

Depresión y estrés postraumático en mujeres con pérdidas gestacionales inducidas e involuntarias¹

María Esther Cardoso-Escamilla², María Teresa Zavala-Bonachea³, María del Carmen Alva-López⁴
Instituto para la Rehabilitación de la Mujer y la Familia A.C., Ciudad de México (México)

Recibido: 10/08/2016

Aceptado: 20/04/2017

Resumen

Objetivo. Evaluar y comparar la aparición de trastornos de depresión (TD) y de estrés postraumático (TEPT) en mujeres después de una pérdida gestacional inducida o involuntaria que solicitaron atención psicológica.

Método. Participaron 287 mujeres de la Ciudad de México atendidas en el Instituto para la Rehabilitación de la Mujer y la Familia A.C. (IRMA), de 2013 a 2016, de las cuales 201 vivieron pérdida inducida y 86 pérdida involuntaria. En la primera sesión se aplicaron las escalas de Depresión de Beck, de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), de Trauma de Davidson (DTS) y de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (GS-TEPT). **Resultados.** Se encontró que el 61.2% de las mujeres con pérdida inducida presentan TEPT. No se hallaron diferencias significativas entre los grupos de mujeres evaluadas. Por otro lado, en las pruebas de Beck y CES-D, los puntajes son significativamente más altos en las mujeres con pérdidas inducidas. **Conclusión.** Los resultados confirman que los dos tipos de pérdida gestacional, inducida o involuntaria, pueden causar TEPT intenso, y las mujeres con pérdidas inducidas pueden presentar estados depresivos más severos.

Palabras clave. Aborto, depresión, estrés postraumático, pérdida.

Depression and Posttraumatic Stress in Women with Induced and Involuntary Gestational Losses

Abstract

Objective. To evaluate and compare depression disorders (DD) and posttraumatic stress disorder (PTSD) after induced or involuntary pregnancy loss in women who requested psychological assistance. **Method.** A total of 287 individuals from Mexico City attended in the Instituto para la Rehabilitación de la Mujer y la Familia, A.C. (IRMA) from 2013 to 2016; 201 with induced pregnancy loss and 86 with involuntary loss. The women were applied the Beck Depression Inventory, the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), the Davidson Trauma Scale (DTS) and the PTSD Symptoms Scale (PSS-I) in the first session. **Results.** In the (PSS-I)

¹ Este trabajo fue apoyado y avalado íntegramente por el Instituto para la Rehabilitación de la Mujer y la Familia A.C., institución no lucrativa, especializada en la atención de pérdidas gestacionales en la Ciudad de México, que funciona desde el año 2000. Teléfono: 52603178 y 52607279.

² Psicóloga clínica de la Universidad del Valle de México. Estudios en Terapia Gestalt. Especialista en atención en pérdidas gestacionales en el Instituto para la Rehabilitación de la Mujer y la Familia. Correo de correspondencia: me.cardoso@irma.org.mx.

³ Psicóloga clínica

⁴ Licenciada en Pedagogía

scale 61.2% of women with induced loss showed PTSD. There were no significant differences between the scores of the two types of loss in both tests that evaluated PTSD. For depression disorders (DD), significantly higher scores were found in the Beck Depression Inventory and CES-D in women with induced loss. **Conclusion.** The results confirm that induced and involuntary pregnancy losses can cause intense PTSD and women with induced pregnancy loss may experience more severe depressive states.

Keywords. Abortion, depression, posttraumatic stress, miscarriage.

Depressão e estresse pós-traumático em mulheres com perdas gestacionais induzidas e involuntárias

Resumo

Escopo. Avaliar e comparar a aparição de transtornos de depressão (TD) e estresse pós-traumático (TEPT) em mulheres depois de uma perda gestacional induzida ou involuntária que solicitaram atenção psicológica.

Metodologia. Participaram 287 mulheres da Cidade de México atendidas no Instituto para a Reabilitação da Mulher e a Família, A.C (IRMA), de 2013 a 2016, das quais 201 viveram perda induzida e 86 perda involuntária. Na primeira sessão foram aplicadas as escadas de Depressão de Beck, Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D), Trauma de Davidson (DTS) e Gravidade de Sintomas do Transtorno do Estresse Pós-Traumático (GS-TEPT). **Resultados.** Foi encontrado que o 62.1% das mulheres com perda induzida apresentam TEPT, não se encontraram diferenças significativas entre os grupos de mulheres avaliadas. Entre tanto, foram encontradas maiores pontuações nas provas de Beck e CES-D significativamente mais altas nas mulheres com perdas induzidas. **Conclusão.** Os resultados confirmam que as perdas gestacionais tanto induzidas como involuntárias podem causar TEPT intenso nos dois tipos de perda e nas mulheres com perda induzida podem apresentar estados depressivos mais severos.

Palavras-chave. Aborto, depressão, estresse pós-traumático, perda.

Introducción

Las pérdidas gestacionales incluyen abortos y muertes fetales. El aborto es la terminación de la gestación antes de la vigésima semana, o la expulsión del producto de la gestación con peso menor a 500 gramos, que puede ser espontánea o provocada (Secretaría de Salud, 2009). Mientras que la muerte fetal es la que ocurre antes de la completa expulsión o extracción del producto de la fecundación después de la vigésima semana de gestación, según lo describe el glosario de términos de la OMS (Zegers et al., 2010).

El aborto puede considerarse una experiencia traumática y violenta que atenta contra la integridad de la mujer (Burke y Reardon, 2009). De allí que sea tan relevante estudiar los efectos que presentan las mujeres que viven una pérdida gestacional. En esta línea se encuentran varios estudios que destacan resultados importantes en el manejo y cuidado de

las mujeres que viven este proceso. Por ejemplo, Rue et al. (2004) encuestaron a 217 mujeres norteamericanas con antecedentes de aborto provocado, en quienes encontraron que el 65% experimentaban múltiples síntomas de trastorno por estrés postraumático (TEPT) y el 14% de ellas cumplían todos los criterios diagnósticos del TEPT inducido por aborto (Burke y Reardon, 2009).

En su experiencia de más de 15 años en atención a mujeres mexicanas con vivencia de pérdidas inducidas, Alva (2007) reporta el impacto psicológico que esta puede generar y que implica evitación de pensamientos o sentimientos acerca del aborto, evitación de situaciones relacionadas con el mismo evento, sentimientos reprimidos, aislamiento, sensación de revivir la experiencia, ataques de angustia, recelo hacia sus hijos vivos, pesadillas, insomnio, irritabilidad, dificultad para concentrarse, falta de energía, desinterés, llanto frecuente, conductas autodestructivas, entre otros.

Por su parte, Fergusson, Horwood y Ridder (2006) encontraron en su estudio realizado con 630 mujeres en Nueva Zelanda que quienes sufren una pérdida gestacional suelen presentar mayores probabilidades de sufrir trastornos mentales. Entre sus hallazgos se tiene que el 78.56% de las mujeres que experimentaron un aborto sufrieron de depresión mayor, mientras que el 64% de ellas presentaron un cuadro de ansiedad. Estos datos resultan preocupantes si se compara el porcentaje de mujeres embarazadas que suelen sufrir depresión o ansiedad (35.7%), con el de mujeres sin vivencia de embarazo que presentan los mencionados trastornos (31.2%). En cuanto a la ideación suicida, este estudio revela que el 50% de las mujeres que experimentaron una pérdida reportaron ideación suicida, en comparación con el 25% de mujeres embarazadas y el 23% de mujeres sin hijos.

Del mismo modo, el estudio de Zulčić-Nakić, Pajević, Hasanović, Pavlović y Ljuca (2012), que realizaron con mujeres de Bosnia y Herzegovina, se identificó que las jóvenes que han abortado presentan con mayor frecuencia TEPT (30%) y trastorno de ansiedad (75%), en comparación con mujeres que no lo han hecho (13% presentó TEPT y 10% trastorno de depresión). Por su lado, en Noruega, Pedersen (2008) realizó un estudio con 5768 mujeres, entre los 15 y los 27 años de edad, del cual concluye que las mujeres que se sometieron a un aborto tienen un riesgo del 95% de sufrir una depresión mayor. Resultados en esta misma línea también los reporta Huang et al. (2012).

En Finlandia, Gissler, Hemminki y Lonnqvist (1996) encontraron que los intentos suicidas son el síntoma más frecuente en esta población. En sus hallazgos mencionan que la tasa de suicidio de la población finlandesa es de 11 personas por cada 100000 habitantes, siendo las mujeres que han tenido abortos inducidos uno de los grupos con mayor tasa, ya que el 34.7% de estas mujeres realizan algún intento suicida en comparación con el 18.1% de mujeres que sufrieron un aborto espontáneo y el 5.9% de mujeres embarazadas. Para Reardon, Strahan, Thorp y Shuping (2004) las mujeres que han experimentado un aborto tienden al suicidio 3.7 veces más que las mujeres que nunca se han embarazado, siendo el riesgo de padecer un accidente cuatro veces más alto en las mujeres que han abortado que las que llegan a dar a luz.

Por su parte, Yilmaz, Kanat-Pektas, Kilic y Gulerman (2010) realizaron un estudio en Turquía a mujeres que se practicaron abortos quirúrgicos o con medicamento, del cual concluyen que el 34.3% de las mujeres que emplearon el método quirúrgico padecieron estados depresivos, sobre todo las que tenían antecedentes de problemas emocionales, en contraposición a las mujeres que utilizaron el método por medicamentos, pues solo el 22.8% de ellas reportaron sufrir de depresión.

Por el contrario, en el estudio de Rousset, Brulfert, Séjourné, Goutaudier y Chabrol (2011) se encontró que de 86 mujeres que habían vivido el aborto, el 38% presentaban síntomas de TEPT, pero los síntomas más intensos se dieron en quienes emplearon el método médico (también llamado químico, realizado con medicamentos y que se está utilizando para provocar abortos sin necesidad de intervención quirúrgica). Para estos autores, las mujeres que emplearon medicamentos para generar un aborto tienen mayor predisposición a padecer estados disociativos, construyen defensas más altas, como la negación de lo ocurrido o creer que fue un sueño o que le ocurrió a otra persona; por otra parte, aumentan el número de conductas evasivas y presentan mayor severidad en los síntomas de TEPT. Por ello, concluyen que las mujeres que experimentan un aborto deben recibir apoyo psicológico e incluso psiquiátrico, para supervisar y dar un manejo terapéutico adecuado, en caso de que aparezcan síntomas clínicos.

Los resultados de estudios transversales, como los mencionados anteriormente, se han enriquecido con estudios longitudinales como el realizado por Walfisch, Sermer, Matok, Einarson, y Koren (2011) en Canadá. Estos autores evaluaron la presencia de síntomas clínicos en cuatro momentos (a los 10 días, seis meses, dos años y cinco años después del evento), en un grupo de mujeres que habían experimentado un aborto inducido o espontáneo. Los autores encontraron que el aborto involuntario es una mayor causa de ansiedad y depresión en las mujeres a los diez días de haber abortado, mientras que el aborto inducido genera más ansiedad en los cuatro momentos de evaluación, y un mayor número de estas mujeres reportó sufrir de depresión a los diez días y a los meses después de sucedido el aborto.

Para algunos autores, el alto porcentaje de trastornos mentales en mujeres que han sufrido una

pérdida gestacional se relacionan con afecciones en su autoconcepto, siendo mayor en mujeres con pérdidas gestacionales que en mujeres con embarazo de alto riesgo (González, Sánchez, Gómez, Aldana y Morales, 2008). Según Ely, Flaherty y Cuddeback (2010), la depresión en adolescentes que han experimentado un aborto se relaciona con problemas de autoestima, estrés, culpa y pensamientos confusos. Por su parte, Gayón-Vera (2010) concluye que el aborto provocado puede afectar la salud mental de las mujeres y aumenta la predisposición a padecer drogadicción, maltrato físico, incluso puede generar bajo peso al nacer del recién nacido, producto del siguiente embarazo, o mayor riesgo de aborto espontáneo.

Otros autores mencionan que el padecimiento de la depresión en mujeres se ve incrementado por las vivencias de violencia principalmente por la de pareja ($OR = 2.31$, 95%, IC [1.97 - 2.70]), más que por la experiencia de la terminación de un embarazo ($OR = 1.37$, 95%, IC [1.12 - 1.66]), según un estudio en una muestra australiana (Taft y Watson, 2008).

Coleman (2011) llevó a cabo un metaanálisis sobre el tema. Para ello revisó los artículos publicados entre 1995 y 2009, seleccionando aquellos que contaban con calidad metodológica y rigor científico. Sus resultados indican que las mujeres que se habían sometido a un aborto experimentaron 81% mayor riesgo de presentar problemas de salud mental, estimándose que cerca del 10% de los problemas de salud mental pueden ser atribuidos al aborto.

Los resultados de este metaanálisis, así como de aquellas investigaciones que buscan posibles variables que expliquen la alta frecuencia de cuadros clínicos en mujeres que experimentan abortos, han llevado a sugerir que la presencia de estos síntomas no se puede explicar únicamente por la experiencia vivida, sino que deben considerarse otros factores. Al respecto, Trejo-Lucero, Torres-Pérez, Medina-Jiménez, Briones-Garduño y Meneses-Calderón (2009) concluyen en su artículo que la frecuencia de depresión en las adolescentes embarazadas es alta y la de mayor severidad ocurre en primogénitas de una familia extensa y refieren violencia de pareja. Por su parte, Leal-Herrero (2009) afirma que el aborto espontáneo afecta a la mujer en un nivel profundo de su personalidad y está ligado a su capacidad de generar vida humana y a su deseo de maternidad. Las formas más frecuentes de aparición

clínica psicopatológica de los abortos espontáneos se manifiestan en reacciones depresivas, trastornos adaptativos, trastornos de ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastornos del comportamiento y acentuación de los rasgos de personalidad premórbida.

Por otro lado, Hamama, Rauch, Sperlich, Defever y Seng (2010) indican que la incidencia de depresión y estrés postraumático depende de la valoración de la persona que lo vivió y sus experiencias traumáticas previas, las cuales pueden manifestarse en el siguiente embarazo. En su estudio observaron que las personas con traumas en el área sexual y además con aborto espontáneo o inducido presentan mayor probabilidad a padecer algún trastorno depresivo o de estrés postraumático.

Para otros investigadores es claro que no se puede afirmar que la experiencia del aborto lleva a la presencia de síntomas clínicos. Un ejemplo lo ofrecen Robinson, Stotland, Russo, Lang y Occhiogrosso (2009), quienes plantean que los únicos síntomas que pueden confirmarse como trastornos psiquiátricos son los que ya existían antes del aborto. Para estos autores, la relación entre el aborto y los síntomas clínicos se ha generado bajo estudios con métodos poco rigurosos. En esta misma línea, Warren, Harvey y Henderson (2010) afirman que las adolescentes que tienen un aborto no parecen estar en riesgo de depresión o baja autoestima en el corto plazo o hasta cinco años después del aborto.

Considerando que se trata de un tema en pleno desarrollo, y que en México no se cuenta con datos descriptivos que aporten a la discusión actual de la comunidad científica, el presente estudio pretende evaluar y comparar la aparición de los trastornos de depresión (TD), de estrés postraumático (TEPT) o de estrés agudo (TEA) en mujeres que han tenido una o más pérdidas gestacionales y que asistieron al Instituto para la Rehabilitación de la Mujer y la Familia A.C. (IRMA), con el fin de solicitar atención psicológica.

Método

Diseño

Se empleó un diseño de investigación no experimental, transversal, descriptivo y correlacional (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Participantes

El estudio se llevó a cabo con una muestra de conveniencia, conformada por 287 mujeres, de las cuales 201 habían experimentado una pérdida inducida y 86 una pérdida involuntaria. Todas ellas solicitaron atención psicológica al IRMA por los anteriores motivos entre 2013 y 2015, y fue esta misma razón por la que se invitaron para participar en el presente estudio.

Todas las participantes residían en la Ciudad de México y zona conurbada. El 15.3% de las mujeres tenían entre 15 y 20 años de edad, 24% entre 21 y 25 años, 19.9% entre 26 y 30 años, 14.3% entre 31 y 35 años, 12.1% entre 36 y 40 años, 9.1% entre 41 y 45 años y 6.2% eran mayores de 46 años. La media de edad fue 29.9 años ($DE = 9.7$). El 61.7% de las participantes señalaron ser solteras, 19.9% casadas, 11.8% vivían en unión libre y 2.8% divorciadas. El 39.4% pertenece al nivel socioeconómico medio-bajo, el 24% al nivel medio y el 24.7% al nivel bajo. El 59.7% sufrió la pérdida gestacional a los 25 años o con una edad menor. Estos datos se obtuvieron por medio del cuestionario de recolección de datos creado por el personal de trabajo social de la institución.

Instrumentos

Para este estudio se aplicó un cuestionario de recolección de datos de la institución y una batería de pruebas, descritas a continuación:

Escala de Trauma de Davidson (DTS).

Prueba autoadministrable que evalúa la presencia o ausencia de síntomas relacionados con el trastorno de estrés postraumático (TEPT), según el tipo de malestar, la gravedad y la frecuencia, en la semana previa a la aplicación del cuestionario. Esta escala consta de 17 ítems que corresponden y evalúan a cada uno de los 17 síntomas pertenecientes a los criterios B, C y D del DSM-IV para el diagnóstico de TEPT. El sujeto debe puntuar dos aspectos de cada ítem, la frecuencia de presentación y la gravedad, utilizando una escala Likert de cinco puntos (de 0, *nunca o gravedad nula*, a 4, *a diario o gravedad extrema*) (Villafaña, Milanesio, Marcellino y Amodei, 2003).

La consistencia interna evaluada con el coeficiente alfa de Cronbach fue de 0.9 para el total de la escala. El test-retest tras dos semanas fue de 0.86. Sus valores de correlación con otros instrumentos que también evalúan TEPT, como la entrevista CAPS-DX, fue de 0.89 y con el TOP-8 de 0.95. El DTS ha mostrado ser un instrumento fiable y válido en varios estudios (Bobes et al., 2000). Su validez ha sido calculada con población española y argentina. Tanto la validez concurrente como la discriminante han sido estadísticamente significativas en pacientes y controles. Además, han demostrado sensibilidad frente a los cambios del trastorno cuando se aplica un tratamiento específico o un tipo de psicoterapia en general (Bobes et al., 2000; Leiva-Bianchi y Araneda, 2013, Villafaña et al., 2003).

Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (GS-TEPT).

Esta prueba permite diferenciar entre la presencia de síntomas de un TEPT agudo, crónico, de inicio demorado o trastorno de estrés agudo, según el tiempo transcurrido de presentación de los síntomas. Es una prueba validada con población hispana, que consta de 17 ítems basados en los criterios diagnósticos del DSM-IV. De estos, cinco hacen referencia a los síntomas de reexperimentación, siete a los de evitación y cinco a los de hiperactivación. El puntaje en la escala global fluctúa entre 0 y 51. El punto de corte de la escala total es 16 y debe estar compuesto por cinco de reexperimentación, seis de evitación y cuatro de hiperactivación.

El coeficiente de confiabilidad test-retest fue de 0.89, en un intervalo de cuatro semanas. El índice de consistencia interna obtenida mediante el coeficiente alfa de Cronbach fue de 0.92. La validez de contenido, definida con los criterios diagnósticos del DSM-IV, fue del 100% de satisfacción. En la validez convergente presentó una alta y significativa correlación $r = 0.82$. Además, la validez discriminante funcionó adecuadamente entre los sujetos normativos y pacientes aquejados por el TEPT; tanto en la escala global como en las subescalas y su correlación con el inventario Beck de depresión presentó una correlación de 0.54 (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997).

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D).

Prueba autoaplicable de 20 ítems, que evalúa la ausencia o la presencia de síntomas relacionados con el trastorno depresivo; es una prueba validada en México. Su tiempo aproximado de aplicación es de 8 a 10 minutos. El CES-D correlaciona negativamente con medidas de autoestima, apoyo y comunicación familiar, y positivamente con el conflicto familiar, la percepción de estrés, los problemas de conducta y la victimización. La puntuación mínima es de 20 y la máxima es de 100. El alfa de Cronbach fue de 0.83, y la estructura de cuatro factores explicó el 54.1% de su varianza. Esta escala ha mostrado ser consistentemente satisfactoria en diferentes contextos socioculturales y poblaciones. Para determinar el grado de validez de contenido, la escala fue sometida a juicio de tres expertos psicólogos y un psiquiatra. El acuerdo interevaluadores para todas las escalas fue superior al 80% (Torres-Lagunas, Vega-Morales, Vinalay-Carrillo, Arenas-Montaña y Rodríguez-Alonso, 2015).

Inventario de Depresión de Beck.

Esta prueba evalúa la presencia de síntomas relacionados con el trastorno de depresión y ofrece la clasificación de su intensidad en leve, moderada o severa. Es una prueba validada en México. Tiene formato de autoinforme de 21 ítems, referidos a síntomas depresivos en la semana previa a la aplicación, con cuatro opciones de respuesta. Los puntajes de severidad de síntomas van de 0 a 63, donde 63 representa la severidad máxima. El punto de corte para población mexicana fue de 10 puntos para depresión leve, 17 para depresión moderada y 30 para depresión severa.

La consistencia interna alcanzó un alfa de Cronbach de 0.87. Su validez concurrente con el inventario de Beck y la escala de Zung obtuvo un índice de correlación de 0.70. Este inventario es

considerado un instrumento que cumple con los requisitos psicométricos de confiabilidad y validez para evaluar los niveles de depresión en residentes de la Ciudad de México (Jurado et al., 1998).

Procedimiento

Todas aquellas mujeres que entre los años 2013 y 2015 asistieron al IRMA para solicitar atención psicológica después de vivir una o varias pérdidas gestacionales inducidas o espontáneas fueron invitadas a participar en el presente estudio. Durante su primera visita al instituto, de manera individual, se les explicó el objetivo del estudio, así como la forma de participación. Una vez que ofrecieron su consentimiento informado para participar en el estudio, en el que se aclara el anonimato y el tratamiento confidencial de sus datos, se procedió a la aplicación de los instrumentos. En esta sesión individual de 90 minutos se recogió información sobre los datos sociodemográficos de las participantes, se les realizó la entrevista de psicodiagnóstico y se aplicaron los instrumentos de diagnóstico para cotejar la existencia de TD, TEPT o TEA. La recolección de datos, la entrevista y las pruebas fueron realizadas por una psicóloga en las instalaciones del IRMA en la Ciudad de México.

Posterior a la recolección de datos, se procedió a la generación de las bases de datos, con las cuales se iniciaron los cálculos estadísticos descriptivos y de comparación entre grupos. En este último caso, se empleó la prueba *t* de student.

Se invalidó el 6.45% de las pruebas por duplicación de resultados, por no contestar todos los reactivos o poner marcaciones diferentes a 1.

Resultados

A continuación se detallan los descriptivos de los instrumentos aplicados. Para ello, se inicia presentando los datos sobre los síntomas de TEPT reportados por la muestra (tabla 1).

Tabla 1

Porcentaje de mujeres con TEPT valoradas con el DTS, según el tipo de pérdida gestacional

Trauma que refieren	% de mujeres con pérdidas inducidas	% de mujeres con pérdidas involuntarias
Aborto	45.77	50.00
Aborto y otro trauma	15.92	15.12
Otro trauma	12.94	9.30
Pérdida involuntaria e inducida	3.48	-
Total	78.11	74.42
<i>n</i> = 287	<i>n</i> = 201	<i>n</i> = 86

Nota. Los porcentajes faltantes en cada columna corresponden a los casos perdidos.

Fuente: elaboración propia.

Los resultados indican que alrededor de tres cuartas partes de la muestra presentan síntomas de TEPT, asociadas con pérdidas gestacionales, independientemente del tipo de pérdida que se haya vivido. En particular, se encuentra que la mayoría de estas mujeres refieren el aborto como generador

del trastorno o como uno de los generadores, incluso, como el único generador de los síntomas del padecimiento.

En la tabla 2 se reportan los porcentajes de mujeres con síntomas de TEPT y TEA y los traumas que han vivido evaluados con la prueba GS-TEPT.

Tabla 2

Porcentaje de mujeres que reportan síntomas de TEPT o TEA, según el tipo de pérdida gestacional

Tipo de pérdida	% mujeres con pérdidas inducidas o mixtas				% de mujeres con pérdidas involuntarias			
	Trauma que reportan	TEPT	TEA	Sin estrés o invalidado	Total	TEPT	TEA	Sin estrés
Aborto	37.31	16.42	8.46	62.19	32.52	24.10	18.07	74.69
Aborto y otro trauma	10.45	1.99	1	13.44	10.84	3.61	2.41	16.86
Otro trauma	9.95	0.50	2.99	13.44	6.02	0.00	1.2	7.22
Pérdida involuntaria e inducida	3.48	1.00	0	4.48	-	-	-	-
Solo reportó pérdida involuntaria	1.99	0	0	1.99	-	-	-	-
No refirieron ningún trauma	-	-	3.96	3.96	-	-	-	-
Invalidados	-	-	0.5	0.5	-	-	1.23	1.23
Total	63.18	19.91	16.91	100	49.38	27.71	22.91	100
<i>n</i> = 287				<i>n</i> = 201				<i>n</i> = 86

Fuente: elaboración propia.

El aborto se destaca, nuevamente, como principal causa generadora de cada trastorno, sin importar si la pérdida fue inducida o involuntaria. Los resultados son semejantes a los de la prueba anterior, corroborando así el resultado con dos cuestionarios diferentes que rastrean la presencia de síntomas de TEPT. Se puede observar que existen otras vivencias generadoras de TEPT o TEA en la historia de las mujeres; sin embargo, estas representan la menor proporción de la muestra, sin superar el 12% de la muestra evaluada.

Cuando se compararon los puntajes medios obtenidos en la prueba DTS entre los grupos de pérdidas inducidas e involuntarias, se encontró que las mujeres con pérdidas inducidas obtuvieron un puntaje medio de 68.9 ($DE = 26.7$), mientras que las mujeres con pérdidas involuntarias obtuvieron 63.1 ($DE = 27.9$). El cálculo de la prueba t fue no significativo, por lo que no hay diferencias entre ambos grupos de mujeres evaluadas ($t(285) = 1.65; p = 0.1$), lo que significa que las mujeres que sufrieron una pérdida gestacional, independientemente del tipo de pérdida, pueden sufrir síntomas similares relacionados con estrés postraumático.

En el caso de la prueba GS-TEPT, se encontró un puntaje medio de 27 ($DE = 11.14$) en mujeres con pérdidas inducidas y de 24.27 ($DE = 11.52$) en mujeres con pérdidas involuntarias. La prueba t también resultó no significativa ($t(285) = 1.88; p = 0.061$). Estos hallazgos demostraron que las mujeres con pérdidas inducidas y pérdidas involuntarias suelen experimentar con la misma intensidad los síntomas asociados a TEPT y TEA.

Con respecto a la presencia de síntomas de depresión en la muestra evaluada, en la tabla 3 se

detallan los resultados obtenidos con la aplicación de los cuestionarios CES-D y Beck.

Tabla 3

Porcentaje de mujeres con síntomas de depresión según el tipo de pérdida gestacional

Escala de depresión	Porcentaje de mujeres con pérdidas inducidas ($n = 201$)	Porcentaje de mujeres con pérdidas involuntarias ($n = 86$)
CES-D	92.54	91.86
Beck	90.55	88.37

Fuente: elaboración propia.

Los resultados revelan que más del 90% de las mujeres de la muestra reportaron sufrir síntomas relacionados con depresión. En la prueba CES-D, las mujeres con pérdida inducida presentaron un mayor puntaje promedio ($M = 35.03, DE = 12.71$) que las mujeres con pérdida involuntaria ($X = 30.43, DE = 12.12$). Al comparar los puntajes medios con la prueba t ($t(283) = 2.84, p = 0.005$), se confirmó que esta diferencia es significativa.

En la prueba Beck se encontró que las mujeres con pérdidas involuntarias alcanzaron un puntaje medio de 22.92 ($DE = 10.79$) en el reporte de síntomas depresivos, mientras que las mujeres con pérdidas inducidas reportaron un puntaje medio de 26.12 ($DE = 11.34$). La prueba t ($t(285) = 2.22, p = 0.027$) confirmó la existencia de una diferencia significativa también en los puntajes de ambas muestras comparadas en el cuestionario de Beck (ver figura 1).

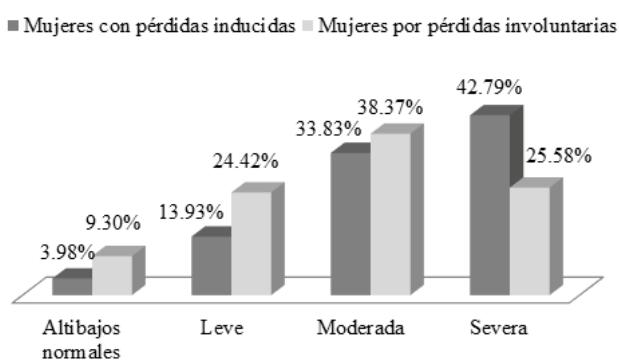


Figura 1. Distribución porcentual de la intensidad de síntomas depresivos que reportan mujeres con pérdida gestacional.

La tabla 4 muestra las correlaciones calculadas entre las cuatro pruebas (DTS, CES-D, GS-TEPT y Beck). En términos generales, se observó que las mujeres con pérdidas inducidas padecen de ambos trastornos, lo que implica un mayor cuidado médico y psicológico para su bienestar.

Tabla 4
Correlación entre las pruebas DTS, CES-D, GS-TEPT y Beck en pérdidas inducidas

	DTS	CES-D	GS-TEPT	Beck
DTS	-	0.71*	0.82*	0.76*
CES-D	0.71*	-	0.74*	0.71*
GS-TEPT	0.82*	0.74*	-	0.72*
Beck	0.76*	0.71*	0.72*	-

p < 0.01 (bilateral).

Fuente: elaboración propia.

Las correlaciones entre los instrumentos muestran la existencia de la comorbilidad de los trastornos de depresión y TEPT, principalmente cuando se ha vivido una pérdida provocada.

Tabla 5
Correlación entre las pruebas DTS, CES-D, GS-TEPT y Beck en pérdidas involuntarias

	DTS	CES-D	GS-TEPT	Beck
DTS	-	0.69*	0.75*	0.50*
CES-D	0.69*	-	0.66*	0.59*
GS-TEPT	0.75*	0.66*	-	0.47*
Beck	0.50*	0.59*	0.47*	-

p < 0.01 (bilateral).

Fuente: elaboración propia.

Las correlaciones que se muestran en la tabla 5 son moderadas y significativas. Las correlaciones que se presentan en las pruebas que evalúan los diferentes trastornos (TD y TEPT) indican que en la vivencia de las pérdidas involuntarias la comorbilidad puede ser menor, y en algunos casos se da solo un trastorno.

Discusión

El presente estudio tuvo por objetivo definir la presencia de síntomas de TEPT, TEA y TD en mujeres que han experimentado una pérdida gestacional. Además de definir si existe alguna relación entre la presencia de estos síntomas. Como se pudo mostrar en el apartado de resultados, las mujeres más vulnerables a vivir pérdidas gestacionales, sobre todo las provocadas, son menores de 25 años, solteras y representan el 46% de las personas atendidas, esto coincide con los estudios de Juárez y Singh (2013). Adicionalmente, los resultados obtenidos confirman que la terminación del embarazo, tanto involuntaria como inducida, se relaciona con la presencia de síntomas clínicos de estrés y depresión, sugiriendo alteraciones emocionales en estas mujeres, como lo muestran los estudios de Burke y Reardon (2009), Fergusson et al. (2006), Walfisch et al. (2011) y Zulčić-Nakić et al. (2012).

La presencia de síntomas depresivos en esta muestra puede ser agravada si se tiene en cuenta que la depresión es un trastorno asociado con la vulnerabilidad social y se encuentra entre las primeras enfermedades incapacitantes en México (Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora y Lozano, 2005). Por el contrario, las mujeres que experimentaron una pérdida gestacional y que reportaron síntomas de TEPT los asocian exclusivamente a este trauma, sea inducido, involuntario o ambos. Las pruebas revelan que la experiencia de las pérdidas gestacionales inducidas o involuntarias puede resultar muy estresante y provoca en la mujer una respuesta que favorece el desarrollo de un trastorno (TEPT o TEA) en comorbilidad con un trastorno depresivo, agravado en los casos de pérdidas inducidas debido a que es más probable que presenten estados depresivos de mayor severidad o gravedad que en los casos de pérdidas involuntarias. En la literatura están reportados resultados similares ante las pérdidas gestacionales (Fergusson et al., 2006; Huang et al., 2012; Pedersen, 2008; Yilmaz et al., 2010; Zulčić-Nakić et al., 2012).

Cabe destacar que alrededor del 20% de la muestra de mujeres participantes no cumplieron con todos los criterios para diagnosticar un trastorno definido; sin embargo, presentaron síntomas aislados que las llevaron a solicitar atención psicológica.

Es común que no se valide la experiencia de aborto o muerte fetal como una pérdida significativa y se han minimizado los síntomas. Generalmente,

las mujeres reportan que no se sienten comprendidas por la pareja, los familiares, el personal sanitario o por ellas mismas; no obstante, pueden estar viviendo trastornos claramente definidos en el campo psicológico y psiquiátrico, como lo muestra el presente estudio. Por ello, corresponde al personal de salud y a las personas cercanas verificar su estado emocional para atenderlas como es debido, de otra manera se exponen a padecer complicaciones que pueden deteriorar su vida y la de las personas que le rodean.

Las estadísticas mundiales llevan a pensar que existen muchas más mujeres afectadas por las pérdidas gestacionales, tanto inducidas como involuntarias, que no acuden a instituciones de salud, pero que pueden llegar a necesitar de un apoyo profesional para seguir con sus vidas. En esta línea, es importante tener en cuenta los riesgos a los que se exponen las mujeres que eligen la terminación voluntaria del embarazo y lo prioritario que resulta en este proceso establecer una profunda asesoría para la toma de decisión y el seguimiento de su estado emocional.

Los datos de este estudio también llevan a considerar necesaria la formación y la capacitación oportuna de los profesionales de la salud que atienden mujeres que han sufrido una pérdida gestacional, pues dado que es un duelo complicado merece ser atendido para prevenir que se agrave por el posible efecto traumático y la comorbilidad con la depresión. Para ello, se sugiere establecer protocolos hospitalarios de atención interdisciplinaria para una atención integral a las mujeres que enfrentan una pérdida en cualquier etapa del embarazo, ya sea inducida o involuntaria, donde se brinden los primeros auxilios psicológicos y la información sobre profesionales o instituciones de salud mental y tanatológicas que les permita comprender y manejar las emociones que surgen de una experiencia que, en muchos casos, puede resultar traumática y dolorosa.

Una de las limitaciones de este estudio fue no tener la comparación con personas con pérdida gestacional ajenas al instituto. Si bien la muestra de este estudio es de conveniencia, ofrece datos significativos a tener en cuenta al momento de ofrecer manejo terapéutico a mujeres que han sufrido y que consultan por una pérdida gestacional.

En la atención a las mujeres con estas pérdidas es importante valorar cómo perciben su calidad de vida, lo cual constituyó una limitante del presente

estudio, ya que es necesario explorar cómo el nivel del trastorno ha afectado cada uno de los ámbitos de desarrollo –personal, laboral y familiar– para el adecuado abordaje terapéutico con base en evidencias resultantes de futuras investigaciones que validen la efectividad de la intervención.

Referencias

- Alva, M. C. (2007). *La mujer ante la negación de su maternidad. Y después del aborto ¿qué?: ante una realidad irreversible una ventana de esperanza*. México: Trillas.
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. y Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47 (Supl. 1S4-S11). Recuperado de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4683/4531>
- Bobes, J., Calcedo-Barba, A., García, M., François, M., Rico-Villademoros, F., González, M. P. y Bousoño, M. (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. *Acta Española de Psiquiatría*, 28(4), 207-218.
- Burke, T. y Reardon, D. (2009). *Mujeres silenciadas*. Madrid: Sekotia.
- Coleman, P. K. (2011). Abortion and Mental Health: Quantitative Synthesis and Analysis of Research Published 1995-2009. *The British Journal of Psychiatry*, 199(3), 180-186. doi: 10.1192/bj.p.110.077230
- Echeburúa, E., Corral, P. D., Amor, P. J., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y modificación de conducta*, 23(90), 503-526. Recuperado de www.ehu.eus/echeburua/pdfs/7-egs.pdf
- Ely, G. E., Flaherty, C. & Cuddeback, G. S. (2010). The Relationship between Depression and Other Psychosocial Problems in a Sample of Adolescent Pregnancy Termination Patients. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 27(4), 269-282. doi: 10.1007/s10560-010-0203-z

- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. & Ridder, E. M. (2006). Abortion in Young Women and Subsequent Mental Health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(1), 16-24. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01538.x
- Gayón-Vera, E. (2010). Evidencias científicas en torno a la legalización del aborto en la Ciudad de México. *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, 78(3), 168-180.
- Gissler, M., Hemminki, E. & Lonnqvist, J. (1996). Suicides after Pregnancy in Finland, 1987-94: Register Linkage Study. *Bmj*, 313(7070), 1431-1434. doi: 10.1136/bmj.313.7070.1431
- González, G., Sánchez, C., Gómez, M., Aldana, E. y Morales, F. (2008). Autoconcepto en el embarazo de alto riesgo y en la pérdida gestacional recurrente. *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, 76(3), 143-50.
- Hamama, L., Rauch, S. A., Sperlich, M., Defever, E. & Seng, J. S. (2010). Previous Experience of Spontaneous or Elective Abortion and Risk for Posttraumatic Stress and Depression during Subsequent Pregnancy. *Depression and Anxiety*, 27(8), 699-707. doi: 10.1002/da.20714
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. La Habana: Félix Varela.
- Huang, Z., Hao, J., Su, P., Huang, K., Xing, X., Cheng, D., ... Tao, F. (2012). The Impact of Prior Abortion on Anxiety and Depression Symptoms during a Subsequent Pregnancy: Data from a Population-Based Cohort Study in China. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 22(1), 51-8. doi: 10.5455/bcp.20111102040509
- Juárez, F. y Singh, S. (2013). Incidencia del aborto inducido por edad y estado, México, 2009: nuevas estimaciones usando una metodología modificada. *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*, 25-35. doi: 10.1363/SP02513
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- Leal-Herrero, F. (2009). Psicopatología del aborto espontáneo y trastornos tras las técnicas de reproducción asistida. *Cuadernos de Bioética*, 20(70), 393-403. Recuperado de <http://aebioetica.org/revistas/2009/20/3/70/393.pdf>
- Leiva-Bianchi, M. C. & Araneda, A. C. (2013). Validation of the Davidson Trauma Scale in Its Original and a New Shorter Version in People Exposed to the F-27 Earthquake in Chile. *European Journal of Psychotraumatology*, 4. doi: 10.3402/ejpt.v4i0.21239
- Pedersen, W. (2008). Abortion and Depression: A Population-Based Longitudinal Study of Young Women. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(4), 424-428. doi: 10.1177/1403494807088449
- Reardon, D. C., Strahan, T. W., Thorp Jr, J. M. & Shuping, M. W. (2004). Deaths Associated with Abortion Compared to Childbirth-A Review of New and Old Data and the Medical and Legal Implications. *Journal of Contemporary Health Law & Policy*, 20(2), 279. Recuperado de <http://www.afterabortion.org/research/DeathsAssocWithAbortionJCHLP.pdf>
- Robinson, G. E., Stotland, N. L., Russo, N. F., Lang, J. A. & Occhiogrosso, M. (2009). Is There an "Abortion Trauma Syndrome"? Critiquing the Evidence. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(4), 268-290.
- Roussset, C., Brulfert, C., Séjourné, N., Goutaudier, N. & Chabrol, H. (2011). Posttraumatic Stress Disorder And Psychological Distress Following Medical And Surgical Abortion. *Journal of Reproductive Infant Psychology*, 29(5), 506-517. doi: 10.1080/02646838.2012.654489
- Secretaría de Salud. (2009). *Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo y manejo inicial del aborto recurrente*. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/088_GPC_Abortoespyrecurrente/ABORTO_EVR_CENETEC.pdf
- Taft, A. J. & Watson, L. F. (2008). Depression and Termination of Pregnancy (Induced Abortion) in a National Cohort of Young Australian Women: The Confounding Effect of Women's Experience of Violence. *BMC Public Health*, 8(1), 75. doi: 10.1186/1471-2458-8-75
- Torres-Lagunas, M. A., Vega-Morales, E. G., Vinalay-Carrillo, I., Arenas-Montaña, G. y Rodríguez-Alonso, E. (2015). Validación psicométrica de

- escalas PSS-14, AFA-R, HDRS, CES-D, EV en puérperas mexicanas con y sin preeclampsia. *Enfermería Universitaria*, 12(3), 122-133. doi: 10.1016/j.reu.2015.08.001
- Trejo-Lucero, H., Torres-Pérez, J., Medina-Jiménez, M. A., Briones-Garduño, J. C. y Meneses-Calderón, J. (2009). Depresión en adolescentes embarazadas que acuden a un hospital perinatal. *Revista Mexicana de Pediatría*, 76(1), 9-11. Recuperado de www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2009/sp091c.pdf
- Villafaña, A., Milanesio, M. S., Marcellino, C. M. y Amodei, C. (2003). La evaluación del trastorno por estrés postraumático: aproximación a las propiedades psicométricas de la escala de trauma de Davidson. *Revista Evaluar*, 3. Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/view/608>
- Walfisch, A., Sermer, C., Matok, I., Einarson, A. & Koren, G. (2011). Perception of Teratogenic Risk and the Rated Likelihood of Pregnancy Termination: Association with Maternal Depression. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(12), 761-767.
- Warren, J. T., Harvey, S. M. & Henderson, J. T. (2010). Do Depression and Low Self-Esteem Follow Abortion Among Adolescents? Evidence from a National Study. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 42(4), 230-235. doi: 10.1363/4223010
- Yilmaz, N., Kanat-Pektaş, M., Kilic, S. & Gulerman, C. (2010). Medical or Surgical Abortion and Psychiatric Outcomes. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 23(6), 541-544. doi: 10.3109/14767050903191301
- Zegers, F., Adamson, G., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan E. y Van der Poel, S. (2010). *Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA)*. Versión revisada y preparada por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Zulčić-Nakić, V., Pajević, I., Hasanović, M., Pavlović, S. & Ljuca, D. (2012). Psychological Problems Sequalae in Adolescents after Artificial Abortion. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 25(4), 241-247. doi: 10.1016/j.jpag.2011.12.072

Para citar este artículo / To cite this article / Para citar este artigo: Cardoso-Escamilla, M. E., Zavala-Bonachea, M. T. y Alva-López, M. C. (2017). Depresión y estrés postraumático en mujeres con pérdidas gestacionales inducidas e involuntarias. *Pensamiento Psicológico*, 15(2), 109-120. doi:10.11144/Javerianacali.PPSI15-2.depm