

# Estrés, estrategias de afrontamiento y duelo en mujeres infértiles

C. Iribarne\*<sup>1</sup>, C. Mingote\*\*<sup>2</sup>, F. Denia\*\*<sup>1</sup>, J.A. Ruiz Balda\*<sup>2</sup>, P. de la Fuente Pérez\*<sup>3</sup>.

## Resumen

Se analiza la salud mental de un grupo de 75 mujeres que habían abortado espontáneamente: **Grupo Experimental (G.E.)** en relación con la de un **Grupo Control (G.C.)** formado por 52 mujeres, de igual edad que, sin gestaciones previas, también consultaron y fueron atendidas en la **Unidad de Reproducción Asistida (U.R.A.)**, con el objetivo de obtener un hijo vivo. Se realizó una entrevista clínica y se aplicaron los siguientes tests psicométricos: Escala de impacto de un acontecimiento estresante, Índice de reactividad al estrés, Estrategias de afrontamiento y Cuestionario de duelo. En el G.E. se encontraron mayores alteraciones emocionales que en el G.C. a través de los tests antes mencionados.

**Palabras clave:** Aborto. Estrés. Estrategias de afrontamiento. Duelo. Tests psicométricos.

## Summary

Mental health is analyzed in a group of 75 women who had a spontaneous miscarriage. This **Experimental Group (E.G)** is studied in comparison with a **Control Group (C.G.)** of 52 women who had the same age, without previous pregnancies, who went to the **Assisted Reproduction Unit** in order to have and enjoy a living baby. All of them were interviewed and the following tests were applied: **Impact scale (Horowitz)**, **Stress reactivity Index (González de Rivera)**, **Coping Strategies Questionnaire (Feitel)** and **Grief Questionnaire (Prigerson)**. Higher emotional disorders were found in the **Experimental group**.

**Key words:** Miscarriage. Stress. Coping strategies. Grief. Psychometric tests.

\*Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital "Doce de Octubre". Universidad Complutense. Madrid. España.

<sup>1</sup>Médico adjunto. Unidad de Reproducción Asistida. Profesor Asociado.

<sup>2</sup>Jefe de la Sección de Reproducción Asistida.

<sup>3</sup>Jefe de Departamento. Catedrático.

\*\*Servicio de Psiquiatría. Hospital "Doce de Octubre". Universidad Complutense. Madrid. España.

<sup>1</sup>Psicóloga Clínica. Prof. Asociado CC. de la Salud.

<sup>2</sup>Jefe de la Sección de Interconsulta y Enlace. Profesor Asociado.

**Correspondencia:** Dr. D. Carlos Mingote

Hospital 12 de Octubre

Avda. de Córdoba, s/n

28041 Madrid

## INTRODUCCIÓN

Generalmente se subestima el impacto emocional del aborto espontáneo y terapéutico sobre la salud mental de la mujer (1). El vínculo prenatal que ésta establece con el “bebé interno” deseado, suele ser intenso, y su pérdida puede dar lugar a acusadas ansiedades de separación y de daño personal, sobre todo en algunos tipos de mujeres, como las que tienen antecedentes personales psiquiátricos o falta de soporte social.

La minimización de las secuelas psicológicas que padece la mujer que aborta, se explica por varios factores como los de tipo socio-cultural (la revolución sexual, la liberación de la mujer y su masiva incorporación al trabajo) y, de tipo psicológico individual como el empleo de mecanismos de defensa de represión, negación y evitación, que pueden ser adaptativos pero que impiden el proceso psicológico de elaboración de la pérdida y que constituye un factor de vulnerabilidad para ulteriores padecimientos médicos y psiquiátricos (2).

Aunque tener un aborto no siempre predice un mal rendimiento reproductivo ulterior, las mujeres que abortan, tienen más del doble de riesgo relativo de tener una depresión mayor, en comparación con las mujeres de la población general. Además, más de la mitad de mujeres con antecedentes personales de depresión mayor tienen una nueva descompensación depresiva tras el aborto.

El aborto, ya sea espontáneo o inducido, siempre significa una pérdida; por tanto, el hecho de sufrir uno o varios abortos espontáneos que ponen fin a embarazos deseados, constituye una situación estresante que puede identificarse como una pérdida emocional significativa (3), y la elaboración del proceso de duelo consiguiente a dicha pérdida va a depender de varios factores, tales como el grado de deseo de gestación, las dificultades para conseguirla (4), la existencia o no de antecedentes psiquiátricos, así como la disponibilidad de soporte socio-familiar (5, 6).

Las alteraciones emocionales relacionadas con el aborto suelen ser de duración limitada (menos de 2-3 meses) y, la mayoría de estas mujeres, pueden resolver el duelo adecuadamente por sí mismas. No obstante, la pérdida de lo que pudo ser y no fue, el embarazo perdido, implicando incluso una poten-

cial esterilidad, no debe ser negada, para que sea posible la recuperación en un plazo pertinente (7).

El factor deseo de tener un hijo tiene gran importancia, porque según varios estudios, la interrupción voluntaria del embarazo (I.V.E.) no condiciona una mayor psicopatología clínica (2).

Como indicador del deseo, tomamos el hecho de haber acudido a consultar a una U.R.A. tras un tiempo medio de dos años de haber estado intentando conseguir un embarazo. Por ello, en nuestro estudio consideramos que el G.C. no debe estar constituido por mujeres de la población general, sino por mujeres, que, deseando tener hijos no han podido conseguirlo, pero tampoco han abortado; planteándonos en el mismo los siguientes objetivos e hipótesis:

### A) Objetivos

1.- Estudiar la repercusión psicopatológica de la pérdida gestacional en mujeres sin hijos, en comparación con mujeres que no han quedado embarazadas y nos consultan por este motivo.

2.- Estudiar los posibles factores de riesgo que median en estas alteraciones psicopatológicas de las mujeres infértiles.

### B) Hipótesis

1.- Consideramos que las mujeres que han tenido la experiencia de una o varias pérdidas gestacionales, presentarán índices psicopatológicos superiores en comparación con las mujeres que no las han tenido.

2.- La intensidad de las alteraciones psicopatológicas se asociará positivamente con el número de abortos y, sobre todo, entre las mujeres con dos o más abortos.

## MATERIAL Y MÉTODO

El grupo experimental (G.E.) está constituido por 75 mujeres que tras una o varias pérdidas gestacionales espontáneas, no habían logrado tener un hijo vivo, siendo ésta la causa de consulta en la U.R.A.

El grupo control (G.C.) está constituido por 52 mujeres que no habían logrado gestación cuando consultaron a la U.R.A.

Estas mujeres consultan por la frustración de

su deseo maternal, sea de causa femenina y/o masculina, encontrándose en una situación de duelo por una pérdida de naturaleza emocional, al no conseguir su deseo de tener un hijo, lo que puede asociarse a ciertas alteraciones mentales de modo secundario. Con independencia de ello, se acepta que entre el 5% al 16% de mujeres estériles pueden sufrir un trastorno primario relacionado con el estrés, sea de tipo neurótico o psicósomático. Estos hechos hay que tenerlos en cuenta a la hora de discutir los resultados obtenidos.

Se ha diseñado un estudio retrospectivo, basado en las respuestas que a diferentes tests psicométricos han proporcionado los dos grupos de mujeres antes mencionados.

- G.E.: Constituido por las 75 mujeres en cuyos antecedentes obstétricos había pérdidas gestacionales espontáneas (Tabla 1). El estudio recoge a todas las mujeres que consultaron y fueron atendidas en la U.R.A., en el primer semestre de 1999.

**Tabla 1**  
**Abortos espontáneos habidos en el grupo experimental: (N=75 mujeres)**

| NÚMERO TOTAL DE ABORTOS ESPONTÁNEOS=133 |       |
|---|-------|
| • % DE MUJERES CON SOLO UN ABORTO       | 56,0% |
| • % DE MUJERES CON DOS ABORTOS          | 22,6% |
| • % DE MUJERES CON TRES ABORTOS         | 12,0% |
| • % DE MUJERES CON CUATRO ABORTOS       | 6,6%  |
| • % DE MUJERES CON CINCO ABORTOS        | 2,6%  |

- G.C.: Formado por 52 mujeres de la misma edad media, que fueron atendidas en la Unidad en el mismo período de tiempo y con el mismo objetivo: Obtener un hijo vivo. Las mujeres del G.C. contestaron a los tests en la primera visita o muy al principio del estudio, siempre antes de tener un diagnóstico y, por supuesto, antes de comenzar ningún tipo de tratamiento, ya que, según algunos autores (5) tanto las pruebas diagnósticas como los tratamientos, suponen un estrés sobreañadido. Citadas por teléfono, carta u ofrecida su realización en consulta, todas respondieron, excepto las que no pudieron ser localizadas por cambio de domicilio, no reseñado en la Hª Clínica.

En la Tabla 2 se especifican las características sociodemográficas de ambos grupos, entre los que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (D.E.S.).

**Tabla 2**  
**Características de los grupos experimental y de control. (G.E.=75 Mujeres. G.C.=52 Mujeres)**

|  | G.E.<br>Nº=75 | G.C.<br>Nº=52 |
|--|---------------|---------------|
| MEDIA DE EDAD:                         | 35,2 AÑOS     | 34,0 AÑOS     |
| NIVEL CULTURAL BAJO:                   | 76,0%         | 63,5%         |
| NIVEL CULTURAL MEDIO:                  | 14,6%         | 17,3%         |
| NIVEL CULTURAL ALTO:                   | 9,3%          | 19,2%         |
| ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES: | 14,6%         | 1,9%          |
| ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES: | 4,0%          | 1,9%          |
| INGRESOS ESPORÁDICOS O NULOS:          | 22,6%         | 30,8%         |
| NIVEL ECONÓMICO BAJO:                  | 42,6%         | 40,4%         |
| NIVEL ECONÓMICO MEDIO:                 | 26,6%         | 13,4%         |
| NIVEL ECONÓMICO ALTO:                  | 8,0%          | 5,4%          |
| HÁBITO TABÁQUICO:                      | 45,3%         | 50,0%         |
| NO DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS          |               |               |

Los tests aplicados han sido:

1.- **Escala de impacto de un acontecimiento estresante de Horowitz (1979)** (8): Este autor mide con dicha escala el grado de impacto subjetivo experimentado por una persona ante cualquier acontecimiento vital estresante y que, en nuestro estudio, se ha circunscrito al aborto u abortos sufridos, como variable fundamental del mismo.

Se ha comprobado en diferentes estudios experimentales, de respuestas a posibles situaciones estresantes, la tendencia general humana a sufrir episodios de pensamientos intrusivos y, otros, de evitación. Los de intrusión se caracterizan por pensamientos e imágenes sobrevenidas espontáneamente y de forma recurrente, remordimientos u oleadas de sentimientos y conductas repetitivas; los de evitación incluyen constricción ideacional, negación de significados y consecuencias de tal acontecimiento, sensación de bloqueo, inhibición conductual o actividades contrafóbicas y conciencia de insensibilidad emocional.

La Escala de Impacto consta de 15 ítems, que se puntúan de 1 a 3, y de los cuales, siete corresponden al grupo de respuestas de Intrusión con un rango de puntuación entre 7 y 21; y ocho al de Evitación, con rango de puntuación entre 8 y 24. (Esta escala está actualmente validándose en España por nuestro grupo de trabajo).

**2.- Índice de Reactividad al Estrés (I.R.E.) (González de Rivera) (9):** Definido como “un conjunto de pautas habituales de respuesta cognitiva, emocional, vegetativa y conductual ante situaciones percibidas como potencialmente nocivas, peligrosas o desagradables”. Se considera por tanto, como un rasgo relativamente estable que forma parte del grupo de variables propias del individuo o “factores internos” que condicionan su respuesta ante los acontecimientos estresantes o “factores externos del estrés” (González de Rivera, 1989).

Es un instrumento autoadministrado que consta de una breve introducción descriptiva del concepto de reactividad al estrés y una lista de las 32 pautas de reacción más comunes, con rango de puntuación entre 0 y 32, considerándose 9 como punto de corte.

**3.- Cuestionario Médico de Estrategias de Afrontamiento de Herman Feifel. (MCMQ: Feifel et al. 1986) (10):** En periodo de validación por nuestro grupo de trabajo en población española, consta de 19 ítems puntuados de 1 a 4 y evalúa el funcionamiento psicológico y conductual de las personas ante el hecho o la posibilidad de enfermar según tres diferentes estilos de afrontamiento: **Confrontación, Evitación y/o Aceptación Resignada.**

El estilo confrontativo corresponde a aquéllos que tratan de entender y abordar abiertamente su situación conflictiva intentando dar la mejor respuesta posible, o buscar la salida menos mala a tal situación, es el estilo más eficaz y de mejor pronóstico. Su rango de puntuación se sitúa entre 8 y 32.

El estilo evitativo suele darse en personas con baja autoeficacia y autoestima negativa, no suelen involucrarse en los avatares de la vida con entusiasmo, por el contrario, evitan o escapan de dar una respuesta franca a la situación. (Rango de puntuación: 7 a 28).

El uso de aceptación resignada como estilo de afrontamiento se da en personas que sienten tener pocas expectativas de resolver su problema o recuperarse de su enfermedad y la aceptan de forma resignada porque se ven impotentes, con sentimientos de “coping” inadecuados. (Rango de puntuación: 4 a 16).

Establecemos como Índice Total de Afrontamiento, a través del cociente efectuado entre respuestas de afrontamiento eficaz, o confrontación, y la suma de respuestas de evitación más las de aceptación resignada, considerando indicativo de mejor pronóstico cuanto más próximo sea dicho cociente a 1, tomando como base para ello las medias y desviaciones típicas en los datos normativos del cuestionario original.

**4.- Cuestionario de Duelo de Prigerson y col. (1995):** Validándose en población española por nuestro grupo de trabajo; consta de 19 ítems que se puntúan de 0 a 4, cuantificando los síntomas de mala adaptación tras haber experimentado una pérdida significativa. El rango de puntuación se da entre 0 y 76, situándose el punto de corte en 25; puntuaciones superiores indican mal funcionamiento personal y social y alta probabilidad de ser caso psiquiátrico.

Una pérdida es significativa cuando el objeto perdido, investido afectivamente, ya sea real o fantaseado, en lo que se cree y espera, es algo que se desea profundamente y, la respuesta, puede traducirse en un duelo patológico, más frecuente en los casos de falta de apoyo social, aislamiento, desafortunada o problemática historia personal, culpabilidad o suceso traumático inesperado.

Tras la cuantificación de las respuestas, se solicitó atención por parte del Servicio de Psiquiatría en determinados casos que así lo requerían (21 del G.E. y 2 del G.C.).

Posteriormente se procedió a la informatización de las respuestas que cada grupo nos proporcionó de los cuestionarios aplicados (se les pidió que, de dejar algún ítem sin contestar expusieran la causa) y se comprobó que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las características sociodemográficas de ambas muestras, lo que nos permitió comparar las medias y los porcentajes obtenidos de cada grupo

para cada escala y subescala estudiadas mediante los tests de chi —2 y T de Student.

## RESULTADOS

### 1.- Escala de Horowitz:

En el presente estudio los sentimientos de intrusión fueron significativamente más experimentados por el G.E. que por el G.C., lo que indica una mejor respuesta en el grupo de mujeres sin gestaciones previas (Tabla 3).

**Tabla 3**  
Escala del impacto de un acontecimiento estresante. Subescala de intrusión. (Horowitz).

|   | VALOR > 7   | VALOR ≤ 7   |
|---|-------------|-------------|
| G.E. (N=75)                               | 60 (80%)    | 15 (20%)    |
| G.C. (N=52)                               | 30 (57,69%) | 22 (42,31%) |
|   | N.E.S.      | p<0,05      |
| N.E.S.=No estadísticamente significativo. |             |             |

Las respuestas de evitación fueron más frecuentes en el G.E. que en el G.C., aunque las diferencias no fueron significativas (Tabla 4). Sí hubo diferencias, en el mayor valor medio alcanzado por el G.E. frente al del G.C., en el caso de respuesta de intrusión (Tabla 5).

**Tabla 4**  
Escala de un acontecimiento estresante. Subescala de evitación (Horowitz).

|               | VALOR > 8   | VALOR ≤ 8   |
|---------------|-------------|-------------|
| G.E. (N = 75) | 65 (86,66%) | 10 (13,34%) |
| G.C. (N=52)   | 40 (76,92%) | 12 (23,08%) |
|               | N.E.S.      | N.E.S.      |

### 2.- Índice de reactividad al estrés:

Como puede apreciarse en la tabla 6, existen diferencias significativas entre los G.E. y G.C. cuando evaluamos puntuaciones superiores a 9, así como entre las medias alcanzadas en cada grupo.

### 3.- Cuestionario médico de estrategias de afrontamiento:

Para los G.E. y G.C. no hubo D.E.S. para Índices Totales con valor igual a 1 (Tabla 7).

**Tabla 5**  
Escala del impacto de un acontecimiento estresante (Horowitz)

|             | INTRUSIÓN<br>MEDIA ± D.E. | EVITACIÓN<br>MEDIA ± D.E. |
|-------------|---------------------------|---------------------------|
| G.E. (N=75) | 10,88 ±4,52               | 11,93±3,81                |
| G.C. (N=52) | 8,53±5,34                 | 10,17±5,76                |
|             | P < 0,05                  | N.E.S.                    |

**Tabla 6**  
Índice de reactividad al estrés (I.R.E.). (González de Rivera)

|             | VALOR > 9   | VALOR <Ó=9  | MEDIA±D.E. |
|-------------|-------------|-------------|------------|
| G.E. (N=75) | 31 (41,33%) | 44 (56,67%) | 8,88±5,28  |
| G.C. (N=52) | 14 (26,92%) | 38 (73,08%) | 7,28±3,64  |
|             | p < 0,025   | N.E.S.      | p < 0,05   |

**Tabla 7**  
Cuestionario médico de estrategias de afrontamiento (Feifel)

|             | VALOR > 1   | VALOR ≤ 1   |
|-------------|-------------|-------------|
| G.E. (N=75) | 21 (28%)    | 54 (72%)    |
| G.C. (N=52) | 19 (38,54%) | 33 (63,46%) |
|             | N.E.S.      | N.E.S.      |

Entre los G.E. y G.C. sólo hubo D.E.S. en la subescala de aceptación resignada, con medias respectivas de 8,98 y 6,80 (Tabla 8).

Respecto a la puntuación media alcanzada (Índice Total: Feifel) por el G.E. (0,87) ésta fue

**Tabla 8**  
Cuestionario médico de estrategias de afrontamiento (Feifel)

|             | INTRUSIÓN<br>Media ± D.E. | EVITACIÓN<br>Media ± D.E. | ACEPTACION<br>RESIGNADA<br>Media ± D.E. |
|-------------|---------------------------|---------------------------|---|
| G.E. (N=75) | 18,48 ± 5,1               | 13 ± 3,60                 | 8,98 ± 6,41                             |
| G.C. (N=52) | 17,5 ± 4,9                | 12,5 ± 4,6                | 6,8 ± 2,8                               |
|             | N.E.S.                    | N.E.S.                    | P<0.05                                  |

inferior a la obtenida por el G.C. (0,93), aunque no hubo D.E.S.; esto quiere decir que, en el G.E. predominaron las actitudes de evitación y aceptación resignada, mientras que en G.C. fue la confrontación la respuesta más frecuente (Tabla 9).

**Tabla 9**  
**Cuestionario médico de estrategias de afrontamiento (Feifel): Índice total. Media ± D.E.**

|              |                    |
|--------------|--------------------|
| G.E. (N= 75) | <b>0,87 ± 0,27</b> |
| G.C. (N= 52) | 0,93 ± 0,35        |
| N.E.S.       |                    |

#### 4.- Cuestionario de duelo:

Este test no fue contestado por el 8% de las mujeres del G.E.: frente al 40,4% del G.C. (D.E.S.), como puede apreciarse en la Tabla 10.

Puntuaciones superiores a 25 se obtuvieron en 17 mujeres del G.E. y en 6 del G.C. (Tabla 11). Sin alcanzar diferencias estadísticamente significativas, la media del G.E. fué superior a la alcanzada por el G.C. (Tabla 12).

**Tabla 10**  
**Cuestionario de duelo (Prigerson)**

|             | NO LO CONTESTAN<br>N=27 | SI LO CONTESTAN<br>N=100 |
|-------------|-------------------------|--------------------------|
| G.E. (N=75) | 6 (8%)                  | 69 (92%)                 |
| G.C. (N=52) | 21 (40,38%)             | 31 (59,62%)              |
|             | P<0,025                 | N.E.S.                   |

**Tabla 11**  
**Cuestionario de duelo (Prigerson)**

|   | VALOR > 25<br>N=23 | VALOR < ó = 25<br>N=104 |
|---|--------------------|-------------------------|
| G.E. (N=75)                               | 17 (22,66%)        | 58 (77,34%)             |
| G.C. (N=52)                               | 6 (11,53%)         | 46 (88,47%)             |
|   | 0,1<p>0,05         | N.E.S.                  |
| N.E.S.: No estadísticamente significativo |                    |                         |

**Tabla 12**  
**Cuestionario de duelo (Prigerson) Valores medios ± D.E.**

|             |             |
|-------------|-------------|
| G.E. (N=75) | 15,01±14,67 |
| G.C. (N=52) | 9,26±11,26  |
| P < 0,05    |             |

#### CONCLUSIONES

- Al aplicar el test de **Impacto a un Acontecimiento Estresante** de Horowitz, encontramos un valor medio mayor en el G.E. (media = 10,88 ± 4,52) que en el G.C. (media = 8,53 ± 5,34) en la subescala que mide el grado de Intrusión que padece cada grupo (D.E.S.).

- El G.C., para este mismo test, tiene valores menores o iguales a 7, en la subescala de Intrusión en un 42,31%, porcentaje superior al alcanzado por el G.E. que es del 20%, (D.E.S.).

- Son significativas las diferencias, tanto en el porcentaje de índices superiores a 9, como en la media alcanzada por los G.E. (41,3%/M = 8,90) y G.C. (26,9%/M = 7,30), cuando se aplica el **Índice de Reactividad al Estrés**.

- Al aplicar el cuestionario de **Estrategias de Afrontamiento** (de Feifel) al hecho de enfermar, encontramos D.E.S. en la subescala de Aceptación Resignada entre el G.E.: M=8,90 y G.C.: M=6,80.

- El G.C. no contesta al test de Duelo en un 40,4%; D.E.S. frente al 8% que no contesta del G.E.

- Existe una aproximación a la significación estadística para puntuaciones superiores a 25 en el test de Prigerson entre el G.E. con un porcentaje del 22,7% frente al 11,5% alcanzado por el G.C.

- La comparación de Medias alcanzadas en el cuestionario de **Duelo** entre el G.E. que fue del 15,01 y la del G.C., de 9,3, arrojaron D.E.S.

#### DISCUSIÓN

En el grupo **Experimental** (G.E.) se aprecia una mayor reactividad al estrés que en el grupo

---

de **Control** (G.C.) aunque ambas medias se encuentran dentro del rango de la normalidad. No obstante, en el G.E. hay más mujeres que alcanzan niveles patológicos de estrés (41,3%), frente al 26,9% en el G.C. Esta mayor reactividad al estrés indica una mayor frecuencia de estados patológicos de duelo o de estados de duelo activos, como se aprecia por las mayores puntuaciones de aceptación-resignación en el G.E. que en el G.C. En este último grupo de mujeres, predomina una expectativa positiva de embarazo, no de duelo. De hecho, el 40,4% de mujeres del G.C. no contesta al cuestionario de duelo porque no vivencian la pérdida que supone un aborto. El otro 59,6% de mujeres del G.C. sí viven la menstruación, al menos, como una oportunidad perdida de tener un hijo. En todo caso, es una pérdida emocional, por frustración de un deseo personal muy significativo.

En la práctica clínica, la pérdida de la salud, de capacidades cognitivas, de roles, relaciones y de expectativas muy deseadas, pueden desencadenar respuestas de duelo que, con frecuencia, requieren atención clínica, sobre todo, algunas enfermedades como el cáncer o la ceguera, incluso intervenciones médico-quirúrgicas, tales como una mastectomía o la amputación de una extremidad. En el caso de la pérdida de oportunidad de tener un hijo deseado, con la consiguiente pérdida de esperanza de ver cumplido tal deseo, puede ser comparablemente tan traumática y vivida con tanto sufrimiento como las enfermedades citadas, pudiendo requerir asimismo similares tratamientos médicos y/o psicológicos.

Las reacciones de duelo reflejan las características individuales de la personalidad, los antecedentes psicológicos, la forma de vivir la pérdida, el soporte social disponible y la existencia de otros factores de protección o de vulnerabilidad.

La mayoría de los ritos de luto prescriben ciertas manifestaciones externas, el tiempo de duración y otros aspectos tales como el final del duelo; pero este proceso puede incluir ciertos desarrollos que persistan de forma prolongada o incluso indefinida, condicionan la calidad de otros vínculos posteriores y producir cambios de personalidad. Entre el 10 y el 25% de varias muestras estudiadas de personas en estado de duelo presentan duelos patológicos o complicados sobre todo con sín-

tomias y síndromes clínicos persistentes, sean depresivos, ansiosos, somatizaciones,...

Se recomienda protocolizar un apoyo psicoterápico en las mujeres infértiles con más de dos abortos previos o cuando se trata de duelos complicados o patológicos tras los primeros abortos, o, después de un solo aborto cuando la gestación se ha conseguido a una edad límite de la fertilidad de la mujer. En estos casos, se encuentra de forma característica una activación adrenocortical y medular, alteraciones del sueño análogas a las de la depresión y alteraciones inmunológicas acompañando a una intensa ansiedad de separación con el ser perdido.

Cuando se trata de un aborto tardío o de un embarazo muy deseado, abortado precozmente, el aborto significa perder al "bebé interno", con frustración de la expectativa de tener un "bebé externo" para el que la mujer estaba psicológicamente preparada.

La culpa que se asocia a la mayoría de las pérdidas y el daño a la autoestima y a la maestría personal, suele ser incluso mayor, cuando se trata de un hijo/a deseado/a.

No hemos encontrado otros trabajos con los que comparar los resultados de nuestro estudio, y que por su importancia sugieren la necesidad de continuar y realizar otros nuevos sobre los aspectos psicológicos de la infertilidad humana.

Por nuestra parte seguimos profundizando en el tema, cuyos resultados presentaremos en otra próxima publicación.

## AGRADECIMIENTOS

A Don J.M. Iribarne, Administrativo, Técnico en PC, por su trabajo en la informatización de los datos y en la elaboración de tablas.

A Don M.A. Domene, Licenciado en C. Químicas, por su ayuda en el tratamiento estadístico de los datos.

A Doña I. Solís, Médico Residente, por su colaboración en la evaluación de los datos obtenidos en los tests aplicados.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Zisook S y Down SD.:** Death, dying and bereavement. En: Benjamin Sadock y Virginia Sadock

- 
- (Editores). Comprehensive Textbook of Psychiatry, volume two, seventh edition. Lippincott Williams and Wilkins, 1963-1981; 2000.
2. **Serrano Lindes R, Rubio Sánchez JL.:** Trastornos psicósomáticos en las mujeres que abortan voluntariamente. *Revista de Psicoterapia y Psicósomática*. 23: 83-91; 1993.
  3. **Rojas Montes C.:** Duelo Patológico: XII Reunión de la Sociedad Andaluza de Psiquiatría. (Úbeda); 1999.
  4. **Boivin J, Takefman J, Tdi T, Brender W.:** Reactions to infertility based on extent of treatment failure. *Fertility and Sterility*: Vol. 63 N° 4: 801-807; 1995.
  5. **Moreno Rosset C, Pérez García A, Caballero Peregrín P.:** Relación entre estrés y estrategias de afrontamiento en mujeres infértiles. Congreso Nacional SEF, 2000.
  6. **Andrews M.:** Stress for infertility. Marriage factors and subjective well-being of wives and husband. *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 32: 238-253; 1991.
  7. **Gamo Medina E.:** Consideraciones sobre el duelo y su enfoque clínico: Teoría y Clínica del Duelo. Coordinador: Emilio Gamo Medina. 35-55; 1999.
  8. **Horowitz M, Wilner N, Álvarez W.:** Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*. Vol. 41-3: 209-218; 1979.
  9. **González de Rivera JL, Morena A, Monterrey AL.:** El índice de reactividad al estrés como modulador del efecto sucesos vitales en la predisposición a patología médica. *Psiquis*, 10: 20-27; 1989.
  10. **Feifel M, Strack S, Nagy VT.:** Coping Strategies and Associated features of Medically III Patients. *Psychosomatic Medicine*. 49: 616-625; 1987.
  11. **Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds III CF, Bierhals AJ, Newsom JT, Fasiczka A, Frank E, Doman J, Miller M.:** Inventory of Complicated Grief: A Scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research* 1995; 59: 65-79.