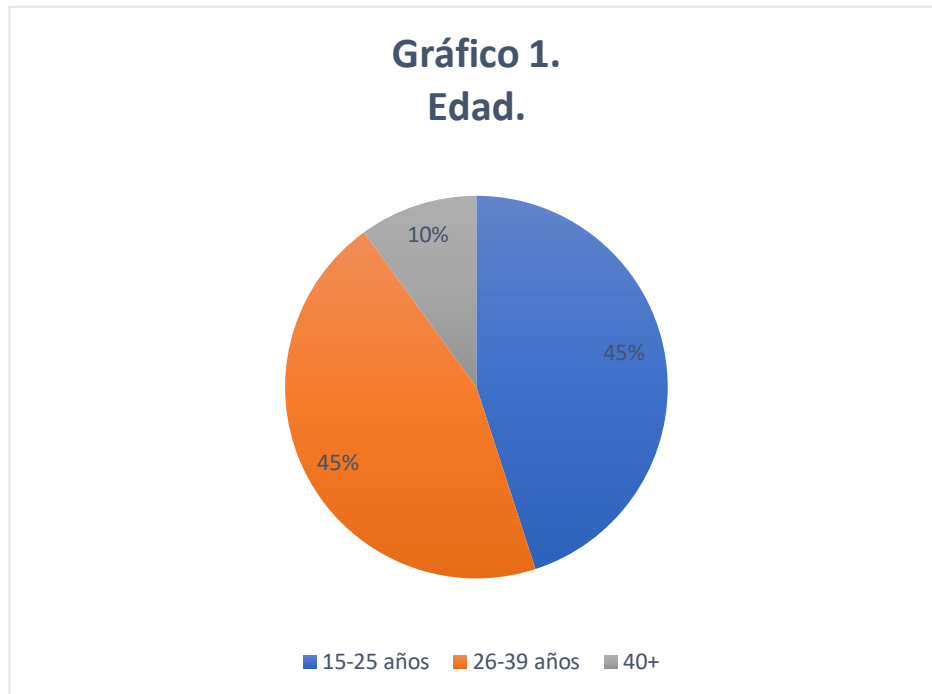
#### 6.4.1 PRINCIPIOS ÉTICOS: CRITERIOS DE BELMONT

La expresión "principios éticos básicos" se refiere a aquellos criterios generales que sirven como base para justificar muchos de los preceptos éticos y valoraciones particulares de las acciones humanas. Entre los principios que se aceptan de manera general en nuestra tradición cultural, tres de ellos son particularmente relevantes para la ética de la experimentación con seres humanos: Los principios de respeto a las personas, de beneficencia y de justicia.

- Respeto a las personas: el respeto a las personas incluye por lo menos dos convicciones éticas. La primera es que todos los individuos deben ser tratados como agentes autónomos, y la segunda, que todas las personas cuya autonomía está disminuida tienen derecho a ser protegidas. Consiguientemente el principio de respeto a las personas se divide en dos prerequisites morales distintos: el prerequisite que reconoce la autonomía, y el prerequisite que requiere la protección de aquellos cuya autonomía está de algún modo disminuida.
- Beneficencia: se trata a las personas de manera ética no sólo respetando sus decisiones y protegiéndolas de daño, sino también esforzándose en asegurar su bienestar. Esta forma de proceder cae dentro del ámbito del principio de beneficencia. El término "beneficencia" se entiende frecuentemente como aquellos actos de bondad y de caridad que van más allá de la obligación estricta.
- Justicia: ¿Quién debe ser el beneficiario de la investigación y quién debería sufrir sus cargas? Este es un problema que afecta a la justicia, en el sentido de "equidad en la distribución", o "lo que es merecido". Se da una injusticia cuando se niega un beneficio a una persona que tiene derecho al mismo, sin ningún motivo razonable, o cuando se impone indebidamente una carga. Otra manera de concebir el principio de justicia es afirmar que los iguales deben ser tratados con igualdad. Sin embargo, esta afirmación necesita una explicación ¿Quién es igual y quién es desigual?

## VII. RESULTADOS

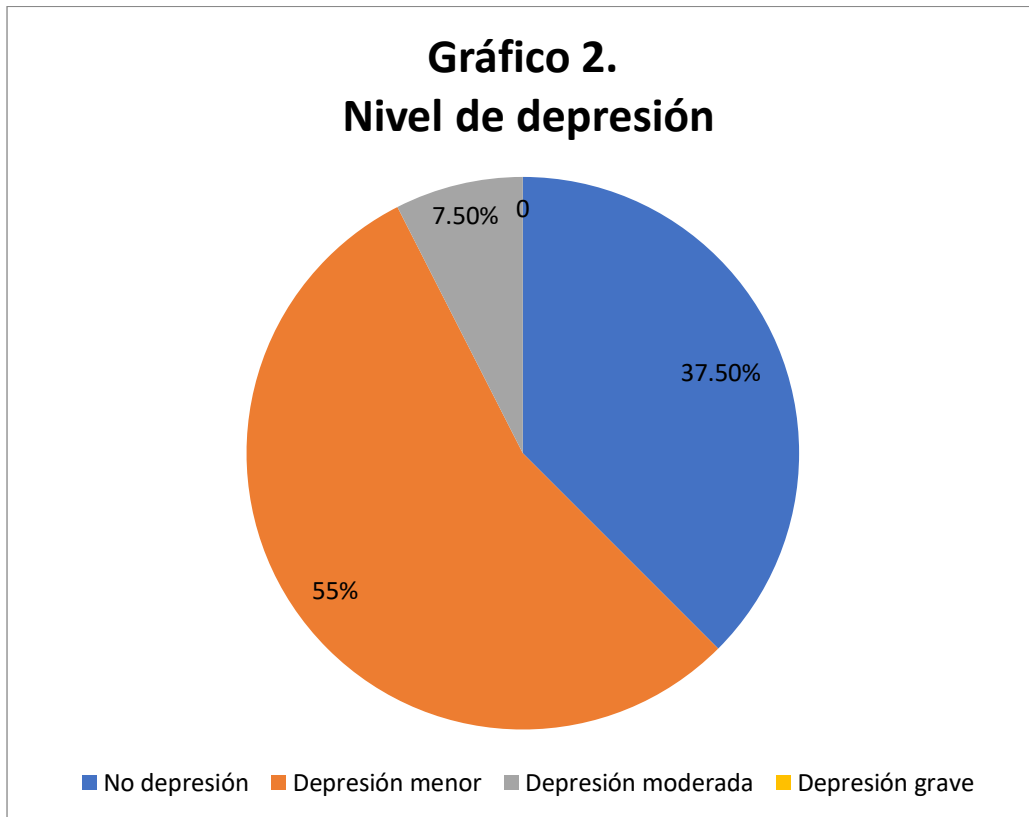
Los resultados que se presentan a continuación son de aquellas mujeres que presenciaron un legrado post aborto con la finalidad de identificar la depresión.



Fuente: Pasantes de Licenciatura de Enfermería de Servicio Social del Hospital General Iztapalapa "Dr. Juan Ramón de la Fuente", 2019.

En la gráfica número 1 se representan las edades de las 40 mujeres en edad reproductiva que participaron en este estudio, habiéndolas agrupado en 3 secciones: en la primera se muestra un 45% representando a 18 mujeres en una edad de 15 a 25 años; la segunda sección, son las mujeres de 26 a 39 años, siendo un total de 45% y 18 mujeres de igual manera; y la tercera, abarca a las mujeres de 40 y más, siendo el grupo de edad más reducido representándose por un 10% y un total de 4 mujeres.

La depresión es una situación posible en pacientes post legrado, Es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de algunas semanas o más.

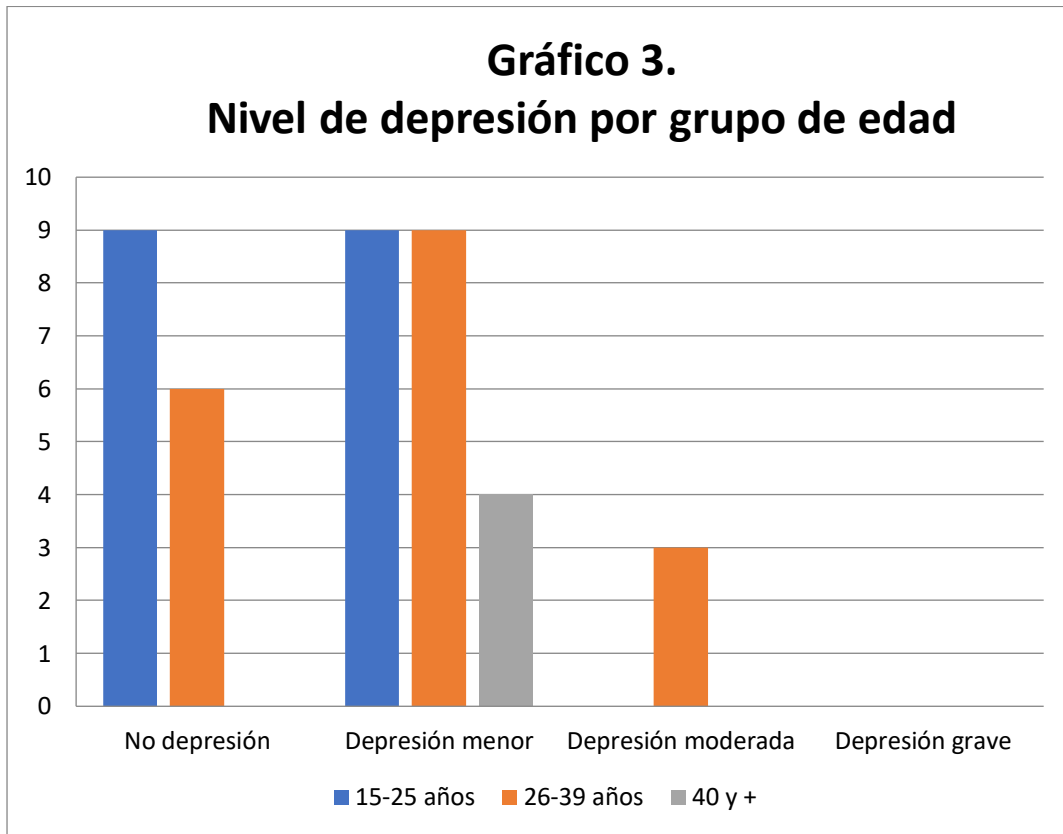


Fuente: Pasantes de Licenciatura de Enfermería de Servicio Social del Hospital General Iztapalapa “Dr. Juan Ramón de la Fuente”, 2019

En la gráfica número 2 se representa el nivel de depresión de las 40 mujeres en edad reproductiva que participaron en este estudio, el nivel de depresión más frecuente fue el menor representando un total de 55%, el grupo de no depresión tuvo un total de 37.5%; la depresión moderada un total de 7.5%; y el grupo menos frecuente fue la depresión grave, al no haber mujeres con este tipo de depresión.



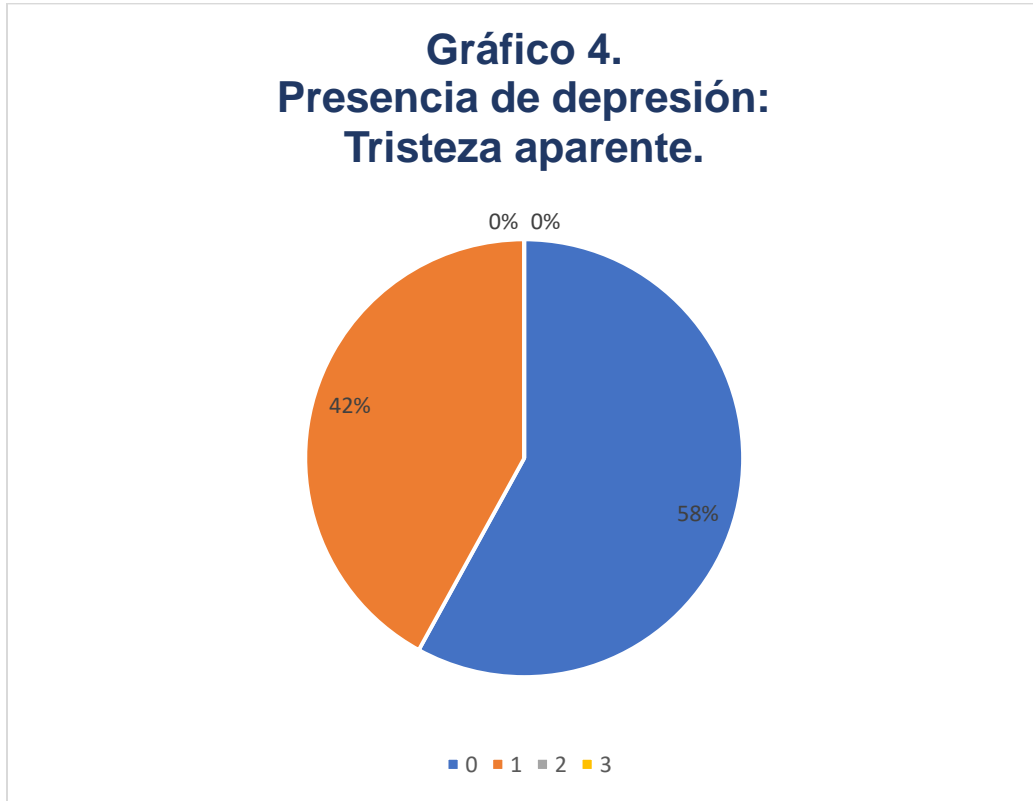
La depresión va a variar por grupos de edad e hijos tenidos anteriormente, por lo tanto, en el siguiente grafico se muestra la relación que hubo entre la edad de las usuarias y el nivel de depresión que pueden llegar a presentar.



Fuente: Pasantes de Licenciatura de Enfermería de Servicio Social del Hospital General Iztapalapa "Dr. Juan Ramón de la Fuente", 2019

En la gráfica número 3 se representa el nivel de depresión en relación con el grupo de edad de las 40 mujeres en edad reproductiva que participaron en este estudio, el nivel de depresión más frecuente fue la depresión menor en donde hubo mujeres de los tres grupos de edad; en la no depresión sólo hubo mujeres de 15-25 años y de 26-39 años; en la depresión moderada sólo hubo mujeres de 26-39 años, en la depresión grave no hubo mujeres.

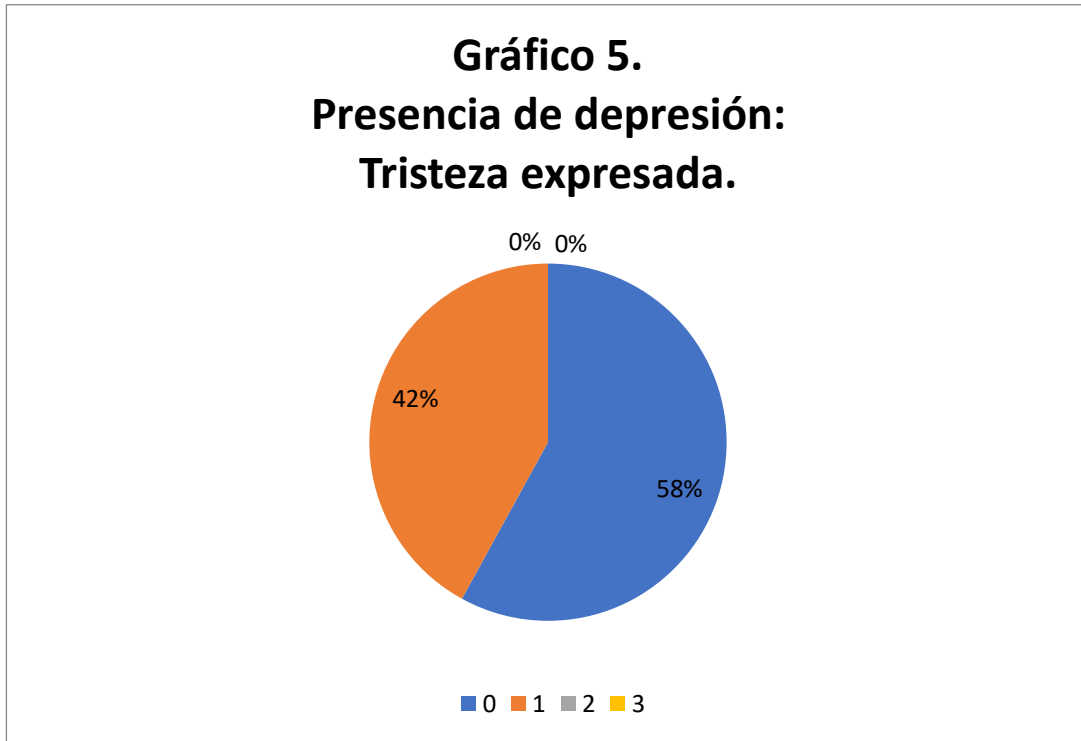
En el siguiente gráfico se muestra la tristeza aparente es la manifestación observada de decaimiento o infelicidad en respuesta a una aflicción, desánimo o desilusión que puede ser detectada a la observación.



Fuente: Pasantes de Licenciatura de Enfermería de Servicio Social del Hospital General Iztapalapa “Dr. Juan Ramón de la Fuente”, 2019

En la gráfica número 4 se representa la tristeza aparente, un 62.5% de las mujeres que participaron en este estudio parece demasiado triste, pero se anima fácilmente; un 20% no presentó tristeza; un 17.5% parece triste e infeliz la mayor parte del tiempo y ninguna parece desgraciada todo el tiempo ni extremadamente abatida.

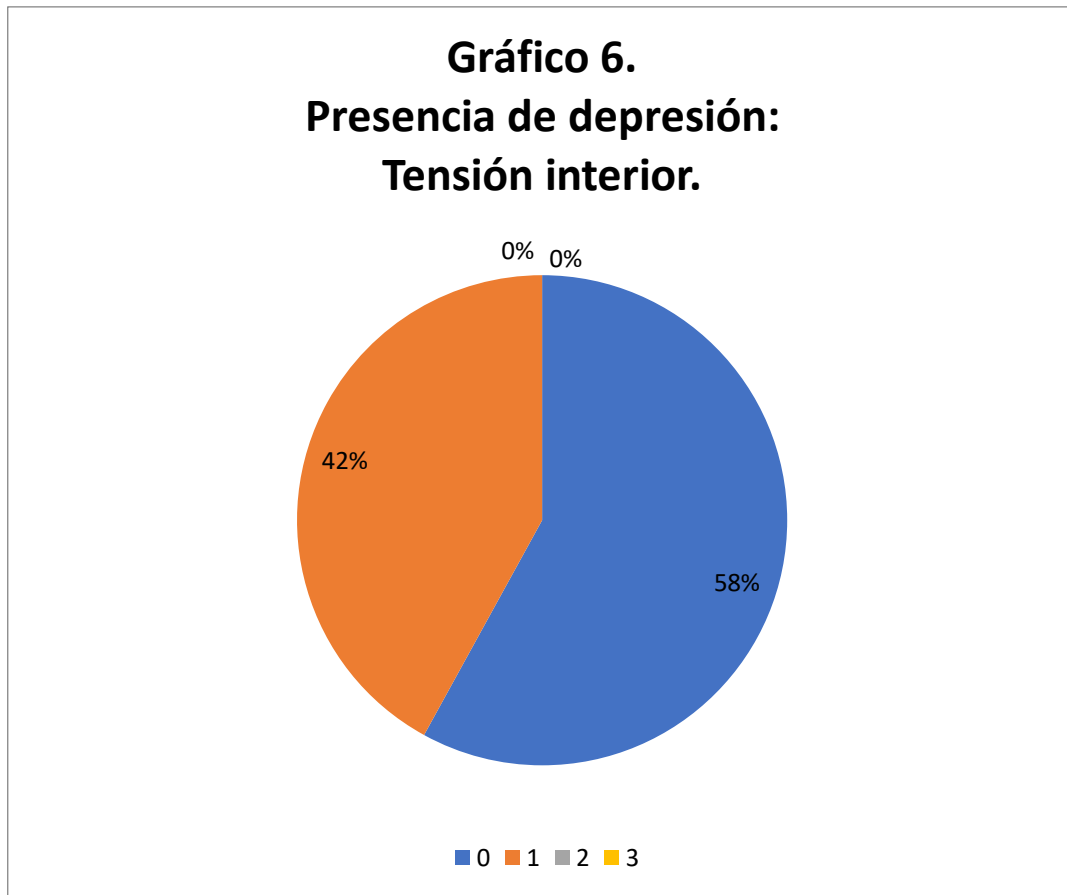
La tristeza expresada es la manifestación verbal de decaimiento o infelicidad en respuesta a una aflicción, desánimo o desilusión que la paciente expresa.



Fuente: Pasantes de Licenciatura de Enfermería de Servicio Social del Hospital General Iztapalapa “Dr. Juan Ramón de la Fuente”, 2019

En la gráfica número 5 se representa la tristeza expresada; un 40% de las mujeres que participaron en este estudio presenta tristeza que cede sin dificultad; un 30% tristeza ocasional en consonancia con las circunstancias ambientales, un 30% sentimientos de tristeza o abatimiento profundo pero el humor es todavía influenciable y ninguna presenta sentimiento de desgracia, tristeza y abatimiento.

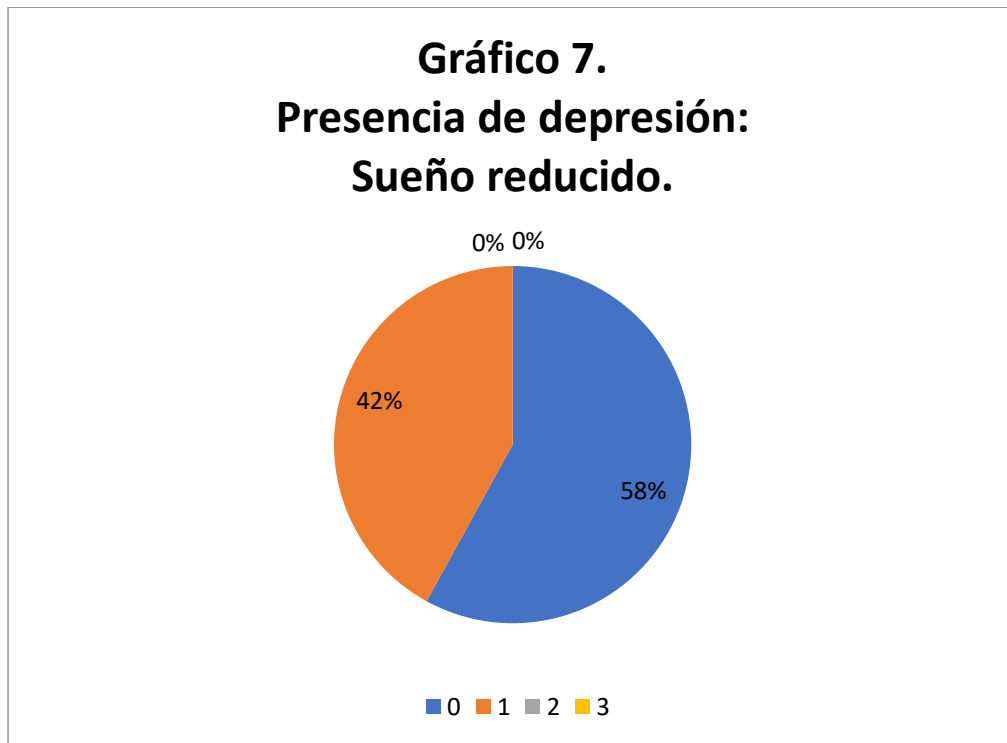
La tensión interior se entiende como el estado anímico de excitación, impaciencia, esfuerzo o exaltación producido por determinadas circunstancias o actividades.



Fuente: Pasantes de Licenciatura de Enfermería de Servicio Social del Hospital General Iztapalapa “Dr. Juan Ramón de la Fuente”, 2019

En la gráfica número 6 se representa la tensión interior; un 52.50% de las mujeres que participaron en este estudio presenta sentimientos de tensión interna que el paciente puede dominar pero con dificultad; un 47.50% presenta placidez aparente y ninguna presenta angustia o temor no mitigado.

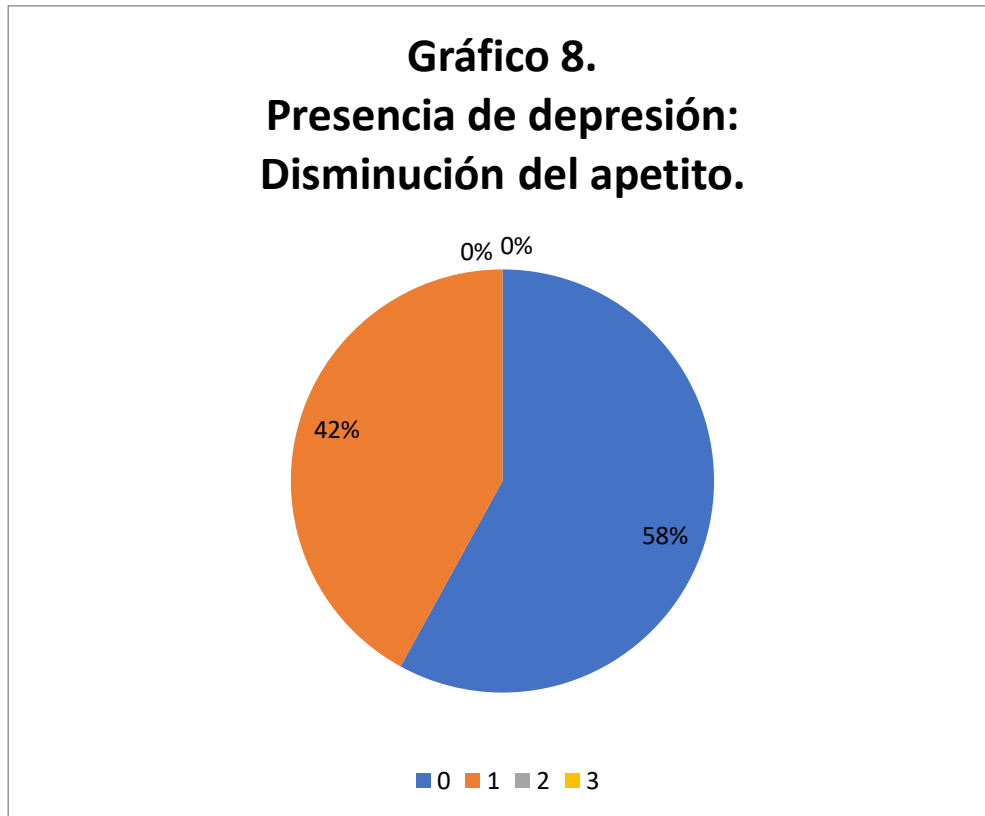
Un factor que puede indicar que hay presencia de depresión es el sueño reducido, lo cual se refiere a la disminución del acto de dormir, así como la actividad de la mente durante ese periodo de descanso.



Fuente: Pasantes de Licenciatura de Enfermería de Servicio Social del Hospital General Iztapalapa "Dr. Juan Ramón de la Fuente", 2019

En la gráfica número 7 se representa el sueño reducido; un 62.50% de las mujeres que participaron en este estudio presenta sueño como los normales, un 37.50% presenta leve dificultad para dormir o sueño ligero, ninguna presentó sueño reducido o interrumpido al menos durante dos horas, ni menos de 2 o 3 horas de sueño.

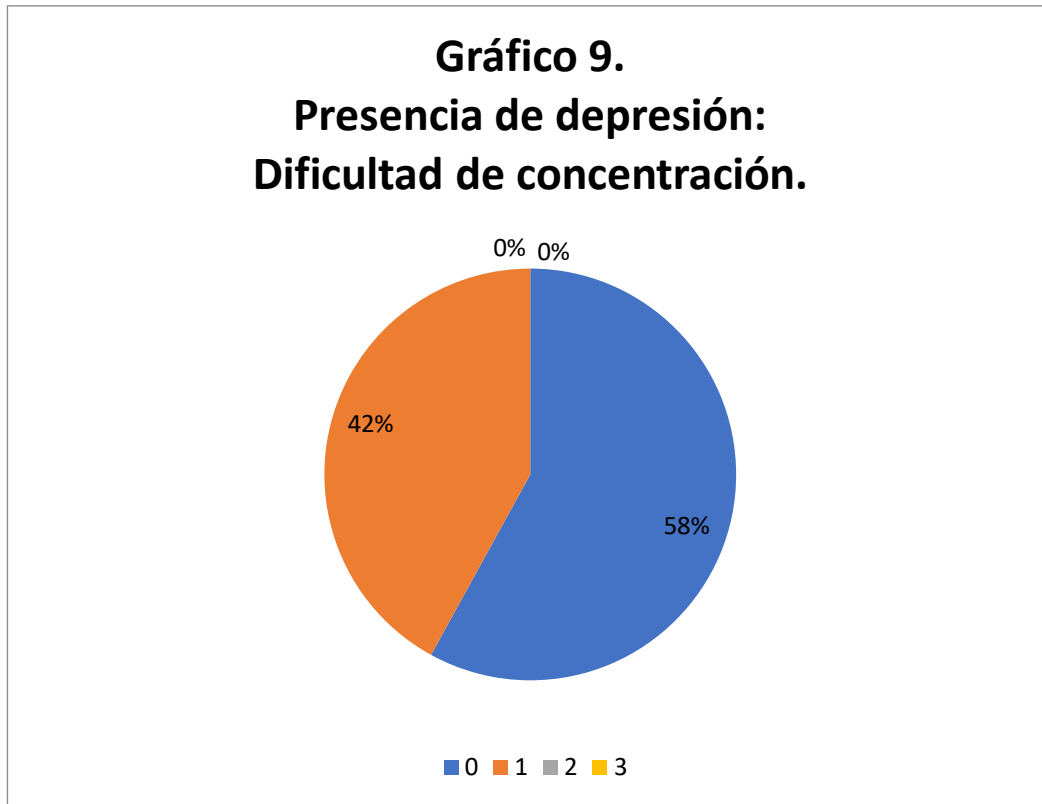
En cuanto a la reducción del hambre o de las ganas de comer suele modificarse, como puede observarse en la gráfica siguiente.



Fuente: Pasantes de Licenciatura de Enfermería de Servicio Social del Hospital General Iztapalapa "Dr. Juan Ramón de la Fuente", 2019

En la gráfica número 8, se representa la disminución del apetito, un 60% de las mujeres que participaron presentó un apetito normal o aumentado, un 40% presentó un apetito ligeramente disminuido y ninguna refirió no presentar apetito o que los alimentos le supieran mal.

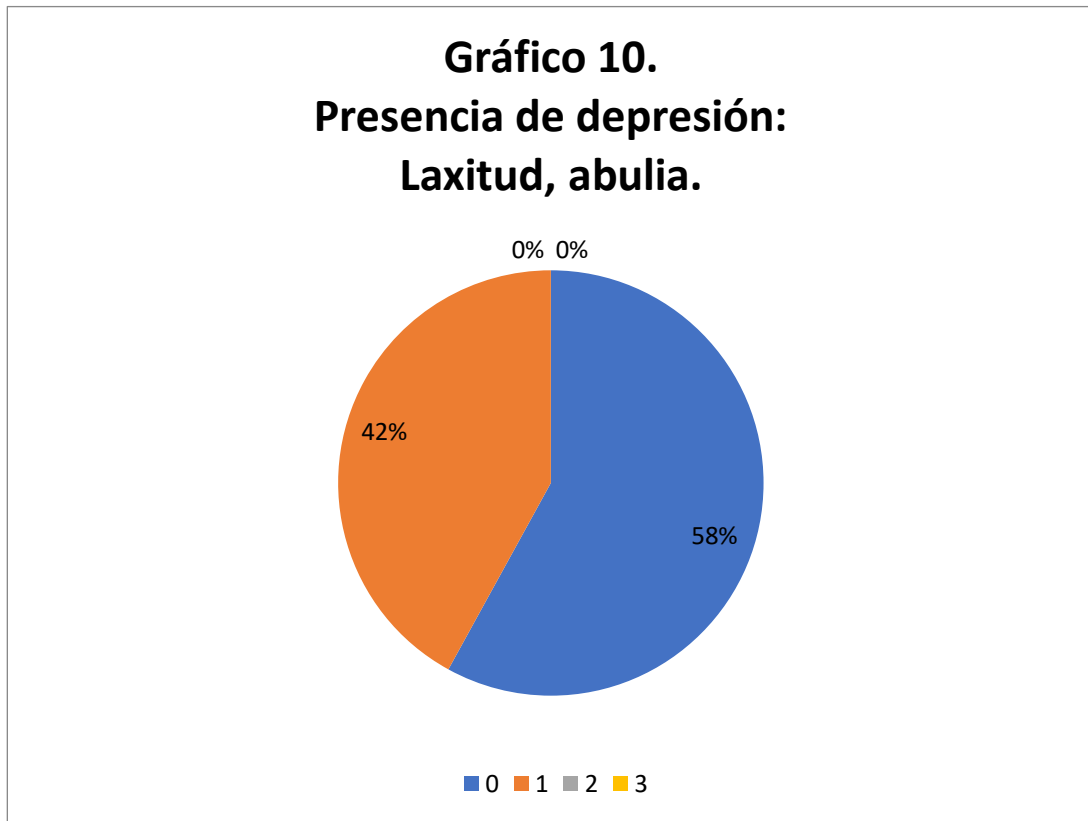
A continuación, se representa la incapacidad para mantener el pensamiento fijo y enfocado en una actividad específica.



Fuente: Pasantes de Licenciatura de Enfermería de Servicio Social del Hospital General Iztapalapa “Dr. Juan Ramón de la Fuente”, 2019

En la gráfica número 9 se representa la dificultad de concentración, un 45% de las mujeres que participaron en este estudio presentó dificultades ocasionales para mantener los propios pensamientos, un 40% no presentó ninguna dificultad de concentración, un 15% presentó dificultades en la concentración y el mantenimiento que reduce la capacidad de mantener una conversación o leer y ninguna presentó gran dificultad para leer o conversar.

La laxitud y abulia se refieren a la relajación o flojedad; falta de voluntad o de energía para realizar actividades.



Fuente: Pasantes de Licenciatura de Enfermería de Servicio Social del Hospital General Iztapalapa "Dr. Juan Ramón de la Fuente", 2019

En la gráfica número 10, se representa el nivel de laxitud, abulia; un 63% de las mujeres que participaron en este estudio no presentó inactividad o presentó apenas dificultades para iniciar tareas, un 35% presentó dificultad para comentar actividades, un 3% dificultad para comenzar sus actividades de rutina que exigen un esfuerzo para ser llevadas a cabo y ninguna presentó completa laxitud o total incapacidad para hacer nada sin ayuda



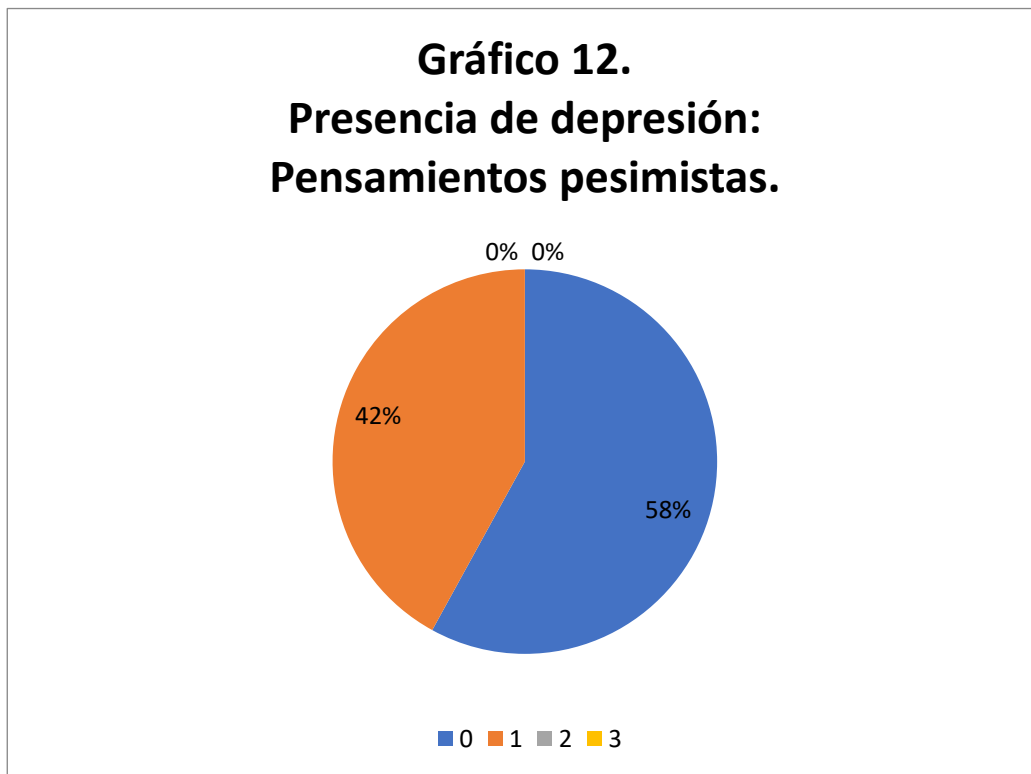
Reducción del interés hacia ciertas personas o actividades que usualmente producían placer.



Fuente: Pasantes de Licenciatura de Enfermería de Servicio Social del Hospital General Iztapalapa “Dr. Juan Ramón de la Fuente”, 2019

En la gráfica número 11 se representa la incapacidad para sentir, el 55% de las mujeres que participaron en este estudio tuvieron una reducción de la capacidad para disfrutar de los intereses habituales, el 42% demostraron un interés normal por las cosas y la gente, el 3% tuvo pérdida de interés en lo que le rodea, incluso con los amigos y conocidos y ninguna parece manifestar la experiencia subjetiva de estar emocionalmente paralizada.

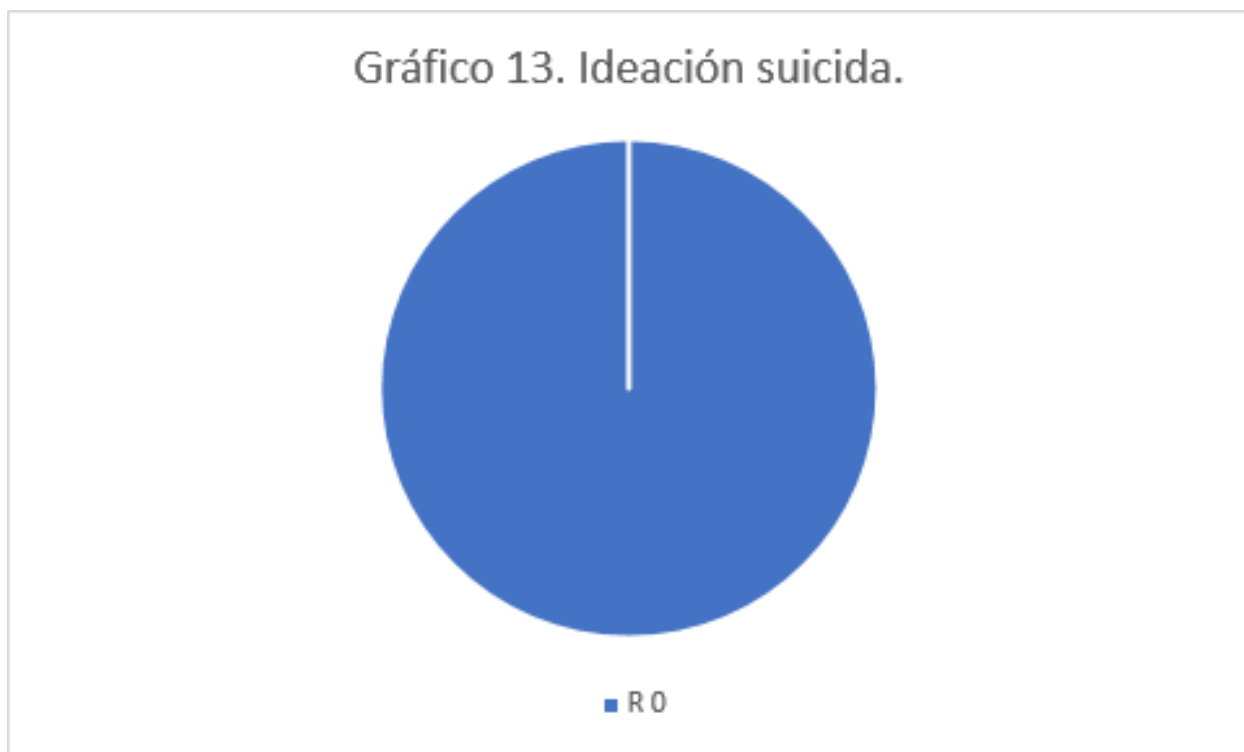
Capacidad para formar ideas o representaciones en su aspecto más negativo o desfavorable.



Fuente: Pasantes de Licenciatura de Enfermería de Servicio Social del Hospital General Iztapalapa "Dr. Juan Ramón de la Fuente", 2019

En la gráfica número 12 se representan los pensamientos pesimistas que puede llegar a tener, el 58% de las mujeres que participaron en este estudio no presentaron pensamientos pesimistas, el 42% presentaron ideas fluctuantes de fallos y autorreproches y ninguna presentó persistentes autoacusaciones o ideas definidas ni ideas irrefutables de ruina y remordimiento.

Manera de pensar de imprudente o arriesgadamente, así mismo se pone en riesgo la vida hasta provocar la muerte.



Fuente: Pasantes de Licenciatura de Enfermería de Servicio Social del Hospital General Iztapalapa "Dr. Juan Ramón de la Fuente", 2019

En la gráfica número 13 se representan las ideas suicidas que pueden llegar a tener, el 100% de las mujeres que participaron en este estudio se alegran de vivir y ninguna se presentó cansada de vivir, manifestó ideas de muerte ni planes explícitos de suicidio.

## 7.1 Análisis de Resultados

El legrado uterino instrumentado es un evento obstétrico de carácter traumático que puede afectar la vida de la mujer en su etapa reproductiva, por lo tanto, para este estudio cuantitativo se seleccionaron 40 mujeres agrupándolas en 3 rangos de edad, de 15-25 años; 26-39 años y 40 y más; siendo el primer y segundo rango los más frecuentes con una población total de 18 mujeres respectivamente.

Al ser un evento espontáneo y traumático tiene un gran impacto tanto físico como psicológico teniendo datos de depresión; siendo la menor la más frecuente con un 55%; observándose síntomas que podrían indicar alguna señal de alarma para enfermería ya que son los profesionales de la salud que se encuentran en contacto directo con las pacientes y les brindan los cuidados en la etapa de puerperio inmediato durante su estancia hospitalaria.

Dentro de las características propias de la depresión, se encontró que el 62.5% de las mujeres parecen demasiado tristes pero se animan fácilmente; el 40% se animan sin dificultad; el 52.5% presentó sentimientos de tensión interna que se pueden dominar pero con dificultad; el 62.5% no presentó alteraciones en el sueño; el 60% no tuvo disminución del apetito; el 45% manifestó dificultad para mantener los propios pensamientos; el 62.5% no presentó inactividad ni dificultad para iniciar tareas sencillas; el 55% expresó una disminución en la capacidad para disfrutar los intereses habituales; el 57.5% no presentaron pensamientos pesimistas; y, por último, el 100% de la población se alegra de vivir, toma la vida como viene y no manifestó la presencia de ideaciones suicidas.

## VIII. DISCUSIÓN

El presente estudio demuestra que las mujeres post Legrado uterino instrumentado, presentan depresión menor de acuerdo a la clasificación de la OMS, con un 55% de la población, observando cómo el 62.5% de las mujeres no tenía alteraciones del sueño; el 60% presentó un apetito normal o aumentado; en el 45% se observó dificultad ocasional para mantener los propios pensamientos; el 62.5% apenas tenía dificultad para iniciar las actividades, y en el 57.5% de las mujeres no existían pensamientos pesimistas en el momento de la aplicación del instrumento.

Tal como se menciona en el estudio realizado por Aaron U. D., existe la depresión en pacientes que tuvieron un legrado uterino Instrumentado; sin embargo, existe cierta diferencia en los resultados ya que presentan que una gran población presenta depresión grave, mientras que el presente reporta que 55% de las mujeres estudiadas presentan depresión menor, 7.5% presentan menor depresión moderada, también hubo mujeres sin depresión y ninguna presenta depresión grave.<sup>22</sup>

En cuanto a estos estudios y su diferencia de resultados se debe al tipo de población estudiada como país, hospital y muestra poblacional. Se considera que sería importante realizar más estudios con el mismo enfoque y en distintas poblaciones para poder tener un mejor punto de comparación, puesto que no hay estudios suficientes para un análisis y comparación de resultados completo.

## IX. CONCLUSIÓN

La depresión es un trastorno mental anímico frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Se clasifica en menor, moderada y grave; es fundamental que el personal de salud detecte síntomas de este trastorno después de haber pasado por algún evento traumático, como lo es el legrado uterino instrumentado.

El legrado uterino instrumentado es un evento obstétrico que puede afectar la vida de la mujer en su etapa reproductiva, por lo tanto, para este estudio cuantitativo se seleccionaron 40 mujeres a las cuales se les aplicó el instrumento “Escala de depresión de Montgomer-Asberg”, agrupándolas en 3 rangos de edad, de 15-25 años; 26-39 años y 40 y más; siendo el primer y segundo rango los más frecuentes con una población total de 18 mujeres respectivamente.

De acuerdo con los resultados que se obtuvieron, el tipo de depresión presentada en mujeres que transitan por la recuperación de un legrado Uterino Instrumentado es la que se denomina depresión menor siendo los grupos de edad de 15-25 y de 26-39 años los más afectados. Este tipo de depresión se caracterizó por el hecho de que ninguna de las mujeres presentó pensamientos pesimistas o ideaciones suicidas que pudieran representar un foco de alarma que comprometiera su vida.

El nivel de depresión que presentaron estas pacientes puede deberse al hecho de que las mujeres llevaban un corto tiempo transcurrido de hospitalización, que va desde el momento en que termina el legrado e inicia su periodo de recuperación, lo que podría ser una limitante pues aún no procesaban lo ocurrido completamente.

Durante la aplicación de los instrumentos, pudimos observar que algunos factores como la red de apoyo es fundamental para la recuperación favorable y la menor incidencia de depresión, las mujeres multigestas que tenían hijos esperándolas en casa para reincorporarse a las actividades de la vida cotidiana y a un entorno familiar en el cual se pueden apoyar y tener responsabilidades de crianza.

Las hipótesis planteadas en la presente investigación no pudieron ser comprobadas ya que los porcentajes planteados no coincidieron con el obtenido en los resultados al término de la investigación.

Es importante reconocer desde el momento en el que las mujeres están hospitalizadas si existe algún signo de depresión para poderles dar un seguimiento y evitar complicaciones que van desde alteraciones del sueño y apetito, pérdida de la concentración e interés en actividades y personas que resultaban placenteras, así como el suicidio.

## X. RECOMENDACIONES

Se propone un plan de seguimiento que en las consultas posteriores al alta de la paciente se sigan evaluando signos y síntomas de depresión en algún momento del puerperio, y, si es que la mujer los presenta, remitirlas a consultas psicológicas o terapias que pudieran ayudar a prevenir algunas de las complicaciones ya mencionadas anteriormente.

## XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Mendoza, B., Saldiva, S. Actualización de depresión post parto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje; Revista Médica de Chile. 2015;143:887-894.
- 2.- Secretaría de Salud, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, et all. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y parto, y de la persona recién nacida [internet]. Ciudad de Mexico; 04 abril 2016 [ 26 Noviembre 2018] Disponible en: [www.dof.gob.mx](http://www.dof.gob.mx)
- 3.- Neira J., Aborto: Aspectos Clínicos y Epidemiológicos, ARS MED [Internet], 2016 [20 Enero 2019], 31 (6) Disponible en: <https://arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/290>
- 4.- Aramburu N. Amenaza de Aborto [internet]. Abancay- Apurimac: Universidad Tecnológica de los Andes; 2017 [ 9 Enero 2019], Disponible en: <http://repositorio.utea.edu.pe/bitstream/handle/utea/53/Amenaza%20de%20aborto.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 5.- León W., González A., Yopez F., Aguinaldos G., Jijon A., et all, GPC: Diagnóstico y Tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente [internet]; 2013 [20 Enero 2019] Disponible en: [http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi\\_D503.pdf](http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D503.pdf)
- 6.- Alarcón M, El legrado Uterino: indicaciones, beneficios y riesgo, Médica UIS [Internet]; [20 Diciembre 2018], 20(1), Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/1837/2215>
- 7.- Ballinas J., Aspiración Manual Endouterina vs Legrado uterino instrumentado en pacientes con diagnóstico de Aborto, Hospital General de Jilotepec [ tesis doctoral]; Toluca, México; 2014 [19 Diciembre 2018], Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14989/Tesis.420064.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 8.- Armando G, Salas M., Ríos B., Yescas E., Peralta M., Diagnóstico y Tratamiento del aborto espontáneo y manejo inicial del aborto recurrente [ Internet]; México D.F: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; 2009 [04 Diciembre 2018], Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/088\\_GPC\\_Abortoespyrecurrente/ABORTO\\_EVR\\_CENETEC.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/088_GPC_Abortoespyrecurrente/ABORTO_EVR_CENETEC.pdf)
- 9.- Armando G, Salas M, Ríos B, Yescas E, Peralta M. Diagnóstico y Tratamiento del aborto espontáneo y manejo inicial del aborto recurrente [ Internet]; México D.F: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; 2009 [04 Diciembre 2018], Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/088\\_GPC\\_Abortoespyrecurrente/ABORTO\\_RR\\_CENETEC.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/088_GPC_Abortoespyrecurrente/ABORTO_RR_CENETEC.pdf)
- 10.- Chumbi L. Perfil epidemiológico y consecuencias del legrado uterino [Internet]; Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2017 [20 Febrero 2019], Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/19823>



- 11.- Romero M., Chávez M., Martínez Y., Pin M., Venegas R. et all, GPC: intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico en el primer nivel de atención, México D.F: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; 2015 [28 Diciembre 2018], Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-753-15-puerperio-fisiologico/753-GER.pdf>
- 12.- Peralta O., Aspectos Clínicos del puerperio [internet], Chile: Instituto chileno de Medicina Reproductiva; 2015, [14 Enero 2019], Disponible en <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-753-15-puerperio-fisiologico/753-GER.pdf>
- 13.- Cantú Y., Rivera M., Belio J., Pérez F., Diagnóstico y Tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención [Internet], México D.F: Centro Nacional de de Tecnología en Salud; 2011 [04 Febrero 2019], Disponible en [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194\\_GPC\\_DEPRESION\\_AM/GPC\\_DEPRESION\\_ADULTO\\_1er\\_NIV.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194_GPC_DEPRESION_AM/GPC_DEPRESION_ADULTO_1er_NIV.pdf)
- 14.- Esquina J., García A., Platas E., Rodríguez M., Zamora M., et all, Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el adulto [Internet], México D.F: Centro Nacional de Tecnología en Salud; 01 Dic. 2015 [28 Enero 2019], Disponible en: <http://educads.salud.gob.mx/sitio/recursos/Depresi%C3%B3n/Diagn%C3%B3stico%20y%20tratamiento%20del%20trastorno%20depresivo%20en%20el%20adulto%20-%20GER.pdf>
- 15.- Organización Mundial de la Salud, [15 Diciembre 2018]; Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- 16.- Chomali C., Espinoza C., Galdamez M., Moreno L., La depresión menor: es un concepto menor, REF. ARG. CIIN, PSI [Internet]; 2015 [26 Diciembre 2018]; Volumen XXIV (1), 25,26, Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281944843004.pdf>
- 17.- Organización Panamericana de la Salud, clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, CIE-10 [Internet];2008 [12 Enero 2019], Volumen 1, Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6282/Volume1.pdf>
- 18.- Coover N., Barlow D., Campbell M., Cantwell D., Frank E., et all., Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV [Internet]; 1995 [02 Febrero 2019], Disponible en: <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/psico/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>
- 19.- Terán D., Terán L., Santiago V., Penagos J., Cárdenas L., Prevención, Diagnóstico y Manejo de la depresión prenatal post parto [Internet], México D.F: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; 2014 [15 Enero 2019], Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-666-14-Depre-postparto/GER\\_INTEGRACION\\_DPP\\_DEFINITIVA.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-666-14-Depre-postparto/GER_INTEGRACION_DPP_DEFINITIVA.pdf)
- 20.- Marta B., Salud Mental y Aborto Terapéutico, Scielo Perú [Internet], 2015 [23 Febrero 2019]; Volumen(76):Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832015000500012](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832015000500012)

21.- Cano J, Gómez C, Rondón M. Validación del instrumento para evaluación de la depresión Montgomery-Asberg (MADRS). Rev. Colomb. Psiquiatr [Internet], 2016 [3 febrero 2019]; 45(3), disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502016000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=es&fbclid=IwAR3RkQMN341yeHNQvspJaqv9WyjgvvIMJzS4UnB5aTL8bqT6cangC0-Gkk0](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502016000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=es&fbclid=IwAR3RkQMN341yeHNQvspJaqv9WyjgvvIMJzS4UnB5aTL8bqT6cangC0-Gkk0)

22.- Aaron U. D., Nivel de depresión post legrado en pacientes que cursaron con aborto atendidos en el hospital Vitarte Abril-Diciembre 2016, Lima-Perú, 2018, <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1860>.

23.- Alarcon K., Factores asociados al desarrollo de alteraciones psicológicas post aborto en pacientes del servicio de gineco obstetricia del hospital central de la PNP Luis N. Saenz (internet), Lima-Peru, 2018, <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1863>.

## XII. GLOSARIO

**AMEU:** Aspiración Manual Endouterina es una técnica médica para retirar el contenido del útero a través del cérvix por medio de una cánula y una jeringa grande.

**Cigoto:** Célula que resulta de la unión de las células sexuales masculina y femenina y a partir de la cual se desarrolla el embrión de un ser vivo.

**Consentimiento informado:** Proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento escrito signado por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnósticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación una vez que sea recibido información de los riesgos y beneficios esperados.

**Embrión:** Es el resultado de la fecundación, es decir, la fusión del espermatozoide con el ovocito. Esta etapa inicial del desarrollo abarca las primeras divisiones.

**Esterilidad:** Es la incapacidad para llevar a término un embarazo. Esta imposibilidad de reproducir se puede producir porque los órganos sexuales no funcionan bien o porque los gametos son defectuosos. La infertilidad alude a la imposibilidad de concebir

**Fecundación:** Fase de la reproducción sexual en la cual el elemento reproductor masculino se une con el femenino para iniciar el desarrollo de un nuevo ser.

**Feto:** producto de la fecundación desde el fin del desarrollo embrionario, a las 8 semanas después de la fecundación, hasta el aborto o el nacimiento.

**Hemorragia:** pérdida de sangre de vasos sanguíneos dañados. Una hemorragia puede ser interna o externa y, por lo general, incluye mucho sangrado en poco tiempo.

**Hipertrofia uterina:** la hipertrofia uterina es el crecimiento del útero más allá de los parámetros normales para la edad y condiciones obstétricas previas.

**Histerometría:** Esta exploración permite medir mediante el histerómetro, la longitud del útero. El histerómetro es un instrumento de un material metálico y maleable de unos 25cm de longitud y de 2 a 3 cm de diámetro.

**Parestesia mamaria:** Una sensación de ardor, picazón, escozor u hormigueo se llama parestesia y puede ser una señal de que se ha producido daño del nervio sensorial. La parestesia aparece sin ninguna causa física aparente.

**Síndrome de Asherman:** Es la formación de tejido cicatricial (cicatrices) en la cavidad uterina. En la mayoría de los casos, el problema se presenta después de una cirugía en el útero.

## XIII. ANEXOS

### ANEXO 1.- ESCALA DE DEPRESIÓN DE MONTGOMERY-ASBERG:

#### Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (validada por Lobo y cols<sup>186</sup>)

##### 1. Tristeza aparente

El paciente expresa abatimiento, tristeza y desesperación a través de la voz, el gesto y la expresión mínima. Evalúese en función de la gravedad e incapacidad para ser animado.

0. No tristeza
- 1.
2. Parece demasiado, pero se anima fácilmente
- 3.
4. Parece triste e infeliz la mayor parte del tiempo
- 5.
6. Parece desgraciado todo el tiempo. Extremadamente abatido

##### 2. Tristeza expresada

El enfermo aporta datos verbales sobre su humor deprimido, independientemente de lo que exprese por su apariencia o no. Incluye ánimos bajo, abatimiento, desesperanza, sentimiento de desamparo.

Evalúese de acuerdo con la intensidad, duración e influenciabilidad del humor por las circunstancias:

0. Tristeza ocasional en consonancia con las circunstancias ambientales
- 1.
2. Tristeza que cede (se anima) sin dificultad
- 3.
4. Sentimientos de tristeza o abatimiento profundo, pero el humor es todavía ligeramente influenciable por las circunstancias externas
- 5.
6. Continua e invariable tristeza, abatimiento, sentimiento de desgracia

### 3. Tensión interior

El paciente expresa sentimientos de malestar indefinido, nerviosismo, confusión interna, tensión mental que se vuelve pánico, temor o angustia.

Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuente o duración de la tranquilidad perdida:

0. Placidez aparente. Sólo manifiesta tensión interna
- 1.
2. Ocasional sentimientos de tensión interna o sentimientos de pánico que aparecen intermitentemente y que el paciente puede dominar, pero con dificultad
- 5.
6. Angustia o temor no mitigado. Pánico abrumador

### 4. Sueño reducido

El paciente expresa una reducción en la duración o en la profundidad de su sueño en comparación a cómo duerme cuando se encuentra bien.

0. Sueño como los normales.
- 1.
2. Leve dificultad para dormir o sueño ligeramente reducido: sueño ligero
- 3.
4. Sueño reducido o interrumpido al menos durante 2 horas
- 5.
6. Menos de 2 o 3 horas de sueño

### 5. Disminución del apetito

El paciente expresa una reducción del apetito en comparación con cuando se encuentra bien.

Evalúese la pérdida del deseo de alimento o la necesidad de forzarse uno mismo a comer.

0. Apetito normal o aumentado
- 1.
2. Apetito ligeramente disminuido
- 3.
4. No apetito. Los alimentos saben mal
- 5.
6. Necesidad de persuasión para comer

#### **6. Dificultad de concentración**

El paciente expresa dificultades para mantener su propio pensamiento o para concentrarse.

Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuencia y grado de la incapacidad producida.

0. Ninguna dificultad de concentración
- 1.
2. Dificultades ocasionales para mantener los propios pensamientos
- 3.
4. Dificultades en la concentración y el mantenimiento del pensamiento que reduce la capacidad para mantener una conversación o leer
- 5.
6. Incapacidad para leer o conversas sub gran dificultad

#### **7. Laxitud, Abulia**

El paciente expresa o presenta una dificultad para iniciar y ejecutar las actividades diarias:

0. Apenas dificultades para iniciar las tareas. No inactividad
- 1.
2. Dificultad para iniciar actividades
- 3.
4. Dificultades para comenzar sus actividades rutinarias, que exigen un esfuerzo para ser llevadas a cabo
- 5.
6. Completa laxitud, incapacidad para hacer nada sin ayuda

### 8. Incapacidad para sentir

El paciente expresa un reducido interés por lo que le rodea o las actividades que normalmente producían placer. Reducción de la capacidad para reaccionar adecuadamente a circunstancias o personas.

0. Interés normal por las cosas y la gente
- 1.
2. Reducción de la capacidad para disfrutar de los intereses habituales
- 3.
4. Pérdida de interés en lo que le rodea, incluso con los amigos o conocidos
- 5.
6. Manifiesta la experiencia subjetiva de estar emocionalmente paralizado, anesesiado, con incapacidad para sentir placer o desagrado, y con una falta absoluta y/o dolorosa perdida de sentimientos hacia parientes y amigos

### 9. Pensamientos pesimistas

El paciente expresa pensamientos de culpa, autorreproche, remordimiento, inferioridad, ideas de ruina, ideas de pecado.

0. No pensamientos pesimistas
- 1.
2. Ideas fluctuantes de fallos, autorreproches o autodepreciaciones
- 3.
4. Persistentes autoacusaciones o ideas definidas, pero todavía razonables de culpabilidad o pecado. Pesimismo
- 5.
6. Ideas irrefutables de ruina, remordimiento o pecado irremediable, Autoacusaciones absurdas e irreducibles

### 10. Ideación suicida

El paciente expresa la idea de que la vida no merece vivirse, de que una muerte natural sería bienvenida, o manifiesta ideas o planes suicidas.

0. Se alegra de vivir. Toma la vida como viene
- 1.
2. Cansado de vivir. Ideas de suicidas fugaces
- 3.
4. Manifiesta deseos de muerte, ideas suicidas frecuentes. El suicidio es considerado como una solución, pero no se han elaborado planes o hecho intención
- 5.
6. Planes explícitos de suicidio cuando exista una oportunidad, Activa preparación para suicidio

Tomado de: Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Re R, Badia X, Baro E. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Med Clin (Barc) 2002;118(13):493-9.

## ANEXO 2.- INSTRUMENTO A APLICAR

### Consentimiento Informado

Título de la investigación: Incidencia de la depresión post legrado intrauterino en el puerperio inmediato en un hospital de segundo nivel de atención a la salud.

Objetivo de la investigación: Identificar la incidencia de la depresión post legrado intrauterino en el puerperio inmediato en un Hospital de Segundo Nivel de atención a la salud.

El propósito de esta ficha de consentimiento informado es proveer a las participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por pasantes de la Licenciatura en Enfermería de un Hospital de Segundo Nivel.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los establecidos para esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él.

Ciudad de México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2019

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Participante

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante



Hospital General Iztapalapa  
Dr. Juan Ramón de la Fuente

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Gestas: \_\_\_\_\_ Partos: \_\_\_\_\_ Cesáreas: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_

### 1.- Tristeza aparente

El paciente expresa abatimiento, tristeza y desesperación a través de la voz, el gesto y la expresión mínima. Evalúese en función de gravedad e incapacidad para ser animado.

- 1- No tristeza
- 2- Parece demasiado, pero se anima fácilmente
- 3- Parece triste e infeliz la mayor parte del tiempo
- 4- Parece desgraciado todo el tiempo. Extremadamente abatido

### 2.- Tristeza expresada

El enfermo aporta datos verbales sobre su humor deprimido, independientemente de lo que exprese por su apariencia o no. Incluye ánimos bajo, abatimiento, desesperanza, sentimiento de desamparo. Evalúese de acuerdo con la intensidad, duración e influenciabilidad del humor por las circunstancias:

- 1- Tristeza ocasional en consonancia con las circunstancias ambientales
- 2- Tristeza que cede (se anima) sin dificultad
- 3- Sentimientos de tristeza o abatimiento profundo, pero el humor es todavía ligeramente influenciable por las circunstancias externas
- 4- Continua e invariable tristeza, abatimiento, sentimiento de desgracia

### 3.- Tensión interior

El paciente expresa sentimientos de malestar indefinido, nerviosismo, confusión interna, tensión mental que se vuelve pánico, temor o angustia. Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuente o duración de la tranquilidad perdida:

- 1- Placidez aparente. Sólo manifiesta tensión interna
- 2- Ocasiona sentimientos de tensión interna o sentimientos de pánico que aparecen intermitentemente y que el paciente puede dominar, pero con dificultad
- 3- Angustia o temor no mitigado. Pánico abrumador

#### 4.- Sueño reducido

El paciente expresa una reducción en la duración o en la profundidad de su sueño en comparación a cómo duerme cuando se encuentra bien.

- 1- Sueño como los normales.
- 2- Leve dificultad para dormir o sueño ligeramente reducido: sueño ligero
- 3- Sueño reducido o interrumpido al menos durante 2 horas
- 4- Menos de 2 o 3 horas de sueño

#### 5.- Disminución del apetito

El paciente expresa una reducción del apetito en comparación como cuando se encuentra bien. Evalúese la pérdida del deseo de alimento o la necesidad de forzarse uno mismo a comer.

- 1- Apetito normal o aumentado
- 2- Apetito ligeramente disminuido
- 3- No apetito. Los alimentos saben mal
- 4- Necesidad de persuasión para comer

#### 6.- Dificultad de concentración

El paciente expresa dificultades para mantener su propio pensamiento o para concentrarse. Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuencia y grado de la incapacidad producida.

- 1- Ninguna dificultad de concentración
- 2- Dificultades ocasionales para mantener los propios pensamientos
- 3- Dificultades en la concentración y el mantenimiento del pensamiento que reduce la capacidad para mantener una conversación o leer
- 4- Incapacidad para leer o conversas sub gran dificultad

#### 7.- Laxitud, Abulia

El paciente expresa o presenta una dificultad para iniciar y ejecutar las actividades diarias:

- 1- Apenas dificultades para iniciar las tareas. No inactividad
- 2- Dificultad para iniciar actividades
- 3- Dificultades para comenzar sus actividades rutinarias, que exigen un esfuerzo para ser llevadas a cabo
- 4- Completa laxitud, incapacidad para hacer nada sin ayuda

## 8.- Incapacidad para sentir

El paciente expresa un reducido interés por lo que le rodea o las actividades que normalmente producían placer. Reducción de la capacidad para reaccionar adecuadamente a circunstancias o personas.

- 1- Interés normal por las cosas y la gente
- 2- Reducción de la capacidad para disfrutar de los intereses habituales
- 3- Pérdida de interés en lo que le rodea, incluso con los amigos o conocidos
- 4- Manifiesta la experiencia subjetiva de estar emocionalmente paralizado, anesthesiado, con incapacidad para sentir placer o desagrado, y con una falta absoluta y/o dolorosa pérdida de sentimientos hacia parientes y amigos

## 9.- Pensamientos pesimistas

El paciente expresa pensamientos de culpa, autorreproche, remordimiento, inferioridad, ideas de ruina, ideas de pecado.

- 1- No pensamientos pesimistas
- 2- Ideas fluctuantes de fallos, autorreproches o auto depreciaciones
- 3- Persistentes autoacusaciones o ideas definidas, pero todavía razonables de culpabilidad o pecado. Pesimismo
- 4- Ideas irrefutables de ruina, remordimiento o pecado irremediable, Autoacusaciones absurdas e irreducibles

## 10.- Ideación suicida

El paciente expresa la idea de que la vida no merece vivirse, de que una muerte natural sería bienvenida, o manifiesta ideas o planes suicidas.

- 1- Se alegra de vivir. Toma la vida como viene
- 2- Cansado de vivir. Ideas de suicidas fugaces
- 3- Manifiesta deseos de muerte, ideas suicidad frecuentes. El suicidio es considerado como una solución, pero no se han elaborado planes o hecho intención
- 4- Planes explícitos de suicidio cuando exista una oportunidad, Acríba preparación para suicidio



### ANEXO 3.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	2018					2019						
	Agosto (01-31)	Septiembre (01-30)	Octubre (01-31)	Noviembre (01-30)	Diciembre (01-31)	Enero (01-31)	Febrero (01-28)	Marzo (01-31)	Abril (01-30)	Mayo (01-31)	Junio (01-30)	Julio (01-31)
Formación del equipo de trabajo.												
Identificación del problema y elección de tema de investigación.												
Búsqueda de información.												
Búsqueda de instrumento de valoración.												
Presentación y aprobación de instrumento de valoración.												
Aplicación de instrumento de valoración.												
Análisis de resultados.												
Asesoría de investigación.												
Presentación y entrega de trabajo final.												