

# Sintomatología y alteraciones psicológicas asociadas con pérdidas perinatales en mujeres

Marco Antonio Sánchez Pichardo\* • María Eugenia Gómez López\*\*  
Guillermo González Campillo\*\*\* • Idalim Niany Lozano Belmont\*\*\*\*  
Instituto Nacional de Perinatología

*Este trabajo consistió en entrevistar a 120 pacientes que acuden al Instituto Nacional de Perinatología (Inper) en México con antecedentes de pérdida gestacional recurrente (pgr) dentro de los tres primeros meses de ocurrida la última pérdida, con la finalidad de detectar la sintomatología y alteraciones psicológicas más frecuentes asociadas con dicha situación. Las entrevistas se realizaron en el Departamento de Psicología. Las pacientes fueron derivadas de la Clínica Especializada de Riesgo Pregestacional (cerp), a quienes se trata con el fin de establecer su nivel de riesgo para un siguiente embarazo. Los resultados arrojan principalmente la presencia de sintomatología de trastornos de ansiedad, del sueño y de alimentación, así como depresión. En menor medida se observan otro tipo de síntomas y alteraciones. A diferencia de otros trabajos en la literatura, aquí tal sintomatología puede ser explicada a través del tratamiento médico que el Inper ofrece.*

**Palabras clave:** Pérdida gestacional, psicología, ansiedad, depresión, sintomatología.

*This work consisted of interviewing 120 patients who go to the Instituto Nacional de Perinatología (Inper) in Mexico with antecedent of perinatal loss appellant (pgr) within the three first months of happened the last loss, in order to detect the more frequent group of symptoms associated to this situation. The interview was realized in the Department of Psychology, same that was derived from the Clínica Especializada de Riesgo Pregestacional (cerp) and to those who one treats to establish the risk level for a following pregnancy. The results mainly throw the presence of group of symptoms corresponding to anxiety upheavals, of the dream and of the feeding, and of depressive group of symptoms. To a lesser extent it is observed another type of symptoms and alterations. Unlike other works in literature such group of symptoms can here be explained through medical treatment that the Institute offers.*

**Key words:** Perinatal loss, psychology, anxiety, depression, group of symptoms.

---

\* Psicólogo adscrito al Departamento de Psicología del Inper, coordinador del Programa de Pérdidas Perinatales. Correo-e: marksapi@yahoo.com

\*\* Investigador adscrito al Departamento de Psicología del Inper. Correo-e: megl97@yahoo.com.mx

\*\*\* Investigador adscrito al Departamento de Psicología del Inper. Correo-e: gagoncamp@yahoo.com

\*\*\*\* Estudiante y testista de la licenciatura en Psicología. Correo-e: idalimniany@hotmail.com

Las pérdidas perinatales como eventos adversos durante la etapa reproductiva generan un impacto importante especialmente en la mujer, el cual se manifiesta a través de sintomatología diversa y alteraciones psicológicas. En términos médicos, las pérdidas se dividen en aborto habitual, con tres o más consecutivos, o más de tres no consecutivos. Se incluyen abortos previos espontáneos (clínicos, no los embarazos bioquímicos); abortos antes de la semana 20 a 22; aborto de repetición (reiterativo: al menos dos abortos consecutivos o más de 2 alternados), y pérdida gestacional repetida, que engloba también pérdidas distintas al aborto, como embarazo ectópico, molas, partos prematuros, etc. (Ramírez, 2008). Para fines prácticos del presente artículo, nos referiremos a la pérdida gestacional repetida o recurrente como un concepto que engloba tanto las pérdidas como los abortos, y de manera global se utilizará el término *pérdida perinatal*.

Uno de los principales impactos a nivel psicológico de las pérdidas perinatales es la manifestación conocida como *duelo*. “Llamamos *duelo* a la respuesta emotiva por la pérdida de alguien o de algo; cada pérdida significativa, cada desapego de una posición, objeto o ser querido significativo provoca una serie de reacciones o sentimientos que nos hace pasar por un periodo denominado duelo” (Cabodevilla, J. 1999, en Martín, 2000). Según Flórez (2002), esta aflicción no es un trastorno mental, aunque el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)* lo clasifica en la categoría diagnóstica de trastornos adicionales que pueden requerir atención clínica, mientras que la CIE-10 categoriza dentro de los trastornos adaptativos sólo las reacciones de duelo que se consideran anormales por sus manifestaciones o contenidos. González (2002), por

su parte, lo define como una sensación moral desplacante que se produce cuando se ha perdido un objeto de afecto.

La forma de expresar el duelo está estrechamente relacionada con la cultura a la que se pertenece (por ejemplo, vestirse de negro), con las situaciones que rodean la pérdida, con la edad del fallecido, la situación vital y si se trata de una muerte anticipada o repentina. Esto abarca distintos tipos de emociones, tales como llanto, negación o aturdimiento. El duelo ocurre o se inicia inmediatamente después o en los meses siguientes a la muerte de un ser querido, y se limita a un periodo que varía de persona a persona, es decir, no se extiende a lo largo de toda la vida (Villena, 2000).

En el caso de las pérdidas perinatales, según González (*op. cit.*), la reacción natural es un estado depresivo descrito como ensimismamiento, pérdida de interés respecto de los hábitos cotidianos, dificultad para mantener ligas emocionales con las personas u objetos que nos rodean, pérdida del apetito y del interés por la apariencia física, y en los casos de un duelo complicado, autoinculpación y autodevaluación.

Aunque comparten características de sintomatología, el duelo y la depresión son fenómenos distintos, de acuerdo con Flórez (*op. cit.*). Pueden existir fluctuaciones en el estado de ánimo en el primero, mientras que en el segundo los síntomas son típicamente persistentes y no remiten.

En un estudio realizado en Madrid, Iribarne y cols. (2002) compararon la repercusión psicopatológica entre mujeres que sufrieron pérdidas perinatales, contra aquellas con esterilidad primaria. Utilizaron diversas escalas (Horowitz), índice de reactividad al estrés y algunos cuestionarios (estrategias de afrontamiento y duelo), y encontraron mayor reactividad al estrés en las primeras en

grado patológico (41.3% vs 26.3%), además de duelo patológico o complicado con sintomatología clínica persistente, como depresión, ansiedad y somatizaciones. De no ser manejado a tiempo, el duelo puede convertirse en depresión perinatal, tal como lo señalan Arranz y colaboradores (2005).

De acuerdo con Zúñiga y cols. (2008), otras reacciones emocionales frecuentes son ataques de ansiedad, ira, aislamiento, problemas en la vida reproductiva y sexual, desórdenes del sueño y alimenticios, baja autoestima, dificultad para vincularse con niños u otras mujeres, pérdida del sentido de la vida y ocasionalmente deseos de muerte con tendencias suicidas, todo esto como expresiones de un trastorno depresivo. También señalan que otra de las esferas alteradas es la vida en pareja, ya que existen diferentes manifestaciones, intensidad y falta de sincronía en el proceso de duelo que viven ambos integrantes de la pareja, y con frecuencia la falta de comunicación con el fin de no aumentar el sufrimiento del otro da lugar a separaciones y divorcios.

Como puede verse, la sintomatología posterior a una pérdida en este tipo de población suele ser diversa. Así, el objetivo de este trabajo consistió en describir y categorizar dicho fenómeno en un grupo de mujeres con antecedentes de pérdida gestacional recurrente, las cuales ingresaron a una clínica especializada del Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes" de la ciudad de México en el primer trimestre después de ocurrida la última pérdida. En esta institución se realiza una valoración del nivel de riesgo para un futuro embarazo en el corto a mediano plazo, tratando de determinar la etiología de las pérdidas perinatales previas y de establecer un diagnóstico de manera oportuna tanto médico como sobre alteraciones

emocionales y psicológicas durante este proceso.

## Pacientes y método

Se realizaron entrevistas estructuradas a profundidad a 120 pacientes que ingresaron en la clínica en el lapso de un año y que presentaron respuestas emocionales durante la consulta médica (llanto, aprensión y/o ánimo decaído), por lo que, a criterio del médico o a petición de la paciente, fueron referidas al Departamento de Psicología para su valoración.

Cada entrevista se realizó a partir de la historia clínica desarrollada en el Departamento de Psicología del Inper, la cual explora datos sociodemográficos, motivo de consulta, intentos de solución, historia personal, e historia de vida sexual, de pareja y de familia actual, así como sintomatología básica y complementaria. Con esta información se obtiene un diagnóstico nosológico, así como un puntaje de acuerdo con la escala de evaluación de la actividad global, incluida también en el *DSM-IV*.

## Resultados

Se obtuvieron 18 tipos de síntomas, los cuales se describen a continuación en una escala de mayor a menor frecuencia, con sintomatología diversa en cada una de las pacientes.

En primer lugar, la sintomatología más frecuente es la ansiedad, con 83 casos, seguida de trastornos del sueño con 58, los cuales incluyen hipersomnia e insomnio medio, inicial y tardío. De trastornos de la alimentación se registran 54 casos, incluyendo aumento y disminución de apetito; depresión se registra en 30 casos; dificultades sexuales en 8; dificultad en la atención 6; ideación suicida 4, y en menor medida suspicacia, problemas somáticos, fobias, conductas obsesivo-compulsivas y agresión, 2 casos

cada uno. Finalmente, sólo se consigna una manifestación, respectivamente, de sentimientos de inadecuación, problemas de drogas y alcohol, pensamiento inadecuado, conductas autodestructivas, bajo control de impulsos y ambivalencia.

**Tabla 1.** Tipos de síntomas y frecuencia total en cada uno

Síntoma	Frecuencia
Ansiedad	83
Trastornos del sueño	58
Trastornos de la alimentación	54
Depresión	30
Dificultades sexuales	8
Dificultad en la atención	6
Ideación suicida	4
Susplicacia	2
Problemas somáticos	2
Fobias	2
Conductas obsesivo-compulsivas	2
Agresión	2
Sentimientos de inadecuación	1
Problemas de drogas y alcohol	1
Pensamiento inadecuado	1
Conductas autodestructivas	1
Bajo control de impulsos	1
Ambivalencia	1

En términos proporcionales, en 69.1% de los casos las pacientes presentan sintomatología de tipo ansioso, mientras que 48.3% muestra trastornos del sueño y 45%, trastornos de alimentación. La sintomatología relacionada con la depresión se presenta en 25%; las dificultades se-

xuales en 6.6%; las dificultades de atención en 5%; la ideación suicida en 3.3%; suspicacia, problemas somáticos, fobias, conductas obsesivo-compulsivas y agresión en 1.6 %, y finalmente, los sentimientos de inadecuación, problemas de drogas y alcohol, pensamiento inadecuado, conductas autodestructivas, bajo control de impulsos y ambivalencia, en 0.8% de las pacientes.

El promedio de síntomas presentados por cada paciente es de 5. Cabe señalar, como se mencionó anteriormente, que las pacientes que aquí se reportan fueron canalizadas al servicio de psicología por el médico tratante a su ingreso, sin previo diagnóstico médico definitivo, por lo que se presume que la manifestación de la sintomatología corresponde al evento o eventos que tienen que ver con las pérdidas perinatales, más que con el tratamiento médico al que pudieran haber sido sometidas.

## Discusión

En la literatura revisada se reporta la manifestación del duelo como principal sintomatología reactiva o secundaria de las pérdidas perinatales, y la sintomatología depresiva como reacción inherente. En contraste, como pudo observarse, en el presente estudio se encontró como principal fenómeno la ansiedad en los tres primeros meses de ocurrida la última pérdida perinatal y antes de iniciar propiamente un protocolo de estudio o seguimiento médico para determinar la etiología y el diagnóstico y nivel de riesgo en la búsqueda de un nuevo embarazo.

La sintomatología vinculada con la depresión, y la depresión misma, ocupa el segundo lugar en cuanto a frecuencia en este estudio, mientras que otros síntomas aparecen en tercer orden de importancia como sintomatología complementaria, los cuales pueden obedecer a alte-

raciones en otras áreas o esferas de la vida de las pacientes. Como señala Flórez (2002), la sintomatología depresiva por el duelo puede ser objeto de atención o intervención aun cuando no aparece clasificada como un trastorno propiamente, de acuerdo con el *DSM-IV*.

La manifestación de la ansiedad puede ser parte de un trastorno depresivo según Zúñiga (2008), incluyendo otro tipo de síntomas. También la señala Iribarne (2002) como síntoma complementario al comparar, como ya mencionamos, a pacientes que presentan esterilidad primaria contra aquellas con antecedentes de pérdidas perinatales, por lo que la ansiedad aquí, y según el autor, está presente como síntoma complementario acompañada de somatizaciones, altos índices de reactividad al estrés y depresión.

Con respecto a y en comparación con la literatura revisada, existen diferencias en la frecuencia de aparición del tipo de síntomas de primera instancia en el presente estudio. En éste, como se ha hecho notar, prevalece la ansiedad, lo cual puede ser explicado por la valoración y seguimiento médico a la que esta población es sometida, así como por la incertidumbre que rodea la espera de un diagnóstico específico y las probabilidades de éxito en un siguiente embarazo. Otra variable es el aspecto social, donde la familia y el círculo social, así como las expectativas en torno al seguimiento médico pueden jugar un aspecto fundamental y convertirse en un estresor para esta población.

Lo anterior aparece aquí como una hipótesis, la cual sería menester comprobar o desechar en un estudio posterior que contemple y controle las variables tanto del seguimiento y valoración médica como del factor social en la población con antecedentes de pérdidas perinatales.

## Conclusiones

Las pérdidas perinatales generan un impacto psicológico importante en quienes las sufren. En muchas ocasiones las pacientes llegan a desarrollar una sintomatología depresiva que corresponde al curso de lo que se conoce como *duelo*, mientras que en otras se desarrolla como parte de un proceso adaptativo o bien de algún episodio depresivo.

En el presente estudio la sintomatología más frecuente fue la ansiedad, seguida de trastornos del sueño, de alimentación y de depresión en menor medida, continuando con otro tipo de síntomas menos recurrentes. Estos resultados se contraponen y contrastan con los de la literatura revisada, donde se reporta que la depresión ocupa el primer lugar. Sin embargo, en el caso de las pacientes aquí estudiadas, una variable a considerar radica en el seguimiento médico al que son sometidas con la finalidad de identificar la etiología y/o diagnosticar el nivel de riesgo para un posible embarazo futuro, lo que podría explicar el incremento en el nivel de ansiedad debido a la expectativa e incertidumbre despertadas por este proceso.

Como vemos, el estudio, valoración y seguimiento médico por el que atraviesan estas pacientes puede ser una variable importante a considerar para explicar la aparición de cierto tipo de sintomatología, especialmente la ansiedad, ya que dicho proceso puede generar presión en las pacientes, además de las expectativas que se despiertan alrededor del aspecto médico mismo. Esto quizás explique las discrepancias de nuestros resultados con respecto a lo reportado en la literatura y, en consecuencia, sea necesario considerar la existencia de un posible sesgo en futuros estudios.

Así pues, en investigaciones futuras habría que abordar a esta pobla-

ción incluyendo el seguimiento médico como una variable adicional, al igual que las expectativas generadas alrededor de éste, con la finalidad de analizar la sintomatología presente y su relación con dicho seguimiento y la pérdida perinatal, así como su impacto, considerando el tiempo transcurrido ♦

## Referencias

Arranz, L. y cols. (2005). "Depresión posparto en pérdida gestacional recurrente. Presentación de un caso." *Revista de Especialidades Médico-quirúrgicas*. septiembre-diciembre, vol. 10, núm. 3. ISSTE: México, p. 71-73.

Flórez S. (2002). "Duelo." *ANALES*. Medellín: San Navarra, Universidad de Antioquía, vol. 25, suplemento 3, p. 77-85.

Iribarne, C. y cols. (2002). "Estrés, estrategias de afrontamiento y duelo en mu-

eres infértiles." *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, ISSN 1695-4238, núm. 64, p. 7-14.

Martín R. (2000). "Aspectos psicológicos del duelo." *Labor hospitalaria*, 258, p. 328-334.

Ramírez, J. (2008). *Pérdidas reproductivas, obstetricia, reproducción y ginecología básicas*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 13/1-13/9.

Villena A. (1996). *Psicoanálisis contemporáneo: mitos-creencias-hipótesis-conocimientos*. Buenos Aires: Biblioteca de psicoanálisis contemporáneo.

Zúñiga E. y cols. (2009). "Pérdida perinatal y atención psicológica." Infogen, *Por la calidad de la salud. Gaceta virtual* [<http://www.infogen.org.mx/Infogen1/servlet/CtrlImpArt?clvarticulo=9415>].