



Universitat Autònoma
de Barcelona

Facultat de Psicologia

Departament de Psicologia Clínica i de la Salut

Programa de Doctorat en Psicologia Clínica i de la Salut

**Estudio del duelo perinatal: interrupciones
médicas del embarazo, muertes prenatales y
muertes postnatales**

Isabel Ridaura Pastor

TESIS DOCTORAL

Dirección: Dra. Rosa Maria Raich Escursell

Dra. Eva Penelo Werner

Bellaterra 2015



Universitat Autònoma
de Barcelona

Facultat de Psicologia

Departament de Psicologia Clínica i de la Salut

Programa de Doctorat en Psicologia Clínica i de la Salut

Estudio del duelo perinatal: interrupciones médicas del embarazo, muertes prenatales y muertes postnatales

Autora:

Isabel Ridaura Pastor

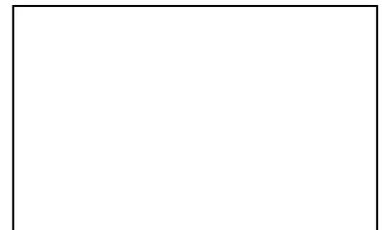


Directoras:

Rosa M. Raich Escursell



Eva Penelo Werner



Bellaterra 2015

*Y una vez que la tormenta termine, no recordarás cómo lo lograste, cómo sobreviviste.
Ni siquiera estarás seguro si la tormenta ha terminado realmente. Pero una cosa sí es
segura. Cuando salgas de la tormenta, no serás la misma persona que entró en ella.
De eso se trata esta tormenta.*

Haruki Murakami

AGRADECIMIENTOS:

A mis directoras, Rosa y Eva. Gracias por vuestra visión de conjunto, ilusión, confianza y la motivación que me habéis transmitido para que esta tesis pudiera llevarse a cabo. Gracias por los conocimientos estadísticos y formales y por la paciencia y confianza que habéis depositado en mí.

A la Dra. Teresa Pi-Sunyer, quién me abrió las puertas al tema de estudio, quién ha compartido su saber clínico y su profesionalidad con estas mujeres. Quién ha confiado en mí desde el primer momento y me ha animado en los momentos de desfallecimiento ante las dificultades.

Al Hospital de la Vall d'Hebron y concretamente a todos los profesionales sanitarios, médicos, enfermeras y auxiliares de las unidades de Obstetricia y Neonatología que confiaron y se mostraron sensibles ante el estudio abriéndome las puertas de la institución y facilitándome el acceso a las participantes.

Al Dr. Gratacós quién en el tiempo en que trabajó como director de la Unidad de Medicina Fetal del Hospital de la Vall d'Hebron se interesó por el proyecto y me ayudó activamente en los primeros esbozos de la investigación.

A las Doctoras Lasker y Potvin quienes desde un inicio me facilitaron parte del material para llevar a cabo el seguimiento de las participantes.

A mi marido Joan, que ha sido mi principal apoyo moral y me ha animado y acompañado a lo largo de estos años. Quién pacientemente me ha ayudado en los aspectos más formales del estudio y ha prestado atención a mis divagaciones.

A mi hijos Joel y Júlia, quienes se encontraron en medio de esta aventura. Por su paciencia y espera en momentos en que no podía dedicarles la atención que demandaban.

A mis padres, que han hecho posible el inicio de este proyecto, quienes me han motivado y ayudado en todo lo que he necesitado, creyendo en mí y acompañándome en la consecución de este deseo.

A todos aquellos que me han escuchado hablar de este trabajo y se han interesado por él. Amigos, familia política, compañeros de trabajo...

A las principales almas del estudio. Todas aquellas mujeres que creyeron en mí y en el proyecto, abriéndome las puertas a explorar sus sentimientos y sufrimiento en un momento tan delicado de sus vidas. Sin ellas este estudio no hubiera llegado a puerto.

CONTENIDOS

| | |
|--|----|
| PRESENTACIÓN | 1 |
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 3 |
| 1.1. Contextualización e integración en el equipo..... | 3 |
| 1.2. Proceso de la interrupción médica del embarazo | 3 |
| 1.3. Circuito ante el diagnóstico de muerte fetal: óbito fetal, muerte prenatal | 5 |
| 1.4. Recorrido asistencial ante la muerte postnatal | 6 |
| 2. MARCO TEÓRICO | 9 |
| 2.1. Embarazo | 9 |
| 2.2. La vivencia de la maternidad..... | 10 |
| 2.3. El diagnóstico prenatal | 13 |
| 2.4. El duelo..... | 14 |
| 2.4.1. Principales aportaciones teóricas del duelo | 15 |
| 2.4.2. Implicación de los síntomas depresivos en el proceso de duelo y posibles complicaciones | 24 |
| 2.5. El duelo perinatal..... | 26 |
| 2.5.1. Contexto histórico y evolución del estudio del concepto..... | 26 |
| 2.5.2. Cronología del estudio del duelo perinatal | 28 |
| 2.5.3. Aspectos psicológicos del duelo perinatal. Definición y características del proceso..... | 35 |
| 2.5.4. Duelo en función del tipo de pérdida..... | 39 |
| 2.5.5. Rituales ante la pérdida perinatal..... | 46 |
| 2.5.6. La relación de pareja ante la pérdida | 49 |
| 2.6. Comunicación sanitaria | 50 |
| 2.6.1. Comunicación de malas noticias | 51 |
| 3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS..... | 55 |
| 3.1. Objetivos..... | 55 |
| 3.2. Hipótesis..... | 56 |
| 4. MÉTODO | 59 |

| | | |
|--------|---|-----|
| 4.1. | Participantes..... | 59 |
| 4.2. | Instrumentos..... | 60 |
| 4.2.1. | Entrevista..... | 60 |
| 4.2.2. | Perinatal Grief Scale..... | 60 |
| 4.2.3. | Inventario para la depresión de Beck (BDI) | 63 |
| 4.2.4. | Dyadic Adjustment Scale (DAS)..... | 64 |
| 4.2.5. | Fiabilidad y consistencia interna de los instrumentos | 66 |
| 4.2.6. | Valoración de la satisfacción asistencial..... | 67 |
| 4.3. | Procedimiento..... | 67 |
| 4.3.1. | Vía de información y reclutamiento de las participantes para los diferentes tipos de pérdidas..... | 69 |
| 4.4. | Gestión de datos y análisis estadísticos | 70 |
| 5. | RESULTADOS | 73 |
| 5.1. | Descripción de la muestra..... | 73 |
| 5.1.1. | Evolución del duelo después de la pérdida..... | 76 |
| 5.1.2. | Asociación de las subescalas de la PGS con la PGS total..... | 79 |
| 5.1.3. | Variables sociodemográficas | 80 |
| 5.1.4. | Variables obstétricas | 81 |
| 5.1.5. | Variables relativas a la satisfacción marital y a la presencia de antecedentes de salud mental previos..... | 84 |
| 5.1.6. | Variables relacionadas con las características propias de la pérdida perinatal .. | 87 |
| 6. | DISCUSIÓN..... | 93 |
| 6.1. | Evolución afectivo-emocional a lo largo del año que sigue a la pérdida | 93 |
| 6.2. | Estudio de los factores implicados en la sintomatología depresiva y de duelo | 98 |
| 6.3. | Limitaciones del estudio, puntos fuertes y futuras líneas de investigación..... | 106 |
| 7. | CONCLUSIONES..... | 111 |
| 8. | REFERENCIAS | 115 |
| 9. | ANEXOS..... | 135 |

PRESENTACIÓN

La presente investigación tiene como objetivo estudiar la evolución del duelo perinatal en una muestra clínica española. Estudiar el duelo perinatal creemos que es importante por varios motivos. En primer lugar porque es un tema poco estudiado hasta hace relativamente pocos años y porque afecta a un porcentaje considerable de la población. Concretamente según los datos aportados por el “*Institut d’Estadística de Catalunya*”, la mortalidad perinatal entre los años 2002-2004 (período en que se realiza nuestro estudio) oscilaba entre el 4 y el 5 por ciento de la población. En relación con las interrupciones voluntarias del embarazo realizadas el año 2002, se practicaron 16.710, el 3.2 % se llevaron a cabo en centros hospitalarios públicos o privados y el 96.8% en centros extra hospitalarios privados. El motivo principal por el que se interrumpió el embarazo, durante el período mencionado, en los centros hospitalarios en Catalunya (84.9%), fue la suposición de que el feto nacería con graves taras físicas o psíquicas.

Otro de los motivos por el que el estudio del aborto y las consecuencias que de éste se derivan resulta relevante es el creciente aumento de la detección de más alteraciones genéticas, malformaciones y problemas entorno al embarazo que llevan a la mujer a interrumpir la gestación, con todo lo que esto comporta para ella. Teniendo en cuenta que las condiciones socioeconómicas pueden influir en el número de hijos que tiene una pareja y que éste es cada vez menor, cobra especial relevancia la importancia que tiene el tener hijos sanos y el impacto que produce el fracaso en este proyecto. La tendencia social predominante lleva a la mujer a retrasar el primer embarazo, eligiendo centrarse en metas profesionales y dejando la crianza de los hijos para más adelante, cuando sus carreras estén más establecidas. En este sentido la pérdida de un embarazo en estas circunstancias aumenta potencialmente el sentimiento de culpa y el impacto de la pérdida.

Teniendo en cuenta estos aspectos y que en España en el momento en que se realizó la presente investigación no se disponía de escalas específicas en relación con la evaluación del duelo perinatal, se ha llevado a cabo un estudio de los diferentes factores que inciden en una mejor o peor evolución del duelo por lo que respecta a las pérdidas perinatales, utilizando por primera vez la adaptación de un instrumento específico para valorar el proceso.

En lo que se refiere a la estructura en que se organiza la tesis, en el primer capítulo se aporta información en cuanto a la contextualización del estudio y la unidad en la que se ha llevado a cabo así como las particularidades del recorrido asistencial para los diferentes tipos de pérdidas perinatales. En el segundo se aborda el marco teórico, empezando por la presentación de los aspectos emocionales vinculados al embarazo y referentes al proceso diagnóstico al que se ven sometidas las participantes. A continuación se desarrolla el concepto teórico objeto del estudio, el duelo y las particularidades del duelo perinatal. En este mismo capítulo se ofrece información relativa a las diferentes aportaciones teóricas y concretamente respecto a las pérdidas perinatales estudiadas. En el capítulo tres se describen los objetivos e hipótesis del estudio. En el cuarto, el método empleado, así como la descripción de las participantes, los instrumentos utilizados y el procedimiento del estudio. El capítulo cinco está destinado a presentar los principales resultados obtenidos. En el sexto y séptimo figura la discusión y las principales conclusiones del estudio respectivamente. Finalmente se adjuntan las referencias bibliográficas y anexos con información de las variables y material adicional relevante.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Contextualización e integración en el equipo

El Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona es un centro de referencia de tercer nivel y como tal acoge un gran número de pacientes a lo largo del año. En él también trabajan numerosos profesionales del ámbito sanitario. El Hospital materno-infantil en el que se enmarca el estudio ofrece asistencia con relación a numerosas especialidades de la pediatría y la obstetricia y ginecología. Tiene un total de trece plantas. La planta en la que se ubica el diagnóstico prenatal es la sexta y también es donde se localizan todas las consultas externas de seguimiento y control de los embarazos de riesgo. La planta en la que son hospitalizadas las mujeres que realizan una interrupción o pierden a su hijo antes o en el momento del parto son la diez y la doce habitualmente. Los quirófanos están situados en la segunda planta al igual que el área de neonatología y cuidado de los niños que nacen prematuros.

El inicio del trabajo en el hospital fue difícil en el sentido que es un centro en el que trabajan muchos y diversos profesionales, atiende una gran cantidad de visitas diariamente y en algunas ocasiones es difícil ofrecer un espacio físico y psíquico destinado al apoyo psicológico de los pacientes. La unidad donde se llevó a cabo el estudio es la unidad de diagnóstico prenatal en la que los profesionales realizan amniocentesis y controles ecográficos. En los casos en que se detecta una malformación o se diagnostica la muerte fetal intraútero y se decide practicar una interrupción médica del embarazo (IME) o provocar el parto, se inicia el proceso de dilatación del cuello del útero para que pueda tener lugar posteriormente la expulsión del feto. El investigador acudía al hospital dos días a la semana, coincidiendo con los días en que los profesionales realizaban las interrupciones de embarazo.

1.2. Proceso de la interrupción médica del embarazo

Una vez realizado el diagnóstico o detectada una posible malformación, normalmente se realiza otra ecografía del feto, una analítica y una radiografía para preparar adecuadamente la intervención quirúrgica y la anestesia. En aquellos casos en que la IME es menor de 16 semanas de gestación se realiza un legrado por

aspiración (aspiración del contenido uterino bajo anestesia general o local, usando raspado de la pared del útero tras haber producido la dilatación de la abertura del útero). Cuando la IME se realiza más allá de las 16 semanas primero se realiza la dilatación y el inicio del parto a través de las laminarias y una vez suficientemente dilatado se procede al proceso de expulsión o parto. La mayoría de las mujeres que pasan por este proceso informan de lo doloroso que resulta y de la gran angustia con que viven el principio del proceso que va acabar con la expulsión del feto.

La pareja o las personas que acompañan a la mujer durante el proceso no pueden estar presentes en el momento de la intervención quirúrgica pero inmediatamente después de la interrupción (si las condiciones físicas lo permiten) vuelven a estar con ella. La intervención se realiza con anestesia epidural y una vez llevado a cabo el expulsivo se le propone a la pareja ver al feto con la finalidad de que puedan despedirse de él. Este es un aspecto que sorprende y asusta a las parejas. La primera reacción ante la propuesta acostumbra a ser evitar pensar en ello o decir que no. Al cabo de un tiempo y una vez hablado entre ellos el tema a solas, la mayoría acceden y viven el proceso de forma positiva, como una experiencia que les ayuda a superar la pérdida. La propuesta de ver y despedirse del hijo únicamente se les ofrece a las parejas que pasan por una IME de más de 16 semanas y es el equipo que se encarga de llevar a cabo la finalización el embarazo el que les ofrece esta información normalmente.

Una vez finalizada la interrupción y la despedida del feto, si es que así lo deciden los padres, se traslada a la mujer a su habitación y permanece ingresada en observación hasta que han pasado unas 24 horas de la intervención, si no aparece ninguna complicación a lo largo del proceso. Los profesionales que han asistido a la mujer les ofrecen los informes médicos y una cita con los profesionales de asesoramiento reproductivo a los seis meses de la pérdida, con la intención de informarles de los resultados de la necropsia y ofrecer un espacio donde formular preguntas respecto a nuevos embarazos. Este momento es para muchas parejas el final de un largo y arduo proceso y a la vez el inicio de una nueva etapa en la que muchas veces se recobra la ilusión y las ganas de tener otro hijo. Un aspecto relevante a destacar es que en la mayoría de los casos se ofrece a las parejas la posibilidad de controlar un futuro embarazo en el hospital, pues ya conocen su historia y riesgo. Esto tranquiliza y da seguridad a las parejas.

1.3. Circuito ante el diagnóstico de muerte fetal: óbito fetal, muerte prenatal

La conducta ante el diagnóstico de muerte fetal en el Hospital de Vall d'Hebron se estructura de la siguiente manera:

- a) Dar información y soporte psicológico a la gestante y a la pareja
- b) Prevenir los efectos negativos sobre la salud materna
- c) Finalizar la gestación
- d) Hacer el diagnóstico etiológico del proceso
- e) Orientar a la pareja ante futuras gestaciones

Aproximadamente el 80% de las mujeres con un feto muerto empiezan el parto espontáneamente en dos o tres semanas, período de latencia que acostumbra a ser más corto cuanto más cerca se está del término de la gestación. La angustia que el diagnóstico genera en la paciente y la probable repercusión sobre la coagulación materna hacen aconsejable proponer una inducción posterior al diagnóstico. La inducción puede ser inmediata o al cabo de unas horas, cuando la pareja haya asumido el diagnóstico superando el *shock* inicial.

El protocolo de inducción al parto se estructura en tres fases:

Período de dilatación:

Los profesionales sanitarios intentar disminuir al máximo la percepción de dolor administrando la analgesia adecuada e instaurando una anestesia epidural en cuanto las condiciones obstétricas lo permiten. Se evitan normalmente los narcóticos, ya que aumentan la sensación de irrealidad que rodea a las muertes perinatales. Paralelamente se favorece el acompañamiento continuo por un familiar, que preferiblemente es la pareja. Durante este proceso se evita en lo posible el contacto o la audición del llanto de recién nacidos que puedan estar en los paritorios cercanos. Se intenta tener especial cuidado a la hora de informar en todo momento de las medidas terapéuticas que se van a poner en marcha y a no eludir las preguntas de la paciente, o de su familia, respecto a lo sucedido.

Período de expulsivo:

En este período es preferible evitar las anestесias generales pues la pérdida de conciencia en el momento del nacimiento interfiere con el proceso de duelo normal y puede causar conflictos psicológicos posteriores. Otro aspecto importante es el de ofrecer, tanto a la madre como al padre, la posibilidad de ver al recién nacido pues tal como hemos expuesto anteriormente, la visión del mortinato es la mejor manera de que la pareja asuma la situación y pueda iniciar el duelo con normalidad. En aquellos casos en que ninguno de los dos desee verlo, se solicita que lo haga algún familiar. Cuando el niño tiene malformaciones externas importantes se notifica previamente a la pareja y se valora la conveniencia de mostrarlo parcialmente cubierto o no. Si se hace así, siempre es por solicitud de la pareja, no por iniciativa del personal sanitario, ya que las fantasías respecto a las deformidades suelen ser mucho peores que la propia realidad.

Postparto:

Se traslada a la paciente a una planta en la que no haya recién nacidos y se valora la necesidad de apoyo adicional (intervención del psicólogo, trabajador social). En cuanto la situación física de la puérpera lo permite, se proporciona el alta hospitalaria y se indica hora de visita para conocer los resultados finales del estudio necrósico. Los protocolos del hospital hacen especial hincapié en no evitar hablar de lo sucedido, pues esto facilita el entendimiento de lo ocurrido y no crea en la paciente la sensación de que resulta molesta o incómoda para el personal sanitario.

1.4. Recorrido asistencial ante la muerte postnatal

Las muertes postnatales que se han seguido en el presente estudio han tenido lugar mayoritariamente en la unidad de neonatología del hospital. Los niños afectados por alguna complicación son ingresados en las unidades de cuidados intensivos que se encuentran en la planta dos de pediatría, donde se controlan sus constantes vitales y se les realizan pruebas e intervenciones médicas para conocer su estado y pronóstico. Este seguimiento lo llevan a cabo las enfermeras pediátricas y los neonatólogos. Los padres realizan visitas diarias a la unidad y pueden acompañar a su hijo durante el ingreso durante unas horas determinadas. Hay que destacar los

continuos cambios que se producen en cuanto a la implicación en los cuidados por parte de los padres y el acompañamiento de estos a lo largo de la hospitalización de su hijo, siempre y cuando las condiciones de salud lo permitan. Durante este período se les ofrece apoyo psicológico a las parejas, si así lo desean y se dispone de un espacio físico donde poder hablar y compartir su dolor.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Embarazo

El entorno sociocultural del embarazo ha sufrido muchos cambios, sobre todo en los últimos años. Los cambios socioeconómicos y la incorporación de la mujer al trabajo han repercutido en la maternidad. La elección de tener un hijo resulta una decisión a veces difícil y la tendencia social general es la de alargar más la edad en que una mujer tiene su primer embarazo. Los nuevos retos laborales a los que se ve inmersa la mujer y la dificultad para conseguir una estabilidad laboral son algunos de los factores que inciden en estos cambios. Otro aspecto importante, que ha evolucionado notablemente en los últimos años, hace referencia a los avances en cuanto a los métodos de contracepción, que permiten tener o no tener un hijo y en numerosas ocasiones también escoger el momento. La tendencia social a obtener la inmediatez y aquello que se desea conlleva en numerosas ocasiones una especie de obligación de éxito. Se presupone que lo deseado se conseguirá cuándo y cómo uno se propone, esfumándose frecuentemente la posibilidad de fracaso. En este sentido, cada vez más las parejas tienden a programar el momento e incluso el mes en que desean tener un hijo. Si no se cumplen los planes previstos aparece la frustración, especialmente si tarda en llegar el embarazo, momento en que aparece la angustia y se activan las alertas en cuanto a una posible infertilidad.

Con relación a los avances en medicina, la adquisición de nuevos conocimientos y nuevas técnicas médicas ha disminuido el riesgo obstétrico, tanto para la madre como para el feto, pero al mismo tiempo plantea una dimensión dolorosa a la malformación, al final del embarazo, al nacimiento del niño muerto al nacer o a su muerte precoz. Se detectan numerosas malformaciones cada vez más tempranamente, planteando a la mujer y a la pareja la decisión en cuanto a vivir con el *hándicap* o poner fin a la gestación. En otras ocasiones se plantean intervenciones *in útero* con el objetivo de resolver o mejorar patologías fetales. Las expectativas de éxito son altas a veces, comportando un duro golpe cuando no se ha podido resolver el problema. Cada vez más el individuo se encuentra inmerso en un conocimiento y toma de decisiones, debidos mayormente a los avances tecnológicos pero también a los

cambios en cuanto a las expectativas sociales, que lo implican activamente tanto en el proceso como en el resultado.

2.2. La vivencia de la maternidad

La noticia del embarazo es para la mujer una fuente de emociones, de pensamientos, de fantasmas y de reacciones entorno a la concepción, la procreación, el hecho de convertirse en madre y estar embarazada. La mayoría de autores que han investigado los aspectos emocionales del embarazo, coinciden en destacar que más allá de las propiedades puramente innatas o biológicas, existen una serie de procesos mentales que se llevan a cabo a lo largo de los nueve meses del embarazo que lo convierten en una experiencia particularmente especial. La gestación es un período de reorganización psíquica para la mujer, en el que confluyen diferentes e importantes aspectos tales como el deseo de concebir un hijo con su compañero, la vivencia de la gestación y las expectativas en cuanto al parto y a la crianza del futuro hijo. En la mente de la mujer encinta se desarrollan múltiples imágenes, esperanzas, temores y deseos sobre su futuro bebé, como hijo de ella y de su pareja, como nieto de sus propios padres, como individuo con su propio carácter, elementos a los que se denominan representaciones maternas. Las representaciones maternas son tan importantes como las transformaciones que sufre el cuerpo de la gestante.

Otro punto importante a tener en cuenta es la elaboración del hijo imaginario. El concepto del hijo imaginario nos remite al hecho de que “durante el embarazo la mujer y su pareja buscan un hijo que represente todo aquello de lo que carecen o lo que no han conseguido realizar en su vida y a lo que aspiran. Si ya se tienen hijos, el nuevo embarazo aportará a la familia un hijo distinto a los demás, con cualidades y rasgos distintivos que beneficiarán a la comunidad existente hasta entonces” (Berbel y Pi-Sunyer, 2001, pp. 124-125).

Las representaciones maternas y la formación del hijo imaginario dan desde la gestación un lugar al hijo en el espacio psíquico de la madre, que tendrá repercusiones en los vínculos familiares. Stern en su libro *El nacimiento de una madre* (1999) argumenta que toda madre tiene que nacer psicológicamente al igual que su hijo nace físicamente. “Convertirse en una madre es posible gracias al trabajo que cada mujer realiza psíquicamente y no surge en un momento concreto sino

gradualmente a través del trabajo acumulativo de los meses anteriores y posteriores al nacimiento del hijo. Resultado de este proceso es una actitud mental diferente de la que la mujer había tenido hasta ese momento para adaptarse a la nueva maternidad, construyendo una nueva identidad” (Stern, 1999, p 13).

2.2.1.1. Evolución de las representaciones maternas y el hijo imaginario durante el embarazo

Primer trimestre

En los primeros meses del embarazo la mujer percibe al embrión o feto más como una parte del propio cuerpo que como un ser autónomo. La gestante se plantea preguntas referentes a su cuerpo, al futuro, a su compañero y a la relación que tiene con él. Es un tiempo en el que la madre evoca su propia infancia, las maternidades de su madre o las de embarazos anteriores para aquéllas que ya han tenido esta experiencia anteriormente. El embarazo en esta etapa no es visible y muchas mujeres se ven aquejadas por náuseas, vómitos y molestias propias de los cambios hormonales. En este período la presencia del hijo es muy discreta y para algunas madres todavía no es una realidad.

Hasta el cuarto mes de embarazo hay pocas representaciones maternas respecto al futuro hijo. Éstas se reactivan rápidamente con el inicio de la actividad intrauterina (Ammaniti, 1991; Piontelli, 2002). Las primeras percepciones del feto como “persona” se vinculan a la aparición de los primeros movimientos fetales. En esta etapa toma gran relevancia la técnica de la ecografía, pues proporciona información en cuanto a obtener una imagen del feto/hijo, observar sus movimientos e incluso escuchar el latido de su corazón.

Segundo trimestre

Entre el cuarto y séptimo mes, el bebé adquiere forma en la imaginación. Normalmente hasta que una mujer no está segura de la viabilidad de su embarazo (generalmente a partir de la semana 12 de gestación) no se atreve a pensar específicamente en el hijo que va a tener. Esto es especialmente cierto si con anterioridad ha tenido un aborto o considera su embarazo en situación de riesgo por alguna razón.

Es también durante este tiempo el momento en el que muchas de las molestias propias del embarazo se esfuman y disminuye considerablemente el riesgo de aborto espontáneo. Se instaura un cierto equilibrio, momento en que se vuelve agradable estar en cinta: el bebé existe de verdad. En este período el embarazo es innegable, se ve y los primeros movimientos activos del feto se empiezan a sentir. Durante el cuarto mes, la experiencia con el feto real se antepone a la imagen imaginada de su bebé gracias a las imágenes de las ecografías y a los movimientos que empieza a realizar el feto. Los padres hablan de su hijo en futuro y hacen proyectos para después del nacimiento.

El reconocimiento social del embarazo empieza a hacerse también durante este tiempo: los otros lo ven, hablan de él y la madre toma progresivamente conciencia de esta presencia viva en ella. El niño se convierte en un hecho más real, se materializa y los proyectos son más precisos.

Tercer trimestre

El último trimestre del embarazo es un tiempo de angustias, fantasmas y duelo por la finalización de la gestación, la anticipación del parto y la aparición más activa de pensamientos y expectativas respecto a cómo irá con el bebé. Es en estos momentos cuando el feto pasa a convertirse en niño o bebé. Hacia el séptimo u octavo mes el bebé imaginado está tan definido en su forma como lo está por el embarazo. El niño dentro de la barriga crea sensaciones propioceptivas que dan a la madre la posibilidad de fantasear, y es en el momento del nacimiento cuando se produce la visión, tocar y oler al niño, cuando el hijo imaginario se confronta al hijo real.

Autores como Stern (1997) constatan que del séptimo al noveno mes de gestación se produce un descenso en la calidad y cantidad de las representaciones maternas sobre el futuro bebé. Según estos autores parecería un aspecto protector tanto para el hijo como para la madre, en el sentido de evitar la potencial discordancia entre el *hijo real* y el *hijo representado o fantaseado*. A partir del parto la madre elabora representaciones basadas en las características temperamentales y propias de su hijo, relativizando aquellas otras que había construido durante el embarazo.

2.3. El diagnóstico prenatal

El objetivo del diagnóstico prenatal es determinar el grado de bienestar fetal y descartar patologías del feto y en caso de diagnóstico de una patología, esclarecer su etiología, pronóstico y posible tratamiento. Cesbron (1996) argumenta que histórica y culturalmente el diagnóstico prenatal está marcado por una terapéutica que lleva sus propias contradicciones, "*Tan sólo el anuncio de la necesidad de llevar a cabo un diagnóstico prenatal, confronta a los padres a la inquietud, al miedo y a la angustia*". A pesar de todos los avances y nuevas perspectivas que aporta la medicina fetal, el aborto permanece todavía con frecuencia como la única alternativa, oponiéndose a la aceptación del *hándicap* grave.

Ante la alerta de una anomalía, los padres se enfrentan a un momento delicado que requiere el acompañamiento por parte de todo el equipo médico. El tomarse el tiempo para hablar con ellos sobre lo que siente en la consulta y ofrecer una escucha y una atención específica es altamente beneficioso para su equilibrio emocional (Pi-Sunyer, 2001). El diagnóstico de malformación comporta una distorsión del hijo imaginario e impacta fuertemente en las representaciones maternas. La madre presenta dificultades para volver a hacer lo que hacía antes de conocer la noticia. Muchas mujeres no pueden evitar pensar continuamente en el problema o malformación, aislándose muchas veces de la pareja y de la familia. Se adjudican mucha responsabilidad, la de cuidar a su bebé, que se ha visto truncada por la noticia recibida y se sienten en cierta forma responsables de lo que pasa en ese momento y en un futuro.

El progreso en el conocimiento de la vida fetal conlleva algunas veces la trágica alternativa de dejar vivir un niño a veces gravemente enfermo o de hacerlo desaparecer con su enfermedad. En determinadas ocasiones la toma de decisión es un proceso largo, pues hay malformaciones que son compatibles con la vida y que se detectan pronto y hay que sopesar las diferentes alternativas ante la evolución y el pronóstico.

Las leyes y prácticas médicas son diferentes en función del país pero el diagnóstico prenatal y la decisión de detener un embarazo comportan importantes dilemas éticos siempre. El examen ecográfico se ofrece de forma rutinaria en cada trimestre con la intención de detectar malformaciones fetales; el *screening* del

síndrome de Down mediante el cribado bioquímico y la medición de la translucencia fetal nuchal se ofrece sistemáticamente a todas las mujeres embarazadas independientemente de la edad. La amniocentesis se propone cuando se encuentran resultados alterados en el cribado o cuando la edad de la mujer es avanzada (a partir de los 38 años).

En algunas ocasiones el diagnóstico de una anomalía se realiza una vez pasado el plazo legal para realizar una interrupción médica del embarazo, que en España en el período en que se llevó a cabo el estudio estaba en la semana 22 después de la última menstruación, y los padres no puedan plantearse esta posibilidad (al menos dentro de un marco legal). En otras ocasiones se diagnostica la malformación e, incluso presentando problemas que son incompatibles con la vida, los padres deciden continuar con la gestación. Ilse (2005) en su libro “brazos vacíos” habla de tres tipos de pérdidas a las que se enfrentan los padres que deciden practicar una interrupción del embarazo. En primer lugar la pérdida de sus sueños y del bebé planeado, en segundo término el enfrentamiento a un bebé con un defecto de nacimiento o una enfermedad genética, y finalmente el estigma social que comporta practicar un aborto.

2.4. El duelo

El DSM-5 define el duelo (Z63.4) como una reacción ante la muerte de una persona querida, en la que algunos individuos afligidos presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor, como sentimientos de tristeza con otros síntomas asociados como insomnio, falta de apetito y pérdida de peso.

Algunos de los autores más relevantes que han estudiado el tema del duelo (Bowlby, 1961; Freud, 1917; Lindemann, 1944; Niemeyer, 2000; Parkes y Weiss, 1983; Rando, 1983) definen el duelo como la reacción ante una pérdida que puede ser la muerte de un ser querido, pero también la pérdida de algo físico, simbólico, cuya elaboración no depende del paso del tiempo sino del trabajo que cada individuo lleva a cabo. Todos ellos coinciden en definir el duelo como un proceso que cambia el curso normal de la vida de una persona, considerándolo a la vez un proceso “normal”, en el sentido que la mayoría de individuos lo experimentan tras una pérdida.

El duelo se caracteriza por la presencia de síntomas afectivos, conductuales, cognitivos y fisiológicos. Algunos sentimientos propios del duelo son la tristeza, el enfado, la culpa y el autoreproche, la ansiedad, la soledad, la fatiga, la impotencia, el *shock*, el anhelo y el alivio. Las sensaciones físicas experimentadas habitualmente son el vacío en el estómago, la opresión en el pecho y en la garganta, la sensación de despersonalización, la falta de aire, la debilidad muscular, la falta de energía y la sequedad de boca. Las cogniciones hacen referencia a la incredulidad, la confusión, la preocupación y en algunos casos la presencia de alucinaciones visuales y auditivas. En cuanto a las conductas más frecuentemente experimentadas, cabe destacar los trastornos de sueño y de alimentación (por exceso o por defecto), el aislamiento social, llorar y soñar con el fallecido.

La duración y expresión de un duelo “normal” varía entre las culturas. Diferentes autores han estudiado y descrito los diferentes procesos y estrategias de abordaje terapéutico desde distintas orientaciones teóricas pero aquello en lo que todos coinciden es en las fases por las que la mayoría de personas que se confrontan a una pérdida pasan. En el apartado siguiente se presentan los aspectos más relevantes en relación con el estudio del concepto de duelo y evolución desde diferentes perspectivas teóricas.

2.4.1. Principales aportaciones teóricas del duelo

A continuación se presentan algunos de los autores más significativos respecto al estudio del duelo, así como las aportaciones teóricas más relevantes.

2.4.1.1. Sigmund Freud

Se atribuye a Freud (1917) el haber delineado el estudio de los procesos psicológicos del duelo durante el siglo XX. Freud propuso la primera teoría intrapsíquica del duelo en su trabajo “*Duelo y melancolía*”. Consideró el duelo como una respuesta normal en el curso de la vida: “*todos tenemos pérdidas, todos nos afligimos, todos sobrevivimos*”. Para Freud el duelo es una reacción normal a la pérdida de una persona amada o a la pérdida de alguna abstracción que ha tomado el lugar de aquélla. Es normal en el sentido que es una parte necesaria de la respuesta ante una pérdida.

El modelo psicodinámico basado en las teorías psicoanalíticas propuestas por Freud se enfoca en el proceso intrapsíquico de la aflicción. De acuerdo con esta teoría, el proceso de la aflicción está acompañado por un retiro gradual de la energía emocional (libido) del objeto amado perdido. Debido a que renunciar a esa unión es emocionalmente doloroso, los síntomas de la aflicción pueden ser entendidos como una negación inicial de la pérdida, seguido por un proceso de preocupación, con pensamientos de la persona muerta, durante el cual los recuerdos son recuperados y revisados, permitiendo así que la vinculación con la persona desaparecida sea gradualmente retirada. El trabajo de duelo es completado cuando el individuo ha liberado emocionalmente la energía, estimulándose por nuevas relaciones.

Al valorar la realidad y reconocer que el objeto amado ya no existe, se requiere que toda la libido sea retirada de su unión al objeto amado (lo cual requiere un gran esfuerzo) y el individuo esté nuevamente libre para reinventarla en otro sujeto. Debido al rechazo a dejar el objeto amado, este proceso sólo puede ser realizado lentamente, poco a poco con el paso del tiempo. Durante este período de dejar ir, la persona habitualmente pierde el interés por todas las cosas, no puede experimentar amor y le invade un sentimiento de desesperanza. Para Freud el duelo es un proceso extraordinariamente doloroso que permite al superviviente desligar del desaparecido sus regalos y esperanzas, un proceso dinámico.

2.4.1.2. Eric Lindemann

Lindemann (1944) siguió la teoría planteada por Freud pero es uno de los pioneros en el estudio del concepto mediante la observación y descripción de una muestra de población en duelo. Trabajó con los familiares que habían perdido sus seres queridos en el incendio del club nocturno llamado *Coconut Grove* en 1942 donde fallecieron 500 personas. A partir de sus observaciones en 101 participantes con un duelo reciente, describió patrones similares que identificó como las características patognomónicas del duelo normal o agudo:

- Presencia de algún tipo de malestar somático corporal
- Preocupación por la imagen del fallecido
- Culpa relacionada con el fallecido o con las circunstancias de la muerte
- Reacciones hostiles

- Incapacidad para funcionar cómo se solía hacer antes de la pérdida

Rando (1966), Rees (1997) y Stroebe y Stroebe (1997) señalan algunas limitaciones de sus estudios tales como que la muestra estudiada no era lo suficientemente representativa de la población general, pues algunas de las muertes cuyo duelo estudió eran muertes traumáticas. También apuntan a la ausencia de detalles de las entrevistas, la duración y la frecuencia de las características que Lindemann describía.

2.4.1.3. William Worden

Worden ha sido una de las autoridades mundiales en el estudio de este concepto. Autor del libro *“El tratamiento del duelo”* (1997), lo define como un estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada, asociándose a síntomas físicos y emocionales. Concibe el duelo como un proceso más activo e introduce la idea de realizar tareas para que haya un trabajo de duelo efectivo. Este autor introduce la idea de tarea en lugar de hablar de fases, teniendo en cuenta que la tarea implica un papel más activo del individuo. Las tareas que plantea que se deben realizar para establecer el equilibrio y para completar el proceso de duelo tras una pérdida son:

- a) Aceptar la realidad de la pérdida

Cuando alguien muere siempre hay cierta sensación de irrealidad. En este sentido, la primera tarea consiste en afrontar plenamente la realidad de que la persona está muerta, que se ha marchado y no volverá. Llegar a aceptar la realidad de la pérdida lleva tiempo, pues implica no sólo una aceptación intelectual sino también emocional. Algunos rituales como el del funeral ayudan al sujeto a encaminarse hacia esta aceptación.

- b) Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida

El dolor de la pérdida hace referencia al dolor físico literal que mucha gente experimenta y también al dolor emocional y conductual asociado. La negación de esta segunda tarea comporta el bloqueo de los sentimientos y la negación del dolor que está presente. La evitación de las cosas que recuerdan al fallecido y el consumo de drogas o alcohol son algunas de las maneras de mantener esta negación. Uno de los

propósitos del acompañamiento psicológico según Worden consistiría en ayudar al individuo a facilitar este proceso, ya que si éste no se completa adecuadamente es posible que sea necesaria una terapia más adelante, siendo más difícil su tratamiento que en el momento de la pérdida.

c) Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente

Adaptarse a un nuevo medio significa cosas diferentes para cada individuo, dependiendo de cómo era la relación con el fallecido y de los diferentes roles que éste desempeñaba. En cualquier caso, conlleva la reubicación del sujeto y muchos aspectos del entorno ante la pérdida.

d) Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo

En un primer momento y sobre todo debido a la influencia de los trabajos de Freud con relación al duelo, esta tarea fue denominada *Retiro gradual de la energía emocional y reinversión en otra relación*. Posteriormente se reformuló, pues daba pie a confusión en el sentido de que el individuo nunca pierde los recuerdos de una relación significativa. La tarea del asesor no es que la persona renuncie al fallecido, sino ayudarle a encontrar un lugar adecuado para él en su vida emocional, un lugar que le permita seguir viviendo en el mundo ante su ausencia.

Anteriormente se ha hecho referencia a que es difícil dar una respuesta concreta con relación a cuándo finalizaría el proceso de duelo. Según Worden el duelo termina cuando las tareas descritas han finalizado, un período que suele durar unos dos años. Es decir, finaliza cuando la persona es capaz de hablar del fallecido sin manifestaciones físicas como un llanto intenso o sensación de opresión en el pecho.

2.4.1.4. John Bowlby

Bowlby es considerado uno de los psicólogos más influyentes del siglo XX debido en gran parte a sus aportaciones de la teoría del vínculo afectivo y su teoría del apego. Para Bowlby las respuestas de apego y separación en los niños son las mismas que se observan en los adultos ante la pérdida de un ser querido, entendiendo éstas como una "ansiedad de separación". Propone su primer modelo sobre las etapas del duelo en 1961, basado principalmente en los influyentes trabajos de Freud y Lindemann.

Este autor define el duelo cómo *“una respuesta adaptativa, que se basa en el valor del apego en la supervivencia”*. Señala la importancia de los condicionantes sociales en el duelo y de la redefinición del superviviente y de su contexto. Es a partir de los resultados de un trabajo en el que entrevistó a 22 mujeres viudas en cinco ocasiones durante el proceso duelo (Parkes, 1964; Bowlby y Parkes, 1970) que plantea la existencia de tres etapas: añoranza y búsqueda de la persona perdida, desorganización y reorganización. Posteriormente describe la etapa de embotamiento que se incluye en la descripción siguiente del proceso de duelo.

a) Fase de “choque o incredulidad y embotamiento”

Es un período de aturdimiento y falta de crédito cuyo objetivo es proteger al individuo del impacto total de la pérdida. La duración es variable, entre varias horas y dos semanas, y durante este tiempo las personas expresan un sentimiento de vacío y no pueden aceptar intelectualmente la pérdida, siendo incapaces de concentrarse y aceptando sólo información selectiva.

b) Fase de “nostalgia y búsqueda”

Esta fase se inicia cuando la realidad del desaparecido empieza a imponerse. Se caracteriza por un período agudo de pesar con episodios de ira, adjudicación de la culpa y perturbación, pensamientos e imágenes casi alucinatorias y episodios de llanto y desesperación. Esta fase aparece como un intento inconsciente de buscar al fallecido. La ira es un elemento central en esta etapa, los individuos se sienten defraudados y protestan por la injusticia de la muerte, repasando reiteradamente los acontecimientos que precedieron a la pérdida. Con relación a la culpa, ésta tanto puede dirigirse hacia uno mismo en forma de auto-reproches, como expresarse en hostilidad contra otros: Dios, el equipo médico, la pareja, el destino...

c) Fase de “desorganización”

Esta fase no debe confundirse con el trastorno depresivo, aunque muchos de los síntomas que se manifiestan son similares, tales como la presencia de tristeza, la disminución de la autoestima, la falta de atención y el retraimiento social. Este período de desorganización tiene una duración aproximada entre seis meses y un año. El tiempo permite el paso de la fase aguda a la reanudación paulatina de las actividades cotidianas.

d) Fase de “reorganización”

En ésta se produce una aceptación de la pérdida. Las relaciones familiares se estabilizan y se recupera la participación activa en la vida, incluyendo el interés por hacer planes de futuro.

2.4.1.5. Therese Rando

Rando (1986) diferencia entre los términos *grief* y *mourning*. El concepto *grief* se refiere al proceso por el que se experimentan las reacciones consecuentes a la propia percepción de la pérdida. El término *mourning* incluye además un afrontamiento de la pérdida a través de la reorientación de sí mismo para adaptarse al mundo en ausencia del fallecido.

El proceso de elaboración del proceso de duelo según este autor pasaría por seis fases:

- a) Reconocer la pérdida: tomar conciencia de la muerte y alcanzar su comprensión.
- b) Reaccionar a la separación: experimentar el dolor, sentir, identificar, aceptar y encontrar formas de expresión para las reacciones psicológicas ante la pérdida.
- c) Recordar y re-experimentar al difunto y la relación que se tenía con él.
- d) Renunciar a los viejos vínculos con el fallecido y a la anterior visión del mundo.
- e) Reajustarse al nuevo mundo de forma adaptativa sin olvidar lo anterior: desarrollar una nueva relación con el ausente, adoptar nuevas formas de estar en el mundo, formar una nueva identidad.
- f) Reinvertir la energía en el presente y mirar hacia el futuro.

Rando señala la necesidad y reivindica la importancia de crear nuevos modelos teóricos en función de la particularidad de la pérdida, como es en este caso la pérdida de un hijo. Matiza alguno de los supuestos del modelo de Worden, sobre todo en lo

que se refiere al duelo de los padres ante la pérdida de un hijo. En relación con la primera tarea “aceptación de la realidad de la pérdida”, argumenta que en el caso de unos padres ésta no es posible, pues va contra natura “*es difícil entender que un padre haya sobrevivido a un hijo*”. En cuanto a la segunda tarea “trabajar el dolor de la pérdida”, es complicada pues no sólo se sufre por la pérdida del hijo sino también por la pérdida de los sueños y planes de futuro como padres. Por lo que a la tercera tarea se refiere “adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente” es difícil para los que tengan otros hijos, pues deben continuar ejerciendo el rol de padres.

Rando presta especial atención a las pérdidas que carecen de reconocimiento social, ya que quienes las sufren no pueden disfrutar del estatus y apoyo que se acostumbra a dar a las personas que sufren la muerte de un familiar cercano. Un ejemplo de ellas es la muerte perinatal, objeto de nuestro estudio. Este autor insiste en señalar que el duelo no es un proceso estrictamente individual sino que gran parte de su elaboración tiene que ver con la reafirmación, el fortalecimiento y la ampliación de las conexiones con los demás. Es en ese sentido que compartir la historia personal ayuda a dar nombre y forma a los significados de la experiencia vital y a poner orden a la serie confusa de acontecimientos.

Otro aspecto relevante que aporta este autor a la teoría del duelo es el impacto que la pérdida puede tener en función de la etapa del ciclo vital familiar en el que acontece, aspecto importante también en nuestra investigación. En este sentido cabe señalar que la juventud de los padres comporte que sea la primera o una de las primeras pérdidas a las que se enfrentan, aspecto que influye en el impacto que produce y en su elaboración.

2.4.1.6. Rober A. Neimeyer

Neimeyer (2000) propone un nuevo modelo teórico del duelo, fruto de la evolución de la corriente clásica. Realiza un análisis desde una perspectiva constructivista, definiendo el duelo como una reconstrucción de significados y destacando lo particular y lo activo del proceso, a diferencia de lo universal y pasivo propuesto por las primeras teorías.

Según este autor la elaboración del duelo está determinada no sólo por las emociones, sino también por el contexto relacional y los significados particulares de la

persona en duelo, que tienen que ser reconstruidos después de la pérdida: *“la muerte transforma las relaciones con la persona querida, en lugar de ponerles fin”*. Esto implicaría que no es necesario distanciarse de los recuerdos del ser querido, sino *“convertir una relación basada en la presencia física en otra basada en la conexión simbólica... Conservando esta relación que fue fundamental en el pasado, se puede dar continuidad a una historia vital ininterrumpida por la pérdida, emprendiendo el duro trabajo de inventar un futuro lleno de sentido”* (Neimeyer, 2002, pp 75-76).

La importancia recae sobre una reconstrucción de significados que permite contemplar las creencias particulares, teniendo como telón de fondo la cultura a la que uno pertenece, sin connotaciones a priori de anormalidad. Neimeyer establece los siguientes patrones comunes en lo que al ciclo de duelo se refiere:

a) Evitación

La realidad de la pérdida es imposible de asimilar y produce aturdimiento y confusión, razón por la que se intenta evitar la plena consciencia de una realidad que resulta demasiado dolorosa para asumirla. A medida que la persona va siendo más consciente de la realidad de la pérdida empiezan a emerger reacciones emocionales más intensas, que a menudo incluyen protestas airadas contra quienes se cree que pueden ser responsables de la muerte.

b) Asimilación

Después de quedar desprotegidos por la conmoción y una vez externalizadas la ira y la evitación, la persona empieza a experimentar la soledad y tristeza con toda su intensidad. Se limitan las actividades y se produce un distanciamiento del mundo social más amplio, dedicando cada vez mayor atención a la absorbente elaboración del duelo que hay que hacer para adaptarse a la pérdida. Esta etapa suele ir acompañada de síntomas depresivos, que incluyen la tristeza, los períodos de llanto impredecible, los trastornos de sueño y del apetito, la pérdida de motivación y la incapacidad para concentrarse o disfrutar con el trabajo o la diversión y la desesperanza respecto al futuro.

c) Acomodación

La angustia y la tensión empiezan a ceder en la dirección de una aceptación resignada de la realidad, la recuperación de un mayor autocontrol emocional y la vuelta a la normalidad de los hábitos de alimentación y descanso.

Por lo que respecta a la duración o curso del duelo, Neimeyer plantea que existen marcadas disrupciones en el nivel de funcionamiento del superviviente que siguen meses después de la pérdida y consecuencias más sutiles que tienen repercusiones a lo largo de toda la vida del individuo.

De este recorrido histórico por la elaboración del constructo de duelo se derivan algunos aspectos importantes, tales como que la muerte no tiene un significado universal para todos, la necesidad de que el individuo tome un papel activo en el proceso y la relevancia de los significados personales de cada pérdida, al tiempo que la descripción de cómo el mundo del individuo queda transformado por ésta. En la Tabla 1 se resume la información que acabamos de exponer.

Tabla 1: Resumen de las aportaciones teóricas relevantes en el estudio del duelo

| Fases del duelo | I | II | III | IV | VI | VII |
|------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---|--|----------------------------|-----------------------|
| Freud (1917) | Negación de la pérdida | Preocupación por la pérdida | Liberación emocional y estimulación por nuevas relaciones | | | |
| Worden (1991) | Aceptar la realidad de la pérdida. | Trabajar las emociones y el dolor | Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente | Recolocar emocionalmente al fallecido | | |
| Bowlby (1980) | Embotamiento, incredulidad | Nostalgia y búsqueda. | Desorganización | Reorganización | | |
| Rando (1986) | Reconocer la pérdida | Reaccionar a la separación | Recordar al difunto | Renunciar a los viejos vínculos con el fallecido | Reajustarse al nuevo mundo | Reinvertir la energía |
| Neimeyer (2000) | Evitación | Asimilación | Acomodación | | | |

2.4.2. Implicación de los síntomas depresivos en el proceso de duelo y posibles complicaciones

Duelo y depresión conviven cuando se experimenta una pérdida, motivo por el que la sintomatología de ambos puede llevar a confusión en algunas ocasiones. El duelo es un proceso normal y necesario para superar la pérdida de un ser querido y tiene que ser respetado, al tiempo que no hay que evitar su evolución. Es una reacción dolorosa y limitada ante la pérdida, caracterizada en primer lugar por la tristeza, mientras que la depresión es un síndrome clínico con algunos síntomas como pérdida de apetito, problemas de sueño y fatiga, que tienden a empeorar en la vida diaria.

Los síntomas psicológicos y afectivos del duelo pueden confundirse o solaparse con una depresión mayor, aunque se distinguen por criterios sintomáticos y de duración del episodio según establece el manual para la clasificación de enfermedades de la *American Psychiatric Association* (DSM-5, 2013).

Algunos de los síntomas depresivos que no se observan en el duelo son:

- La culpa por cosas diferentes que las acciones realizadas o no por el superviviente en el momento de morir la persona querida
- Los pensamientos de muerte, más que de voluntad de vivir
- El sentimiento de inutilidad
- El enlentecimiento psicomotor acusado y prolongado
- Las experiencias alucinatorias distintas a escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida

La culpabilidad presente en el duelo se caracteriza por un sentimiento de vacío y pérdida y disminuye de intensidad en los días y semanas que siguen a la muerte, produciéndose en oleadas que tienden a asociarse a pensamientos o recuerdos del difunto. Si aparecen pensamientos de muerte en los dolientes, éstos se centran en el difunto y en la posibilidad de “reunirse con él”, no en el sentimiento de inutilidad característico de la depresión.

Por lo que respecta al duelo perinatal y a los síntomas depresivos, éstos están presentes entre un 20% y un 55% de las mujeres que acaban de sufrir un aborto, con porcentajes decrecientes en los meses siguientes (Janssen et al. 1997; Neugebauer, 2003). Otros autores presentan cifras de prevalencia de depresión mayor entre la población que experimenta una pérdida perinatal entre el 10% y el 50%. Friedmann y Gath (1989) encuentran un 48% a las cuatro semanas del aborto y Neugebauer et al. (1997) un 10,9% a los seis meses, siendo el riesgo relativo de depresión mayor 2,5 veces superior respecto al grupo control (población comunitaria), con remisión un año más tarde de haber sobrevenido el aborto.

A modo de conclusión cabe señalar que la depresión es una de las posibles complicaciones del duelo, pero no debe diagnosticarse a menos que los síntomas estén presentes en los dos o tres meses siguientes tras la pérdida.

Por lo que respecta a las posibles complicaciones del duelo, algunos autores intentan definir situaciones de riesgo. Lazare (1979) delimita algunas situaciones que pueden dar lugar a un duelo complicado:

- Situaciones en que no se permite al superviviente hablar socialmente de la pérdida.
- Situaciones en que se produce una negación social de la muerte. Cuando la persona y los que la rodean actúan como si no hubiera ocurrido. Una de estas situaciones remite al aborto y al fallecimiento del hijo no nacido, pues una de las características del duelo perinatal, sobre todo en el caso de las interrupciones y óbitos fetales, es la falta de un reconocimiento social y el hecho de que la pérdida está más en el plano simbólico que en la realidad.
- Situaciones en que no hay una red social de apoyo para la persona en duelo.

Según Bowlby (1980) y Parkes (1986) los mecanismos psicológicos por los cuales el duelo puede evolucionar en un duelo patológico se dan cuando no ha habido una adaptación completa del individuo a la pérdida que permita la reorganización de su vida.

Tres posibles complicaciones del duelo son:

- La ausencia del duelo consciente: Puede comportar posteriormente descompensaciones psicológicas caracterizadas por síntomas depresivos, ansiedad y enfermedades psicosomáticas.
- El duelo ambivalente: Hace referencia a aquellos casos en que se produce una recuperación demasiado rápida, apareciendo posteriormente sentimientos de nostalgia, culpabilidad y conductas de autoagresión.
- El duelo crónico: Casos en que el proceso se cronifica por la persistencia de la ira, manifestada por irritabilidad, nerviosismo y agresividad, que evoluciona hacia un trastorno depresivo.

2.5. El duelo perinatal

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el período perinatal se extiende desde las 22 semanas de gestación hasta una semana de vida independiente. Kowalski (1987) prolonga el período perinatal desde la concepción del embarazo hasta el final del primer año de vida, lo que incluye como pérdidas perinatales los embarazos ectópicos, espontáneos e inducidos, la muerte intraútero e intraparto y la muerte neonatal y postnatal. Theut, Pedersen, Zaslow et al. (1989) y Moscarello (1989) definen la pérdida perinatal como la pérdida del feto en cualquier momento del embarazo, incluyendo las muertes neonatales hasta los 28 días de vida después del parto. Teniendo en cuenta estas definiciones del concepto, en el presente estudio se considerará la muerte perinatal como la pérdida del hijo desde el conocimiento del embarazo hasta el período neonatal (que abarca desde el momento del nacimiento hasta los 28 días de vida según la OMS).

2.5.1. Contexto histórico y evolución del estudio del concepto

El interés por las pérdidas durante el embarazo (abortos espontáneos, embarazos ectópicos, muertes fetales y neonatales) ha ido en aumento durante los últimos años. Tal y como se cita en el artículo de Toedter et al. (2001), aunque las mujeres en duelo han escrito respecto a sus propias experiencias desde el siglo XIX, el estudio de las consecuencias de la pérdida empezó con la elaboración de informes

clínicos de algunos psiquiatras en los años 60 (Cain, Erikson, Fast y Vaughan, 1964; Kaij, Malmquist, y Nilsson, 1969; Solnit y Stark, 1961) y algunos estudios relativos a la elaboración de escalas de medida hechas por médicos pediatras en los años 70 (Benfield, Leib y Vollman, 1978; Kennell, Slyter y Klaus, 1970; Lewis, 1979; Rowe et al. 1978).

Este tremendo cambio de interés en el tema fue motivado por algunos cambios en las condiciones sociales, tales como una mayor demanda parental con relación a la educación y el control sobre los acontecimientos alrededor del embarazo y nacimiento; también una actitud más abierta con relación a la muerte y al duelo que empezó con el trabajo de Kubler-Ross (1969) y un aumento en la mentalidad de discutir las crisis personales, fomentada por libros de autoayuda, grupos de apoyo y la atención mediática.

En conjunto la literatura sobre la pérdida perinatal ha sido bastante asistemática y basada en casos de estudio psiquiátricos. La excepción es un pequeño grupo de investigadores que han sido más metódicos y han basado la medición del duelo perinatal en los trabajos de Kennell et al. (1970). A pesar de ello, una de las principales dificultades de esta área de investigación la encontramos en la carencia de medidas validadas del constructo objeto de estudio, el duelo. La creación de algunos instrumentos de medida intentó suplir este vacío, entre ellas *la Perinatal Grief Scale* (PGS).

A pesar que hay muchos estudios que afirman que el duelo con relación a la pérdida perinatal se asemeja al manifestado en otros tipos de pérdidas, aquél tiene una serie de características que lo diferencian de los otros. El duelo perinatal es un fenómeno muy complejo, cuyos efectos están influidos por un amplio rango de variables tales como la presencia de hijos previos a la pérdida, la edad gestacional, el ajuste marital, la presencia de abortos previos, la información y el apoyo sanitario recibido.

Si el estudio de la muerte de un ser querido resulta siempre difícil, cuando se trata de la pérdida de un embarazo o hijo se agudizan las dificultades. En estas situaciones la mayoría de las personas implicadas tienen la necesidad de pasar página y olvidar, y el hecho de que en la mayoría de los casos el hijo no haya existido socialmente, reafirma esta necesidad.

2.5.2. Cronología del estudio del duelo perinatal

Kerns (2009) en su tesis que aborda el distrés psicológico que sigue al aborto y a la muerte súbita, presenta un recorrido cronológico con relación al concepto del estudio del duelo perinatal, del que se resumen las principales aportaciones a continuación, partiendo de los estudios más antiguos hasta los más actuales.

Estudios previos a 1970

Tal y como hemos citado anteriormente, Eric Lindemann en 1944 fue pionero en la publicación de la primera descripción completa de un duelo en esta etapa. Lo describió teniendo en cuenta los síntomas somáticos, el trabajo psicológico y las modificaciones en el comportamiento.

Posteriormente Deutsch en 1945 resumió las experiencias de mujeres que habían sufrido una pérdida perinatal a través de un estudio en el que realizaba una entrevista preguntando sobre aspectos relacionados con la pérdida. La relevancia de su estudio está en que es el primero que considera que las mujeres experimentan malestar psicológico después de una pérdida neonatal.

En 1968 Bourne abordó los efectos psicológicos en las mujeres y los médicos cuando el bebé nace muerto. Planteó el concepto del ángulo ciego para referirse a la recomendación médica de pasar por el trance simulando que no había ocurrido nada, pues el objetivo era que los progenitores en ese momento olvidaran cuanto antes lo sucedido y buscaran un nuevo embarazo rápidamente. Es importante señalar que las indicaciones ante una pérdida perinatal a mediados de los años 70, probablemente con intención protectora, consistían en no ofrecer ninguna posibilidad a los progenitores de ver a su hijo. Los profesionales guardaban absoluto silencio ante lo ocurrido, se sedaba a la madre durante el proceso de expulsivo y cuando despertaba el cuerpo ya había desaparecido de su vista. Estas recomendaciones se apoyaban en la idea de que los padres eran incapaces de preocuparse profundamente por un hijo que aún no había nacido, puesto que todavía no lo conocían.

Estudios posteriores a 1970

Es en torno a 1970 cuando dos pediatras, John Kennell y Marshall Klause, demostraron con sus estudios que el vínculo afectivo de los padres empezaba muy

temprano durante la gestación y que las madres que se encontraban ante estas situaciones hacían un duelo real después del nacimiento de un hijo mortinato.

Kennell (1970) realizó la primera investigación empírica sobre este tema con una muestra de 18 mujeres que habían perdido a su hijo entre 1 y 12 horas después del parto. A partir de su investigación estableció seis modelos de respuesta de duelo: la tristeza, la pérdida de apetito, la incapacidad para dormir, el aumento de la irritabilidad, la preocupación por la pérdida y la incapacidad para reanudar las actividades cotidianas. Los resultados obtenidos concluían que cada una de las mujeres participantes en el estudio presentaba dificultades en al menos tres de las seis áreas, al tiempo que todas manifestaban tristeza y preocupación con pensamientos frecuentes relativos al hijo. Observó también que las mujeres que experimentaban mayor duelo habían sufrido previamente otra pérdida, tenían menos comunicación con su marido respecto a poder hablar de lo ocurrido y habían tocado al bebé antes de morir. No encontraron relación entre el duelo y la edad del hijo en el momento de la muerte o el número de hijos vivos. Las limitaciones de este estudio recaen en que la muestra estudiada era pequeña; además, establecieron un punto de corte arbitrario para determinar los niveles de duelo y el rango de tiempo de evaluación era demasiado amplio y variable (entre tres y 22 semanas después de haber sufrido la pérdida).

Benfield et al. (1978) realizaron un estudio similar al de Kennell en el que concluían que la mayoría de mujeres experimentan los síntomas de duelo descritos anteriormente. Este es el primer estudio que aporta soporte empírico al hecho de que los individuos experimentan duelo ante la pérdida perinatal. Su relevancia recae en que es el primero que considera otras variables adicionales que pueden influir en la respuesta de duelo ante la muerte neonatal. Los resultados no mostraron relación entre las puntuaciones de duelo y variables como el peso al nacer, la duración de la vida del niño, el grado de contacto de la madre con el bebé, las pérdidas perinatales previas, ni la edad de los progenitores. La particularidad de los estudios mencionados recae en que se centran única y exclusivamente en la pérdida neonatal. Estudios posteriores que se describen a continuación, incluyen el estudio del duelo ante otros tipos de pérdidas.

En 1980 Peppers y Knapp realizaron una investigación con 65 mujeres que habían sufrido pérdidas como el aborto, la muerte intra-parto y la muerte neonatal.

Estos autores estudiaron la relación entre la duración de la gestación en el momento de la pérdida y las respuestas de duelo experimentadas por las mujeres. A partir de los resultados obtenidos describieron algunas de las características del duelo perinatal. Las mujeres presentaban dificultades para concentrarse y aceptar la realidad de la pérdida, pasando por un período de confusión, un estado anímico depresivo, agotamiento físico y sueños y pensamientos recurrentes relacionados con el hijo. Sus resultados concluían que las mujeres experimentaban duelo en cada uno de los grupos (según el tipo de pérdida), pero no encontraban relación entre la intensidad del duelo y la duración de la gestación. La relevancia de este estudio recae en que son los primeros investigadores que documentan que las reacciones de duelo son similares para los diferentes tipos de pérdidas. La principal limitación o crítica está en que es un estudio retrospectivo con un rango importante de tiempo desde el momento en que se produce la pérdida y el momento de la evaluación (de 6 meses a 36 años).

La Roche et al. (1984) intentaron establecer una cronología del duelo ante la pérdida perinatal. El estudio consistía en hacer un seguimiento de 30 mujeres que habían experimentado una pérdida entre las 20 semanas de gestación y el primer mes de vida del hijo. Evaluaron las respuestas de duelo a los 2 días de la pérdida, 3 semanas después, 3 meses después y en uno de los casos a los 2 años, partiendo de los síntomas de duelo establecidos por Lindemann (1944) y Parkes (1965). Los resultados obtenidos coinciden con los hallazgos de Kennell (1970), en el sentido que todas las mujeres de la muestra experimentaron tristeza y preocupación con pensamientos sobre el hijo en algún momento. Particularmente notable es el hallazgo de que todas las mujeres manifestaron al menos uno de los síntomas de duelo entre el año y los dos años después de la pérdida.

Leppert y Pahlka (1984) documentaron que las mujeres experimentan intensas reacciones de duelo al menos durante las primeras seis semanas después de la pérdida. Sus resultados apuntan a que la culpa parece ser la característica predominante en la respuesta de duelo de la muestra, con manifestaciones de preocupación respecto a que ellas causaron la pérdida debido a lo que hicieron o no hicieron. Comportamientos como practicar ejercicio físico, haber mantenido relaciones sexuales, sufrir una caída o haber fumado, aparecían como posibles causas de la pérdida en la mente de estas mujeres. La relevancia del estudio recae en la notable

descripción de las preocupaciones maternas en relación con la causa de la pérdida y la presencia de conductas de auto-culpa.

Lindberg (1992) observó en una muestra de 20 mujeres que las que habían experimentado una pérdida entre las semanas 12 y 24 de gestación presentaban las mismas características de duelo que las que habían sufrido una pérdida neonatal o un parto con niño muerto: desesperación, angustia, culpa, aislamiento social, pérdida de control, sensaciones de despersonalización, somatización, ansiedad ante la muerte, cólera y cavilaciones recurrentes.

Líneas de investigación más recientes

Cronológicamente después, la línea de investigaciones sobre el duelo perinatal ha centrado sus esfuerzos en determinar los rasgos característicos del duelo en diferentes tipos de pérdidas utilizando algunas medidas psicométricas.

A continuación se citan las medidas de evaluación específicamente creadas para valorar la pérdida perinatal, descritas hasta este momento:

- *Perinatal Grief Scale* (PGS); Toedter, Lasker y Alhadeff, (1988)
- *Perinatal Bereavement Scale* (PBS); Thevit et al., (1989)
- *Perinatal Grief Intensity Scale* (PGIS) Hutti, de Pacheco y Smith, (1998)
- *Perinatal Bereavement Grief Scale* (PBGs) Ritsher y Negebauer, (2002)

La versión reducida de la PGS (Potvin, Lasker y Toedter, 1989) es la más utilizada y citada en la mayoría de investigaciones sobre el duelo perinatal, con más de 22 estudios que incluyen en total 1803 mujeres que han experimentado un aborto, una muerte durante el parto o una pérdida neonatal (Toedter, Lasker y Janssen, 2001). Como explicaremos en el apartado del método, esta es la escala que se ha adaptado y utilizado en el presente estudio. A continuación en la Tabla 2 se presenta un resumen de los estudios realizados hasta la actualidad que han utilizado la PGS para valorar el duelo perinatal.

Tabla 2: Estudios que han utilizado la escala PGS

| AUTORES (AÑO) | PAÍS | N | TIPO DE PÉRDIDA | SG (M) | SEGUIMIENTOS | RECLUTAMIENTO PARTICIPANTES | RECOGIDA DATOS |
|----------------------------|----------|---------------|--|--------------------------------------|------------------------|-----------------------------|-------------------|
| Toedter et al. (1988) | E.U.A. | 138 M 56 H | Aborto E.ectópico Nacido muerto P. Neonatal | 4-41 SG (20.3) | 2 m. 1 a. 2 a. | Hospital | Entrevista |
| Beutel et al. (1992) | Alemania | 86 M | Aborto | 6-19 SG (10.0) | 1-2 d. | Hospital | Entrevista |
| Beil (1992) | E.U.A. | 224 M | Aborto | 1-23 SG (9.82) | <42 m. | Periódico/ G.Aut | Correo |
| Long (1992) | E.U.A. | 45 M 8 H | Aborto Nacido muerto M. neonatal | - | >6 s. | G. autoayuda | Correo |
| Brodzinsky (1992) | E.U.A. | 214 M | Adopción | - | 2- 47 m. | No datos | Correo |
| Cuisinier et al. (1993) | Holanda | 143 M | Aborto Nacido muerto | 6-42 SG (16.8) | < 3 a. | Hospital | Correo |
| Harrigan et al. (1993) | E.U.A. | 19 M 8 H | Muerte gemelar | - | 1-90 s. (33) | Hospital | Correo |
| Zeanah et al. (1993) | E.U.A. | 23 M | Nacido muerto M. neonatal IME después DP | NM y MN: 27.4 SG IMEs DP: 20.0 SG | 2 m. | Hospital | Entrevista |
| Sitrin (1994) | E.U.A. | 31 M 31 H | Aborto Nacido muerto M. neonatal | - | 1 m. a 11 a. | G. autoayuda | Entrevista/Correo |
| Heikkinen (1995) | E.U.A. | 40 M | A.espontaneo | 4-22 SG. (11.7) | 3-26 s. (11.5) | periód/G.Aut/ | Entrevista |
| Zeanah et al. (1995) | E.U.A. | 82 M 47 H | Nacido muerto M. neonatal | 20-44 SG. | 2 m. 14 m. | Hospital | Entrevista |
| Hunfeld et al. (1996) | Holanda | 13 M 13 H | M. neonatal | - | 6 m. | Hospital | Entrevista |
| Johnson y Puddifoot (1996) | G.B. | 126 M | Aborto | 6-24 SG (15) | < 8 s. | Hospital | Correo |
| Cuisinier et al.(1996) | Holanda | 74 M 68 H | P. neonatal Muerte gemelar | 34.4 SG 28.20 SG | 2 a. 6 m. – 3.5 a. | Hospital | Correo |
| Hunfeld et al. (1997) | Holanda | 41 M | Nacido Muerto M. neonatal Handicap IME después DP | 24-38 SG (31.0) | 2-6 s. 3 m. 6 m. | Hospital | Entrevista |

Tabla 2: continuación

| AUTORES (AÑO) | PAÍS | N | TIPO DE PÉRDIDA | SG (M) | SEGUIMIENTOS | RECLUTAMIENTO PARTICIPANTES | RECOGIDA DATOS |
|----------------------------|-----------|----------------|--|-----------------|----------------------------------|-----------------------------|-------------------|
| Paton & Wood,(1997) | G.B. | 79 M | Aborto | 5-22 SG | 4-6 s. | Hospital | |
| Janssen et al.(1997) | Holanda | 227 M | Aborto Nacido muerto P. neonatal | 4-41 SG(12.8) | 2.5 m. 6 m. 12 m. 18 m. | Revistas/Hosp. | Correo |
| Coyle & Enright1997) | E.U.A. | 10 H | Aborto inducido | | 6 m.-22 a. (5.9 a) | Periódico | Entrevista |
| Engler (1998) | E.U.A. | 75 M | M. neonatal | 22-42 SG (31.5) | 55-361 d. (183) | H./Red | |
| Lukas (1998) | E.U.A. | 15 H | Nacido muerto M. neonatal | 20-42 SG (32.8) | 5-98 d. (30.4) | G.autoayuda | Correo |
| Johnson & Puddifoot (1998) | G.B. | 158 M | Aborto | 6-24 SG (15.9) | < 11 s. (5.5) | Doctores/Hospital | Correo/entrevista |
| Rich (1999) | E.U.A. | 249 M 114 H | Aborto Nacido muerto M. neonatal | 3-42 SG (19) | 2-6 m. (16) | G. auto/Red/Doct. | Correo |
| Davies et al. (2005) | G.B. | 30 M | 14 IMEs 1Tr 16 IMEs 2 Tr | | 6 s. 6 m. 1 a. | Hospital/domicilio | Entrevista |
| Yan et al. (2010) | H. Kong | 314 M | P.Perinatal | 4-40 SG (10.50) | 1 semana | Hospital | Entrevista |
| Capitulo et al. (2010) | N.York | 50 M 50 GC | P.Perinatal Mujeres con hijos <=12m | | <12 m tras pérdid | Hospital | Entrev/Correo |
| Mota et al. (2011) | C. México | 200 M | P.Perinatal | | 12m-24m tras p. | Hospital | Entrevista |

M: mujer; H: hombre; E.ectópico: embarazo ectópico; P. neonatal: pérdida neonatal; M. neonatal: muerte neonatal; A. Espontáneo: aborto espontáneo; IMEs 1TR: interrupciones primer trimestre; IMES 2 TR: interrupciones segundo trimestre; IME después DP: interrupciones médicas después del diagnóstico prenatal; SG: semanas de gestación; G. Aut: grupos de auto-ayuda; m: meses; a: años; s: semanas; d: días; EUA: Estados Unidos de América; GB: Gran Bretaña; 12m-24m tras p.: de 12 a 24 meses tras la pérdida

2.5.3. Aspectos psicológicos del duelo perinatal. Definición y características del proceso.

El duelo perinatal es un fenómeno psicológico complejo en el que confluyen una serie de características que lo diferencian de otros duelos. Tal y como se ha descrito anteriormente, a medida que el embarazo avanza el hijo va ocupando un lugar en la familia que se va reafirmando. Los padres se imaginan cómo será el bebé que esperan, qué lugar ocupará en la familia, cómo será su futuro, a qué escuela irá... Este vínculo afectivo con el niño no nacido está magnificado por los avances médicos y tecnológicos, que permiten obtener detalles como oír el latido del corazón del feto o verlo a través de la ecografía y conocer su sexo antes del nacimiento. Incluso en aquellos casos en que el embarazo no ha sido planificado, se establece este vínculo con el hijo de tal manera que en caso de producirse la pérdida de la gestación, algunos padres pasan por un proceso de duelo que puede complicarse por el hecho de sentirse culpables con relación a no haber planificado o deseado el embarazo en los primeros momentos.

El momento del ciclo vital en el que se produce la pérdida, la ausencia de un sujeto visible al que llorar, la dificultad para compartir recuerdos y experiencias con la familia y el entorno social, así como la irrupción súbita de la noticia en un momento en que vida y muerte coinciden en el tiempo y la juventud de los progenitores, son algunos de los factores que pueden complicar el proceso de adaptación emocional a la pérdida.

Por lo que respecta a la ausencia de un hijo visible al que llorar, Oakley, McPherson y Roberts (1990) consideran que esto compromete el poder llevar a cabo la despedida y poner en marcha rituales favorecedores del duelo. Tal y como cita David (1996) en el caso de las muertes fetales in útero o de las interrupciones del embarazo, el duelo se complica por un aspecto crucial tal como que *“el feto es perdido antes de ser conocido”*. El bebé imaginado y fantaseado por los padres se encuentra brutalmente *“desinvertido”*, despojado de todo afecto, deseo y proyecto que se había depositado sobre él. A diferencia de otros tipos de duelo en los que ese caudal afectivo progresivamente se vuelve a invertir sobre otra figura, en el caso del feto muerto no hay donde reubicarlo. Por este motivo, ante la ausencia de un referente real de la pérdida, algunos autores recomiendan que en el caso de muerte fetal inducida o espontánea, los padres tengan la posibilidad de nombrar a ese bebé, visualizarlo y

realizar los rituales de enterramiento (Boulot, 1993; Dumoulin, 1996 y David, 1996b). Ben Soussan (1999) plantea la dificultad de hacer el duelo de un objeto que no existe más allá de la imaginación.

Robinson (1999) y Stirtzinger (1989) señalan que ante este tipo de pérdidas no ha habido oportunidad de vivir y compartir experiencias con el entorno social y familiar, lo cual dificulta el poder elaborar y hablar de la pérdida activamente con ellos. Esto resta reconocimiento social al significado de la pérdida, pues ésta se sitúa más en un plano simbólico que real. Callahan y colaboradores (1982) plantearon que la pérdida perinatal se diferencia de otras por la reticencia del sistema de apoyo a hablar de lo ocurrido, porque a veces no se sabe el motivo de la muerte y por la inmensa culpa que genera. Es en este sentido que Doka (2002) habla de una pérdida que no puede ser abiertamente reconocida, expresada en público o apoyada por la red social. Este tipo de duelos tienen lugar cuando la relación se deslegitima o cuando las circunstancias de la muerte generan vergüenza y el afectado teme sentir cierto reproche social, como es el caso de relaciones extramaritales o homosexuales.

Cuando se produce una pérdida durante el embarazo, vida y muerte caminan juntas. Ante estos acontecimientos para los que nadie está preparado, resulta delicado saber qué hacer y qué decir. No existen tampoco rituales religiosos que legitimen y reconforten a los padres. A menudo familiares y amigos evitan hablar del tema, mientras los padres viven su pérdida en soledad. Herz (1984) plantea el hecho de que la mujer se siente traicionada por su propio cuerpo, experimenta la rabia de tener que sustituir un acto que debería haber sido alegre por otro traumático, el funeral, al tiempo que aparece la envidia hacia otras personas que han podido culminar el embarazo con éxito.

La proximidad entre el nacimiento y la muerte y la juventud de los dolientes conlleva la dificultad de situarse entre momentos tan distantes emocionalmente que se encuentran súbitamente y precipitan el desmoronamiento de todos los sueños, los ideales creados por los padres y la imperiosa demanda de la renuncia y adaptación a la pérdida súbita de todo lo fantaseado. Para muchos padres éste es su primer encuentro directo con la muerte, con lo que no hay experiencias previas que faciliten el proceso.

2.5.3.1. Similitudes y puntos en común con otros duelos

La reacción ante una pérdida perinatal es similar en intensidad a la experimentada tras la pérdida de un ser querido y lo presentan aproximadamente un 40% de las mujeres en el período inmediato tras el aborto (Beutel, Willner, Deckardt, Von Rad y Weiner, 1996; Janssen, Cuisinier, De Graauw, Kuijpers, Hoogduin, 1997).

Independientemente de que la pérdida sea precoz o tardía, el duelo se caracteriza por una serie de síntomas afectivos, conductuales, cognitivos y fisiológicos. Respecto a los síntomas afectivos cabe destacar la tristeza, las ganas de llorar, la sensación de irrealidad, el enfado, la rabia y la hostilidad que experimentan los padres. En relación con la conducta, la persona en duelo manifiesta inquietud, fatiga, necesidad de hablar sobre la pérdida y encontrar un sentido a lo que ha pasado al tiempo que se produce un cierto aislamiento social. En cuanto a los síntomas cognitivos se refiere, hay preocupación y presencia de pensamientos sobre el bebé fallecido y anhelo del mismo, pensamientos de culpa, auto-reproche y problemas de concentración y memoria. Algunos de los síntomas fisiológicos experimentados son la pérdida de apetito, el insomnio, el cansancio y las quejas somáticas.

Una de las conclusiones a las que nos lleva este recorrido conceptual respecto al duelo perinatal, es que hay diferencias respecto a otros tipos de duelo pero también hay aspectos comunes que legitiman la importancia y dan valor a la pérdida, aspectos que años atrás habían quedado un tanto olvidados. A pesar de ello, es importante señalar que las reacciones de duelo varían de individuo a individuo y dependen de múltiples factores. En el caso que nos ocupa, variables tales como la duración del embarazo, el tipo de pérdida, los antecedentes obstétricos, el vínculo de la pareja, el apoyo social y familiar previo y posterior a la pérdida, entre otros, deben ser tenidos en cuenta.

2.5.3.2. Fases y evolución del duelo perinatal

El duelo perinatal, al igual que el duelo ante cualquier otra pérdida, es un proceso que pasa por diferentes fases, puede durar varios meses/años y cambia a lo largo del tiempo, de manera que no hay dos personas que respondan al proceso de la misma manera. Podríamos destacar concretamente la presencia de dos fases. Un primer momento en el que la negación de lo ocurrido tiene como objetivo la superación de la pérdida y un segundo momento en que acontece un período agudo de luto y

duelo caracterizado por un aumento de los sentimientos de culpa, rabia y envidia de embarazo. En el momento de la tragedia y la noticia, la persona se siente ante un fuerte *shock* seguido de un fuerte malestar emocional, que incluye ansiedad, culpa y rabia. Al tiempo que el malestar continúa a través de un intenso estadio llamado trabajo de duelo, se experimentan sentimientos de ardiente envidia y deseo del bebé.

La duración del proceso dependerá de muchas variables que intervienen y crean distintos patrones de respuesta: la aflicción anticipada, la disponibilidad de apoyo social, las características de la muerte, la situación socioeconómica y las estrategias de afrontamiento del superviviente, entre otras. La duración puede alargarse de tres a cuatro años o verse afectada por aspectos que compliquen su elaboración. Las posibles complicaciones en el curso del duelo dependen de diversidad de variables tales como la estabilidad emocional previa a la pérdida, la presencia de pérdidas y/o hijos anteriores, el apoyo familiar y el acompañamiento sanitario recibido Lock y Neugebauer (2007). Estos autores también señalan la culpa como el aspecto más relevante del duelo y que requiere más tiempo para resolverse.

En los casos en que se descubre una anomalía o hay una muerte in útero, el hijo imaginario es brutalmente desinvertido por los padres. Éstos tienen entonces que hacer todo el camino de considerar al feto como un bebé real que ha muerto, para poder hacer el trabajo de duelo. Si este trabajo no se puede realizar, hay muchas posibilidades que la pérdida quede como algo no resuelto y dé lugar a un duelo patológico. En este sentido, hay algunas situaciones en las que el estado de confusión se instala bajo la idea de que el niño todavía no ha nacido, que se lo han llevado o que era un ser monstruoso. Este es el caso de algunas mujeres que han pasado por una cesárea o con anestesia general en el momento del parto y no han podido ver al feto. Es importante en estas situaciones, confrontar a la paciente con la realidad a través de la visión del cuerpo, sin forzarla y encontrando un momento adecuado para mostrárselo, en compañía de la pareja y con el soporte del equipo médico.

La prevención de estas complicaciones compete a los equipos médicos que permiten poder hablar de la pérdida y proponen ver al feto al nacimiento antes que los padres tengan una representación psíquica de su bebé. A veces es necesario incluso ponerle nombre para poder hablar más fácilmente a la familia, a los hijos e hijas y dejarlo entrar en el orden simbólico de la filiación, darle un lugar, permitiendo a los hijos posteriores tener otro sitio y evitar una confusión entre los posteriores embarazos.

2.5.4. Duelo en función del tipo de pérdida

2.5.4.1. Interrupción médica del embarazo

Ante la detección de una anomalía la mujer debe decidir si continuar o poner fin al embarazo. Habitualmente se distingue entre las interrupciones de primer trimestre (previas a las 12/14 semanas de gestación) y las de segundo trimestre (más allá de las 14 semanas de embarazo). En la presente tesis no se ha planteado esta distinción, pues la mayoría de participantes evaluadas han sufrido pérdidas durante el segundo trimestre de gestación.

Es importante destacar que el momento en el que se diagnostica el problema implica algunas diferencias que hacen que el proceso de interrupción sea vivido de manera distinta en las gestaciones más avanzadas. Una de las diferencias fundamentales recae en que en las pérdidas de primer trimestre el embarazo no es tan visible y la interrupción se produce en un período en que la mujer todavía se está adaptando o haciéndose a la idea de que está embarazada, por lo que la gestación pasa más inadvertida. Este aspecto en cierta manera facilita el encuentro y regreso a casa y al trabajo. Otro de los aspectos en que difieren es que hasta el segundo trimestre la gestante no acostumbra a percibir de forma notable los movimientos fetales y también son pocas las ecografías que hasta ese momento se han realizado, con lo cual la vinculación con el feto y la humanización de éste, proceso que va aumentando progresivamente a lo largo de los nueve meses, no están muy presentes. A las 22 semanas, plazo legal máximo para realizar la interrupción en el momento en que se realizó la investigación, el vientre es ya notoriamente visible. En este período, se ha realizado la ecografía de las 20 semanas en la que se visualiza al feto más nítidamente y a partir de la cual se confirma normalmente si es niño o niña. Estos aspectos humanizan al feto y lo dotan de una mayor identidad, hay más vivencia corporal y las mujeres se sienten mucho más implicadas y dolidas que en las interrupciones de menos de 16 semanas.

El tipo de intervención e instrumentación requerido en la interrupción del embarazo en gestaciones más avanzadas también es distinto, tal como expusimos anteriormente. Hasta las 16 semanas, siempre y cuando no haya ninguna complicación añadida, se suele realizar un legrado. Ello conlleva que estas mujeres no pasan por un proceso de parto, con lo que la agresión física es menor y el ingreso

hospitalario es más corto. Las mujeres a las que se les realiza una interrupción de más de 16 semanas de gestación pasan normalmente por una intervención quirúrgica más agresiva, en el sentido que pasan por un parto cuyo resultado es un hijo muerto. La inducción del alumbramiento resulta una intervención más dolorosa tanto física como psicológicamente. La recuperación y el ingreso hospitalario tras este tipo de interrupción es también mayor, aunque la mayoría de las mujeres que pasan por esta experiencia explican que es peor el dolor psicológico y la tristeza que sienten, que el dolor físico. La implicación de la mujer en estos casos es más fuerte, pues parirá a un hijo que morirá en el proceso de dilatación, parto o poco tiempo después.

Otro aspecto a diferenciar entre las interrupciones más avanzadas y las de menos de 16 semanas es que en las primeras las parejas tienen normalmente la posibilidad de ver el cuerpo del feto, siempre y cuando ellas quieran. Este aspecto, según explican las propias parejas, es un proceso que les choca e impacta psicológicamente en el momento en que se les ofrece la posibilidad, pero que posteriormente les ayuda a despedirse del hijo que esperaban. Permite alejar la imagen de que su hijo era monstruoso, deformado y en muchas ocasiones les ayuda a objetivar o hacer visible la malformación motivo de la interrupción, con lo que se facilita el proceso de duelo. Tal y como destaca Molénat (1993), la posibilidad de ver y de tocar al niño, no importa cual sean sus malformaciones y siempre y cuando la mujer lo desee, es una experiencia facilitadora del proceso de duelo.

Por lo que respecta a las posibles diferencias entre las pérdidas por interrupción del embarazo y las pérdidas prenatales y postnatales, en las interrupciones hay una mayor implicación activa de la mujer, pues ante la mala noticia la gestante debe tomar la decisión de interrumpir o continuar con el embarazo. Este aspecto incide de forma importante en la culpa y el autoreproche personal, confrontando a la mujer a la contradicción de parar y acabar con la vida que ella misma ha creado, en unos momentos en que siendo el embarazo más o menos avanzado se percibe la vitalidad del feto en el vientre.

Cuando se anuncia un *hándicap*, malformación o una enfermedad grave o letal, antes de nacer o entorno al nacimiento, el efecto traumático provoca una paralización del pensamiento de los padres. La mala noticia sitúa a los progenitores en el mundo en que están, y el bebé imaginario no tiene lugar, pierde los atributos de sueño y su estatus idealizado, para adentrarse enteramente al servicio del *hándicap*.

Marco legal y situación jurídica de la interrupción del embarazo en España

La legislación universal sobre el aborto es muy diversa, desde el libre acceso al aborto en servicios sanitarios públicos gratuitos, hasta la penalización con años de prisión para las mujeres y para quienes practiquen el aborto inducido. La práctica del aborto, entendido como aborto inducido o interrupción voluntaria del embarazo, está sujeta al ordenamiento jurídico vigente en cada país, en el que puede recogerse como derecho o como delito punible.

Respecto a la situación jurídica en España, en el momento en que se realizó el presente estudio, estaba vigente la ley orgánica 9/1985. Esta ley, aprobada el 5 de julio de 1985, despenalizaba el aborto inducido bajo tres supuestos: el terapéutico, el eugenésico y el criminológico (véase Anexo A).

Supuesto terapéutico: Permite interrumpir el embarazo en centros públicos o privados en cualquier momento del embarazo cuando se certifica un riesgo grave para la salud física o psíquica de la mujer embarazada.

Supuesto eugenésico: No penaliza la interrupción en los respectivos centros, en las primeras 22 semanas de gestación en el caso de malformaciones o taras físicas o psíquicas en el feto.

Supuesto criminológico: Admite la finalización del embarazo en el caso de violaciones durante las 12 primeras semanas de embarazo.

Para los supuestos eugenésicos y terapéuticos se requiere un informe médico que certifique el cumplimiento de las condiciones establecidas por la ley y en el caso criminológico es preciso haber cursado previamente la pertinente denuncia policial.

En el presente estudio se han estudiado las interrupciones del embarazo bajo el supuesto eugenésico. Así pues, en el caso particular que nos ocupa se entiende por interrupción médica del embarazo la finalización de la gestación antes de la viabilidad fetal, por causa materna o fetal, dentro de los términos legales establecidos en la ley orgánica 9/1985 de Reforma del Código Penal. El código penal establece que *“no será punible el aborto practicado por un médico o bajo su dirección en un centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado y con consentimiento expreso de la mujer embarazada, cuando ocurran, entre otras, la circunstancia tercera: que se presuma que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que*

el aborto se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación y que el dictamen, expresado con anterioridad a la práctica del aborto, sea emitido por dos especialistas de centro o establecimiento sanitario, público o privado acreditado al efecto, y distintos de aquél por quién o bajo cuya dirección se practique el aborto”.

Situación jurídica en otros países

La mayoría de los países de América del Norte y Europa permiten el aborto en cualquier circunstancia antes de unos plazos establecidos, que varían ligeramente de un país a otro. Por otro lado, hay seis países alrededor del mundo que prohíben la interrupción del embarazo bajo cualquier circunstancia y tipifican penas de cárcel para toda mujer y persona que realice, intente realizar o facilite la realización de un aborto (Chile, Ciudad del Vaticano, El Salvador, Malta, Nicaragua y República Dominicana).

El aborto en el Reino Unido, entendido como la interrupción voluntaria del embarazo, es legal hasta las 24 semanas de gestación en los territorios de Inglaterra, Gales y Escocia. La ley autoriza su práctica al personal sanitario para evitar daños en la salud física o mental de la mujer (siempre que el certificado sea aprobado por dos médicos) y si el embrión o feto puede probablemente estar afectado por una discapacidad física o mental importante.

En Alemania las leyes de 1992 y 1995 permiten la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo durante el primer trimestre, con consentimiento informado y un período mínimo de espera de tres días desde el asesoramiento. La práctica del aborto no está cubierta por el sistema de salud alemán, excepto para mujeres con escasos recursos económicos.

En Francia el aborto fue legalizado en 1975, inicialmente hasta la semana 10, para extenderse hasta la semana 12 de embarazo en el año 2001. Pasado el primer trimestre de gestación, dos médicos deben certificar que el aborto puede practicarse bajo tres supuestos: para prevenir lesiones permanentes graves para la salud física o mental de la mujer embarazada, por el riesgo para la vida de la mujer embarazada y cuando el feto sufra una enfermedad grave reconocida como incurable. Desde 1994, la ley francesa exige que los centros de diagnóstico multidisciplinario certifiquen que los defectos de nacimiento son lo suficientemente graves como para hacer el aborto después de las 12 semanas.

El aborto en Estados Unidos es legal en todos los estados desde el 22 de enero de 1973. Se estableció en un trimestre el plazo en el que podía practicarse el aborto ya que era el período a partir del cual el feto podía ser viable (probabilidad de supervivencia fuera del útero).

2.5.4.2. Muerte prenatal o muerte fetal antes del parto

Antes de entrar en las particularidades de las muertes prenatales y postnatales, creemos que es importante señalar algunos aspectos respecto a la irrupción de la noticia con la que se encuentran estas mujeres. En cuanto a la definición de muerte súbita, cabe destacar que es aquella muerte inesperada que se produce sin aviso. Normalmente se produce en niños que parecían sanos o embarazos que cursaban bien y esto implica que no hay oportunidad de prepararse para la pérdida.

Parkes (1975) considera que este tipo de pérdidas son más difíciles de elaborar que otro tipo de muertes en las que hay un aviso previo de la inminencia de la muerte. La muerte súbita tiene una serie de características propias que la distinguen de otro tipo de pérdidas, pues deja al superviviente con la sensación de que lo acontecido no es real, al tiempo que reactiva los sentimientos de culpa de la mujer. A continuación se mencionan brevemente los aspectos que caracterizan este tipo de muertes.

- La necesidad de culpar a alguien.
- La implicación de los profesionales sanitarios en el proceso.
- La sensación de impotencia que genera en el superviviente. Es un ataque a nuestra percepción de poder y orden. Esta impotencia va unida a un gran sentimiento de rabia que se desahoga con alguien. Frecuentemente es el personal sanitario el que se convierte en blanco.
- La necesidad de entender, el interés por saber qué ocurrió, de buscar no sólo una causa sino también un culpable.

Uno de los objetivos del asesoramiento psicológico es centrarse en esta sensación de culpa y ayudar a confrontarla con la realidad. Las parejas que sufren este tipo de muerte presentan una proporción de rupturas alta. Hay un aumento de las tensiones y la mujer a veces piensa que a la pareja no le importa la muerte pues no llora o no lo expresa como ella. No sólo hay tristeza sino mucho enfado.

Este tipo de muerte se refiere a la muerte del feto/bebé durante el embarazo o en el proceso de parto. Es un acontecimiento muy duro para las parejas, pues se trata normalmente de una noticia inesperada que irrumpe de forma brusca y rompe los sueños e ilusiones relativos al hijo que esperaban. “La irrupción súbita de la pérdida, en un momento de júbilo, sin que nadie se espere la noticia y la incapacidad para anticiparla dificulta la elaboración y preparación ante la pérdida” (Worden, 1997). La muerte prenatal es una contradicción de lo que esperamos de la vida: “la muerte llega antes que el nacimiento, el silencio y la quietud reemplazan el movimiento, y el nacimiento se torna un final incluso antes del comienzo”, Bourne (1968).

Una de las formas más habituales de diagnosticar un óbito fetal es mediante la visualización ecográfica de la ausencia del latido fetal. Ante esta noticia, mayoritariamente inesperada, aparece la culpa como factor relevante, dirigiéndola la mujer hacia ella misma o situándola en el entorno médico. Algunas mujeres se sienten tan implicadas y tienen una relación tan especial con el hijo que se sienten culpables por no haber podido cuidarlo y evitar la catástrofe. Tal y como han explicado algunas de las parejas que han pasado por esta situación, frecuentemente aparecen sentimientos de culpa por no haber buscado ayuda o no haber acudido al médico cuando se encontraban mal, empezando un recorrido mental retrospectivo en busca de la causa. En algunas ocasiones se descarga la culpabilidad sobre el equipo médico que les ha atendido en algún momento del embarazo.

En aproximadamente la mitad de los casos de muerte fetal, no hay una causa determinada; y respecto a la otra mitad restante, las razones principales pueden clasificarse en tres categorías: problemas en la estructura o funcionamiento de la placenta o el cordón umbilical, enfermedades maternas o condiciones que afectan al embarazo y defectos congénitos del feto causados por anomalías cromosómicas o genéticas. La muerte fetal puede ser también el resultado de un parto con complicaciones, por el cordón umbilical colapsado o por desprendimiento previo de placenta.

Respecto al procedimiento quirúrgico al que se enfrentan estas mujeres, normalmente se ven obligadas a pasar por un parto sabiendo de antemano que el hijo que llevan en su vientre está muerto, o viendo truncada la alegría por el encuentro con él, pues en el momento del alumbramiento les informan que el bebé corre riesgo de morir. En la gestación con feto muerto la vía vaginal acostumbra a ser la elección para finalizar la gestación, tanto para fetos en presentación cefálica como en podálica y la

cesárea se reserva para ocasiones excepcionales relacionadas con la salud materna. Como se ha mencionado anteriormente el parto es doblemente doloroso, pues tienen que pasar por el proceso de expulsión sabiendo de antemano cuál será el resultado final (hijo muerto), y sufrir los dolores propios del proceso.

En estos casos, los síntomas del duelo son extremadamente fuertes. Resulta duro entender que algo haya ido tan extremadamente mal después de largos meses de anticipación. El impacto psicológico que produce llevar al bebé muerto mientras es visible el embarazo es difícil de sobrellevar, especialmente si el parto no se induce hasta pasados algunos días tras la noticia.

2.5.4.3. Muerte postnatal

La muerte de un hijo al nacer o al cabo de unos días de haber experimentado el nacimiento de éste es una tragedia en medio de la felicidad que los padres habían anticipado. En los casos en que el hijo muere una vez ha nacido se da una situación especial, pues el bebé está ya bien diferenciado porque se encuentra fuera de la barriga de la madre. En estas situaciones existe la posibilidad de celebrar un entierro o ritual de despedida, aspectos que ayudan a elaborar el duelo y a llorar al hijo.

En algunas circunstancias la muerte llega de forma súbita con el impacto psicológico que ésta comporta y otras llega tras muchas dificultades a lo largo del embarazo o una enfermedad/malformación pronosticada de antemano. En estos casos muchas parejas explican cómo la muerte llega de forma inesperada después de haber superado los obstáculos previamente y haber focalizado la esperanza en la supervivencia del hijo. Para otras parejas es un final inconscientemente deseado, debido al sufrimiento que comporta tanto para ellos como para el hijo, con lo que aparecen muchos sentimientos de culpabilidad tras la muerte.

Los casos que presentaremos en nuestro estudio, sin embargo, son mayoritariamente de mujeres a las que se les ha detectado un problema durante el embarazo, justo antes de nacer o en el momento del nacimiento y se van preparando día a día para la noticia en caso de que fallezcan. Problemas con la estructura, la posición o el funcionamiento de la placenta o el cordón umbilical, las enfermedades maternas, el parto prematuro, los defectos en el bebé y el poco peso al nacer están relacionados con las pérdidas más avanzadas. A pesar de que en la mayoría de las

muerres postnatales puede determinarse la causa, aproximadamente el 50% de las muerres postnatales permanecen como inexplicables.

La muerte postnatal parece la más dura de las pérdidas, pues normalmente se conoce al hijo y se ha iniciado un vínculo afectivo. El hijo imaginario ha desaparecido y ha dado paso al hijo real al que los padres se están empezando a adaptar y conocer. Incluso el entorno más cercano a la pareja conoce al bebé, ya es una persona. Después de tener una pérdida tan avanzada, las parejas experimentan intensas reacciones de duelo, especialmente si han visto al bebé y se han despedido de él. Si los progenitores no tienen otros hijos, el *shock* de tal triste acontecimiento confronta a la persona con una confusión de identidad en la cual pueden surgir preguntas en relación con la parentalidad, ya que se enfrentan a la dolorosa contradicción de sentirse como un padre o madre que ha perdido a su hijo sin tenerlo.

2.5.5. Rituales ante la pérdida perinatal

A continuación se describen algunos aspectos favorecedores de la elaboración del proceso de duelo, como son la visualización del fallecido y algunas particularidades del proceso y ritualización con el que se enfrentan los padres que han perdido un embarazo o hijo.

2.5.5.1. Ver al hijo

Una parte importante de la elaboración del proceso de duelo hace referencia a la visualización del fallecido. En las pérdidas perinatales también es un factor de especial relevancia, aunque la particularidad recae en que se tiene una visión del hijo fallecido previa a cualquier otra. Tal y como se ha comentado anteriormente hasta ese momento el hijo ha sido visualizado mediante la ecografía y la imagen estaba más en el plano de lo imaginario que en la realidad.

Rousseau (1993) describió su experiencia con relación al duelo ante la pérdida de un bebé en la unidad de obstetricia donde trabajaba. Señala que toda pérdida perinatal entraña una reacción extremadamente dolorosa que requiere un trabajo psíquico intenso, cuya función es separarse del muerto (o del objeto perdido). En este sentido, el contacto con el feto es importante para despedirse de él e iniciar el proceso de duelo.

Como ya hemos mencionado, la visión del cuerpo del feto después de la interrupción y/o muerte facilita el proceso de duelo. Autores como Worden (1997) afirman que ver el cuerpo ayuda a los supervivientes a hacer real la pérdida. A raíz de su experiencia con padres que han podido ver al feto, concluye que la mayoría han verbalizado que éste ha sido un proceso útil, que les ayudó a centrarse en la realidad de la pérdida. Por otra parte aquellos que decidieron no hacerlo manifestaron el deseo de haberlo hecho años más tarde.

En el caso de las interrupciones del embarazo por anomalías, visualizar el cuerpo hace desaparecer los fantasmas entorno a las malformaciones que se imaginan los padres que tendrá el bebé y las posibles dudas que aparecen una vez iniciado el duelo en cuanto a si lo que ha pasado ha sido real o no. La posibilidad de ver el cuerpo del feto también conlleva cierta potencialidad traumática o paralizadora de los procesos de parentalización, pues no es lo mismo la apariencia de un feto malformado, con ambos riñones totalmente disfuncionales, que la de un feto anencefálico, pese a que ambas anomalías pueden considerarse incompatibles con la vida dada su gravedad. Los padres al ver a estos fetos pueden no comprender que cualquiera de las dos malformaciones fuese letal, debido en parte a la apariencia normal de uno de ellos, lo que puede comportar mayores y más penosos conflictos en el proceso de duelo.

Respecto a la propuesta de que los padres vean y puedan despedirse del hijo, es importante señalar la importancia de que sean ellos quienes decidan si quieren ver o no el cuerpo. Puede parecer intolerable o contraindicado tocar, acariciar y coger el feto, pero la experiencia de muchos profesionales muestra que ninguna madre se ha arrepentido de haberlo hecho.

Autores como Claramunt (2009) dan gran importancia al acto de ver al bebé como proceso importante en la elaboración del duelo *“La madre que pueda acogerlo y despedirse podrá enfrentarse al duelo desde la realidad del hijo que ha perdido. El amor que siente no tendrá como objeto un ser imaginado sino un ser real, de carne y hueso al que ha podido despedir de una forma respetuosa y digna”*. Roegiers (1992) argumenta que la posibilidad de realizar un duelo con el cuerpo de un feto real parece permitir o facilitar que los padres retomen sus intentos en la búsqueda de un nuevo embarazo. Para ello considera fundamental la presencia activa del equipo médico que asiste a la pareja y en caso que fuera posible el mismo que asistió al embarazo interrumpido. Son diversos los autores que encuentran que muchos padres perciben el

hecho de sujetar a su bebé como una acción que les sirve para confortarles en unos momentos de intenso *shock*. Sin embargo, es importante ofrecer la posibilidad a los padres, al tiempo que respetar su decisión de no hacerlo.

Hughes, Turton, Hopper y Evans (2002) han valorado la repercusión que tiene ver al hijo muerto en los posteriores embarazos y concretamente en aspectos de vinculación con otros hijos. En este sentido sus resultados apuntan a que las mujeres que decidieron verlo y cogerlo presentaban más depresión y ansiedad en posteriores embarazos y vínculos más desorganizados con sus posteriores bebés al año de edad.

2.5.5.2. Otros rituales de despedida

A continuación se describen otros rituales o aspectos que pueden ser facilitadores del duelo perinatal tales como guardar algún recuerdo entorno al embarazo o al hijo, ponerle un nombre y registrarlo civilmente o realizar algún ritual funerario o de despedida.

Respecto a la decisión de los padres de dar un nombre al hijo o incluso de que éste figure en el registro civil, estos procedimientos comportan un reconocimiento oficial del nacimiento del hijo, al tiempo que le ofrecen simbólicamente un lugar en la familia. Más allá de la visualización del hijo y del “nombrarlo”, autores como Santos (2009) señalan la importancia de guardar recuerdos del bebé que se puedan ver y tocar posteriormente y cómo estos aspectos pueden favorecer el proceso de duelo. En este sentido, algunos de los recuerdos que algunos padres guardan son las pulseras de identificación del hospital, mechones de pelo, huellas de las manos o de los pies, la manta con la que estuvo envuelto o fotografías de las ecografías.

Todas las culturas conocidas han creado ceremonias para reconocer el fallecimiento de sus miembros. Las ceremonias o rituales sirven para reafirmar los vínculos formales e informales existentes entre los supervivientes, al tiempo que reconocen y honran la contribución de la persona desaparecida. Los rituales evolucionan a lo largo del tiempo y de acuerdo con el ritmo que siguen los cambios en la sociedad. Uno de los principales objetivos de los rituales relacionados con la muerte es dar estructura al caos emocional que sufre el individuo tras una pérdida y establecer un orden simbólico para los acontecimientos vitales, así como permitir la construcción social de significados compartidos.

Una manera de realizar el proceso de duelo es a través de los rituales. “Al igual que íbamos a dar la bienvenida es importante poder despedirse y decir adiós al hijo”. Worden (1997) considera el funeral como un elemento facilitador del duelo: ayuda a hacer real la pérdida, da a las personas la posibilidad de expresar pensamientos y emociones sobre el fallecido, puede ser una reflexión sobre la vida de la persona que se ha ido y tiende una red de apoyo social a la familia, aspecto extremadamente útil para facilitar el duelo.

Respecto al duelo perinatal hay muy pocas culturas y religiones que contemplen este tipo de pérdidas. Hay un gran vacío legal, religioso, moral y científico. Concretamente en el período en que se realizó la presente investigación, no era posible registrar civilmente a los hijos que no hubieran vivido más de 24 horas fuera del útero de la madre. Estos bebés no quedaban inscritos en el registro civil ni constaban en el libro de familia. El único papel que certificaba que el hijo existió era el informe sanitario del hospital que certificaba el nacimiento de un feto (distinguiendo masculino/femenino) y el nombre de la madre. Actualmente la situación ha cambiado favorablemente, pues a partir del año 2011 se aprobó la enmienda que permite que los fallecimientos perinatales y prenatales figuren en un archivo del registro civil, siempre que se produzcan con posterioridad a los seis meses de gestación, pudiendo los progenitores otorgar un nombre al hijo (boletín oficial de las cortes generales, ley 20/2011. Artículos 13 y 14).

2.5.6. La relación de pareja ante la pérdida

Ante un suceso tan traumático como es la pérdida de un hijo, la pareja es el principal apoyo de la mujer. Es habitual observar cómo aquéllas que mantienen una cálida relación de pareja sobrellevan mejor estos momentos, pues reciben un gran apoyo de sus compañeros. En este sentido muchas parejas comentan que esta experiencia les ha unido aún más. Contrariamente, las mujeres que no tienen una buena relación marital sufren mucho más la pérdida, ya que frecuentemente hay una ausencia de comunicación o poca sensibilidad hacia el otro y esto dificulta el compartir lo que les ha pasado o que sólo puedan hacerlo mientras dura su estancia en el hospital. La imposibilidad de hablar de lo acontecido o no poder mostrar sus sentimientos hace que estas mujeres se sientan muy tristes y empeora el proceso de duelo. En este sentido Lang (1996) y De Vries (1997) sugieren que mientras algunas

relaciones sobreviven e incluso se refuerzan, otras se deterioran y sufren daños irreparables.

Pi-Sunyer (2001) argumenta que ante un diagnóstico de malformación del hijo, el lugar que ocupa la pareja es esencial. Este lugar dependerá mucho de cómo se ha ido construyendo la historia de la pareja en su evolución y en el deseo puesto en ese hijo por nacer. En la mayoría de casos se observa una complicidad recíproca y afectiva desde el momento en que se recibe la noticia, con un acercamiento progresivo a medida que el proceso va avanzando. La mujer con quién se siente más acompañada es con su pareja, acompañamiento esencial para que la mujer pueda vivir esta experiencia con la mejor recuperación y mayor enriquecimiento. Muchas veces, la necesidad de tener cerca físicamente a su compañero en todo momento es importante. También, la necesidad de contacto físico, de tocarse y de darse la mano es grande. La presencia de la pareja hace sentir a la mujer más segura y confiada. Resulta por ello importante que el padre pueda acompañar a la madre activamente en el proceso, sobre todo en aquellos casos en que hay una interrupción o inducción del parto.

2.6. Comunicación sanitaria

En la mayoría de los casos el embarazo ha ido bien hasta que se diagnostica la malformación, la alteración cromosómica o el fallecimiento. Esta noticia altera enormemente el equilibrio emocional en la mujer y es en este sentido de vital importancia que el profesional pueda dar la noticia en términos comprensibles, con una posición de escucha a la madre y a su pareja, disponiendo del tiempo para poder responder a las preguntas que surjan relacionadas con lo que está pasando. Este aspecto no siempre es fácil de llevar a cabo por los profesionales sanitarios, debido muchas veces a la presión asistencial a la que se ven sometidos y al diagnóstico inesperado de la malformación/muerte. Con frecuencia la detección aparece sin riesgo previo aparente, suponiendo también una sorpresa para el mismo profesional que se encuentra cara a cara ante el problema, con la presión de dar una respuesta inmediata a la pareja.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es que la mayoría de los profesionales sanitarios entra en su profesión para beneficiar a las personas que solicitan ayuda, pero hay algo en la experiencia del duelo que excluye su capacidad de

ayudar. Tal y como cita Bowlby (1980): *“la pérdida de una persona querida es una de las experiencias más intensamente dolorosas que puede sufrir un ser humano y no sólo resulta doloroso experimentarlo sino también presenciarlo, aunque sólo sea porque somos impotentes a la hora de hacerlo”*. (pp. 31-32). Respecto a este aspecto Parkes (1972) comenta que hay dolor en las dos partes, en el sentido que ninguna puede dar a la otra lo que quiere: el profesional no puede traer de vuelta al fallecido y la persona en duelo no puede gratificar al profesional que le ayuda, pareciendo ayudada.

2.6.1. Comunicación de malas noticias

Buckmann (1988) define las malas noticias como “cualquier noticia que altera drásticamente y negativamente la visión que el paciente tiene de su futuro” (p. 35). Este autor ha trabajado en el estudio de cómo comunicar las malas noticias y señala algunos aspectos de vital relevancia, que se describen a continuación:

- La comunicación debe formar parte de un diálogo a dos bandas: médico y paciente.
- Es importante que los profesionales de la salud puedan diseñar un método para determinar los deseos individuales y adaptar la información a cada persona.
- La persona que da las malas noticias tendría que tener algún grado de responsabilidad en el seguimiento y de compromiso con el paciente o familiar.

En relación con el impacto que produce la información, Buckmann (1988) señala la implicación de diferentes factores: sociales, del paciente y del médico. Por lo que a los factores sociales se refiere, hacen referencia al valor y admiración en la mayoría de sociedades occidentales en la juventud, la salud y la riqueza. Los factores del paciente hacen referencia a que el impacto debe valorarse individualmente y teniendo en cuenta el golpe que produce la noticia en el contexto de la vida del paciente. En cuanto a los factores del médico, cabe destacar el miedo de los profesionales a causar dolor. Las malas noticias causan dolor a quien las escucha y a los profesionales de la salud les resulta desagradable el acto de infligir dolor. La mayor parte del aprendizaje en la profesión consiste en calmar el dolor físico y en caso que sea necesario causarlo, se acostumbra a dar un analgésico o anestésico para disminuirlo o eliminarlo.

Desafortunadamente no existe anestésico alguno que quite el dolor ante una mala noticia o un pronóstico negativo. Además es de vital importancia que en el momento en que se produce esta comunicación el paciente esté despierto y sea capaz de entender la situación.

El campo de la obstetricia está dirigido a traer nuevas vidas al mundo. No se educa para la muerte y en el caso de las muertes perinatales todavía menos, pues el interés está en el otro extremo, en el afán de dar vida. Cuando la muerte aparece donde se espera una nueva vida, el equipo no preparado puede reaccionar con ansiedad y falta de ayuda, haciéndose difícil ayudar a las familias que han perdido un hijo. El equipo no entrenado en trabajar con estos padres podría responder a una pérdida de embarazo evitándolos, por no saber qué decir o por miedo a que los padres lloren o se muestren más afectados.

The American Academy of Pediatrics and Gynecologists ha confeccionado unos protocolos para ayudar a los padres que se encuentran ante estas situaciones. Estos protocolos sugieren que los padres necesitan la ayuda del equipo hospitalario para expresar su amor y despedirse del hijo. Si la pérdida ocurre después del primer trimestre, plantean favorecer el que los padres que así lo deseen puedan tener recuerdos, como una foto del bebé o de la ecografía, un mechón de pelo... así como darles la oportunidad de ver y coger a su hijo.

Brier (1999) ha realizado numerosos estudios respecto a la satisfacción de los pacientes relacionada con la asistencia médica recibida. Ha observado que después de un aborto muchos padres muestran un alto porcentaje de rabia e insatisfacción y cómo este disminuye cuando reciben un seguimiento una vez sufrida la pérdida.

Un gran porcentaje de pacientes juzgan el cuidado que reciben de sus médicos como inadecuado. Buckman (1988) ha trabajado con equipos de profesionales y ha analizado las consecuencias que tiene para el equipo médico dar malas noticias. Señala que un aspecto característico del profesional sanitario en estas ocasiones es el miedo a ser acusados. Socialmente se tiende a acusar al mensajero de las malas noticias que trae y ante la búsqueda de una causa o culpable, el equipo médico se convierte fácilmente en blanco de inculpaciones. Tal y como se ha mencionado anteriormente en el apartado relativo a las fases del proceso de duelo, estos aspectos forman parte del proceso y respuesta de las parejas ante esta situación de pérdida,

motivo por el cual es importante formar al equipo sanitario para poder entender y situarse ante el paciente en esos difíciles momentos.

Que las parejas vivan mejor o peor el duelo y que lo superen con más o menos éxito parece no depender tanto de las semanas de gestación en que se produce la pérdida, como de su vinculación con el embarazo, sus expectativas respecto al futuro, las circunstancias personales y el tener un buen acompañamiento familiar y sanitario. Por lo que al apoyo del equipo sanitario se refiere, es importante que los padres puedan hablar del suceso, expresar las emociones y empezar a aceptar lo que ha sucedido. Los profesionales sanitarios pueden facilitar parte del proceso, ofreciendo un espacio donde expresar las emociones, dando la oportunidad a los padres de decidir aspectos de gran importancia ante la pérdida, como cuándo desencadenarán el parto, quién acompañará a la mujer y ofrecer la posibilidad de estar y despedirse del hijo. Es importante apoyar a la pareja para que puedan decidir cómo desean vivir la pérdida, evitando el decidir por ellos. En algunas ocasiones los profesionales de la salud llevan a los padres a una toma de decisiones para la que todavía no están preparados y se corre el riesgo de que digan que sí a todo lo que se les propone, puesto que pensar les supone un esfuerzo que en esos momentos no son capaces de hacer. En este sentido es importante informar y dejar un tiempo prudencial para que decidan.

Los objetivos de nuestro trabajo tienen en cuenta la importancia de los aspectos comentados en los párrafos anteriores, motivo por el cual se analizarán qué factores están implicados en el proceso a continuación.

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3.1. Objetivos

Los objetivos de la presente tesis doctoral son:

1. Describir la evolución del proceso de duelo, la sintomatología depresiva y la satisfacción marital a lo largo de un año de haber sufrido una pérdida perinatal, teniendo en cuenta el tipo de pérdida. Complementariamente se describirá la relación entre los aspectos Duelo activo, Dificultades de afrontamiento y Desesperanza del primer tiempo (mes/6 meses) respecto a la evolución del duelo (tercera evaluación).
2. Estudiar qué factores se asocian a unos peores/mejores resultados a largo plazo en cuanto al duelo y la depresión. Los factores considerados se han agrupado en los siguientes tipos:

Factores sociodemográficos: edad y nivel socioeconómico de las participantes.

Factores obstétricos: presencia de abortos e hijos previos a la pérdida, semanas de gestación y nuevo embarazo a lo largo del proceso de seguimiento.

Factores relativos a la relación de pareja y presencia de antecedentes previos de salud mental: satisfacción con la relación de pareja de la participante, la presencia de antecedentes de salud mental previos a la pérdida y las escalas de duelo y depresión.

Factores asistenciales: satisfacción relativa a la asistencia médica recibida y con el modo en que se le comunicó la noticia, así como las variables relacionadas con el recorrido médico-asistencial (sentirse informada; diferencias médicas y valoración del pronóstico recibido; confianza en el equipo).

Factores relativos a las características de la pérdida: ver al hijo, pronóstico de la malformación para las IMEs y días transcurridos entre el diagnóstico y la práctica de la interrupción.

3.2. Hipótesis

A continuación se presentan las hipótesis que se espera comprobar empíricamente en el presente estudio.

1. Al mes de la pérdida se observarán índices de sintomatología propios del duelo y la depresión.
2. Se observarán cambios en la evolución de las puntuaciones en los diferentes tiempos evaluados.
 - a) Los niveles de duelo y de depresión disminuirán a lo largo del proceso de seguimiento.
 - b) El Duelo activo será el aspecto con los niveles más altos tras la pérdida.
 - c) La presencia destacable de Dificultades de afrontamiento y Desesperanza en el primer seguimiento indicarán un proceso más largo de recuperación del duelo.
3. Se observarán diferencias entre los diferentes tipos de pérdida (interrupciones del embarazo, muertes prenatales y muertes postnatales) en cuanto al estado de ánimo y duelo. Las mujeres que hayan sufrido una pérdida prenatal o postnatal presentarán más sintomatología de duelo y depresión que las que hayan realizado una interrupción de su embarazo.
4. A largo plazo (al año de la pérdida) las diferencias entre los diferentes grupos, sobre todo en cuanto a la sintomatología propia del duelo variarán en el sentido que en las mujeres que hayan hecho una interrupción médica del embarazo la disminución no será tan progresiva como en la de los otros grupos.
5. No se encontrarán diferencias en cuanto a la elaboración del duelo en función del nivel socioeconómico de las participantes.
6. Las mujeres más jóvenes, las que hayan tenido abortos o pérdidas previas, las que sufran la pérdida en semanas de gestación más avanzadas y esperen más días para realizar la finalización del embarazo presentarán mayores niveles de duelo y depresión.

7. Las mujeres que ya tengan hijos, las que se queden embarazadas a lo largo del seguimiento, las que no tengan antecedentes de salud mental, las que presenten mayores niveles de satisfacción con la relación de pareja y con relación a la asistencia médica recibida y se hayan sentido más informadas a lo largo del proceso presentarán menos sintomatología propia del duelo y la depresión.
8. Se encontrarán diferencias en el grupo de interrupciones en función del diagnóstico del problema del feto. Las mujeres que deciden una IME ante un diagnóstico de malformación incompatible con la vida o con secuelas físicas importantes presentarán menos sintomatología de duelo y depresión.
9. Las mujeres que han pasado por una IME o una muerte prenatal que han tenido la posibilidad de ver al hijo y lo han visto presentarán mejor recuperación a lo largo de la evaluación que las que han desestimado la posibilidad de verlo y despedirse.

4. MÉTODO

4.1. Participantes

Este trabajo se llevó a cabo con mujeres que acudieron al Hospital Materno-infantil de la Vall d'Hebron de Barcelona. Las participantes en el estudio fueron seleccionadas atendiendo a los siguientes criterios de inclusión:

- Mujeres que hubieran experimentado una pérdida perinatal (interrupciones médicas del embarazo, muertes prenatales y muertes postnatales) en cualquier momento del embarazo.
- Y que además tuvieran un nivel de estudios mínimos y entendieran la lengua castellana con el fin de rellenar y enviar el material requerido para el estudio.

En un primer momento se contactó y ofreció la posibilidad de participar en el estudio a 125 mujeres que habían sufrido una pérdida perinatal y habían sido atendidas en el hospital entre marzo de 2001 y febrero de 2004.

A continuación se presentan los principales datos descriptivos de las variables sociodemográficas del estudio para la muestra de 125 mujeres inicialmente contactadas (Tabla 3).

Tabla 3: Descriptivos de las variables sociodemográficas de la muestra seleccionada ($N = 125$)

| Variables categóricas | | <i>n</i> (%) |
|------------------------------------|----------------------|------------------------|
| Tipo de pérdida | IME | 90 (72.0) |
| | Muerte Pre/Postnatal | 35 (28.0) |
| Hijos sanos | Sí | 43 (34.4) |
| Abortos previos | Sí | 38 (30.4) |
| Estado civil | Casada | 90 (78.9) |
| | Vive en pareja | 22 (19.3) |
| | Soltera | 2 (1.8) |
| Nivel socioeconómico | Bajo | 57 (49.2) |
| | Medio | 47 (40.5) |
| | Alto | 12 (10.3) |
| Medidas cuantitativas | | <i>M</i> (<i>DE</i>) |
| Edad participante ($n = 125$) | | 32.36 (4.82) |
| Semanas de gestación ($n = 114$) | | 22.14 (5.67) |

De las 125 mujeres seleccionadas, la mayoría había pasado por una interrupción médica del embarazo (IME). A excepción de dos mujeres, el resto estaban casadas o vivían en pareja en el momento de la pérdida. El nivel socioeconómico (clasificación según ocupación y nivel de estudios de Hollingshead, 1975) fue para el 90%, medio o bajo.

Como puede verse en la Tabla 3 la media de edad de las mujeres era de 32.4 años ($DE = 4.8$), la media de semanas de gestación de la muestra fue de 22.1 semanas ($DE = 5.7$), el 34% tenía hijos sanos y aproximadamente el 30% había sufrido un aborto anteriormente.

Un total de 70 mujeres (57.9%) accedieron a participar y enviaron el material correspondiente al primer tiempo de evaluación (al mes de la pérdida). La participación en el segundo tiempo de evaluación (a los seis meses) fue de 41 participantes (58.6%) y al año de 36 (87.8%).

4.2. Instrumentos

4.2.1. Entrevista

Se confeccionó una entrevista específica para el estudio en la que se recogían los antecedentes obstétricos de la participante, los datos sociodemográficos, información relativa a la asistencia médica recibida y a la satisfacción y apoyo percibido, tanto por el equipo médico como por familiares y amigos. Las variables recogidas así como su definición y formato de respuesta pueden consultarse en los anexos B, C y D.

4.2.2. Perinatal Grief Scale

La evaluación del duelo perinatal se ha realizado mediante la versión reducida de la *Perinatal Grief Scale* (Potvin et al., 1989). Para su utilización en la investigación se llevó a cabo la adaptación de la escala del inglés al español con la intención de poder utilizar el instrumento en nuestra población. La doctoranda realizó un estudio de la adaptación, proceso que consistió en pasar la versión original y la versión traducida a cinco jueces expertos (cuatro psicólogos clínicos y un ginecólogo) con la intención que puntuaran el grado de adecuación de la traducción.

La *Perinatal Grief Scale* fue diseñada para incluir ítems que reflejaran desde los constructos más generales a los más específicos del duelo, tales como la culpa, la cólera, la soledad y la desconfianza. Toedter et al. (1984) realizaron un proyecto de estudio del duelo perinatal que empezó en 1984 y construyeron una escala compuesta por 104 ítems partiendo de los estudios de Lindemann (1944) y el *Texas Grief Inventory* (Zisook, Devaul y Click, 1982). Del estudio de validación resultó una escala de 84 ítems con buenas propiedades psicométricas. Los investigadores consideraron que este instrumento resultaba demasiado largo para ser utilizado ágilmente por los profesionales e investigadores, por lo que finalmente presentaron una versión reducida de 33 ítems, que es la que ha sido tomada como punto de partida en este estudio.

La *PGS versión reducida* es una escala compuesta por 33 ítems auto informados, con un formato de respuesta tipo *Likert* con cinco opciones de respuesta, desde totalmente en desacuerdo (1) hasta totalmente de acuerdo (5). Fue desarrollada específicamente para la situación de pérdida perinatal (abortos espontáneos, embarazos ectópicos, muertes fetales y muertes neonatales) con el objetivo de distinguir entre aquellas mujeres que experimentaban un proceso normal de duelo y aquellas que tenían más riesgo de presentar consecuencias más severas ante la pérdida.

Los ítems están distribuidos en tres subescalas de 11 ítems cada una que se describen a continuación. En todas las escalas, una puntuación más alta es indicativa de mayor presencia del constructo evaluado.

Subescala de Duelo activo

Corresponde a las reacciones normales de duelo e incluye ítems relativos a sentimientos de tristeza, echar de menos al bebé y llorar por él. A modo de ejemplo se exponen algunos de los ítems que forman parte de esta subescala: “Tengo la necesidad de hablar del bebé” (ítem 3), “Me siento muy sola desde que él/ella murió” (ítem 11).

Subescala de Dificultades de afrontamiento

Incluye aquellos ítems relacionados con la dificultad para afrontar la pérdida, tales como la presencia/ausencia de síntomas depresivos y de culpa, la falta de apoyo social y problemas en la relación de pareja, las dificultades en reprendrender las actividades cotidianas y las relaciones personales. Las puntuaciones altas en esta subescala indican depresión y repliegamiento. Algunos de los ítems que valoran este

constructo son: “A veces siento como si estuviera simplemente existiendo y no realmente viviendo” (ítem 19), “Me resulta difícil tomar decisiones desde que el bebé murió” (ítem 21).

Subescala de Desesperanza

Comprende la presencia de aquellos síntomas que perduran en el tiempo y que dependen, entre otras cosas, de los recursos de afrontamiento de la persona que experimenta el duelo. Está conformada por ítems que valoran “sentimientos de inutilidad y desesperación” tales como: “Intento reír pero nada me parece ya, divertido” (ítem 27), “Me siento vacía desde que él/ella murió” (ítem 30).

Por lo que respecta a la corrección de la escala, se obtiene una puntuación total, así como puntuaciones de las tres subescalas derivadas del análisis factorial obtenido por los autores originales (Toedter et al., 1988). Cada una de las subescalas tiene una puntuación mínima de 11 puntos y una máxima de 55 puntos, oscilando la suma de las tres entre 33 y 165 puntos. Para la escala total, una puntuación igual o mayor a 91 indicaría mayor duelo; en relación con las subescalas, los puntos de corte son los siguientes: 34 para Duelo activo; 30 para la de Dificultades de afrontamiento y 27 para Desesperanza (Toedter, Lasker y Janssen, 2001; Davies, Gledhill, McFayden, Withlow y Economides, 2005). Las puntuaciones en las subescalas Dificultades de afrontamiento y Desesperanza en el primer momento de evaluación son las mejores predictoras del duelo a largo plazo, medido con la escala total (Lasker y Toedter, 1991).

Con relación a las características psicométricas, la versión reducida de la PGS obtuvo buenas propiedades psicométricas, tanto respecto a la escala total como a las 3 subescalas (Toedter et al., 1988; Lasker y Toedter, 1991). En nuestra población, la consistencia interna para los tres seguimientos de la escala total fue similar a la obtenida en la escala original, obteniéndose valores entre .95 y .96. Respecto a las subescalas los resultados son similares: valores entre .90 y .93 para Duelo activo, entre .88 y .89 para Dificultades de afrontamiento y entre .85 y .87 para Desesperanza. Los valores detallados en cuanto a los índices de consistencia interna se presentan en la Tabla 4 que se muestra en el apartado 4.2.5 después de la descripción de todos los instrumentos.

4.2.3. Inventario para la depresión de Beck (BDI)

Para evaluar la presencia de sintomatología depresiva se ha utilizado la validación y adaptación a la población española (Sanz y Vázquez, 1998) del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 (Beck Depression Inventory, BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). El Inventario de depresión de Beck, al que a partir de ahora denominaremos BDI, es el instrumento de auto-informe más utilizado internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas, tanto en la práctica profesional como en la investigadora. El BDI consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de la depresión. En cada uno de los ítems la persona tiene que elegir aquella frase entre un conjunto de cuatro alternativas, ordenadas por su gravedad, que mejor se aproxima a su estado medio durante la última semana incluyendo el día en que completa el inventario. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida. La puntuación total de los 21 ítems varía de 0 a 63. En el caso en que la persona elija más de una alternativa en un ítem, se considera sólo la puntuación de la frase elegida que corresponde a una mayor gravedad.

Diversos estudios han mostrado que una puntuación de 18 maximiza la validez diagnóstica del BDI en cuanto a su sensibilidad, especificidad, poder predictivo y eficiencia diagnóstica (Rudd y Rajab, 1995). La función discriminante obtenida con este punto de corte de 18 podría clasificar correctamente el 98.01% de las participantes deprimidas. Es una puntuación altamente consensuada entre los investigadores para distinguir entre personas con y sin depresión (Kendall, Hollon, Beck, Hammen e Ingram, 1987).

En este sentido los puntos de corte recomendados por la Asociación Psiquiátrica Americana (2003), son los siguientes:

- Puntuaciones de 0-9 (*Depresión mínima*)
- Puntuaciones de 10-16 (*Depresión leve*)
- Puntuaciones de 17-29 (*Depresión Moderada*)
- Puntuaciones de 30-36 (*Depresión Grave*)

El BDI presenta una buena consistencia interna (Beck et. al., 1984, 1988; Ruiz y Bermúdez 1989). Permite apreciar el nivel global de depresión, así como los cambios emocionales globales a lo largo del tiempo, reevaluar al sujeto con la periodicidad que se estime oportuna y obtener la valoración precisa de las cuestiones que caracterizan la depresión: emociones negativas, nivel de actividad, problemas de interacción, sentimientos de menosprecio, inadecuación y culpa y síntomas físicos.

En el presente estudio, se han observado buenas propiedades psicométricas, obteniendo datos de fiabilidad de consistencia interna ligeramente superiores a los obtenidos por Sanz y Vázquez (1988), valores alfa de Cronbach entre .89 y .90 para la escala total en los tres tiempos de evaluación. Los valores detallados de consistencia interna de la presente investigación pueden consultarse en la tabla 4.

4.2.4. Dyadic Adjustment Scale (DAS)

Para el presente estudio también se ha utilizado la adaptación de la *Dyadic Adjustment Scale* (DAS) a la población española realizada por Cáceres (1996), con el objetivo de valorar los aspectos relativos a la satisfacción marital en la muestra objeto de estudio. El objetivo de la escala es medir las percepciones de cada uno de los miembros de la pareja sobre su relación o vínculo, entendida como una unidad dónde se evalúa el ajuste diádico. Es un instrumento muy utilizado para medir el grado de satisfacción diádica de la relación de pareja, evaluando el bienestar de las relaciones de pareja y permitiendo discriminar entre parejas con conflictos y parejas armoniosas.

La escala está compuesta por 32 ítems, 27 de ellos se corresponden con una escala de respuesta tipo Likert con 6 alternativas de respuesta, donde 5 es indicador de ajuste y 0 de desajuste. De los tres ítems restantes, uno de ellos se responde en una escala Likert de 7 puntos y los dos restantes requieren un Sí/No como respuesta. En este instrumento hay ítems redactados en sentido directo y otros en sentido opuesto. Una vez recodificados todos en la misma dirección, las puntuaciones más altas indican mayor ajuste marital.

El instrumento permite evaluar cuatro dimensiones diferentes de la relación o vínculo:

Consenso

Mide el grado de acuerdo existente entre los miembros de la pareja en áreas importantes para la relación tales como valores, educación, tareas domésticas, tiempo libre y relaciones con familiares y amigos.

Algunos de los ítems que forman parte de esta escala se presentan a continuación: “Filosofía de la vida” (ítem 8), “Tareas domésticas” (ítem 13), que se responden en una escala de 0 (*siempre en desacuerdo*) a 5 (*siempre de acuerdo*).

Satisfacción

Permite valorar el grado de satisfacción con la relación, entendida como frecuencia y grado de las discusiones, satisfacción con la relación actual y el compromiso para continuar con ella. Ejemplos de algunos ítems de esta subescala son: “¿Confía en su pareja?” (ítem 19), “¿Con qué frecuencia riñen usted o su pareja?” (ítem 21), que se responden en una escala de 0 (*siempre*) a 5 (*nunca*).

Cohesión

Evalúa el nivel de implicación de la pareja en tareas conjuntas relativas a proyectos de vida o de intercambio positivo de reforzadores: “Intercambio de ideas estimulantes” (ítem 25), “Reírse juntos” (ítem 26), que se responden en una escala de 0 (*nunca*) a 5 (*más a menudo*).

Expresión de afecto

Incluye aspectos relativos tanto a demostraciones de cariño como a satisfacción sexual. A continuación se disponen algunos de los ítems que valoran este constructo: “¿Besa a su pareja?” (ítem 23), que se responde en una escala de 0 (*nunca*) a 4 (*todos los días*); “Estar demasiado cansado para hacer el amor” (ítem 29), “Ausencia de demostraciones afectivas” (ítem 30), que se responden en una escala de 0 (*sí*) a 1 (*no*).

La escala también permite obtener una puntuación global, suma de las cuatro subescalas anteriores. La puntuación total oscila entre 0 y 150 puntos, siendo 100 el

punto de corte entre aquellas parejas con una relación armoniosa y aquellas otras no armoniosas, de acuerdo con la recomendación de diversos estudios realizados en población española (Cáceres, 1996). Cano-Prous et al. 2014) confirman el poder discriminativo del DAS y sus subescalas. Sus resultados apoyan en punto de corte de 100 para la escala total con unos índices de sensibilidad del 75% y una especificidad del 82.4%.

En cuanto a las propiedades psicométricas, la consistencia interna de la escala total es alta y también para las diferentes subescalas. En nuestra muestra las subescalas en las que los valores de alfa de Cronbach son inferiores a .70 son la escala de Expresión de afecto (al mes y a los seis meses) y la escala de Cohesión (a los seis meses), escalas compuestas por un reducido número de ítems (5 y 4 respectivamente). Para la escala total los datos de consistencia interna son altos, con valores mayores a .85 en los tres tiempos de evaluación. Los datos concretos en cuanto a los valores de alfa de Cronbach pueden consultarse en la Tabla 4 del apartado de fiabilidad y consistencia interna.

4.2.5. Fiabilidad y consistencia interna de los instrumentos

A continuación se presentan las medidas de consistencia interna de las escalas en nuestra muestra de participantes.

Tabla 4: Consistencia interna de las escalas para los tres tiempos de evaluación

| MEDIDAS (número ítems) | Tiempo 1 (mes) | Tiempo 2 (6 meses) | Tiempo 3 (año) |
|-----------------------------|----------------|--------------------|----------------|
| | Alfa Cronbach | Alfa Cronbach | Alfa Cronbach |
| BDI (21) | .904 | .891 | .895 |
| PGS Total (33) | .950 | .957 | .958 |
| PGS Duelo activo (11) | .900 | .931 | .915 |
| PGS D.Afrontamiento (11) | .888 | .890 | .884 |
| PGS Desesperanza (11) | .864 | .845 | .868 |
| DAS Total (32) | .855 | .886 | .934 |
| DAS Consenso (14) | .850 | .824 | .910 |
| DAS Satisfacción (9) | .743 | .821 | .870 |
| DAS Expresión de afecto (5) | .643 | .610 | .733 |
| DAS Cohesión (4) | .756 | .675 | .709 |

A modo de resumen y tal y como figura en la Tabla 4, en cuanto a la fiabilidad de consistencia interna podemos concluir que ésta es buena para las escalas de duelo y depresión mientras que para la escala de ajuste marital los valores obtenidos en nuestra muestra son inferiores a las obtenidas por Cáceres en 1996 (valores entre .86 y .96) y ligeramente inferiores a .70 en las escalas de expresión de afecto y cohesión del DAS (valores entre .61 y .68), aunque se trata de las escalas con menor número de ítems.

4.2.6. Valoración de la satisfacción asistencial

Se utilizaron cuatro escalas analógico-visuales con el objetivo de valorar aspectos relacionados con el modo en que se les comunicó la noticia y la calidad asistencial de las participantes. Se consideró conveniente utilizar este tipo de escalas en lugar de una escala de respuesta tipo Likert con el objetivo de facilitar las condiciones de respuesta de las participantes, ya que ante una situación de ansiedad extrema se planteó que se encontrarían más cómodas contestando y no tendrían que hacer tanto esfuerzo como con una escala tipo Likert.

Se emplearon un total de cuatro escalas, dos para el Hospital de Vall d' Hebron y dos para otros hospitales, teniendo en cuenta que había mujeres que fueron remitidas de otros centros hospitalarios para realizar la interrupción del embarazo, confirmar el diagnóstico de malformación o controlar algún aspecto patológico del embarazo. Las escalas utilizadas en la presente investigación consistían en una línea de 10 centímetros con un extremo marcado con "Pésimo" y otro extremo que indicaba "Extraordinario". La participante marcaba en la línea el punto que mejor describía su respuesta ante las siguientes preguntas:

Cómo valoraría la asistencia médica recibida y el modo en que se le comunicó la noticia en una escala de 0 a 10 si 0 fuese "pésimo" y 10 "extraordinario". La longitud de la línea que marcaron las participantes es la medida y se registra en centímetros (véase Anexo F).

4.3. Procedimiento

El diseño empleado es longitudinal prospectivo. El comité de ética del Hospital Materno-Infantil dio permiso a la doctoranda para poder llevar a cabo el estudio y

acceder a los datos de las participantes. Juntamente con el material específico para la recogida de datos de la investigación se adjuntaba una hoja de consentimiento informado que las participantes devolvían firmado al investigador.

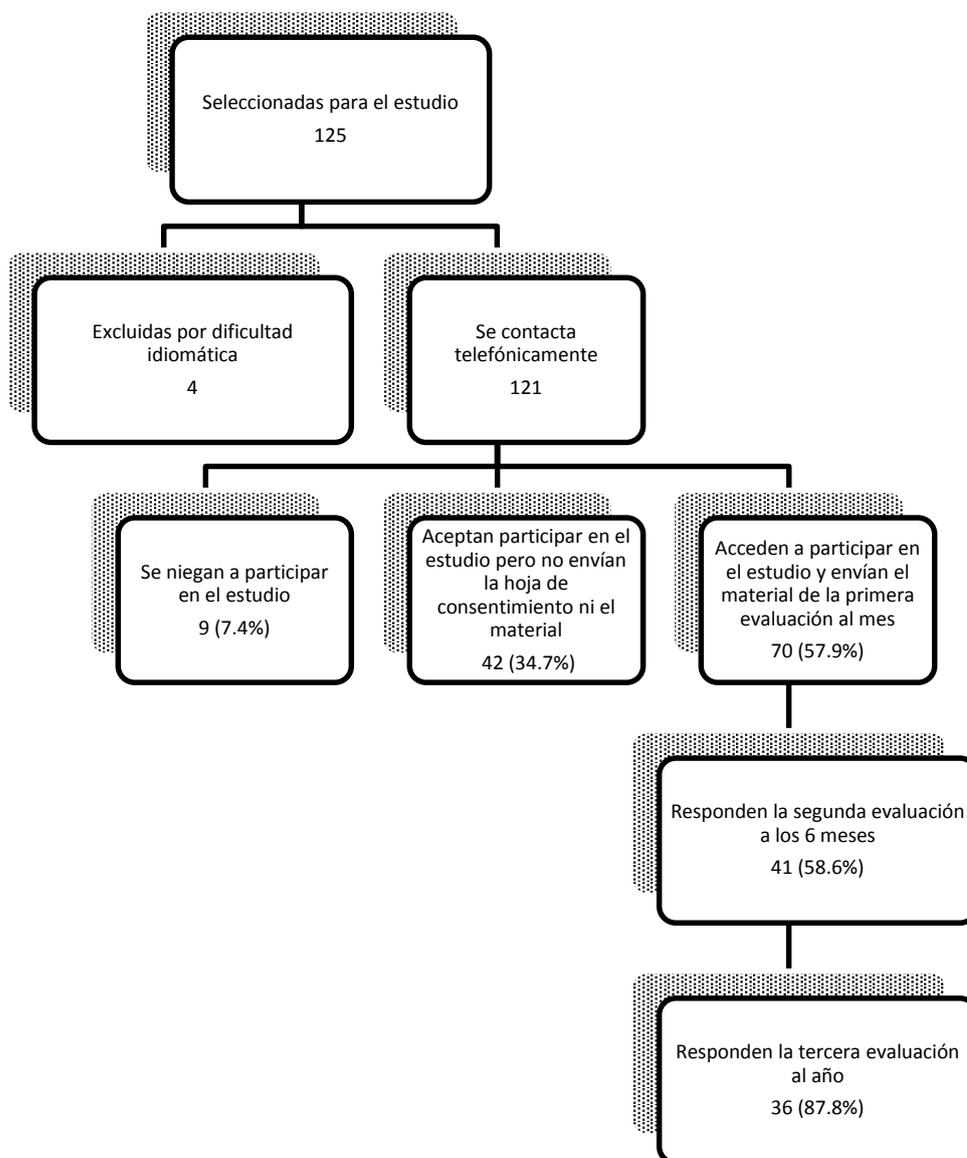
Se realizaron tres evaluaciones para cada una de las mujeres a lo largo del estudio: el primero al mes, el segundo a los seis meses y el último al año de la pérdida. El contacto con los participantes se hizo por vía telefónica. En un primer momento se informaba a la mujer de la intención de llevar a cabo el estudio, se le pedía su participación en la investigación y su autorización para enviar el material vía correo postal. En el caso en que estuvieran de acuerdo en participar en la investigación, se recogían los datos sociodemográficos, perinatales y relativos al proceso de la pérdida mediante una entrevista realizada por teléfono y mediante la consulta de la historia clínica del hospital, con permiso previo de la participante.

Una vez que las participantes accedieron a intervenir en la investigación, se les enviaron los cuestionarios y el material del estudio por correo postal, incluyendo un sobre pre-franqueado en el que los participantes depositaban y retornaban al investigador el material una vez cumplimentado. A los seis meses de la pérdida se tuvo un segundo contacto con las participantes. En esta segunda carta se enviaban los mismos cuestionarios de la primera ocasión, así como el sobre pre-franqueado para hacer llegar el material al investigador. El último contacto se realizó al año de la pérdida de la misma forma.

Las participantes que no retornaron el material del estudio en el primer tiempo de recogida (al mes de la pérdida) se excluyeron del estudio y no se les volvió a enviar el material, entendiendo que no deseaban participar en la investigación. En los casos en que la participante respondió a la primera evaluación y no a la segunda (a los seis meses) o a la tercera (a los doce meses) se le volvía a enviar el material en los tiempos establecidos, entendiendo que anteriormente habían dado su consentimiento para continuar el seguimiento pues habían retornado el documento de compromiso y participación en el estudio así como parte del material requerido para su realización.

El proceso de selección y participación en el estudio está representado en el siguiente diagrama de flujo (Figura 1).

Figura 1: Esquema de la composición de la muestra de participantes.



4.3.1. Vía de información y reclutamiento de las participantes para los diferentes tipos de pérdidas

a) Interrupciones médicas del embarazo

En el caso de las interrupciones médicas del embarazo, el investigador disponía de un listado semanal facilitado por el equipo médico de la Unidad de diagnóstico prenatal en el que se registraban las interrupciones programadas para la siguiente semana, resultado de la reunión interdisciplinar del equipo médico. En el listado figuraba información de las posibles participantes tal como el nombre de la

mujer, las semanas de gestación en que se producía la pérdida, el motivo por el que se planteaba la interrupción y el día programado para la intervención.

b) Muertes prenatales

El reclutamiento y contacto con las mujeres que habían sufrido una muerte prenatal se hizo mediante el libro de sala de partos, recogiendo los datos de aquellas mujeres que habían perdido el hijo (nombre y apellidos, teléfono, dirección, edad de gestación y motivo del óbito). A los pocos días de haber sido dadas de alta del hospital se recuperaba la historia clínica y el investigador se ponía en contacto con las posibles participantes telefónicamente. En este contacto telefónico se informaba del estudio al tiempo que se pedía su consentimiento para enviar el material para la recogida de datos.

c) Muertes postnatales

La vía de información fue a partir del contacto con los profesionales sanitarios de la Unidad de neonatología, donde la mayoría de bebés habían estado ingresados algún tiempo y también mediante la psicóloga que había realizado el seguimiento de los casos tal y como se establece en el protocolo del hospital. Se consiguió el nombre y teléfono de las mujeres, se contactó con las posibles participantes por vía telefónica y se pidió el consentimiento para enviar el material por correo postal.

4.4. Gestión de datos y análisis estadísticos

Los datos se almacenaron en una base de datos Microsoft Office Access 2000, diseñada para el presente estudio con el objetivo de asegurar la calidad de los datos. El análisis estadístico se ha llevado a cabo con el programa SPSS 17. Se ha realizado un análisis de la variancia considerando un diseño mixto 2 x 3 con el último factor de medidas repetidas, para describir la evolución del proceso de duelo a lo largo de un año tras la pérdida distinguiendo los dos grupos de pérdida (interrupción médica del embarazo y muerte prenatal/postnatal).

Se aplicaron modelos de regresión lineal múltiple para valorar la asociación de las variables independientes relativas a factores obstétricos, socio-demográficos, asistenciales, de satisfacción con la relación de pareja y algunas características del

tipo de pérdida con las variables criterio como son las puntuaciones en las escalas de duelo, depresión y satisfacción con la relación de pareja. Para comparar las puntuaciones medias de duelo y depresión en función de los grupos según las variables ver al hijo, embarazo durante el seguimiento y pronóstico fatal en el grupo de interrupciones médicas del embarazo se usó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, debido el bajo tamaño de los grupos.

Para cuantificar la magnitud de las diferencias halladas se calculó el tamaño del efecto con la d de Cohen. En el presente estudio se ha partido de la propuesta de Cohen (1988) para su interpretación, que describe una medida del efecto hasta 0.20 como una diferencia nula, de 0.20 a 0.50 como pequeña, de 0.50 a 0.80 moderada y más de 0.80 grande.

5. RESULTADOS

5.1. Descripción de la muestra

En primer lugar, mostramos la comparación entre las 70 personas que finalmente participaron y las 55 que desistieron. En la Tabla 5 se muestran las diferencias con relación a las variables obstétricas y socioeconómicas teniendo en cuenta la participación en el estudio. No se observan diferencias estadísticamente significativas respecto a las variables consideradas entre ambos grupos comparados.

Tabla 5: Diferencias entre participantes y no participantes

| | | No participan (<i>n</i> = 44-55) | Sí participan (<i>n</i> = 70) | Comparación |
|--------------------------|----------------|-----------------------------------|--------------------------------|-------------|
| Variables categóricas | | <i>n</i> (%) | <i>n</i> (%) | <i>p</i> |
| Tipo pérdida | IME | 40 (72.7) | 50 (71.4) | 0.872 |
| | M.Pre/Post | 15 (27.3) | 20 (28.6) | |
| Estado civil | Casada | 32 (72.7) | 58 (82.9) | 0.137 |
| | Vive en pareja | 12 (27.3) | 10 (14.3) | |
| | Soltera | 0 (0) | 2 (2.9) | |
| N.socioeconómico | Bajo | 26 (56.5) | 31 (44.3) | 0.171 |
| | Medio | 18 (39.1) | 29 (41.4) | |
| | Alto | 2 (4.3) | 10 (14.3) | |
| Medidas cuantitativas | | <i>M</i> (<i>DE</i>) | <i>M</i> (<i>DE</i>) | <i>p</i> |
| Abortos previos | | 0.31 (0.69) | 0.54 (1,03) | .151 |
| Hijos Sanos | | 0.53 (0.88) | 0.36 (0.57) | .192 |
| Semanas de gestación | | 21.73 (5.78) | 22.40 (5.61) | .539 |
| Edad participante | | 32.66 (5.01) | 32.12 (4.68) | .540 |

Nota: IME: Interrupción médica del embarazo; M. Pre: muerte prenatal; M. Post: muerte postnatal

A continuación en la Tabla 6 se muestran los índices descriptivos de las variables principales del estudio para la muestra de las 70 participantes incluidas en el primer seguimiento del estudio.

Tabla 6: Características de la muestra de participantes ($N = 43-70$)

| Medidas cuantitativas | <i>N</i> | <i>M (DE)</i> |
|---|------------------|---------------|
| Satisfacción asistencia sanitaria V.Hebron (0-10) | 70 | 8.7 (1.53) |
| Satisfacción asistencia sanitaria otros hospitales (0-10) | 43 | 6.4 (3.09) |
| Modo comunicación noticia V.Hebron (0-10) | 70 | 7.8 (2.31) |
| Modo comunicación noticia otros hospitales (0-10) | 44 | 5.1 (3.43) |
| Variables categóricas | Tipo respuesta | <i>n (%)</i> |
| Hijos previos (Sí) | | 21 (30.0) |
| Abortos previos (Sí) | | 25 (35.7) |
| Tipo de pérdida | IME | 50 (71.4) |
| | M.Prenatal | 14 (20.0) |
| | M.Postnatal | 6 (8.6) |
| Intervención quirúrgica (legrado vs. parto) | Legrado | 15 (21.7) |
| Embarazo por FIV (Sí) | | 3 (4.3) |
| Antecedentes previos de Salud mental (Sí) | | 14(20.0) |
| Antecedentes psicológicos | Sin antecedentes | 56 (80.0) |
| | Depresión | 8(11.4) |
| | Ansiedad | 3 (4.3) |
| | Ansiedad/depre | 3 (4.3) |
| Compañía noticia | Pareja | 58 (93.6) |
| | Familiar | 3 (4.8) |
| | Sola | 1 (1.6) |
| Valoración pronóstico (realista vs. negativo) | Realista | 52 (74.3) |
| Diferencias pronóstico (Sí) | | 4 (7.8) |
| Sentirse informada | Sí, mucho | 47 (67.2) |
| | Sí, un poco | 12 (17.1) |
| | Suficiente | 8 (11.4) |
| | No mucho | 3 (4.3) |
| Confianza en el equipo asistencial | Sí, totalmente | 26 (37.2) |
| | Sí, bastante | 33 (47.1) |
| | Normal | 10 (14.3) |
| | En absoluto | 1 (1.4) |
| Deseo nuevo hijo (Sí) | | 35 (50.0) |
| Nuevo embarazo durante el seguimiento (Sí) | | 12 (27.9) |
| Mujeres que deciden ver al hijo (sí) | | 26 (50.9) |
| Sólo grupo Interrupciones médicas embarazo (IME) | | |
| Diagnóstico malformación (fatal vs. no fatal) | Fatal | 32 (64.0) |
| Intervención quirúrgica (legrado vs. parto) | Legrado | 14 (28.6) |
| Pareja de acuerdo (Sí) | | 47 (95.9) |
| Deciden ver al hijo (Sí) | | 10 (45.5) |
| Apoyo pareja decisión (Sí) | | 47 (95.9) |
| Apoyo familia decisión (Sí) | | 49 (98.0) |

Notas: IME: Interrupción médica del embarazo; FIV: fecundación in vitro

Tal y como se observa, la mayoría de las participantes (71%) sufrieron una pérdida perinatal por interrupción médica del embarazo y se les practicó un parto (78%). El 20 % de las mujeres había presentado algún trastorno de ansiedad y/o

depresión previo a la pérdida y respecto a las variables relacionadas con la asistencia médica recibida y la comunicación de la noticia, encontramos que la mayoría se sentían informadas (96%) y confiaban en el equipo médico (99%). Además, las medias de la satisfacción con la asistencia sanitaria y el modo en que se comunicó la noticia es mayor para las participantes del hospital de la Vall d' Hebron que para las de los otros hospitales.

Por lo que al grupo de interrupciones médicas del embarazo (IMEs) se refiere, se ha considerado importante aportar información de este grupo en particular con relación a algunas variables que posteriormente se incluirán en los modelos de regresión con el objetivo de valorar su implicación en el proceso de duelo (Tabla 6, parte inferior). Algunos datos relevantes a destacar hacen referencia a que la mayoría de participantes consideraron tener apoyo por parte de la pareja (96%) y la familia (98%) ante la decisión de interrumpir el embarazo, el 64% de las IMEs se realizaron por la presencia de diagnóstico de una malformación con pronóstico fatal y que únicamente el 46% de las mujeres que tuvieron la oportunidad de ver y despedirse del hijo decidieron hacerlo.

A continuación se presentan los porcentajes de depresión y duelo para cada uno de los seguimientos y su clasificación en función de los puntos de corte y clasificaciones diagnósticas establecidas. Tal y como se ve en la Tabla 7, teniendo en cuenta la clasificación propuesta por la APA (2000) para el diagnóstico de depresión, el 20.6% de las participantes presentaban depresión moderada al mes de la pérdida, porcentaje que disminuyó a lo largo del año de seguimiento, situándose en un 11 % en la última evaluación. Son 3 las participantes que se clasificarían con una depresión grave, 2 al mes y 1 a los seis meses tras la pérdida.

Tabla 7: Presencia de depresión en los tres tiempos de evaluación (puntuaciones BDI)

| Escala Depresión | 1 mes <i>n</i> (%) | 6 meses <i>n</i> (%) | 12 meses <i>n</i> (%) |
|--------------------------------|-----------------------|-------------------------|--------------------------|
| BDI Depresión mínima (0-9) | 35 (51.5) | 28 (58.3) | 23 (63.9) |
| BDI Depresión leve (10-16) | 17 (25.0) | 11 (22.9) | 9 (25.0) |
| BDI Depresión moderada (17-29) | 14 (20.6) | 8 (16.7) | 4 (11.1) |
| BDI Depresión grave (30-36) | 2 (2.9) | 1 (2.1) | 0 (0) |

Tal y como se observa en la Tabla 8, teniendo en cuenta la clasificación de Toedter et al. (2001), casi el 62% de las participantes presentaban sintomatología propia del duelo al mes de la pérdida. La presencia de ésta disminuyó progresivamente a lo largo de los doce meses de seguimiento situándose en un 25% en la última evaluación. Con relación a la subescala Duelo activo se observa que un porcentaje elevado de las participantes (77%) presentaba sintomatología propia de ésta en la primera evaluación al mes, disminuyendo a lo largo del seguimiento y situándose en un 39% las participantes que todavía manifestaban tristeza y sentimientos de echar de menos al hijo tras un año de la pérdida. En cuanto a la subescala Dificultades de afrontamiento, el 47% presentaron puntuaciones por encima del punto de corte al mes, disminuyendo progresivamente hasta situarse en un 22% las participantes que superaban esta puntuación al año de la muerte. Respecto a la subescala Desesperanza el tanto por ciento de participantes que presentaron puntuaciones superiores al punto de corte al mes fue del 52%, disminuyendo hasta el 31% en el último seguimiento.

Tabla 8: Presencia de duelo en los tres tiempos de evaluación (puntuaciones PGS)

| Escalas de duelo | Mes <i>n</i> (%) | 6 meses <i>n</i> (%) | 12 meses <i>n</i> (%) |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------------|--------------------------|
| P. Total PGS (Sí \geq 91) | 42 (61.8) | 18 (38.3) | 9 (25.0) |
| PGS Duelo activo (Sí \geq 34) | 52 (76.5) | 24 (51.1) | 14 (38.9) |
| PGS D. Afrontamiento (Sí \geq 29) | 32 (47.1) | 12 (25.5) | 8 (22.2) |
| PGS Desesperanza (Sí \geq 27) | 35 (51.5) | 15 (31.9) | 11 (30.6) |

5.1.1. Evolución del duelo después de la pérdida

Las Tablas 9 y 10 muestran, respectivamente, los estadísticos descriptivos y los resultados del análisis de la variancia. La Tabla 10 muestra los resultados de analizar con ANOVA los datos presentados en la Tabla 9. El único efecto estadísticamente significativo es el factor tiempo, observándose dos tipos de perfiles diferentes. El primer perfil implica que las puntuaciones al mes son mayores que las de los seis meses y éstas a su vez mayores que las del año; la puntuación total de la escala de duelo PGS y la subescala de Duelo activo siguen este perfil lineal descendente. En el segundo perfil las puntuaciones al mes son superiores a las de los seis meses y a las del año pero entre los dos últimos seguimientos no se observan

diferencias estadísticamente significativas; el BDI y las subescalas Dificultades de afrontamiento y Desesperanza siguen este segundo perfil descrito, en forma de L invertida.

Tabla 9: Descriptivos de las escalas y comparación a lo largo del seguimiento en función del grupo de pérdida

| Medida | Grupo | Medias observadas (<i>DE</i>) y tamaño del efecto (<i>d</i> de Cohen) | | | | | |
|------------------|-----------|--|-------------|----------------|-------------|----------------|--------------|
| | | 1 mes | <i>d</i> | 6 meses | <i>d</i> | 12 meses | <i>d</i> |
| BDI: depresión | Pre/post | 16.55 (9.91) | 0.50 | 10.55 (7.19) | 0.17 | 9.18 (8.68) | 0.25 |
| | IME | 12.56 (7.36) | | 9.20 (8.25) | | 7.40 (6.54) | |
| PGS Total | Pre/post | 94.91(27.09) | 0.24 | 81.55(30.79) | 0.14 | 68.73 (30.59) | -0.14 |
| | IME | 89.29 (22.55) | | 77.88 (26.33) | | 72.25 (24.93) | |
| PGS D.activo | Pre/post | 40.36 (9.81) | 0.30 | 34.73 (11.93) | 0.21 | 27.09 (12.46) | -0.08 |
| | IME | 37.83 (8.20) | | 32.46 (11.07) | | 27.96 (10.07) | |
| PGS D.Afront. | Pre/post | 26.82 (10.28) | 0.24 | 23.18 (10.68) | 0.14 | 20.64 (10.05) | -0.18 |
| | IME | 25.92 (8.52) | | 23.50 (9.33) | | 22.21 (8.20) | |
| PGS Desesp. | Pre/post | 27.73 (9.49) | 0.24 | 23.64 (10.02) | 0.28 | 21.00 (9.33) | -0.13 |
| | IME | 25.54 (9.16) | | 21.92 (8.14) | | 22.08 (8.32) | |
| DAS Total | Pre/ post | 115.30 (15.64) | 0.06 | 116.10 (20.03) | 0.03 | 112.00 (26.16) | -0.15 |
| | IME | 114.52 (13.52) | | 115.68 (10.44) | | 114.56 (14.05) | |
| DAS Consenso | Pre/post | 50.60 (8.91) | -0.05 | 52.10 (8.31) | 0.08 | 49.60 (12.44) | -0.24 |
| | IME | 50.96 (7.57) | | 51.60 (6.01) | | 51.64 (6.76) | |
| DAS Satisfacción | Pre/post | 40.60 (4.62) | 0.00 | 40.50 (7.86) | 0.03 | 39.20 (9.15) | -0.14 |
| | IME | 40.60 (4.37) | | 40.32 (4.35) | | 40.08 (5.10) | |
| DAS E. Afecto | Pre/post | 9.20 (2.78) | -0.06 | 9.50 (2.84) | 0.07 | 9.00 (2.79) | -0.03 |
| | IME | 9.32 (2.01) | | 9.36 (1.58) | | 9.08 (2.38) | |
| DAS Cohesión | Pre/post | 14.90 (5.34) | 0.29 | 14.00 (4.69) | -0.12 | 14.20 (5.41) | 0.11 |
| | IME | 13.64 (4.20) | | 14.40 (2.84) | | 13.76 (3.61) | |

Notas: Pre/post: muerte prenatal o postnatal; IME: interrupción médica del embarazo; PGS D.activo: subescala Duelo activo; PGS D.Afront: subescala Dificultades de afrontamiento de la PGS; PGS Desesp: Subescala Desesperanza de la PGS; DAS E.Afecto: subescala Expresión de afecto del DAS. En negrita figuran las $d \geq 0.20$. *Los valores *d* positivos indican que el grupo de muertes prenatal/postnatal reporta una media más alta y los valores *d* negativos indican que el grupo de Interrupciones reporta una media más alta

Tabla 10: Análisis de la variancia de las escalas de duelo y depresión en función del grupo a lo largo del tiempo

| Escalas | ANOVA: $F(p)$ | | | | Contrastes (IC 95%) | | |
|------------------|---------------|---------------|-------------|------------------------------|--|---|---|
| | Interacción | Tiempo | Grupo | Comparaciones significativas | $\Phi 1$ (T1 vs T2) | $\Phi 2$ (T1 vs T3) | $\Phi 3$ (T2 vs T3) |
| BDI | 0.70 (.408) | 22.63 (<.001) | 0.89 (.352) | T1 > (T2 = T3) | 4.68 (1.96;7.40) p <.001 | 6.26 (2.96;9.57) p <.001 | n.s. |
| PGS Total | 1.62 (.212) | 36.30 (<.001) | 0.05 (.831) | T1 > T2 > T3 | 12.39 (5.81;18.97) p <.001 | 21.61 (12.59;30.63) p <.001 | 9.22 (3.41;15.03) p <.001 |
| PGS D.Activo | 0.86 (.360) | 39.95 (<.001) | 0.15 (.699) | T1 > T2 > T3 | 5.51 (2.32;8.69) p <.001 | 11.57 (6.97;16.18) p <.001 | 6.07 (2.81;9.33) p <.001 |
| PGS D.Afront. | 1.18 (.285) | 18.87 (<.001) | 0.01 (.918) | T1 > (T2 = T3) | 3.03 (0.86;5.20) p = .004 | 4.95 (2.08;7.81) p <.001 | n.s. |
| PGS Desesp. | 1.41 (.243) | 13.71 (.001) | 0.10 (.754) | T1 > (T2 = T3) | 3.86 (1.07;6.64) p = .004 | 5.09 (1.63;8.55) p = .002 | n.s. |

F: estadístico F de Snedecor; $\Phi 1$: T1 (mes) vs T2 (6 meses); $\Phi 2$: T1 (mes) vs T3 (12 meses); $\Phi 3$: T2 (6 meses) vs T3 (12 meses)

A pesar de que los grupos de muerte pre/postnatal e interrupción médica del embarazo (IME) no diferían en cuanto a las puntuaciones de duelo y depresión, se consideró interesante calcular el tamaño del efecto para cuantificar la magnitud de la diferencia entre dichos grupos mediante el estadístico d de Cohen (Tabla 9). Podemos destacar que en cuanto a la escala de depresión, las diferencias al mes son moderadas con $d = 0.50$ siendo más elevadas las puntuaciones del BDI en el grupo de muertes prenatales/postnatales que en el de interrupciones, para cada uno de los tres tiempos. Respecto a la escala de duelo, el cálculo del tamaño del efecto, tanto para la puntuación total de la PGS como para sus subescalas, aporta datos relativos a pequeñas diferencias entre los grupos en las puntuaciones totales de la PGS al mes ($d = 0.24$), en la subescala Duelo activo al mes y a los seis meses ($d = 0.30$ y $d = 0.21$), en la escala Dificultades de afrontamiento al mes ($d = 0.24$) y para la escala Desesperanza al mes y a los seis meses ($d = 0.24$ y $d = 0.28$). Aunque es de poca relevancia estadísticamente y la diferencia entre los grupos muestra diferencias nulas con valores d inferiores a 0.20, llama la atención el hecho de que las puntuaciones al año de la pérdida en el grupo de interrupciones sean más altas en la última evaluación que las del otro grupo. En esta misma línea se considera oportuno señalar que las

puntuaciones en la escala de Duelo activo parecen disminuir más progresivamente en el grupo de muerte pre/postnatal que en el de interrupciones.

Con relación a la escala de duelo, la media de las puntuaciones de la PGS al mes de la pérdida está por encima del punto de corte establecido (≥ 91) en el grupo de muertes prenatales/postnatales mientras que en el de interrupciones se sitúa ligeramente por debajo. A los seis meses la media de puntuaciones en ambos grupos disminuyen situándose ambas por debajo del punto de corte y al año se observa un cambio en el sentido que la media de las puntuaciones es más alta en el grupo de interrupciones que en el de muertes pre/postnatales.

5.1.2. Asociación de las subescalas de la PGS con la PGS total

Se ha analizado la relación entre las puntuaciones de las subescalas de la PGS al mes y a los seis meses de la pérdida y la puntuación total de la PGS a los seis meses y al año respectivamente.

Tabla 11: Asociación entre las subescalas de la PGS entre los diferentes seguimientos y la PGS total a los seis meses y al año

| criterio | Predictores | B (IC95%) | β | p | F(p) | R ² |
|-------------------|---------------------|---------------------|---------|-------|----------------|----------------|
| PGS Total (6 m.) | D. Activo (1 m.) | 0.44 (-0.22; 1.10) | .17 | .188 | 44.720 (<.001) | .757 |
| | D. Afront (1 m.) | 1.75 (1.07; 2.43) | .61 | <.001 | | |
| | Desesperanza (1 m.) | 0.48 (-0.25; 1.22) | .17 | .192 | | |
| PGS Total (12 m.) | D. Activo (1 m.) | -0.35 (-1.47; 0.77) | -.12 | .527 | 13.962 (<.001) | .567 |
| | D. Afront (1 m.) | 1.71 (0.72; 2.69) | .57 | .001 | | |
| | Desesperanza (1 m.) | 0.95 (-0.18; 2.08) | .33 | .098 | | |
| PGS Total (12 m.) | D. Activo (6 m.) | 0.23 (-0.50; 0.97) | .10 | .520 | 42.041 (<.001) | .803 |
| | D. Afront (6 m.) | 1.08 (0.33; 1.84) | .39 | .006 | | |
| | Desesperanza (6 m.) | 1.41 (0.41; 2.42) | .46 | .007 | | |

D. Activo: Subescala Duelo activo de la PGS; D.Afront: Subescala Dificultades de afrontamiento de la PGS.

Se han encontrado resultados estadísticamente significativos, no para la totalidad de los modelos pero sí en cuanto a algunas de las variables predictoras que los componen (Tabla 11). Las puntuaciones en la subescala Dificultades de

afrentamiento al mes se asociaron significativamente con la puntuación total de la PGS a los seis meses ($\beta = .61$; $p < .001$) y al año ($\beta = .57$; $p = .001$). Las puntuaciones en las escalas Dificultades de afrontamiento ($\beta = .39$; $p = .006$) y Desesperanza ($\beta = .46$; $p = .007$) a los 6 meses se asociaron significativamente con las puntuaciones de la PGS al año.

5.1.3. Variables sociodemográficas

En la Tabla 12 se presentan los modelos de regresión lineal múltiple tomando como posibles variables predictoras la edad y el nivel socioeconómico. No se han encontrado resultados estadísticamente significativos con relación a las puntuaciones en las escalas de duelo y depresión en ninguno de los diferentes tiempos de evaluación del estudio.

Tabla 12: Asociación entre la edad y el nivel socioeconómico y las escalas de duelo y depresión

| Criterio | Predictores | <i>B</i> (IC95%) | β | <i>p</i> | <i>F</i> (<i>p</i>) | <i>R</i> ² |
|-------------------|-------------|-----------------------|---------|----------|-----------------------|-----------------------|
| BDI (1 m.) | Edad | -0.08 (-0.56; 0.40) | -.04 | .742 | 0.66 (.578) | .029 |
| | Nivel bajo | -0.03 (-4.82; 4.77) | -.00 | .991 | | |
| | Nivel alto | 4.50 (-2.33; 11.33) | .17 | .193 | | |
| BDI (6 m.) | Edad | -0.41 (-0.96; 0.14) | -.23 | .141 | 0.83 (.484) | .054 |
| | Nivel bajo | -1.31 (-6.42; 3.80) | -.08 | .609 | | |
| | Nivel alto | -1.46 (-8.97; 5.99) | -.06 | .694 | | |
| BDI (12 m.) | Edad | -0.14 (-0.66; 0.39) | -.09 | .597 | 1.48 (.238) | .122 |
| | Nivel bajo | 4.88 (-0.76; 10.52) | .32 | .087 | | |
| | Nivel alto | 0.50 (-6.22; 7.22) | .03 | .881 | | |
| PGS Total (1 m.) | Edad | -0.45 (-2.01; 1.10) | -.07 | .563 | 0.17 (.917) | .008 |
| | Nivel bajo | -0.98 (-15.44; 13.48) | -.02 | .892 | | |
| | Nivel alto | 4.18 (-16.08; 24.45) | .06 | .681 | | |
| PGS Total (6 m.) | Edad | -1.10 (-3.15; 0.95) | -.18 | .284 | 0.47 (.702) | .032 |
| | Nivel bajo | -4.12 (-22.10; 13.86) | -.08 | .646 | | |
| | Nivel alto | -3.85 (-32.42; 24.72) | -.04 | .787 | | |
| PGS Total (12 m.) | Edad | -0.88 (-2.81; 1.05) | -1.6 | .358 | 1.27 (.303) | .106 |
| | Nivel bajo | 14.17 (-6.64; 34.98) | .25 | .175 | | |
| | Nivel alto | 4.71 (-20.09; 29.52) | .07 | .701 | | |

5.1.4. Variables obstétricas

Los resultados de las Tablas 13a, 13b y 13c muestran que no se han encontrado asociaciones estadísticamente significativas en los modelos que tienen como variables predictoras las semanas de gestación en que se produce la pérdida y la presencia de hijos y/o abortos previos, sobre las variables criterio puntuaciones totales del BDI y la PGS y sus subescalas.

Tabla 13a: Asociación entre las variables obstétricas y las escalas de duelo y depresión (primer tiempo)

| Criterio | Predictores | B (IC95%) | β | p | F(p) | R ² |
|----------------------|--------------|------------------------|---------|-------------|--------------|----------------|
| PGS Total (1 m.) | S. gestación | 0.92 (-0.24; 2.09) | .20 | .118 | 1.027 (.387) | .046 |
| | Hijos (Sí) | -0.47 (-14.78 ; 13.85) | -.01 | .948 | | |
| | Abortos (Sí) | 5.59 (-0.24 ; 2.09) | .10 | .412 | | |
| PGS D. Activo (1 m.) | S. gestación | 0.39 (-0.06; 0.83) | .21 | .085 | 1.480 (.228) | .065 |
| | Hijos (Sí) | -1.41 (-6.85; 4.02) | -.06 | .605 | | |
| | Abortos (Sí) | 2.65 (-2.48; 7.79) | .13 | .306 | | |
| PGS D.Afront. (1 m.) | S. gestación | 0.29 (-0.13; 0.71) | .17 | .166 | 0.775 (.512) | .035 |
| | Hijos (Sí) | 1.02 (-4.13; 6.17) | .05 | .694 | | |
| | Abortos (Sí) | 1.62 (-3.25; 6.48) | .08 | .510 | | |
| PGS Desesp. (1 m.) | S. gestación | 0.24 (-0.18; 0.66) | .14 | .254 | 0.520 (.670) | .024 |
| | Hijos(Sí) | -0.07 (-5.25; 5.10) | -.00 | .977 | | |
| | Abortos (Sí) | 1.33 (-3.56; 6.21) | .07 | .590 | | |
| BDI Total (1 m.) | S. gestación | 0.47 (0.08; 0.86) | .29 | .018 | 2.159 (.101) | .089 |
| | Hijos (Sí) | 1.85 (-2.87 ; 6.56) | .09 | .437 | | |
| | Abortos (Si) | 1.79 (-2.70 ; 6.29) | .09 | .429 | | |

PGS D.Activo: subescala duelo activo de la PGS; PGS D.Afront: subescala Dificultades de afrontamiento de la PGS; PGS Desesp: subescala desesperanza de la PGS.

Únicamente se ha encontrado una asociación positiva y significativa ($\beta = .29$; $p = .018$) entre la variable semanas de gestación y las puntuaciones del BDI al mes (Tabla 13a).

Tabla 13b: Asociación entre las variables obstétricas y las escalas de duelo y depresión (segundo tiempo)

| Criterio | Predictores | B (IC95%) | β | p | $F(p)$ | R^2 |
|----------------------|--------------|-----------------------|---------|------|--------------|-------|
| PGS Total (6 m.) | S. gestación | 0.997 (-0.33; 2.32) | .23 | .136 | 0.886 (.456) | .058 |
| | Hijos (sí) | -5.34 (-24.09; 13.41) | -.09 | .569 | | |
| | Abortos (sí) | 0.42 (-16.60; 17.45) | .01 | .960 | | |
| PGS D. Activo (6 m.) | S. gestación | 0.41 (-0.15; 0.97) | .22 | .144 | 1.074 (.370) | .070 |
| | Hijos (Sí) | -3.32 (-11.25; 4.62) | -.13 | .404 | | |
| | Abortos (Sí) | 1.69 (-5.51; 8.89) | .07 | .638 | | |
| PGS D.Afront. (6 m.) | S. gestación | 0.30(-0.15; 0.74) | .20 | .188 | 0.626 (.602) | .042 |
| | Hijos (Sí) | -0.81(-7.16; 5.54) | -.04 | .798 | | |
| | Abortos (Sí) | -0.40(-6.22; 4.48) | -.05 | .744 | | |
| PGS Desesp. (6 m.) | S. gestación | 0.29(-0.13; 0.70) | .21 | .169 | 0.747 (.530) | .050 |
| | Hijos (Sí) | -1.22(-7.11; 4.68) | -.06 | .680 | | |
| | Abortos (Sí) | -0.87(-6.22; 4.48) | -.05 | .744 | | |
| BDI Total (6 m.) | S. gestación | 0.18 (-0.21; 0.57) | .14 | .347 | .361 (.782) | .024 |
| | Hijos (Sí) | -1.0 (-6.48; 4.48) | -.06 | .714 | | |
| | Abortos (Si) | -.55 (-5.52; 4.41) | -.03 | .824 | | |

PGS D.Activo: subescala Duelo activo de la PGS; PGS D.Afront: subescala Dificultades de afrontamiento de la PGS; PGS Desesp: subescala Desesperanza de la PGS.

Como queda reflejado en la Tabla 14, no se han encontrado resultados estadísticamente significativos entre las puntuaciones de las mujeres que se quedaron embarazadas de nuevo tras la pérdida y las que no. En cuanto al tamaño del efecto de las diferencias observadas, éste es bajo ($d \leq .35$ en valor absoluto) y exceptuando para la subescala de Dificultades de afrontamiento, el grupo que sí se ha quedado embarazado durante el seguimiento presenta una media mayor en las escalas de duelo y depresión al año de la pérdida.

Tabla 13c: Asociación entre las variables obstétricas y las escalas de duelo y depresión (tercer tiempo)

| Criterio | Predictores | B (IC95%) | β | p | $F(p)$ | R^2 |
|----------------------|--------------|-----------------------|---------|------|--------------|-------|
| PGS Total (12 m.) | S. gestación | 0.55 (-0.97; 2.06) | .13 | .466 | .396 (.756) | .036 |
| | Hijos(Sí) | -7.64 (-30.30; 15.02) | -.12 | .497 | | |
| | Abortos (Sí) | -5.24 (-25.32; 14.66) | -.10 | .591 | | |
| PGS D. Activo (12m.) | S. gestación | 0.17(-0.45; 0.78) | .10 | .580 | 0.465 (.709) | .042 |
| | Hijos(Sí) | -3.93(-13.10; 5.23) | -.16 | .389 | | |
| | Abortos (Sí) | -2.93(-11.02; 5.16) | -.13 | .466 | | |
| PGS D.Afront. (12m.) | S. gestación | 0.21(-0.29; 0.71) | .15 | .404 | .488 (.693) | .044 |
| | Hijos(Sí) | -2.70 (-10.16; 4.77) | -.13 | .467 | | |
| | Abortos (Sí) | -1.91 (-8.50; 4.68) | -.11 | .559 | | |
| PGS Desesp. (12 m.) | S. gestación | 0.17 (-0.32; 0.66) | .13 | .475 | .205 (.892) | .019 |
| | Hijos(Sí) | -1.01 (-8.33; 6.31) | -.05 | .780 | | |
| | Abortos (Sí) | -0.49(-6.95; 5.97) | -.03 | .879 | | |
| BDI Total (12 m.) | S. gestación | 0.28 (-0.13; 0.69) | .24 | .167 | .788 (.509) | .069 |
| | Hijos (Sí) | -1.73 (-7.82; 4.36) | -.10 | .567 | | |
| | Abortos (Sí) | -0.68 (-6.05; 4.69) | -.05 | .797 | | |

PGS D.Activo: subescala Duelo activo de la PGS; PGS D.Afront: subescala Dificultades de afrontamiento de la PGS; PGS Desesp: subescala Desesperanza de la PGS.

Tabla 14: Asociación entre la variable embarazo durante el seguimiento y puntuaciones en las escalas de duelo y depresión al año de la pérdida

| Embarazo seguimiento | No | | Sí | | Comparación y tamaño del efecto (<i>d</i> de Cohen) | | | |
|----------------------|----------|---------------|----------|---------------|--|--------|----------|----------|
| | <i>n</i> | <i>M (DE)</i> | <i>n</i> | <i>M (DE)</i> | U-MW | Z | <i>p</i> | <i>d</i> |
| BDI | 26 | 7.50 (6.93) | 10 | 9.10 (8.06) | 108.00 | -0.780 | .435 | -0.23 |
| PGS | 26 | 70.46 (25.48) | 10 | 74.96 (29.36) | 116.50 | -0.477 | .633 | -0.17 |
| PGS D.Activo | 26 | 26.92 (10.32) | 10 | 30.60 (11.63) | 102.50 | -0.973 | .524 | -0.35 |
| PGS D.afrent. | 26 | 22.31 (8.71) | 10 | 21.00 (9.02) | 112.60 | -0.638 | .524 | 0.15 |
| PGS Desesp. | 26 | 21.23 (7.57) | 10 | 23.30 (10.61) | 117.00 | -0.460 | .645 | -0.25 |

5.1.5. Variables relativas a la satisfacción marital y a la presencia de antecedentes de salud mental previos

La Tabla 15 presenta la asociación entre la escala de ajuste marital y las escalas de duelo y depresión.

Tabla 15: Asociación entre el DAS y las escalas de duelo y depresión

| Criterio | Predictores | B (IC95%) | β | p | F(p) | R ² |
|------------------------|-------------|-----------------------|---------|-----------------|---------------|----------------|
| BDI (1 m.) | DAS (1 m.) | -0.20 (-0.36 ; -0.05) | -.31 | .010 | 6.96(.010) | .094 |
| BDI (6 m.) | DAS (6 m.) | -0.23 (-0.39; 0.08) | -.40 | .005 | 8.80 (.005) | .164 |
| BDI (12 m.) | DAS (12 m.) | -0.31 (-0.40; -0.21) | -.76 | <.001 | 43.72 (<.001) | .570 |
| PGS Total (1 m.) | DAS (1 m.) | -0.29 (-0.76; 0.18) | -.15 | .218 | 1.55 (.218) | .023 |
| PGS Total (6 m.) | DAS (6 m.) | -0.86 (-1.39; -0.33) | -.44 | .002 | 10.80 (.002) | .197 |
| PGS Total (12 m.) | DAS (12 m.) | -0.93 (-1.34; -0.53) | -.63 | <.001 | 22.01 (<.001) | .400 |
| PGS D.Activo (1 m.) | DAS (1 m.) | -0.02 (-0.20; 0.16) | -.03 | .158 | 0.05(.830) | .001 |
| PGS D.Afront. (1 m.) | DAS (1 m.) | -0.19 (-0.35; -0.02) | -.27 | .028 | 5.06 (.028) | .072 |
| PGS Desesp. (1 m.) | DAS (1 m) | -0.09 (-0.26; -0.09) | -.12 | .321 | 1.00 (.321) | .015 |
| PGS D.Activo (6 m.) | DAS (6 m.) | -0.29 (-0.52; -0.05) | -.35 | .017 | 6.11 (.017) | .122 |
| PGS D.Afront. (6 m.) | DAS (6 m.) | -0.31 (-0.49; -0.13) | -.47 | .001 | 12.57 (.001) | .222 |
| PGS Desesp. (6 m.) | DAS (6 m.) | -0.27 (-0.44; -0.10) | -.43 | .003 | 10.15 (.003) | .187 |
| PGS D. Activo (12 m.) | DAS (12 m.) | -0.30 (-0.48; -0.11) | -.50 | .002 | 10.74 (.002) | .245 |
| PGS D. Afront. (12 m.) | DAS (12 m.) | -0.33 (-0.46; -0.21) | -.69 | <.001 | 30.18 (<.001) | .478 |
| PGS Desesp. (12 m.) | DAS (12 m.) | -0.30 (-0.43; -0.17) | -.64 | <.001 | 22.47 (<.001) | .405 |

PGS D. Activo: Subescala Duelo activo de la PGS; PGS D.Afront: subescala Dificultades de afrontamiento de la PGS; PGS DESESP: subescala Desesperanza de la PGS.

Se observa una asociación negativa y significativa entre las puntuaciones del DAS al mes, a los seis meses y al año y las respectivas puntuaciones del BDI en los tres tiempos [($\beta = -.31$; $p = .010$), ($\beta = -.40$; $p = .005$), ($\beta = -.76$; $p < .001$)]. Para la escala de duelo, se ha encontrado una asociación negativa y significativa entre las puntuaciones totales de la PGS a los seis meses y al año con el DAS en los respectivos tiempos ($\beta = -.44$; $p = .002$) y ($\beta = -.63$; $p < .001$). Respecto a las subescalas, al mes sólo es significativa la asociación entre la subescala Dificultad de

afrontamiento y el DAS en el mismo período ($\beta = -27$; $p = .028$). Las puntuaciones de todas las subescalas a los seis meses y al año se asociaron negativa y significativamente con las puntuaciones de la escala de ajuste marital ($p \geq .017$).

Tabla 16: Asociación entre antecedentes de salud mental previos, DAS al mes y escalas de duelo

| Criterio | Predictores | B (IC95%) | β | p | F(p) | R ² |
|-------------------|---------------------|------------------------|---------|-------------|----------------------|----------------|
| PGS Total (1m.) | Ant. S.mental (Sí) | 13.08 (-2.76; 28.92) | .20 | .104 | 2.15 (.124) | .063 |
| | DAS1 | -0.27 (-0.73; 0.20) | -.14 | .255 | | |
| D.Activo (1m.) | Ant. S. mental (Si) | 2.85 (-3.20; 8.90) | .12 | .351 | 0.47 (.630) | .014 |
| | DAS1 | -0.01 (-0.19; 0.16) | -.02 | .879 | | |
| D.Afront. (1m.) | Ant. S. mental (Si) | 6.31 (0.81; 11.82) | .27 | .025 | 5.32 (.007) | .143 |
| | DAS1 | -0.18 (-0.34;-0.01) | -.25 | .034 | | |
| Desesp. (1m.) | Ant. S. mental (Si) | 3.92 (-1.93; 9.77) | .16 | .186 | 1.40 (.254) | .042 |
| | DAS1 | -0.08 (-0.25; 0.09) | -.11 | .363 | | |
| PGS Total (6m.) | Ant. S. (Sí) | 8.56 (-12.69; 29.81) | .12 | .421 | 1.28 (.289) | .056 |
| | DAS 1 | -0.36 (-0.93; 0.22) | -.19 | .217 | | |
| D. Activo (6m.) | Ant. S. mental (Si) | 4.186 (-4.890; 13.262) | .14 | .357 | 0.58 (.563) | .026 |
| | DAS 1 | -0.05 (-0.29; 0.19) | -.06 | .682 | | |
| D.Afront. (6m.) | Ant. S. mental (Si) | 2.86 (-4.21; 9.93) | .12 | .419 | 2.10 (.135) | .089 |
| | DAS 1 | -0.17 (-0.36; 0.03) | -.26 | .087 | | |
| Desesp. (6m.) | Ant. S. mental (Si) | 1.51 (-5.22; 8.24) | .07 | .653 | 1.44 (.248) | .063 |
| | DAS 1 | -0.14 (-0.3; 0.0) | -.23 | .126 | | |
| PGS Total (12 m.) | Ant. S. mental (Si) | 8.53 (-12.7; 29.7) | .14 | .419 | 1.41 (.260) | .078 |
| | DAS 1 | -0.45 (-1.10; 0.20) | -.24 | .167 | | |
| D. Activo (12m.) | Ant. S. mental (Si) | 1.44 (-7.39; 10.26) | .057 | .743 | 0.53 (.592) | .031 |
| | DAS 1 | -0.13 (-0.40; 0.14) | -.16 | .346 | | |
| D.Afront. (12m.) | Ant. S. mental (Si) | 4.17 (-2.53; 10.87) | .20 | .214 | 3.15 (.056) | .160 |
| | DAS 1 | -0.21 (-0.42; -0.01) | -.33 | .045 | | |
| Desesp. (12 m.) | Ant. S. mental (Si) | 2.93 (-3.94; 9.79) | .15 | .392 | 1.04 (.365) | .059 |
| | DAS 1 | -0.11 (-0.32; 0.10) | -.19 | .280 | | |

PGS D. Activo: Subescala Duelo activo de la PGS; PGS D.Afront: subescala Dificultades de afrontamiento de la PGS; PGS Desesp: subescala Desesperanza de la PGS; DAS 1: puntuaciones de la Dyadic adjustment scale al mes de la pérdida.

Tabla 17: Asociación entre las variables asistenciales y las escalas de duelo y depresión

| Criterio | Predictores | B (IC95%) | β | p | F(p) | R ² | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|-------------------|---------------------|---------|------|--------------|----------------|-----------------|-------------------|---------------------|------|------|--------------|------|--------------|---------------------|-----|------|-----------------|-------------------|---------------------|------|------|--------------|------|--------------|---------------------|-----|------|-----------------|-------------------|---------------------|------|------|--------------|------|--------------|---------------------|-----|------|-----------------|-------------------|---------------------|------|------|--------------|------|--------------|---------------------|-----|------|-----------------|-------------------|---------------------|------|------|--------------|------|--------------|---------------------|-----|------|-----------------|-------------------|---------------------|------|------|--------------|------|--------------|--------------------|-----|------|-----------------|-------------------|---------------------|------|------|--------------|------|--------------|--------------------|-----|------|-----------------|-------------------|---------------------|------|------|--------------|------|--------------|--------------------|-----|------|-----------------|-------------------|---------------------|------|------|--------------|------|--------------|--------------------|-----|------|-----------------|-------------------|---------------------|------|------|--------------|------|--------------|--------------------|-----|------|-----------------|-------------------|---------------------|------|------|--------------|------|--------------|--------------------|-----|------|-----------------|-------------------|---------------------|------|------|--------------|------|--------------|--------------------|-----|------|-----------------|-------------------|---------------------|------|------|--------------|------|--------------|--------------------|-----|------|----------------|-------------------|---------------------|------|------|--------------|------|--------------|
| BDI (1m.) | Asistencia medica | -1.22 (-2.78; 0.34) | -.20 | .123 | 1.29 (.283) | .037 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Modo noticia | 0.49 (-0.54; 1.53) | .12 | .345 | | | BDI (6m.) | Asistencia médica | -0.52 (-2.11; 1.07) | -.11 | .514 | 1.11(.339) | .047 | Modo noticia | 0.84 (-0.30 ;1.98) | .23 | .144 | BDI (12m.) | Asistencia médica | -0.98 (-2.74; 0.78) | -.23 | .267 | 1.15 (.330) | .065 | Modo noticia | 1.04 (-0.39; 2.47) | .31 | .149 | PGS Total (1m.) | Asistencia medica | -2.07 (-6.69; 2.56) | -.12 | .376 | 0.62 (.542) | .019 | Modo noticia | 1.47 (-1.58; 4.52) | .13 | .339 | PGS Total (6m.) | Asistencia médica | -0.93 (-6.51; 4.65) | -.06 | .739 | 1.20 (.310) | .052 | Modo noticia | 2.98 (-0.99; 6.95) | .25 | .138 | PGS Total(12m) | Asistencia médica | -0.64 (-7.17; 5.90) | -.04 | .844 | .70 (.506) | .040 | Modo noticia | 2.77 (-2.53 ; 8.07) | .22 | .296 | D.Activo (1m.) | Asistencia medica | -0.66 (-2.43; 1.12) | -.09 | .462 | .71 (.494) | .021 | Modo noticia | 0.68 (-.49; 1.84) | .15 | .154 | D.Afront. (1m.) | Asistencia medica | -0.80(-2.46; .86) | -.13 | .340 | .46 (.632) | .014 | Modo noticia | 0.19 (-0.90; 1.29) | .05 | .728 | Desesp. (1m.) | Asistencia medica | -0.61 (-2.26; 1.04) | -.09 | .463 | .67 (.516) | .020 | Modo noticia | 0.61 (-0.48; 1.69) | .15 | .271 | D.Activo (6m.) | Asistencia médica | -0.30 (-2.68;2.07) | -.04 | .799 | 1.25 (.297) | .054 | Modo noticia | 1.27 (-0.42; 2.96) | .25 | .136 | D.Afront. (6m.) | Asistencia médica | -0.49 (-2.40; 1.42) | -.09 | .608 | 0.367 (.695) | .016 | Modo noticia | 0.57 (-0.79; 1.93) | .14 | .406 | Desesp. (6m.) | Asistencia médica | -.139 (-1.86; 1.58) | -.03 | .871 | 2.021 (.145) | .084 | Modo noticia | 1.14 (-0.08; 2.36) | .30 | .067 | D.Activo (12m.) | Asistencia médica | -0.20 (-2.88; 2.49) | -.03 | .883 | .298 (.744) | .018 | Modo noticia | 0.75 (-1.42; 2.93) | .15 | .487 | D.Afront. (12m) | Asistencia médica | -0.29 (-2.48; 1.91) | -.06 | .793 | .235 (.792) | .014 | Modo noticia | 0.58 (-1.19; 2.36) | .14 | .509 | Desesp. (12m.) | Asistencia médica | -0.16 (-2.16; 1.85) | -.03 | .102 | 2.183 (.129) | .117 | Modo noticia |
| BDI (6m.) | Asistencia médica | -0.52 (-2.11; 1.07) | -.11 | .514 | 1.11(.339) | .047 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Modo noticia | 0.84 (-0.30 ;1.98) | .23 | .144 | | | BDI (12m.) | Asistencia médica | -0.98 (-2.74; 0.78) | -.23 | .267 | 1.15 (.330) | .065 | Modo noticia | 1.04 (-0.39; 2.47) | .31 | .149 | PGS Total (1m.) | Asistencia medica | -2.07 (-6.69; 2.56) | -.12 | .376 | 0.62 (.542) | .019 | Modo noticia | 1.47 (-1.58; 4.52) | .13 | .339 | PGS Total (6m.) | Asistencia médica | -0.93 (-6.51; 4.65) | -.06 | .739 | 1.20 (.310) | .052 | Modo noticia | 2.98 (-0.99; 6.95) | .25 | .138 | PGS Total(12m) | Asistencia médica | -0.64 (-7.17; 5.90) | -.04 | .844 | .70 (.506) | .040 | Modo noticia | 2.77 (-2.53 ; 8.07) | .22 | .296 | D.Activo (1m.) | Asistencia medica | -0.66 (-2.43; 1.12) | -.09 | .462 | .71 (.494) | .021 | Modo noticia | 0.68 (-.49; 1.84) | .15 | .154 | D.Afront. (1m.) | Asistencia medica | -0.80(-2.46; .86) | -.13 | .340 | .46 (.632) | .014 | Modo noticia | 0.19 (-0.90; 1.29) | .05 | .728 | Desesp. (1m.) | Asistencia medica | -0.61 (-2.26; 1.04) | -.09 | .463 | .67 (.516) | .020 | Modo noticia | 0.61 (-0.48; 1.69) | .15 | .271 | D.Activo (6m.) | Asistencia médica | -0.30 (-2.68;2.07) | -.04 | .799 | 1.25 (.297) | .054 | Modo noticia | 1.27 (-0.42; 2.96) | .25 | .136 | D.Afront. (6m.) | Asistencia médica | -0.49 (-2.40; 1.42) | -.09 | .608 | 0.367 (.695) | .016 | Modo noticia | 0.57 (-0.79; 1.93) | .14 | .406 | Desesp. (6m.) | Asistencia médica | -.139 (-1.86; 1.58) | -.03 | .871 | 2.021 (.145) | .084 | Modo noticia | 1.14 (-0.08; 2.36) | .30 | .067 | D.Activo (12m.) | Asistencia médica | -0.20 (-2.88; 2.49) | -.03 | .883 | .298 (.744) | .018 | Modo noticia | 0.75 (-1.42; 2.93) | .15 | .487 | D.Afront. (12m) | Asistencia médica | -0.29 (-2.48; 1.91) | -.06 | .793 | .235 (.792) | .014 | Modo noticia | 0.58 (-1.19; 2.36) | .14 | .509 | Desesp. (12m.) | Asistencia médica | -0.16 (-2.16; 1.85) | -.03 | .102 | 2.183 (.129) | .117 | Modo noticia | 1.43 (-0.20; 3.06) | .36 | .876 | | | | | | | | |
| BDI (12m.) | Asistencia médica | -0.98 (-2.74; 0.78) | -.23 | .267 | 1.15 (.330) | .065 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Modo noticia | 1.04 (-0.39; 2.47) | .31 | .149 | | | PGS Total (1m.) | Asistencia medica | -2.07 (-6.69; 2.56) | -.12 | .376 | 0.62 (.542) | .019 | Modo noticia | 1.47 (-1.58; 4.52) | .13 | .339 | PGS Total (6m.) | Asistencia médica | -0.93 (-6.51; 4.65) | -.06 | .739 | 1.20 (.310) | .052 | Modo noticia | 2.98 (-0.99; 6.95) | .25 | .138 | PGS Total(12m) | Asistencia médica | -0.64 (-7.17; 5.90) | -.04 | .844 | .70 (.506) | .040 | Modo noticia | 2.77 (-2.53 ; 8.07) | .22 | .296 | D.Activo (1m.) | Asistencia medica | -0.66 (-2.43; 1.12) | -.09 | .462 | .71 (.494) | .021 | Modo noticia | 0.68 (-.49; 1.84) | .15 | .154 | D.Afront. (1m.) | Asistencia medica | -0.80(-2.46; .86) | -.13 | .340 | .46 (.632) | .014 | Modo noticia | 0.19 (-0.90; 1.29) | .05 | .728 | Desesp. (1m.) | Asistencia medica | -0.61 (-2.26; 1.04) | -.09 | .463 | .67 (.516) | .020 | Modo noticia | 0.61 (-0.48; 1.69) | .15 | .271 | D.Activo (6m.) | Asistencia médica | -0.30 (-2.68;2.07) | -.04 | .799 | 1.25 (.297) | .054 | Modo noticia | 1.27 (-0.42; 2.96) | .25 | .136 | D.Afront. (6m.) | Asistencia médica | -0.49 (-2.40; 1.42) | -.09 | .608 | 0.367 (.695) | .016 | Modo noticia | 0.57 (-0.79; 1.93) | .14 | .406 | Desesp. (6m.) | Asistencia médica | -.139 (-1.86; 1.58) | -.03 | .871 | 2.021 (.145) | .084 | Modo noticia | 1.14 (-0.08; 2.36) | .30 | .067 | D.Activo (12m.) | Asistencia médica | -0.20 (-2.88; 2.49) | -.03 | .883 | .298 (.744) | .018 | Modo noticia | 0.75 (-1.42; 2.93) | .15 | .487 | D.Afront. (12m) | Asistencia médica | -0.29 (-2.48; 1.91) | -.06 | .793 | .235 (.792) | .014 | Modo noticia | 0.58 (-1.19; 2.36) | .14 | .509 | Desesp. (12m.) | Asistencia médica | -0.16 (-2.16; 1.85) | -.03 | .102 | 2.183 (.129) | .117 | Modo noticia | 1.43 (-0.20; 3.06) | .36 | .876 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PGS Total (1m.) | Asistencia medica | -2.07 (-6.69; 2.56) | -.12 | .376 | 0.62 (.542) | .019 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Modo noticia | 1.47 (-1.58; 4.52) | .13 | .339 | | | PGS Total (6m.) | Asistencia médica | -0.93 (-6.51; 4.65) | -.06 | .739 | 1.20 (.310) | .052 | Modo noticia | 2.98 (-0.99; 6.95) | .25 | .138 | PGS Total(12m) | Asistencia médica | -0.64 (-7.17; 5.90) | -.04 | .844 | .70 (.506) | .040 | Modo noticia | 2.77 (-2.53 ; 8.07) | .22 | .296 | D.Activo (1m.) | Asistencia medica | -0.66 (-2.43; 1.12) | -.09 | .462 | .71 (.494) | .021 | Modo noticia | 0.68 (-.49; 1.84) | .15 | .154 | D.Afront. (1m.) | Asistencia medica | -0.80(-2.46; .86) | -.13 | .340 | .46 (.632) | .014 | Modo noticia | 0.19 (-0.90; 1.29) | .05 | .728 | Desesp. (1m.) | Asistencia medica | -0.61 (-2.26; 1.04) | -.09 | .463 | .67 (.516) | .020 | Modo noticia | 0.61 (-0.48; 1.69) | .15 | .271 | D.Activo (6m.) | Asistencia médica | -0.30 (-2.68;2.07) | -.04 | .799 | 1.25 (.297) | .054 | Modo noticia | 1.27 (-0.42; 2.96) | .25 | .136 | D.Afront. (6m.) | Asistencia médica | -0.49 (-2.40; 1.42) | -.09 | .608 | 0.367 (.695) | .016 | Modo noticia | 0.57 (-0.79; 1.93) | .14 | .406 | Desesp. (6m.) | Asistencia médica | -.139 (-1.86; 1.58) | -.03 | .871 | 2.021 (.145) | .084 | Modo noticia | 1.14 (-0.08; 2.36) | .30 | .067 | D.Activo (12m.) | Asistencia médica | -0.20 (-2.88; 2.49) | -.03 | .883 | .298 (.744) | .018 | Modo noticia | 0.75 (-1.42; 2.93) | .15 | .487 | D.Afront. (12m) | Asistencia médica | -0.29 (-2.48; 1.91) | -.06 | .793 | .235 (.792) | .014 | Modo noticia | 0.58 (-1.19; 2.36) | .14 | .509 | Desesp. (12m.) | Asistencia médica | -0.16 (-2.16; 1.85) | -.03 | .102 | 2.183 (.129) | .117 | Modo noticia | 1.43 (-0.20; 3.06) | .36 | .876 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PGS Total (6m.) | Asistencia médica | -0.93 (-6.51; 4.65) | -.06 | .739 | 1.20 (.310) | .052 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Modo noticia | 2.98 (-0.99; 6.95) | .25 | .138 | | | PGS Total(12m) | Asistencia médica | -0.64 (-7.17; 5.90) | -.04 | .844 | .70 (.506) | .040 | Modo noticia | 2.77 (-2.53 ; 8.07) | .22 | .296 | D.Activo (1m.) | Asistencia medica | -0.66 (-2.43; 1.12) | -.09 | .462 | .71 (.494) | .021 | Modo noticia | 0.68 (-.49; 1.84) | .15 | .154 | D.Afront. (1m.) | Asistencia medica | -0.80(-2.46; .86) | -.13 | .340 | .46 (.632) | .014 | Modo noticia | 0.19 (-0.90; 1.29) | .05 | .728 | Desesp. (1m.) | Asistencia medica | -0.61 (-2.26; 1.04) | -.09 | .463 | .67 (.516) | .020 | Modo noticia | 0.61 (-0.48; 1.69) | .15 | .271 | D.Activo (6m.) | Asistencia médica | -0.30 (-2.68;2.07) | -.04 | .799 | 1.25 (.297) | .054 | Modo noticia | 1.27 (-0.42; 2.96) | .25 | .136 | D.Afront. (6m.) | Asistencia médica | -0.49 (-2.40; 1.42) | -.09 | .608 | 0.367 (.695) | .016 | Modo noticia | 0.57 (-0.79; 1.93) | .14 | .406 | Desesp. (6m.) | Asistencia médica | -.139 (-1.86; 1.58) | -.03 | .871 | 2.021 (.145) | .084 | Modo noticia | 1.14 (-0.08; 2.36) | .30 | .067 | D.Activo (12m.) | Asistencia médica | -0.20 (-2.88; 2.49) | -.03 | .883 | .298 (.744) | .018 | Modo noticia | 0.75 (-1.42; 2.93) | .15 | .487 | D.Afront. (12m) | Asistencia médica | -0.29 (-2.48; 1.91) | -.06 | .793 | .235 (.792) | .014 | Modo noticia | 0.58 (-1.19; 2.36) | .14 | .509 | Desesp. (12m.) | Asistencia médica | -0.16 (-2.16; 1.85) | -.03 | .102 | 2.183 (.129) | .117 | Modo noticia | 1.43 (-0.20; 3.06) | .36 | .876 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PGS Total(12m) | Asistencia médica | -0.64 (-7.17; 5.90) | -.04 | .844 | .70 (.506) | .040 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Modo noticia | 2.77 (-2.53 ; 8.07) | .22 | .296 | | | D.Activo (1m.) | Asistencia medica | -0.66 (-2.43; 1.12) | -.09 | .462 | .71 (.494) | .021 | Modo noticia | 0.68 (-.49; 1.84) | .15 | .154 | D.Afront. (1m.) | Asistencia medica | -0.80(-2.46; .86) | -.13 | .340 | .46 (.632) | .014 | Modo noticia | 0.19 (-0.90; 1.29) | .05 | .728 | Desesp. (1m.) | Asistencia medica | -0.61 (-2.26; 1.04) | -.09 | .463 | .67 (.516) | .020 | Modo noticia | 0.61 (-0.48; 1.69) | .15 | .271 | D.Activo (6m.) | Asistencia médica | -0.30 (-2.68;2.07) | -.04 | .799 | 1.25 (.297) | .054 | Modo noticia | 1.27 (-0.42; 2.96) | .25 | .136 | D.Afront. (6m.) | Asistencia médica | -0.49 (-2.40; 1.42) | -.09 | .608 | 0.367 (.695) | .016 | Modo noticia | 0.57 (-0.79; 1.93) | .14 | .406 | Desesp. (6m.) | Asistencia médica | -.139 (-1.86; 1.58) | -.03 | .871 | 2.021 (.145) | .084 | Modo noticia | 1.14 (-0.08; 2.36) | .30 | .067 | D.Activo (12m.) | Asistencia médica | -0.20 (-2.88; 2.49) | -.03 | .883 | .298 (.744) | .018 | Modo noticia | 0.75 (-1.42; 2.93) | .15 | .487 | D.Afront. (12m) | Asistencia médica | -0.29 (-2.48; 1.91) | -.06 | .793 | .235 (.792) | .014 | Modo noticia | 0.58 (-1.19; 2.36) | .14 | .509 | Desesp. (12m.) | Asistencia médica | -0.16 (-2.16; 1.85) | -.03 | .102 | 2.183 (.129) | .117 | Modo noticia | 1.43 (-0.20; 3.06) | .36 | .876 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D.Activo (1m.) | Asistencia medica | -0.66 (-2.43; 1.12) | -.09 | .462 | .71 (.494) | .021 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Modo noticia | 0.68 (-.49; 1.84) | .15 | .154 | | | D.Afront. (1m.) | Asistencia medica | -0.80(-2.46; .86) | -.13 | .340 | .46 (.632) | .014 | Modo noticia | 0.19 (-0.90; 1.29) | .05 | .728 | Desesp. (1m.) | Asistencia medica | -0.61 (-2.26; 1.04) | -.09 | .463 | .67 (.516) | .020 | Modo noticia | 0.61 (-0.48; 1.69) | .15 | .271 | D.Activo (6m.) | Asistencia médica | -0.30 (-2.68;2.07) | -.04 | .799 | 1.25 (.297) | .054 | Modo noticia | 1.27 (-0.42; 2.96) | .25 | .136 | D.Afront. (6m.) | Asistencia médica | -0.49 (-2.40; 1.42) | -.09 | .608 | 0.367 (.695) | .016 | Modo noticia | 0.57 (-0.79; 1.93) | .14 | .406 | Desesp. (6m.) | Asistencia médica | -.139 (-1.86; 1.58) | -.03 | .871 | 2.021 (.145) | .084 | Modo noticia | 1.14 (-0.08; 2.36) | .30 | .067 | D.Activo (12m.) | Asistencia médica | -0.20 (-2.88; 2.49) | -.03 | .883 | .298 (.744) | .018 | Modo noticia | 0.75 (-1.42; 2.93) | .15 | .487 | D.Afront. (12m) | Asistencia médica | -0.29 (-2.48; 1.91) | -.06 | .793 | .235 (.792) | .014 | Modo noticia | 0.58 (-1.19; 2.36) | .14 | .509 | Desesp. (12m.) | Asistencia médica | -0.16 (-2.16; 1.85) | -.03 | .102 | 2.183 (.129) | .117 | Modo noticia | 1.43 (-0.20; 3.06) | .36 | .876 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D.Afront. (1m.) | Asistencia medica | -0.80(-2.46; .86) | -.13 | .340 | .46 (.632) | .014 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Modo noticia | 0.19 (-0.90; 1.29) | .05 | .728 | | | Desesp. (1m.) | Asistencia medica | -0.61 (-2.26; 1.04) | -.09 | .463 | .67 (.516) | .020 | Modo noticia | 0.61 (-0.48; 1.69) | .15 | .271 | D.Activo (6m.) | Asistencia médica | -0.30 (-2.68;2.07) | -.04 | .799 | 1.25 (.297) | .054 | Modo noticia | 1.27 (-0.42; 2.96) | .25 | .136 | D.Afront. (6m.) | Asistencia médica | -0.49 (-2.40; 1.42) | -.09 | .608 | 0.367 (.695) | .016 | Modo noticia | 0.57 (-0.79; 1.93) | .14 | .406 | Desesp. (6m.) | Asistencia médica | -.139 (-1.86; 1.58) | -.03 | .871 | 2.021 (.145) | .084 | Modo noticia | 1.14 (-0.08; 2.36) | .30 | .067 | D.Activo (12m.) | Asistencia médica | -0.20 (-2.88; 2.49) | -.03 | .883 | .298 (.744) | .018 | Modo noticia | 0.75 (-1.42; 2.93) | .15 | .487 | D.Afront. (12m) | Asistencia médica | -0.29 (-2.48; 1.91) | -.06 | .793 | .235 (.792) | .014 | Modo noticia | 0.58 (-1.19; 2.36) | .14 | .509 | Desesp. (12m.) | Asistencia médica | -0.16 (-2.16; 1.85) | -.03 | .102 | 2.183 (.129) | .117 | Modo noticia | 1.43 (-0.20; 3.06) | .36 | .876 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Desesp. (1m.) | Asistencia medica | -0.61 (-2.26; 1.04) | -.09 | .463 | .67 (.516) | .020 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Modo noticia | 0.61 (-0.48; 1.69) | .15 | .271 | | | D.Activo (6m.) | Asistencia médica | -0.30 (-2.68;2.07) | -.04 | .799 | 1.25 (.297) | .054 | Modo noticia | 1.27 (-0.42; 2.96) | .25 | .136 | D.Afront. (6m.) | Asistencia médica | -0.49 (-2.40; 1.42) | -.09 | .608 | 0.367 (.695) | .016 | Modo noticia | 0.57 (-0.79; 1.93) | .14 | .406 | Desesp. (6m.) | Asistencia médica | -.139 (-1.86; 1.58) | -.03 | .871 | 2.021 (.145) | .084 | Modo noticia | 1.14 (-0.08; 2.36) | .30 | .067 | D.Activo (12m.) | Asistencia médica | -0.20 (-2.88; 2.49) | -.03 | .883 | .298 (.744) | .018 | Modo noticia | 0.75 (-1.42; 2.93) | .15 | .487 | D.Afront. (12m) | Asistencia médica | -0.29 (-2.48; 1.91) | -.06 | .793 | .235 (.792) | .014 | Modo noticia | 0.58 (-1.19; 2.36) | .14 | .509 | Desesp. (12m.) | Asistencia médica | -0.16 (-2.16; 1.85) | -.03 | .102 | 2.183 (.129) | .117 | Modo noticia | 1.43 (-0.20; 3.06) | .36 | .876 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D.Activo (6m.) | Asistencia médica | -0.30 (-2.68;2.07) | -.04 | .799 | 1.25 (.297) | .054 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Modo noticia | 1.27 (-0.42; 2.96) | .25 | .136 | | | D.Afront. (6m.) | Asistencia médica | -0.49 (-2.40; 1.42) | -.09 | .608 | 0.367 (.695) | .016 | Modo noticia | 0.57 (-0.79; 1.93) | .14 | .406 | Desesp. (6m.) | Asistencia médica | -.139 (-1.86; 1.58) | -.03 | .871 | 2.021 (.145) | .084 | Modo noticia | 1.14 (-0.08; 2.36) | .30 | .067 | D.Activo (12m.) | Asistencia médica | -0.20 (-2.88; 2.49) | -.03 | .883 | .298 (.744) | .018 | Modo noticia | 0.75 (-1.42; 2.93) | .15 | .487 | D.Afront. (12m) | Asistencia médica | -0.29 (-2.48; 1.91) | -.06 | .793 | .235 (.792) | .014 | Modo noticia | 0.58 (-1.19; 2.36) | .14 | .509 | Desesp. (12m.) | Asistencia médica | -0.16 (-2.16; 1.85) | -.03 | .102 | 2.183 (.129) | .117 | Modo noticia | 1.43 (-0.20; 3.06) | .36 | .876 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D.Afront. (6m.) | Asistencia médica | -0.49 (-2.40; 1.42) | -.09 | .608 | 0.367 (.695) | .016 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Modo noticia | 0.57 (-0.79; 1.93) | .14 | .406 | | | Desesp. (6m.) | Asistencia médica | -.139 (-1.86; 1.58) | -.03 | .871 | 2.021 (.145) | .084 | Modo noticia | 1.14 (-0.08; 2.36) | .30 | .067 | D.Activo (12m.) | Asistencia médica | -0.20 (-2.88; 2.49) | -.03 | .883 | .298 (.744) | .018 | Modo noticia | 0.75 (-1.42; 2.93) | .15 | .487 | D.Afront. (12m) | Asistencia médica | -0.29 (-2.48; 1.91) | -.06 | .793 | .235 (.792) | .014 | Modo noticia | 0.58 (-1.19; 2.36) | .14 | .509 | Desesp. (12m.) | Asistencia médica | -0.16 (-2.16; 1.85) | -.03 | .102 | 2.183 (.129) | .117 | Modo noticia | 1.43 (-0.20; 3.06) | .36 | .876 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Desesp. (6m.) | Asistencia médica | -.139 (-1.86; 1.58) | -.03 | .871 | 2.021 (.145) | .084 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Modo noticia | 1.14 (-0.08; 2.36) | .30 | .067 | | | D.Activo (12m.) | Asistencia médica | -0.20 (-2.88; 2.49) | -.03 | .883 | .298 (.744) | .018 | Modo noticia | 0.75 (-1.42; 2.93) | .15 | .487 | D.Afront. (12m) | Asistencia médica | -0.29 (-2.48; 1.91) | -.06 | .793 | .235 (.792) | .014 | Modo noticia | 0.58 (-1.19; 2.36) | .14 | .509 | Desesp. (12m.) | Asistencia médica | -0.16 (-2.16; 1.85) | -.03 | .102 | 2.183 (.129) | .117 | Modo noticia | 1.43 (-0.20; 3.06) | .36 | .876 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D.Activo (12m.) | Asistencia médica | -0.20 (-2.88; 2.49) | -.03 | .883 | .298 (.744) | .018 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Modo noticia | 0.75 (-1.42; 2.93) | .15 | .487 | | | D.Afront. (12m) | Asistencia médica | -0.29 (-2.48; 1.91) | -.06 | .793 | .235 (.792) | .014 | Modo noticia | 0.58 (-1.19; 2.36) | .14 | .509 | Desesp. (12m.) | Asistencia médica | -0.16 (-2.16; 1.85) | -.03 | .102 | 2.183 (.129) | .117 | Modo noticia | 1.43 (-0.20; 3.06) | .36 | .876 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D.Afront. (12m) | Asistencia médica | -0.29 (-2.48; 1.91) | -.06 | .793 | .235 (.792) | .014 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Modo noticia | 0.58 (-1.19; 2.36) | .14 | .509 | | | Desesp. (12m.) | Asistencia médica | -0.16 (-2.16; 1.85) | -.03 | .102 | 2.183 (.129) | .117 | Modo noticia | 1.43 (-0.20; 3.06) | .36 | .876 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Desesp. (12m.) | Asistencia médica | -0.16 (-2.16; 1.85) | -.03 | .102 | 2.183 (.129) | .117 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Modo noticia | 1.43 (-0.20; 3.06) | .36 | .876 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

D.Activo: escala de Duelo activo de la PGS; D. Afront: escala Dificultades de afrontamiento de la PGS; Desesp.: escala Desesperanza de la PGS.

En la Tabla 16 observamos que el único modelo significativo es el que asocia los antecedentes de salud mental ($\beta = .027$; $p = .007$) y la puntuación del DAS al mes ($\beta = -.25$; $p = .034$) con los resultados en la escala Dificultades de afrontamiento también en la primera evaluación. La presencia de antecedentes aumentaría unos seis puntos en promedio las puntuaciones en la escala Dificultades de afrontamiento en la primera evaluación, mientras que a más puntuación en el DAS en ese mismo tiempo, disminuirían en promedio 0.18 puntos las puntuaciones en dicha escala al mes. Otro aspecto a destacar es que aunque el modelo global que asocia los antecedentes de salud mental y el DAS al mes con la subescala Dificultades de afrontamiento al año no es significativo en su totalidad, sí que hay una asociación negativa significativa entre el DAS y la subescala ($\beta = -.33$; $p = .045$).

Tal y como se observa en la Tabla 17, ninguno de los modelos que incluyen como variables predictoras la satisfacción con la asistencia médica recibida y la satisfacción con el modo en que se comunicó la noticia en el Hospital de la Vall d' Hebron ha resultado estadísticamente significativo. Por lo que respecta a la variables confianza en el equipo, valoración del pronóstico médico, sentirse informada y diferencias en cuanto al pronóstico, se ha desestimado su introducción en el modelo debido a la poca variabilidad en las respuestas (únicamente una de las participantes en el estudio desconfiaba del equipo (98.6% Sí; 1.4% No).

5.1.6. Variables relacionadas con las características propias de la pérdida perinatal

En la Tabla 18, se presentan los modelos de regresión lineal múltiple que incluyen los días transcurridos desde el anuncio de la anomalía hasta la interrupción del embarazo, así como las semanas de gestación en que se produce la intervención médica. Este modelo no ha resultado estadísticamente significativo para las escalas de duelo y depresión en ninguna de las tres evaluaciones.

Tabla 18: Asociación entre los días de espera para la interrupción, las semanas de gestación y las puntuaciones en las escalas de duelo y depresión

| Criterio | Predictores | B (IC95%) | β | p | $F(p)$ | R^2 |
|-------------------------------|--------------|---------------------|---------|------|-------------|-------|
| PGS Total (1m.) ₁ | S. Gestación | 1.65 (-0.81; 4.11) | .20 | .183 | 1.29 (.286) | .054 |
| | Días IME | -0.38 (-1.09; 0.33) | -.16 | .282 | | |
| PGS D. Activo (1m.) | S. Gestación | 0.71 (-0.27; 1.68) | .22 | .150 | 1.32 (.276) | .056 |
| | Días IME | -0.13 (-0.41; 0.15) | -.14 | .346 | | |
| PGS D.Afront. (1m.) | S. Gestación | 0.55 (-0.31; 1.40) | .19 | .207 | 1.04 (.361) | .044 |
| | Días IME | -0.11 (-0.36; 0.14) | -.13 | .385 | | |
| PGS Desesp. (1m.) | S.Gestación | 0.40 (-0.49; 1.29) | .13 | .372 | 0.88 (.421) | .038 |
| | Días IME | -0.14 (-0.40; 0.11) | -.17 | .269 | | |
| PGS Total (6m.) ₂ | S. Gestación | 1.34 (-1.87; 4.55) | .16 | .401 | 0.40 (.674) | .025 |
| | Días IME | -0.00 (-0.80; 0.79) | .00 | .997 | | |
| PGS D.Activo (6m.) | S. Gestación | 0.47 (-0.94; 1.88) | .13 | .499 | 0.28 (.760) | .018 |
| | Días IME | 0.01 (-0.34; 0.36) | .01 | .947 | | |
| PGS D.Afront (6m.) | S. Gestación | 0.52 (-0.57; 1.61) | .18 | .339 | 0.48 (.623) | .030 |
| | Días IME | -0.02 (-0.29; 0.25) | -.03 | .886 | | |
| PGS Desesp. (6m.) | S. Gestación | 0.35 (-0.61; 1.32) | .14 | .464 | 0.33 (.724) | .021 |
| | Días IME | 0.01 (-0.23; 0.25) | .02 | .937 | | |
| PGS Total (12m.) ₃ | S. Gestación | 2.31 (-2.48; 7.09) | .23 | .328 | 0.51 (.608) | .044 |
| | Días IME | -0.13 (-0.96; 0.71) | -.07 | .756 | | |
| PGS D.activo (12m.) | S. Gestación | 0.32 (-1.66; 2.29) | .08 | .744 | 0.14 (.868) | .013 |
| | Días IME | -0.09 (-0.43; 0.26) | -.12 | .608 | | |
| PGS D.Afront (12m.) | S. Gestación | 0.87 (-0.69; 2.43) | .26 | .259 | 0.84 (.445) | .071 |
| | Días IME | 0.00 (-0.27; 0.28) | .01 | .981 | | |
| PGS Desesp. (12m.) | S. Gestación | 1.12 (-0.41; 2.65) | .34 | .144 | 1.21 (.317) | .099 |
| | Días IME | -0.04 (-0.31; 0.22) | -.08 | .739 | | |
| BDI (1m.) ₁ | S. Gestación | 0.39 (-0.37; 1.14) | .15 | .306 | 0.81 (.452) | .033 |
| | Días IME | -0.09 (-0.32; 0.12) | -.13 | .366 | | |
| BDI (6m.) ₂ | S. Gestación | 0.05 (-0.90; 0.99) | .02 | .922 | 0.03 (.974) | .002 |
| | Días IME | 0.02 (-0.22; 0.26) | .03 | .868 | | |
| BDI (12m.) ₃ | S. Gestación | 0.81 (-0.43; 2.04) | .31 | .191 | 1.05 (.368) | .087 |
| | Días IME | -0.01 (-0.22; 0.20) | -.03 | .913 | | |

1: n= 48 para BDI y PGS total y subescalas al mes; 2: n= 34 para BDI y PGS total y subescalas PGS a los 6 meses; 3: n= 25 para BDI y escala PGS total y subescalas a los 12 meses; S = semanas de gestación.

En la Tabla 19 se comparan las puntuaciones del BDI y la PGS en los tres tiempos de evaluación en función del tipo de pronóstico detectado (fatal vs. no fatal). No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. El tamaño del efecto de las diferencias es moderado para las puntuaciones totales de la PGS a los seis meses ($d = -0.40$) y al año ($d = -0.72$), siendo superiores las medias en el grupo con diagnóstico de una malformación incompatible con la vida o con graves secuelas para el feto. Para el BDI también se observan medias mayores entre el grupo con pronóstico fatal, aunque el tamaño del efecto es bajo ($d = -0.21$).

Tabla 19: Diferencias entre el pronóstico de la malformación y las puntuaciones de depresión y duelo en el grupo de interrupciones

| Pronóstico fatal | No | | Sí | | Comparación y tamaño del efecto (d de Cohen) | | | |
|------------------|----------|---------------|----------|---------------|--|----------|----------|----------|
| | <i>n</i> | <i>M (DE)</i> | <i>n</i> | <i>M (DE)</i> | U-MW | <i>Z</i> | <i>p</i> | <i>d</i> |
| BDI (1m.) | 18 | 11.72 (7.25) | 32 | 12.72 (8.95) | 283.500 | -.091 | .927 | -0.12 |
| BDI (6m.) | 9 | 8.22 (7.93) | 26 | 8.77 (7.99) | 113.500 | -.133 | .895 | -0.07 |
| BDI (12m.) | 7 | 6.43 (4.76) | 18 | 7.78 (7.20) | 62.000 | -.061 | .976 | -0.21 |
| PGS (1m.) | 18 | 87.22 (27.49) | 30 | 92.13 (27.13) | 228.500 | -.884 | .377 | -0.18 |
| PGS (6m.) | 9 | 67.89 (29.76) | 25 | 78.36 (25.75) | 88.500 | -.937 | .349 | -0.40 |
| PGS (12m.) | 7 | 61.00 (28.27) | 18 | 77.67 (22.28) | 37.00 | -1.575 | .115 | -0.72 |

En la Tabla 20 se muestran los resultados de la asociación entre la variable ver al hijo y las puntuaciones en las escalas de duelo y depresión, teniendo en cuenta las mujeres que realizaron una interrupción médica y tuvieron la oportunidad de ver y despedirse del hijo. Las mujeres que vieron al hijo presentan puntuaciones considerablemente más altas en el BDI y la PGS al año de la pérdida, exceptuando la subescala Desesperanza en la que no se llega a obtener significación estadística ($p = .219$). El tamaño del efecto de las diferencias es alto con valores absolutos $d > .80$ respecto a las puntuaciones totales de la PGS, sus subescalas y el BDI, tanto para los seis meses como para el año.

Tabla 20: Asociación entre la variable ver al hijo y duelo y depresión (sólo IME con parto)

| Ver al hijo | No | | Sí | | Comparación y tamaño del efecto (d de Cohen) | | | |
|------------------|----------|---------------|----------|----------------|--|--------|-------------|----------|
| | <i>n</i> | <i>M (DE)</i> | <i>n</i> | <i>M (DE)</i> | U-MW | Z | <i>p</i> | <i>d</i> |
| BDI (1m.) | 12 | 11.42 (10.48) | 10 | 15.70 (9.30) | 44.000 | -1.057 | .291 | -0.45 |
| BDI (6m.) | 8 | 5.75 (7.31) | 6 | 13.33 (10.65) | 14.00 | -1.300 | .194 | -0.93 |
| BDI (12m.) | 5 | 3.00 (3.54) | 4 | 16.00 (8.52) | 1.00 | -2.205 | .027 | -2.38 |
| PGS (1m.) | 12 | 87.17 (35.61) | 9 | 101.89 (19.94) | 36.500 | -1.244 | .213 | -0,52 |
| D.Activo (1m.) | 12 | 36.25 (11.85) | 9 | 41.56 (8.55) | 36.500 | -1.244 | .213 | -0.53 |
| D.afront. (1m.) | 12 | 25.25 (11.65) | 9 | 29.22 (7.45) | 40.00 | -0.996 | .319 | -0.41 |
| Desesp. (1m.) | 12 | 25.67 (13.51) | 9 | 31.11 (7.06) | 39.500 | -1.032 | .302 | -0.51 |
| PGS Total (6m.) | 8 | 65.25 (31.57) | 5 | 89.40 (27.84) | 9.500 | -1.539 | .124 | -0.87 |
| D.Activo (6m.) | 8 | 25.75 (13.26) | 5 | 35.60 (9.32) | 10.500 | -1.393 | .164 | -0.89 |
| D.Afront. (6m.) | 8 | 20.38 (10.42) | 5 | 28.40 (12.22) | 12.000 | -1.189 | .234 | -0.79 |
| Desesp. (6m.) | 8 | 19.13 (8.46) | 5 | 25.40 (8.30) | 10.000 | -1.474 | .140 | -0.81 |
| PGSTotal (12m.) | 5 | 56.20 (22.06) | 4 | 96.00 (28.95) | 2.000 | -1.969 | .049 | -1.79 |
| D.Activo (12m.) | 5 | 20.40 (8.62) | 4 | 37.00 (9.63) | 1.000 | -2.205 | .027 | -2.08 |
| D.Afront. (12m.) | 5 | 17.80 (6.98) | 4 | 32.25 (10.01) | 2.000 | -1.968 | .049 | -1.95 |
| Desesp. (12m.) | 5 | 18.00 (6.93) | 4 | 26.75 (10.24) | 5.000 | -1.230 | .219 | -1.17 |

En la Tabla 21 se presentan los resultados en relación con la asociación entre la variable ver al hijo y las puntuaciones en las escalas de duelo y depresión en los tres tiempos, desestimando los legrados, es decir teniendo en cuenta los diferentes tipos de pérdida (interrupciones y muertes prenatales/postnatales). No se encuentran diferencias estadísticamente significativas pero los tamaños del efecto son moderados y elevados con valores absolutos $d \geq 0.50$. Las mujeres que ven al hijo presentan medias de puntuaciones más altas, es decir, más desfavorables en las escalas de duelo y depresión que las que deciden no verlo.

Tabla 21: Asociación entre la variable ver al hijo, para todos los grupos (exceptuando los legados), y las puntuaciones en las escalas de duelo y depresión.

| Ver al hijo | No | | Sí | | Comparación y tamaño del efecto (d de Cohen) | | | |
|-------------|----------|---------------|----------|----------------|--|--------|----------|----------|
| | <i>N</i> | <i>M (DE)</i> | <i>N</i> | <i>M (DE)</i> | U-MW | Z | <i>p</i> | <i>d</i> |
| BDI (1m.) | 12 | 11.42 (10.48) | 26 | 17,50 (10.32) | 100.500 | -1.745 | .081 | -0.60 |
| BDI (6m.) | 8 | 5.75 (7.31) | 18 | 12,22 (8.76) | 40.500 | -1.756 | .079 | -0.81 |
| BDI (12m.) | 5 | 3.00 (3.54) | 14 | 11,43 (9.07) | 16.00 | -1.768 | .077 | -1.10 |
| PGS (1m.) | 12 | 87.17 (35.61) | 25 | 101,00 (24.32) | 109.00 | -1.331 | .183 | -0.50 |
| PGS (6m.) | 8 | 65.25 (31.57) | 17 | 85,59 (27.62) | 39.00 | -1.690 | .091 | -0.73 |
| PGS (12m.) | 5 | 56.20 (22.06) | 14 | 78,64 (31.12) | 18.500 | -1.530 | .126 | -0.81 |

6. DISCUSIÓN

6.1. Evolución afectivo-emocional a lo largo del año que sigue a la pérdida

A continuación se aborda la discusión de los resultados del estudio en relación al primer objetivo, que recordemos consistía en describir la evolución del proceso de duelo y la sintomatología depresiva, teniendo en cuenta el tipo de pérdida, así como qué ocurría con la relación de pareja tras una pérdida perinatal. Complementariamente se presenta la relación entre las puntuaciones de la primera y la segunda evaluación respecto a la evolución del duelo al final del seguimiento (tercera evaluación).

Depresión

Respecto a la primera hipótesis, tal y como esperábamos, en nuestra muestra se han encontrado índices de sintomatología depresiva al mes de la pérdida. Cuando comparamos los porcentajes de depresión moderada o grave al mes (24%), seis meses (19%) y al año (11%) observamos que son similares a los obtenidos por otros autores como Neugebauer (1997). Otro aspecto a señalar es la disminución progresiva de la presencia de depresión en nuestra población a lo largo del seguimiento (hipótesis 2a), resultado que coincide también con los hallazgos de autores como Beutel et al. (1995), Carrera (1995), Janssen et al. (1997) y La Roche et al. (1984), quienes encontraron síntomas de depresión al poco tiempo de la pérdida que disminuían hasta porcentajes equiparables a la población general al año (prevalencia entre un 10 y 15%).

En cuanto a la evolución de las puntuaciones en los diferentes tiempos evaluados, los resultados revelaron cómo las puntuaciones del BDI disminuyeron significativamente entre el primer y segundo tiempo de evaluación (mes/6 meses) y entre el primer y último tiempo (mes/12 meses), mientras que entre el segundo (6 meses) y tercer tiempo (12 meses) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Estos datos no apoyan la hipótesis 2a que planteaba que las puntuaciones del BDI disminuirían progresivamente en cada uno de los seguimientos, pero resultan importantes en el sentido que informan que los síntomas depresivos se encuentran sobre todo en el tiempo más reciente a la pérdida y después pierden

relevancia. Tal y como se comentó anteriormente, los síntomas psicológicos y afectivos del duelo a veces pueden confundirse o solaparse con los de una depresión mayor, aunque se distinguen por criterios sintomáticos y de duración del episodio, según establece el manual del DSM-5 (2013). Nuestros resultados respaldarían este argumento, pues aunque en un primer momento algunos síntomas propios de la depresión están presentes, éstos disminuyen con el tiempo sin que se haya realizado ninguna intervención terapéutica.

Duelo

Por lo que respecta al duelo, los resultados del estudio respaldan la primera hipótesis de que al mes de la pérdida se observarían índices de sintomatología propios del duelo. El porcentaje de mujeres que fueron diagnosticadas de sufrir síntomas propios del duelo, según las puntuaciones en la PGS y el punto de corte establecido por Toedter et al. (2001), se situó en un 62% en la primera evaluación al mes, disminuyendo hasta un 25% en la última, al año. Al comparar nuestros resultados con los presentados por otras investigaciones, encontramos que van en la misma línea que los de Beutel et al. (1996) y Janssen et al. (1997), que hallaron un 40% de mujeres que en el período inmediatamente después de un aborto experimentaban síntomas de duelo, aunque en nuestra muestra el porcentaje observado fue mayor. También hemos comparado las medias de las puntuaciones obtenidas en el primer seguimiento al mes con las de algunos estudios internacionales con características similares al nuestro (Hunfeld et al. ,1997; Toedter et al. ,1988; Zeanah et al., 1993, 1995) tal como se citan en Toedter et al. (2001), y hemos observado medias ligeramente más altas en nuestra muestra. Algunas de las posibles explicaciones de estas diferencias podrían deberse a las disimilitudes culturales en cuanto a la expresión y manifestación del duelo de las diferentes poblaciones estudiadas o a aspectos relacionados con la recogida de datos y/o la metodología de evaluación empleada. No todas las culturas expresan el duelo de igual forma y en este sentido algo que caracteriza la cultura mediterránea es precisamente una mayor tendencia a expresar y extereorizar o hacer públicos los sentimientos. Tal y como argumenta Laura Yofee (2009) “la cultura norteamericana tiene una tendencia marcada hacia el autocontrol de las emociones y hacia un tipo de sufrimiento en silencio”. Por otra parte algunos de los estudios que hemos comparado parten de análisis retrospectivos y/o realizan seguimientos más lejanos en el tiempo, aspecto que podría explicar que las puntuaciones sean más bajas que las nuestras.

Respecto a la hipótesis 2a de que se encontrarían puntuaciones decrecientes a lo largo del año de seguimiento en las puntuaciones de la PGS y en sus subescalas, nuestros resultados únicamente han corroborado una parte de este planteamiento. Se encontró una disminución progresiva estadísticamente significativa en las puntuaciones totales de la PGS y particularmente en la subescala de Duelo activo a lo largo del año de seguimiento. Estos datos coinciden con los de Iles et al. (1995), Janssen et al. (1997) y Lasker et al. (1991), que observaron que las puntuaciones de duelo disminuían a lo largo del tiempo en el año o dos años que seguían a la pérdida. Para las subescalas Dificultades de afrontamiento y Desesperanza sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el mes y los 6 meses y entre el mes y el año. Probablemente estas divergencias estén relacionadas con el hecho de que la subescala Duelo activo valora aquellas reacciones “normales” del duelo, incluyendo ítems relativos a los sentimientos de tristeza, echar de menos al bebé y llorar por él, mientras que las otras dos escalas valoran aspectos diferentes relacionados con el duelo, tales como las dificultades para afrontar la pérdida, la presencia de síntomas depresivos y las dificultades para reemprender las actividades cotidianas, aspectos que en la mayoría de individuos en duelo están presentes en un primer momento, remitiendo a los pocos meses. En este sentido los resultados apoyarían el supuesto de Toedter y Lasker (1991) de que las tres subescalas valoran progresivamente reacciones más severas del duelo, pues la incidencia de los síntomas de las escalas Dificultades de afrontamiento y Desesperanza es menor que la de Duelo activo para los tres tiempos. Los resultados ofrecen apoyo empírico a la hipótesis 2b que hacía referencia a que la subescala de Duelo activo sería la que presentaría la media de puntuaciones más alta en los tres tiempos respecto a las otras dos subescalas.

Otro aspecto importante de los datos obtenidos fue que se observó que, a partir de las puntuaciones de la PGS al año, sólo un 25% de las mujeres podrían ser clasificadas de experimentar todavía sentimientos de duelo. En cambio si se valoraban separadamente las subescalas, a pesar de que los porcentajes disminuían con el tiempo, había un porcentaje considerable de mujeres que todavía manifestaba dificultades al año de la muerte. Estos resultados apoyarían la idea de que aunque la mayoría de dolientes superarían la pérdida a lo largo de ese período, hay individuos que necesitan más tiempo para elaborarla y daría consistencia al argumento de que el duelo ante la pérdida perinatal es similar en intensidad y curso al experimentado tras la muerte de un ser querido, legitimando la importancia de tener en cuenta las

implicaciones afectivo-emocionales del proceso. El duelo perinatal seguiría el mismo curso que otro tipo de duelos, pasando primeramente por un momento de gran tristeza y abatimiento que va remitiendo poco a poco a lo largo del tiempo.

Relación entre los aspectos Duelo activo, Dificultades de afrontamiento y Desesperanza respecto a la evolución del duelo

En los modelos de regresión que incluían las subescalas de la PGS, se encontraron resultados estadísticamente significativos para la subescala Dificultades de afrontamiento al mes y a los 6 meses, en el sentido de ser predictores de las puntuaciones totales de la PGS a los 6 meses y al año. Las puntuaciones de la subescala Desesperanza sólo resultaron ser buenas predictoras a los 6 meses respecto a la puntuación total del duelo al año. Estos resultados coinciden con los de Lasker y Toedter (1991), quienes observaron que las puntuaciones altas en estas subescalas en el primer momento de evaluación eran las mejores predictoras del duelo a largo plazo, medido con la escala total (PGS). Se cumple pues parte de la hipótesis 2c que planteaba que la presencia de Dificultades de afrontamiento y Desesperanza en el primer seguimiento indicarían un proceso de recuperación más largo del duelo. En este sentido cabe destacar la relevancia de estos hallazgos a nivel clínico, ya que el uso de la escala y la valoración de las puntuaciones de sus subescalas en un primer tiempo podrían aportar información en cuanto a detectar aquellas mujeres con un mayor riesgo de presentar complicaciones en el proceso de duelo. Serían las mujeres que puntúen alto en las subescalas Dificultad de afrontamiento y Desesperanza, que incluyen ítems relacionados con las dificultades para afrontar la pérdida, la falta de apoyo social, la presencia de síntomas que perduran en el tiempo y que dependen de los recursos de afrontamiento de la persona que experimenta el duelo, las que podrían beneficiarse de una intervención terapéutica.

Diferencias entre los grupos

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de las escalas (BDI, PGS, DAS) y el tipo de pérdida perinatal (muerte prenatal/postnatal e interrupción médica del embarazo) en ninguna de las tres evaluaciones. No se confirmaría pues la 3ª hipótesis de que se observarían diferencias entre los grupos y que las mujeres con pérdidas prenatales/postnatales serían las que presentarían más sintomatología de duelo y depresión. No obstante, valorando la magnitud de las diferencias entre los grupos, se observaron diferencias moderadas,

siendo el grupo de muerte prenatal/postnatal el que presentaba puntuaciones en promedio más elevadas para la escala de depresión BDI. Para la escala de duelo PGS se encontraron pequeñas diferencias en la primera evaluación al mes y nulas a los 6 meses y al año, aunque un aspecto relevante a destacar residía en que en el último seguimiento la media de puntuaciones era ligeramente más alta en el grupo de interrupciones. Estos resultados apoyarían la hipótesis número 4 de que a largo plazo, la sintomatología propia del duelo de las mujeres que interrumpieron su embarazo no disminuiría tan progresivamente como la del otro grupo.

Respecto a las subescalas de la PGS se encontraron pequeñas diferencias en las puntuaciones de Duelo activo, más altas en el grupo de muerte pre/postnatal al mes y a los 6 meses de la pérdida, mientras que al año estas diferencias eran nulas y ligeramente más altas para las interrupciones. En esta misma línea se considera oportuno señalar que se ha observado cómo las puntuaciones en la escala de Duelo activo parecen disminuir más progresivamente en el grupo de muerte pre/postnatal que en el de IMEs. Respecto a la subescala Dificultades de afrontamiento, el grupo pre/postnatal puntuaba más alto al mes, mientras que a los 6 meses y al año las diferencias eran nulas. Este resultado era esperable en el sentido que a diferencia de las interrupciones, la noticia súbita de la muerte y la poca capacidad de control de estas mujeres, podrían explicar que puntúen más en los ítems que se refieren a las dificultades para afrontar la pérdida sobre todo en los meses más cercanos a esta. Para la subescala Desesperanza, se encontraron pequeñas diferencias entre los dos grupos, siendo las puntuaciones más altas en el grupo pre/postnatal al mes y a los 6 meses. Al año las diferencias fueron nulas pero también eran más altas para las IMEs. Las muertes prenatales y postnatales hacen aflorar más sentimientos de desesperanza. Uno de los aspectos que podría influir es la poca capacidad de control sobre la situación, pero estas diferencias aunque con poca relevancia estadística, al año se invierten, siendo un poco más alta la media de puntuaciones del grupo de interrupciones.

La mayoría de autores no han encontrado diferencias en cuanto a la resolución del duelo y el tipo de pérdida sufrida (Carrera, 1995; Peppers y Knapps, 1980). Nuestros resultados seguirían los encontrados por Iles y Gath (1993) que observaron diferencias a los 6 meses entre las mujeres que decidieron practicar una IME y las que no, en el sentido que las que se encontraron ante la pérdida súbita estaban más afligidas a los 6 meses aunque al año no había diferencias entre los grupos. Parecería

lícito que en el primer tiempo estuvieran más afectadas las mujeres que habían recibido la mala noticia súbitamente sin poder de decisión ni control alguno, como es el caso de las muertes prenatales/postnatales. Las mujeres que interrumpen el embarazo en cambio, normalmente tienen poder de decidir si terminar o continuar con el embarazo y en el caso que estudiamos, que es la toma de decisión de finalizar la gestación, en un primer momento la pérdida podría acompañarse de cierta sensación de liberación o finalización de la terrible espera. Con el tiempo, en cambio, podrían aparecer sentimientos de culpa o autoreproche respecto a la decisión tomada que influirían en el curso y las diferencias entre ambos grupos.

Relación marital

Por lo que a la escala de satisfacción marital (DAS) se refiere, se consideró relevante estudiar su evolución tras la pérdida perinatal pero no se encontraron interacciones estadísticamente significativas para ninguno de los tres tiempos. En este sentido parece que la percepción relativa a la satisfacción con la relación de pareja, que se evaluó por primera vez al mes de la pérdida, no se modificó posteriormente ni difería en función del grado de la causa de la pérdida en la muestra evaluada.

6.2. Estudio de los factores implicados en la sintomatología depresiva y de duelo

A continuación se presenta la discusión de los resultados relacionados con el segundo objetivo, que recordemos consistía en estudiar los factores que se asociaban a unos mejores/peores resultados a largo plazo en cuanto a las medidas de duelo y sintomatología depresiva.

Variables sociodemográficas

En el presente estudio no se encontraron relaciones estadísticamente significativas para las variables edad y nivel socioeconómico con relación a las puntuaciones en las escalas de duelo y depresión. Los resultados pues sostienen la hipótesis número 5 que planteaba que no se encontrarían diferencias en cuanto a la elaboración del duelo en función del nivel socioeconómico de las participantes. En cambio, no se verifica empíricamente la hipótesis número 6, que refería que las mujeres más jóvenes presentarían mayores niveles de duelo y depresión. Los

resultados disponibles en la literatura en cuanto al nivel socioeconómico son diversos; nuestros resultados van en la línea de Prettyman et al. (1993) y Thapar et al. (1992) que no encontraron relación entre el estatus ocupacional o clase social y la adaptación emocional tras el aborto. Respecto a la edad, a pesar de que algunos autores observaron una relación entre esta variable y la morbilidad psicológica, en el sentido que a mayor edad más dificultades para afrontar el duelo ante la pérdida (Beutel et al., 1995; Friedman et al., 1989; Janssen et al., 1997; Lee et al., 2000; Neugebauer et al., 1992; Prettymann et al., 1993; Thapar et al., 1992) en nuestra muestra no se obtuvieron relaciones estadísticamente significativas al igual que Turner et al. (1991). Sería importante obtener datos más específicos de los estudios mencionados que sí encontraron una relación positiva entre la edad y la morbilidad emocional, pues una posible explicación sería que los resultados estuvieran mediatizados por variables confusoras, como por ejemplo si la mujer tiene o no hijos y si ha sufrido anteriormente abortos previos. En nuestro caso no hemos contemplado dicha posibilidad, ya que implicaba modelos estadísticos más complejos que no ha sido posible analizar dado el bajo tamaño de nuestra muestra.

Variables obstétricas

- Abortos previos

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas de sintomatología depresiva (BDI) y duelo (PGS) entre las mujeres que habían sufrido abortos previos y las que no. Nuestros resultados por lo tanto no apoyan la hipótesis planteada (número 6) de que la presencia de abortos y/o pérdidas previas comportaría una peor adaptación al proceso de duelo y mayor número de síntomas depresivos. Estos datos van en la línea de los de Janssen (1997), Klier (2000) y Neugebauer (1997) y en cambio no coinciden con lo que observan Friedman et al. (1989), Klock et al. (1997) y Thapar et al. (1992) que señalan que las mujeres que habían sufrido abortos previos presentaban más síntomas que las que no y que estas pérdidas previas aumentaban los niveles de ansiedad y posible depresión ante la pérdida.

- Edad gestacional

Con relación a las semanas de gestación, en la muestra estudiada no se ha observado ninguna relación significativa respecto al duelo, como se planteaba en la 6ª hipótesis “las mujeres que sufrieran la pérdida en semanas de gestación más

avanzadas presentarían mayor intensidad de duelo". En cuanto a la escala de depresión, en el modelo de regresión analizado se encontró una relación positiva estadísticamente significativa entre las semanas de gestación y las puntuaciones del BDI al mes de la pérdida. Parece que en la primera evaluación sí habría relación entre la depresión y la edad de gestación, en el sentido que a más semanas, más sintomatología depresiva. Para la subescala Duelo activo al mes, se observan resultados en la misma línea aunque sólo resultaron ser cuasi-significativos. Estos datos indicarían que en un primer momento las semanas de gestación son un aspecto relevante para aquellas escalas que valoran aspectos relativos a la tristeza, depresión, llorar por el bebé., pero que más a largo plazo pierden relevancia. Estos resultados apoyan los hallados por Deckardt et al. (1994), Lee et al. (1997), Klier et al. (2000) y Peppers y Knapp (1980), pero no concuerdan con los de Cuisinier (1993), Franche (2001), Goldbach et al. (1991), Janssen et al. (1996), Neugebauer (1992) y Theut et al. (1988), que hallaron que las pérdidas perinatales más avanzadas en el embarazo conllevaban mayor intensidad y duración de síntomas depresivos, y mayores puntuaciones en las escalas de duelo.

- Hijos previos

En cuanto a tener hijos previos cuando ocurrió la pérdida que estudiamos, no se encontró una relación significativa con las escalas de duelo y depresión. Por ello, se rechaza la 7ª hipótesis de que tener hijos en el momento en que se produce la pérdida sería un factor protector respecto a la elaboración del duelo. Los resultados de los estudios revisados ofrecen disparidad de hallazgos. Algunos autores observan que la ausencia de hijos se asocia a mayores niveles de depresión y duelo (Friedman et al., 1989; Janssen et al., 1997; Neugebauer, 1992, 1997; Thapar et al., 1992). Otros autores como Davies et al. (2005), Forrest et al. (1982) y Kirkley-Best et al. (1982) no encontraron relación entre tener o no tener hijos y la evolución del duelo. La Roche et al. (1984) observaron que las mujeres con hijos puntuaban más alto en la escala de depresión BDI.

- Nuevo embarazo durante el seguimiento

Respecto a cómo evoluciona el duelo en las mujeres que vuelven a quedarse embarazadas durante el seguimiento, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas y por tanto no se confirmaría parte de la 7ª hipótesis, que planteaba que las que están de nuevo embarazadas presentarían mejores puntuaciones en la PGS y

en el BDI en las mediciones posteriores. En este sentido Nickevic et al. (1999) observaron que los niveles de duelo durante el proceso de evaluación eran más bajos en las que estaban de nuevo embarazadas. French et al. (2001) compararon las puntuaciones de duelo de la PGS y concluyeron que las que esperaban de nuevo un hijo tenían puntuaciones más bajas en las subescalas Dificultad de afrontamiento y Desesperanza, mientras que para la de Duelo activo las puntuaciones eran iguales en los dos grupos. Garel, Blondel y Lelong (1992) observaron que las que se quedaron embarazadas estaban menos deprimidas y Davies et al. (2005) no encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a la variable y la evolución del duelo. La relevancia de esta variable nos llevó a comparar las medias entre ambos grupos y observamos que, a excepción de la subescala de Dificultades de afrontamiento, el grupo formado por las mujeres que estaban de nuevo embarazadas presentaba una media más alta en las puntuaciones de duelo y depresión al año de la pérdida. Algunas de las posibles explicaciones de estas diferencias podrían ir en la línea de que quedarse embarazada de nuevo a los pocos meses de haber sufrido la pérdida podría reactivar algunos de los aspectos dolorosos del duelo de nuevo y/o que el embarazo acontezca en un momento en el que todavía no se ha resuelto el duelo por la pérdida anterior, incidiendo en algunos de los síntomas característicos del proceso. De todas maneras es importante señalar que a pesar de estas diferencias entre los dos grupos, la media de puntuaciones en ambos, tanto en el BDI como en la PGS y subescalas, estaba por debajo de los puntos de corte establecidos, que permitirían clasificar la presencia de sintomatología de duelo y depresión. Este resultado apoyaría también la recomendación consensuada por los equipos sanitarios de dejar pasar un tiempo tras una pérdida perinatal, normalmente establecido más allá de los 12 meses tras la muerte, antes de volver a planificar otro embarazo.

Variables relativas a la satisfacción con la relación marital

En nuestra investigación se ha observado una asociación negativa estadísticamente significativa entre las puntuaciones del DAS al mes, a los 6 meses y al año y las respectivas puntuaciones del BDI en los tres tiempos, por tanto a más satisfacción con la relación de pareja menos sintomatología depresiva, tal y como se apuntaba en la hipótesis número 7. Respecto a la escala de duelo PGS y sus subescalas, los resultados apuntaban a asociaciones negativas y estadísticamente significativas entre las puntuaciones del DAS a los 6 meses y al año y las puntuaciones totales de duelo en los respectivos tiempos, en el sentido que a más

satisfacción con la relación marital menos duelo. Todas las subescalas de la PGS a los seis meses y al año presentaron una asociación negativa significativa con las puntuaciones del DAS en los respectivos tiempos. Al mes únicamente se observó asociación estadísticamente significativa entre el DAS y la subescala Dificultades de afrontamiento de la PGS, altamente correlacionada con algunos de los aspectos que valora el DAS, tales como el apoyo social y la presencia de problemas en la relación de pareja. Estos resultados apoyan la hipótesis número 7 de que las mujeres que manifestaran mayor satisfacción con la relación de pareja tendrían puntuaciones más bajas en las escalas de duelo y depresión y concretamente en las subescalas Dificultades de afrontamiento y Desesperanza de la PGS. La satisfacción con la relación de pareja está altamente relacionada con la evolución del duelo, siendo un aspecto importante a tener en cuenta en términos clínicos, pues podría permitir valorar qué parejas podrían presentar más riesgo de sufrir complicaciones en el proceso de duelo y aportar información en cuanto a la necesidad de recibir apoyo psicoterapéutico. Estos resultados van en la dirección de los de Beutel (1995), Brodzinsky (1992), Cuisinier et al. (1993), Engler (1998), Lasker et al. (1991), Lok (2006), Janssen y Cuisinier (1998), Rich et al. (1999), Stirtzinger et al. (1989) y Zeanah et al. (1995) que observan que un pobre ajuste marital está relacionado con puntuaciones más altas en las escalas de duelo y depresión

También se abordó la relación entre los antecedentes de salud mental previos y el ajuste marital en el primer seguimiento tras la pérdida con el objetivo de valorar la posible incidencia en la evolución del duelo y la depresión. Los resultados no fueron significativos ni para la escala total de la PGS a los 6 meses, ni al año, ni tampoco para las subescalas de la PGS, exceptuando la puntuación en el DAS al mes para la escala Dificultades de afrontamiento al año. Resulta relevante señalar que esta escala de la PGS está relacionada con algunos de los aspectos que valora la escala de satisfacción marital, como se ha citado anteriormente. Estos datos aportan información en cuanto a la importancia que tienen la estabilidad y satisfacción con la relación de pareja en los recursos de afrontamiento para la elaboración del proceso de duelo. Esperábamos que las participantes con antecedentes previos de salud mental tendrían más dificultades para elaborar el duelo (hipótesis 7), presentando puntuaciones más elevadas en las escalas PGS y BDI. Los resultados no confirmaron globalmente esta hipótesis, pues la totalidad de los modelos no resultó ser estadísticamente significativa, pero sí que se observó un efecto significativo en la subescala de la PGS Dificultades de afrontamiento, concretamente al mes y al año. Este hallazgo es

importante por la posible relevancia que tienen los antecedentes de salud mental previos, en cuanto a los recursos para afrontar y elaborar el proceso de duelo. Anteriormente ya se había comentado que puntuaciones altas en la subescala Dificultades de afrontamiento de la PGS podrían alargar el duelo.

Variables relativas a la satisfacción sanitaria

En la investigación se valoró la implicación que la satisfacción con la asistencia médica recibida y el modo en que se les comunicó la noticia tenían para las participantes en el proceso de duelo. Hay que señalar en primer lugar que la media de satisfacción con relación a estas dos variables fue más elevada para el Hospital de la Vall d'Hebron que respecto a los otros hospitales visitados. Una posible explicación es que los profesionales de los otros hospitales visitados fueron los primeros portadores de las malas noticias y ante la imposibilidad de resolver o facilitar la asistencia necesaria en el momento, derivaron a las participantes al hospital en que se ha llevado a cabo el estudio. Es en este centro hospitalario donde se confirman los diagnósticos o problemas previamente anunciados, donde la mujer está más predispuesta y elabora parte del proceso de duelo. Tal y como se ha mencionado en el marco teórico, la rabia y la culpa son dirigidas habitualmente hacia el portador de las malas noticias, que acostumbra a ser normalmente el personal del centro de referencia primeramente visitado. Otro aspecto a destacar es que en el Hospital de la Vall d'Hebron es donde todas las participantes finalizan la "peregrinación" y donde finalmente se resuelve médicamente el proceso, interrupción de la gestación en el caso de las IMEs e inducción del parto en las muertes pre/postnatales. A pesar de lo terrible que resulta la finalización de la gestación o el diagnóstico de la muerte, las mujeres valoran favorablemente el trato recibido con una media de puntuaciones de 8.7 puntos en satisfacción sanitaria y 7.8 en cuanto al modo en que se les comunicó la noticia (ambos aspectos en una escala de 0 a 10). Estos resultados van en la dirección de los obtenidos por Lasker y Toedter (2001) que observaron que la mayoría de mujeres están muy satisfechas con la asistencia médica recibida tras la pérdida.

En el presente estudio no se han encontrado asociaciones significativas en los modelos de regresión analizados respecto a la relación entre la satisfacción sanitaria y las puntuaciones de duelo y depresión. Así pues los datos no apoyan la hipótesis número 7 de que las mujeres que presentasen mayores niveles de satisfacción con relación a la asistencia médica recibida y se hubieran sentido más informadas a lo largo del proceso tendrían menos malestar psicológico y tardarían menos en elaborar

el proceso de duelo, presentando puntuaciones más bajas en la escala de duelo perinatal y en el inventario de depresión de Beck a lo largo del seguimiento. Lasker y Toedter (2001) encontraron que las menos satisfechas eran las que presentaban puntuaciones más altas de duelo.

El caso particular de la Interrupciones Médicas del Embarazo

Como hemos comentado anteriormente esperábamos obtener resultados en la línea de que sobre todo en la primera evaluación hubiera una relación positiva entre estas variables y las puntuaciones de duelo y depresión (hipótesis 6). En el caso de las IMEs tampoco se ha encontrado relación estadísticamente significativa ni para la variable semanas de gestación en que se produce la pérdida ni para los días transcurridos desde la noticia hasta la interrupción y las puntuaciones del BDI y la PGS en ninguna de las tres evaluaciones. Los resultados obtenidos no apoyan esta hipótesis y una posible explicación sería que los días de espera, aunque vividos y percibidos por las mujeres como altamente desagradables y emocionalmente devastadores, permitieron de algún modo la adaptación a la decisión de interrumpir el embarazo e iniciar la elaboración del proceso de duelo. En este sentido una vez transcurridos unos días desde la comunicación de la mala noticia e interrumpida la gestación, la mujer podría sentir una especie de liberación y esto quedaría reflejado en unas menores puntuaciones de duelo que las de los otros tipos de pérdida, que no han tenido la capacidad de anticipar, ni opción alguna en el proceso.

Respecto a la variable pronóstico de la malformación, motivo por el cual la mujer interrumpe la gestación, se planteó la hipótesis 8 de que se encontrarían diferencias en las IMEs en función del pronóstico del feto, siendo aquéllas que interrumpieran por un diagnóstico de malformación incompatible con la vida o con secuelas físicas y psíquicas importantes las que presentarían puntuaciones más bajas en las escalas de duelo y depresión. Los resultados del estudio no revelaron diferencias estadísticamente significativas, aunque el grupo de malformaciones severas fue el que puntuaba más en las escalas, sobre todo en el BDI al año ($d = -0.21$) y en la PGS a los 6 meses ($d = -0.40$) y al año ($d = -0.72$). De estos resultados podemos destacar, en primer lugar, que se observaron diferencias moderadas sobre todo respecto a la escala de duelo y en las puntuaciones a los 6 meses y el año, mientras que al mes las diferencias fueron nulas. Esto indicaría que si esta variable puede tener algún efecto en el duelo, quizás éste afloraría más a largo plazo y no en el tiempo más reciente a la práctica de la interrupción. Parecería que estas mujeres

estuviesen más afligidas por la pérdida y que tardasen más tiempo en elaborar el duelo. Este dato aporta información respecto al impacto que produce en la mujer el tipo de pronóstico recibido y parecería incidir negativamente en el proceso de elaboración del duelo.

En cuanto a la variable ver al hijo, encontramos que las mujeres a las que se les practicó una IME y decidieron ver al bebé, presentaron puntuaciones significativamente más altas en el BDI, la PGS y las subescalas Duelo activo y Dificultades de afrontamiento al año de la pérdida. Los resultados obtenidos van en contra de lo esperado (hipótesis 9) en el sentido que se planteó que ver al hijo incidiría positivamente en el proceso de elaboración del duelo, y los resultados encontrados indican que las medias de las puntuaciones, tanto en las escalas de duelo (a excepción de la de Desesperanza) como en la de depresión, son significativamente más altas al año entre las que lo vieron. Este hallazgo en cierta manera se aleja de lo que la mayoría de profesionales recomiendan o consideran relevante pero a la vez plantea una dimensión a valorar en cuanto al proceso por el que pasan estas mujeres. Parecería que las mujeres que ven al hijo estuvieran peor, cabe destacar que el 54% deciden no hacerlo, pero es importante señalar que la propuesta de verlo y despedirse genera cierto horror y que sorprende a la vez que impacta a las parejas, pues es algo totalmente inesperado en un momento de decisiones y dudas múltiples. El hecho de que normalmente, por las particularidades del proceso y del circuito asistencial, no pueda tomarse la decisión con la calma y tiempo que la mayoría de personas necesitaría, podría influir en el porcentaje de mujeres que deciden verlo, a la vez que quizás es una cuestión que impacta fuertemente en algunos de los aspectos del proceso de duelo. Cabe destacar sin embargo, que ninguna de las participantes del estudio se arrepintió de haberlo visto y que incluso algunas revelaron que tomar la decisión de ver al hijo les había ayudado. Ver al hijo hace real la pérdida y, tal y como se ha referido en el marco teórico, puede a largo plazo impedir la aparición de fantasmas y dudas en relación con la realidad de lo ocurrido. Ahora bien, es un aspecto importante a tener en cuenta y a cuidar especialmente por el equipo médico que interviene en el proceso, debido al impacto que provoca en el individuo. En este sentido sería importante tener en cuenta la decisión de las mujeres y respetar su decisión y no dejarse llevar por protocolos poco flexibles al tiempo que seguir más a largo plazo qué incidencia produciría esta variable en el duelo.

Ver al hijo para toda la muestra de participantes

Se valoró esta variable en el total de participantes (exceptuando los legrados) en las escalas de duelo y depresión y no se observaron relaciones estadísticamente significativas. Cuando se calculó la magnitud del tamaño del efecto, sin embargo, se observó que las madres que habían visto al hijo tenían una media de puntuaciones mayor en el BDI y la PGS en cada uno de los tres momentos en que se evaluaron, siendo la magnitud de estas diferencias moderadas y grandes ($d \geq .50$). En contra de lo esperado (hipótesis 9), las mujeres que habían tenido la posibilidad de ver al hijo y lo habían visto, presentaron una peor recuperación a lo largo de la evaluación en cuanto a las puntuaciones de la PGS y el BDI, que las que habían desestimado la posibilidad de verlo y despedirse. En este sentido cabe señalar que se han encontrado pocos estudios que aporten datos concretos en cuanto a esta variable, pero los que hemos podido revisar van en la línea de nuestros resultados. Hugues et al. (2002) encontraron que las mujeres que habían cogido y visto al hijo muerto presentaban más ansiedad y depresión en posteriores embarazos y vínculos más desorganizados con futuros hijos, que las que no lo habían hecho. Capitulo et al. (2010) observaron que los padres que habían visto al bebé presentaban puntuaciones significativamente más altas en la subescala de Duelo activo y los que lo cogieron en brazos, puntuaciones más altas en Dificultades afrontamiento/Desesperanza. Podría ser que la visión del hijo impactara en algunos aspectos del duelo en el sentido de hacer la pérdida más real y por lo tanto el recuerdo e imagen invadiera el proceso o evolución de duelo.

6.3. Limitaciones del estudio, puntos fuertes y futuras líneas de investigación

Limitaciones

Una de las principales dificultades del estudio ha sido contactar con las participantes en un momento tan delicado de su vida y en un tiempo tan reciente aún de la pérdida sufrida. Cabe destacar que explicar el motivo de la llamada telefónica y el objetivo de ésta resultó en la mayoría de casos una tarea incómoda para la doctoranda. Respecto a la reacción de las mujeres con las que se contactó, la mayoría se presentó sorprendida ante la llamada, escucharon la propuesta y contestaron a las preguntas de la encuesta que les fueron formuladas. Por su tono de voz se desprendía

que era un momento difícil y muchas al recordar aspectos de la pérdida se emocionaban y se ponían a llorar. Se les proponía en estos casos posponer la entrevista si lo deseaban pero la mayoría comentaban que querían y necesitaban hablar de lo sucedido, al tiempo que agradecían la atención recibida y el haberlas escuchado, dando respuesta a algunas de sus dudas o demandas. Una cuestión que ha sorprendido la doctoranda a lo largo del proceso de recogida de datos es que la mayoría de las mujeres con las que se contactó no la conocían personalmente y aun así se sinceraban y explicaban su historia pidiendo consejo en algunos aspectos y comentando cómo se habían sentido acogidas por el equipo sanitario y qué aspectos pensaban que podrían mejorarse respecto al trato a las futuras parejas que se encontraran en una situación similar a la suya. Muchas de ellas mostraban su agradecimiento telefónicamente y a modo de comentario en el material que se les enviaba por la atención recibida y por haber podido hablar de la pérdida, aunque este fuera un recuerdo reciente y doloroso, ya que no se atrevían muchas veces a hablarlo con sus parejas, a las que veían bastante afectadas o porque éstas no deseaban hablar más del tema.

Otra de las grandes dificultades ha sido llevar a cabo el seguimiento de las participantes a los 6 meses y al año de la pérdida. Accedieron a participar, enviando el material correspondiente al primer tiempo de evaluación el 56% de las mujeres contactadas. De estas participantes respondieron a la segunda evaluación el 59% y en la última evaluación el 51%. La pérdida de participantes experimentada en la presente investigación fue bastante elevada sobre todo del primer al segundo tiempo, en cambio del segundo al tercero la pérdida fue menor. En otras investigaciones revisadas el porcentaje de participación fue mayor, presentando índices de participación entre el 50% y 90%, aunque es importante matizar que la metodología empleada difería en el sentido que la mayoría de investigadores contactaron personalmente con las participantes en la misma clínica o centro hospitalario, se desplazaron a sus casas para realizar las entrevistas y pasar las escalas, y en algunas ocasiones remuneraron la participación. Teniendo en cuenta las particularidades del tema de estudio y que el investigador no formaba parte del equipo asistencial del hospital y que tanto la propuesta de participación como la recogida de datos no fue presencial, la participación conseguida resulta considerable. En este sentido es importante también señalar que son pocos los estudios que se han encontrado que hayan realizado un seguimiento prospectivo más allá de los 6 meses tras la pérdida, por lo tanto disponemos de pocos datos con los que comparar.

De los dos grupos de pérdida perinatal estudiados, el más numeroso fue el de interrupciones médicas del embarazo con un 71% de participantes. En este sentido aunque hubiera sido deseable poder disponer de grupos más equiparables en cuanto al número de participantes, el malestar percibido por las mujeres ante la situación objeto de estudio, el mayor acceso del investigador al grupo de interrupciones y la prevalencia del tipo de pérdida, son algunos de los factores que han podido influir en el tamaño de los grupos estudiados. A pesar de que en el momento en que se contactó con las mujeres la mayoría se mostraron receptivas a atender y responder a las preguntas del investigador, aproximadamente la mitad desestimaron enviar el material requerido para el estudio. El recuerdo de aspectos relativos a la pérdida y responder a cuestiones más concretas sobre el proceso y estado de ánimo parece ser una tarea difícil para la mayoría sujetos, en parte debido al malestar asociado y a la necesidad de pasar página ante lo sucedido. Cabe la posibilidad que se hubiera conseguido mayor participación, sobre todo en cuanto a la primera evaluación, si se les hubiera ofrecido el material personalmente en el hospital, antes de que fuesen dadas de alta del centro, aspecto que se desestimó debido al gran *shock* emocional al que se enfrentaban las mujeres en ese momento y también porque el investigador no tenía contacto directo con las participantes. Se decidió enviar el material por correo postal bajo el supuesto de que esta metodología ofrecía cierta libertad a las mujeres respecto a la participación y porque se valoró como un procedimiento menos intrusivo en el proceso.

Puntos fuertes

En primer lugar nos gustaría destacar que este es un estudio pionero en nuestro país en el sentido que es la primera investigación que analiza el duelo perinatal con carácter prospectivo y utilizando escalas de medida estandarizadas para valorar el estado afectivo-emocional de la población objeto de estudio. Se ha conseguido realizar un estudio prospectivo a lo largo de un año, lo cual ha permitido el estudio del proceso afectivo-emocional por el que pasan estas mujeres a fin de conocer algunas particularidades del duelo ante la pérdida perinatal y qué curso siguen en cuanto a depresión, duelo y relación marital.

Otro aspecto importante es que se han utilizado instrumentos validados en la población española como es el caso del BDI y del DAS para valorar la repercusión afectivo-emocional tras la pérdida. En el caso de la PGS se ha conseguido adaptar la escala al español y se han comparado los ítems traducidos con una adaptación y

validación posterior en población de habla hispana realizada en Estados Unidos (Capitulo et al., 2010) y se ha corroborado que prácticamente no hay diferencias en la adaptación de los ítems. Este aspecto es importante pues los datos psicométricos obtenidos en nuestra muestra de participantes aportan fiabilidad y validez a los resultados obtenidos, considerándose representativos de la población de mujeres que sufre una pérdida perinatal.

Los resultados obtenidos avalan el uso de la PGS en el contexto de la pérdida en el sentido que ésta podría ser de gran utilidad como herramienta de cribaje para valorar aquellas mujeres susceptibles de presentar más dificultades en el proceso de duelo, pudiendo ofrecer así una intervención terapéutica preventiva.

Los resultados del estudio sirven también como *feedback* a los profesionales sanitarios implicados en el proceso, ofreciéndoles la oportunidad de conocer algunos de los aspectos más relevantes implicados en la evolución del duelo perinatal, no sólo a corto sino más a largo plazo. Esto es importante de cara a informar y sensibilizar a los sanitarios comprometidos en el tema, pues normalmente su intervención es específica y limitada en el tiempo y no permite profundizar demasiado en los aspectos emocionales ni tener información con relación a cuando tarda en resolverse un proceso de este tipo.

Futuras líneas de investigación

El tiempo requerido para elaborar el proceso de duelo es difícil de especificar y como se ha mencionado en numerosas ocasiones depende de múltiples variables que afectan al individuo. En este sentido y partiendo de los resultados obtenidos, se consideraría interesante disponer de un seguimiento más largo de las participantes en futuras investigaciones, con el objetivo de conocer la evolución del duelo perinatal más a largo plazo y poder hacer un seguimiento de las posibles diferencias entre los tipos de pérdida, pues como apuntaban nuestros resultados parecería que el curso y elaboración del duelo podría ser un tanto diferente.

El estudio de la implicación de algunas de las variables analizadas, concretamente de la variable ver al hijo, sería un tema a desarrollar más específicamente en un futuro. Numerosos investigadores (Boulot, 1993; David, 1996b; Dumoulin, 1996; Molénat, 1993; Roegiers, 1992) señalan la relevancia de ver al bebé como un factor que facilitaría el proceso aunque en nuestra investigación este aspecto

no queda tan claro. El impacto de la noticia, el acabamiento del embarazo y desmoronamiento de los sueños y planes de futuro en un período corto de tiempo y la toma de decisión respecto a ver o no ver al hijo que esperaban, es un aspecto a cuidar especialmente. Parecería pues importante no guiarse por protocolos previamente establecidos y cuidar al máximo este aspecto, ofreciendo la posibilidad así como dejando un margen de tiempo considerable para poder metabolizar la noticia y tomar la decisión. Como ya se citó anteriormente, nuestros resultados no concluyen que ver al hijo perjudique a las mujeres, pero quizás interfiere en alguna medida en el curso de la elaboración del duelo.

Finalmente otro de los aspectos a mejorar en futuras investigaciones haría referencia al aumento del tamaño de las muestras, con el objetivo de evaluar y realizar el seguimiento sobre todo respecto al grupo de muertes prenatales/postnatales. En futuras investigaciones quizás sería importante poder llevar a cabo un seguimiento más exhaustivo de las participantes y plantear algunos cambios en cuanto al reclutamiento y recogida de datos. Algunas de las propuestas en este sentido irían en la línea de que fuera propiamente alguien que formara parte del equipo asistencial y con el que las mujeres hubieran tenido un contacto directo en el proceso, quien realizara el seguimiento con el objetivo de aumentar la participación. En este sentido poder llevar a cabo entrevistas presenciales con las participantes de cara a recopilar aspectos cualitativos y/o recabar datos más específicos con relación a temas como los antecedentes de salud mental previos, la decisión de ver al hijo., resultarían interesantes.

A modo de apunte final cabe destacar que la pretensión de este trabajo es que resulte un primer paso en el estudio y conocimiento del duelo perinatal en una población española y que sirva como punto de partida para futuras investigaciones respecto a este tema al tiempo que legitimar la repercusión que tiene para la mujer, la pérdida de un hijo o de un embarazo y la importancia de ofrecer un acompañamiento psicológico durante y tras el proceso de la interrupción y/o pérdida.

7. CONCLUSIONES

- Las puntuaciones más elevadas de duelo y depresión están presentes sobre todo en el primer tiempo tras la pérdida. La sintomatología propia del duelo disminuye progresiva y significativamente a lo largo de los tres seguimientos mientras que para la escala de depresión la diferencia es sólo significativa entre el mes y los 6 meses y el mes y el año.
- El porcentaje de mujeres con depresión al año era equiparable a la de la población general, mientras que respecto al duelo, aunque la mayoría de participantes parecía haber superado el proceso, algunas participantes todavía presentaban algunas dificultades emocionales al respecto.
- Las puntuaciones en las subescalas Dificultades de afrontamiento al mes y Desesperanza del primer tiempo son buenas predictoras de las puntuaciones de duelo total a más largo plazo.
- Por lo que al tipo de pérdida se refiere, no se encontraron diferencias entre los grupos, aunque sí resultó relevante observar cómo tenían medias más altas en las escalas, el grupo de muertes pre/postnatales. Al año estas puntuaciones prácticamente no diferían e incluso eran ligeramente más altas para el grupo que había practicado una interrupción del embarazo.
- No se ha encontrado asociación significativa entre las variables edad y nivel socioeconómico con las escalas de duelo y depresión.
- No se ha encontrado asociación significativa entre la historia obstétrica (abortos anteriores e hijos previos) ni respecto a las semanas de gestación en que se producía la pérdida y las puntuaciones de duelo y depresión, a excepción de esta variable y las puntuaciones del BDI al mes.
- Tampoco resultó relevante estadísticamente la relación entre la variable quedarse embarazada a lo largo del estudio y la evolución en cuanto a duelo y depresión, aunque las medias de las que estaban de nuevo embarazadas eran más altas que las que no.

- En el caso particular de las interrupciones, no se encontró relación entre las variables días de espera entre la noticia y la interrupción y las semanas de gestación en que se produjo la intervención.
- El pronóstico de la malformación en el grupo de las interrupciones tampoco se asoció significativamente con las puntuaciones de duelo y depresión.
- La variable ver al hijo, ha resultado ser un aspecto controvertido pues en las interrupciones sí se ha encontrado relación, en el sentido que la media de puntuaciones en las escalas era mayor para las que habían decidido verlo, que para las que no. En el total de participantes sin embargo, la relación no resultó ser significativa.
- En esta misma línea respecto a la satisfacción con la relación de pareja, se observó relación con la escala de depresión, en el sentido que las mujeres más satisfechas presentaban menos puntuaciones en el BDI. Para la PGS no se encontró relación, a excepción de la subescala Dificultades de afrontamiento.
- En cuanto a la presencia de antecedentes mentales previos a la pérdida y a la satisfacción con la relación de pareja y las escalas de duelo y depresión, tampoco se encontró relación significativa.
- Las variables asistenciales satisfacción y modo en que se comunicó la noticia no resultaron estar relacionadas con una mejor/peor evolución del duelo en nuestra población.

Valoración final

A modo de conclusión general me parece importante destacar que parece complicado encontrar relaciones claras en la evolución del duelo. El duelo perinatal es un constructo complejo, con múltiples variables implicadas y con un gran peso en cuanto a la intersubjetividad de cada individuo que pasa por el proceso. Queda claro que este tipo de duelo comporta malestar con relación a la pérdida aunque esta se refiera a un sujeto todavía no conocido e implique la pérdida de una relación simbólica, ligada a las necesidades y deseos de la madre. La evolución e intensidad del duelo en cada mujer dependería pues, de la naturaleza simbólica de la relación entre el doliente y el fallecido; el grado en que experimente el embarazo, el vínculo que haya establecido con el futuro hijo, sus estrategias de afrontamiento ante la pérdida... Es

por ello importante señalar que gran parte del papel de los profesionales ante estas situaciones recae en poder escuchar y acompañar al individuo ante la pena. Los recursos sanitarios son a veces escasos o limitados pero en la mayoría de casos este primer acompañamiento permite facilitar el comienzo del proceso de duelo.

8. REFERENCIAS

- Adolfsson, A. (2011). Meta-analysis to obtain a scale of psychological reaction after perinatal loss: focus on miscarriage. *Psychology Research and Behaviour Management*, 4, 29-39. doi:10.2147/PRBM.S17330
- Adler, N. E., David, H. P., Major, B. N., Roth, S. H., Russo, N. F. y Wyatt, G. E. (1990). Psychological responses after abortion. *Science*, 248, 41-43.
- Adler, N. E., David, H.P., Major, B. N., Roth, S. H., Russo, N. F. y Wyatt, G. E. (1992). Psychological factors in abortion: A review. *American Psychology*, 47, 1194-1204.
- Alkazaleh, F., Thomas, M., Grebenyuk, J., Glaude, L., Savage, D., Johannesen, J., Caetano, M. y Windrim, R. (2004). What women want: women's preferences of caregiver behaviour when prenatal sonography findings are abnormal. *Ultrasound of Obstetrics and Gynecology*, 23, 56-62. doi:10.1002/uog.906
- Aite, L., Trucchi, A. L., Nahom, A., Spina, V., Bilancioni, E. y Bagolan, P. (2002). Multidisciplinary management of fetal surgical anomalies: the impact on maternal anxiety. *European Journal of Pediatric Surgery*, 12(2), 90-94.
- APA (American Psychiatric Association). (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)* (4a ed.). Barcelona: Masson.
- APA (American Psychiatric Association). (2003). *Manual diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-Texto Revisado*. (4a ed.). Barcelona: Masson.
- APA (American Psychiatric Association). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V*. (5a ed.). USA: Arlington.
- Ammaniti, M. (1999). Les catégories des représentations pendant la grossesse. En C. Candelori, M. Pola y R. Tambelli. *Maternité et grossesse: Étude des représentations maternelles* (pp.45-56). Paris: Presses universitaires de France.
- Baker, J. E. (2001). Mourning and the transformation of object relationships. Evidence for the persistence of internal attachments. *Psychoanalytic Psychology*, 18 (1), 55-73. doi:10.1037/0736-9735.18.1.55

- Beck, A. T., Steer, R. A. y Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the beck depression inventory: twenty five years of evaluation. *Clinical Psychology*, 8, 77-100.
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (1984). Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 1365-1367. doi:10.1002/1097-4679(198411)40:6%3C1365::AIDJCLP2270400615%3E3.0.CO;2-D
- Ben Soussan, P. (1999). *Le bébé imaginaire*. Ramonville Saint-Agne: Erès.
- Benfield, D. G., Leib, S. A. y Vollman, J. H. (1978). Grief response of parents to neonatal death and parent participation in deciding care. *Pediatrics*, 62, 171-177.
- Berbel, S., y Pi-Sunyer, M. T. (2001). *El cuerpo silenciado*. Barcelona: Viena.
- Beutel, M., Deckardt, R., Von Rad, M. y Weiner, H. (1995). Grief and depression after miscarriage: their separation, antecedents and course. *Psychosomatic Medicine*, 57, 517-526. doi:10.1097/00006842-199511000-00003
- Beutel, M., Willner, H., Deckardt, R., Von Rad, M. y Weiner, H. (1996). Similarities and differences in couple's grief reactions following a miscarriage: results from a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 40 (3), 245-253. doi:10.1016/0022-3999(95)00520-X
- Boulot, P. y Molénat, F. (1993). Notre petit patient, le foetus. *Devenir*, 5 (3), 81-89.
- Boulot, P., Bachelard, B., Molénat, F. y Roy, J. (1993). Se battre pour le foetus. En F. Molénat y M. Ateya. (Eds). *Cahier 4 de l'Afrée. Grossesse, naissance, deuil: les pratiques* (pp. 28-42). Montpellier: Climats.
- Bourne, S. (1968). The psychological effects of stillbirths on women and their doctors. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 16, 103-112.
- Bowlby, J. (1980). *El apego y la pérdida-3: tristeza y depresión*. (Trad. A. Báez). Barcelona: Paidós Ibérica.
- Braithwaite, J. M. y Economides, D. L. (1997). Acceptability by patients of transvaginal sonography in the elective assessment of the first-trimester fetus. *Ultrasound*

- Obstetrics and Gynecology*, 9, 91-93. doi:10.1046/j.1469-0705.1997.09020091.x
- Brier, N. (1999). Understanding and managing the emotional reactions to a miscarriage, Clinical commentary. *Obstetrics and Gynecology*, 93 (1), 151-155. doi:10.1016/S0029-7844(98)00294-4
- Brier, N. (2008). Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature. *Journal of Women's Health*, 17 (3), 451-464. doi:10.1089/jwh.2007.0505
- Bryan, E. M. (1995). The death of a twin. *Palliative medicine*, 9 (3), 187-192. doi:10.1177/026921639500900303
- Bryar, S. H. (1997). One day you are pregnant and one day you're not: pregnancy interruption for fetal anomalies. *Journal of Obstetrics Gynecology and neonatal nurse*, 26 (5), 559-566. doi:10.1111/j.1552-6909.1997.tb02159.x
- Buckman, R. (1998). Com donar les males notícies. *Una guia per professionals de la salut* (1a ed.). Vic: Eumo.
- Cabero, Ll. y Cerqueira, M. J. (2000). *Protocolos de medicina materno-fetal (perinatología)*, (2ªed). Barcelona: Ergon.
- Caceres, J. (1996). *Manual de terapia de pareja e intervención en familias*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Cain, A., Erickson, M., Fast, I. y Vaughan, R. (1964a). Children's disturbed reactions to their mother's miscarriage. *Psychosomatic Medicine*, 26 (1), 58-66. doi:10.1097/00006842-196401000-00008
- Callahan, E. J., Brasted, W. S. y Granados, J. L. (1983). *Life span developmental psychology. Non-normative life events*. New York: Academic Press.
- Cano-Prous, A., Martín-Lanas, R., Moyá-Querejeta, J., Beunza-Nuin, M. I., Lahortiga-Ramos, F. y García-Granero, M. (2014). Psychometric properties of a Spanish versión of the Dyadic Adjustment Scale. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 137-144. doi:10.1016/S1697-2600(14)70047-X

- Capitulo, K.L. (2005). Evidence for healing interventions with perinatal bereavement. *American Journal of Maternal-Child Nursing*, 30 (6), 389-396. doi:10.1097/00005721-200511000-00007
- Capitulo, K. L., Ramirez, M., Grigoroff-Aponte, B. y Valney, D. C. (2010). Psychometric testing of the new Spanish short version of the perinatal grief scale to measure perinatal grief in spanish-speaking parents. *Hispanic Health Care International*, 8 (3), 125-135. doi:10.1891/1540-4153.8.3.125
- Carrera Hueso, L. (1995). *Papel del obstetra ante la pérdida perinatal* (Tesis doctoral). Facultad de medicina. Universidad de Valencia.
- Cesbron, P. (1996). *Le diagnostic prénatal. Aspects psychologiques. Histoire d'amour et acte médical*. Paris: ESF.
- Claramunt, M. A., Álvarez, M., Jové, R. y Santos, E. (2009). *La cuna vacía: El doloroso proceso de perder un embarazo*. Madrid: La esfera de los libros.
- Coe, R. y Merino Soto, C. (2003). Magnitud del efecto: una guía para investigadores y usuarios. *Revista de psicología de la PUCP*, 21 (1), 147-177.
- Cole, D. (1987). It might have been: mourning the unborn. *Psychology Today*, 21, 64-65.
- Condon, J. T. (1985). The parental-foetal relationship: a comparison of male and female expectant parents. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 4, 271-284. doi:10.3109/01674828509016729
- Conway K. (1992). Couples and fetal loss. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 13, 187-195. doi:10.3109/01674829209019575
- Cort, G. (1984). Pathological grief: causes, recognition and treatment. *Canadian Family Physician*, 30, 914-924.
- Cozzarelli, C. (1993). Personality and self-efficacy as predictors of coping with abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1224-1236. doi:10.1037/0022-3514.65.6.1224

- Cozzarelli, S. N. y Major, B. (1998). Mental models of attachment and coping with abortion. *Journal of Personality and Psychology*, 74, 453-467. doi:10.1037/0022-3514.74.2.453
- Cuenca Montesino, M. L., Graña Gómez, J. L., Peña Fernández, M. H. y Andreu Rodríguez, J. M. (2013). Psychometric properties of the Dyadic Adjustment Scale (DAS) in a community sample of couples. *Psicothema*, 25 (4), 536-541. Doi: 10.7334/psicothema2013.85
- Cuisinier, M., Kuijpers, J. C., Hoogduin, C. A. L., De Graauw, C. P. H M. y Janssen, H. (1993). Miscarriage and stillbirth: time since loss, grief intensity and satisfaction with care. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 53 (3), 163-168. doi:10.1016/0028-2243(93)90066-L
- Cuisinier, M., De Kleine, M., Kollee, L., Bethlehem, G. y De Graauw, C. (1996). Grief following the loss of a newborn twin compared to a singleton. *Acta Paediatrica*, 85 (3), 393-443. doi:10.1111/j.1651-2227.1996.tb14028.x
- Cuisinier, M., Janssen, H., De Graauw, C., Bakker, S. y Hoogduin, C. (1996). Pregnancy following miscarriage: course of grief and some determining factors. *Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynecology*, 17, 168-174. doi:10.3109/01674829609025678
- David, D. y Gosme-Séguret, S. (1996). *Le diagnostic prenatal, aspects psychologiques*. Paris: ESF.
- Davies, R. (2004). New understandings of parental grief: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46 (5), 506-513. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03024.x
- Davies, V., Gledhill, J., Mc Fadyen, A., Whitlow, B y Economides, D. (2005). Psychological outcome in women undergoing termination of pregnancy for ultrasound-detected fetal anomaly in the first and second trimesters: a pilot study. *Ultrasound Obstetrics and Gynecology* 25, 389-392. doi:10.1002/uog.1854
- Defey, D. (2009). Parte I: La embarazada y su mundo en *El trabajo psicológico y social con mujeres embarazadas y sus familias en los centros de salud*. Descargado

- el 17 de Diciembre de 2013 de <http://www.buenastareas.com/ensayos/El-Trabajo-Psicologico-y-Social-Con/4757720.html>.
- Deutsch, H. (1945). *The psychology of women: a psychoanalytic interpretation* (Vol.2, Motherhood). New York: Grune & Stratton.
- De Vries, B., Davis, C., Wortman, C. y Lehman, C. (1997). The long term psychological and somatic consequences of later life parental bereavement. *Journal of Death and Dying*, 35, 97-117. doi:10.2190/39HG-YLKC-4CUV-NRAF
- Doka, K. (2002). *Disenfranchised grief. New directions, challenges and strategies for practice*. Champaign (Illinois): Research Press.
- Dumoulin, M. y Valat, A. S. (2001). Morts en maternité: devenir des corps, deuil des familles. *Etudes sur la mort*, 119 (1), 77-99. doi:10.3917/eslm.119.0077
- Dumoulin, M. (1996). L'enfant mort en maternité. Ses parents, les médecins, la loi. En D. David y S. Gosme-Séguret (Coords.). *Le diagnostic prenatal, aspects psychologiques* (pp.93-99). Paris: ESF
- Fernández-Alcántara, M., Cruz-quintana, F., Pérez-Marfil, N. y Robles-Ortega, H. Factores psicológicos implicados en el duelo perinatal. *Index de Enfermería*, vol 21, 1-2 Decargado el 16 de julio de 2013 en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962012000100011>. doi: 10.4321/S1132-12962012000100011
- Forrest, G. C., Standish, E. y Braum, J. D. (1982). Support after perinatal death: a study of support and counselling after perinatal bereavement. *British Medical Journal*, 285, 1475-1479. doi:10.1136/bmj.285.6353.1475
- Franche, R. L. y Mikail, S. F. (1999). The impact of perinatal loss on adjustment to subsequent pregnancy. *Social Science & Medecine*, 48, 1613-1623. doi:10.1016/S0277-9536(98)00438-9
- Freeman, E.W., Rickels, K., Huggins, G. R., Garcia, C. R. y Polin, J. (May 1980). Emotional distress patterns among women having first or repeat abortions. *Obstetrics and Gynecology*, 55 (5), 630-636.
- Freud, S. (1917). *Mourning and melancholia*. Londres: Hogarth.

- Friedman, T. y Gath, D. (1989). The psychiatric consequences of spontaneous abortion *British Journal of Psychiatry*, 155, 810-813. doi:10.1192/bjp.155.6.810
- Garel, M., Blondel, B. y Lelong, N. (1992). Depressive reaction after miscarriage. *Journal of Contraception Fertility and Sexuality*, 20, 75-81.
- Garel, M., Blondel, B., Lefebvre, G., Vauthier-Brouzes, D. y Zorn, J.R. (1997) Psychological reactions after multifetal pregnancy reduction: a 2 year follow-up study. *Human Reproduction*, 12, 617-622. doi:10.1093/humrep/12.3.617
- Garel, M., Gosme-Seguret, S., Kaminski, M. y Cuttini, M. (2002). Ethical decision making in prenatal diagnosis and termination of pregnancy: a qualitative survey among physicians and midwives. *Prenatal Diagnosis*, 22, 811-817. doi:10.1002/pd.427
- Geerinck-Vercammen, G. R. y Kanhai, H. H. H. (2004). Coping with termination of pregnancy for fetal abnormality. *Prenatal Diagnosis*, 24, 67-72. doi:10.1002/pd.771
- Gilchrist, A. C., Hannaford, P. C. y Kay, C. R. (1995). Termination of pregnancy and psychiatric morbidity. *British Journal of Psychiatry*, 167, 243-248. doi:10.1192/bjp.167.2.243
- Goldbach, Kristen, R., Dunn, D., Toedter, L. y Lasker, J. (1991). The effects of gestational age and gender on grief after pregnancy loss. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61 (3), 461-467. doi:10.1037/h0079261
- Gottwall, K. (2002). Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 109, 254-260. doi:10.1111/j.1471-0528.2002.01200.x
- Harrington, K., Freeman, J., Aquilina, J. y Campbell, S. (1996). Fetal sexing by ultrasound in the second trimester: maternal preference and professional ability. *Ultrasound Obstetrics and Gynecology*, 8, 318-321. doi:10.1046/j.1469-0705.1996.08050318.x
- Haussaire-Niquet, C., De Parseval, D. y Dumoulin, M. (1998). *L'enfant Interrompu. Le deuil perinatal*. Flammarion.

- Heller, S.S. y Zeanah, Ch. (1999). Attachment disturbances in infants born subsequent to perinatal loss: a pilot study. *Infant Mental Health Journal*, 20 (29), 188-199. doi:10.1002/(SICI)1097-0355(199922)20:2%3C188::AID-IMHJ6%3E3.0.CO;2-H
- Herz, E. (1984). Psychological repercussions of pregnancy loss. *Psychiatric Annales*, 14, 454-457. doi:10.3928/0048-5713-19840601-11
- Hollingshead, A. B. (1975). Four factor index of social status. New Haven. CT: Universidad de Yale.
- Hughes, P., Turton, P., Hooper, E. y Evans, C. D. (2002). Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study. *The Lancet*, 360 (9327), 114-118. doi:10.1016/S0140-6736(02)09410-2
- Hunfeld, J. A., Wladimiroff, J. W., Passchier, J., Uniken Venema-van Uden, M., Frets, P. G. y Verhage, F. (1993). Reliability and Validity of the perinatal grief scale for women who experienced late pregnancy loss. *British Journal of Medical Psychology*, 66 (3), 295-298. doi:10.1111/j.2044-8341.1993.tb01753.x
- Hunfeld, J. A., Agterberg, G., Wladimiroff, J. W. y Passchier, J. (1996). Quality of life and anxiety in pregnancies after late pregnancy loss: a case-control study. *Prenatal Diagnosis*, 16 (9), 783-90. doi:10.1002/(SICI)1097-0223(199609)16:9%3C783::AID-PD943%3E3.0.CO;2-7
- Hunfeld, A., Wladimiroff, J. W. y Passchier, J. (1997). Prediction and course of grief four years after perinatal loss due to congenital anomalies: a follow-up study. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 85-91. doi:10.1111/j.2044-8341.1997.tb01888.x
- Hunfeld, J. A., Wladimiroff, J. W. y Passchier, J. (1997). The grief of late pregnancy loss. *Patient Education and Counseling*, 31 (1), 57-64. doi:10.1016/S0738-3991(97)01008-2
- Hunfeld, J. A., Wladimiroff, J. W., Passchier, J., Venema-Van Uden, M.U., Frets, P. G. y Verhage, F. (1993). Emotional reactions in women in late pregnancy (24 weeks or longer) following the ultrasound diagnosis of a severe or lethal malformation. *Prenatal Diagnosis*, 13 (7), 603-612. doi:10.1002/pd.1970130711

- Hunfeld, J. A., Wladimiroff, J. W. y Passchier, J. (1994). Pregnancy termination, perceived control, and perinatal grief. *Psychological Reports*, 74 (1), 217-218. doi:10.2466/pr0.1994.74.1.217
- Hunfeld, J. A., Wladimiroff, J. W., Verhage, F. y Passchier, J. (1995). Previous stress and acute psychological defence as predictors of perinatal grief: an exploratory study. *Society Science and Medicine*, 40 (6), 829-835. doi:10.1016/0277-9536(94)E0118-C
- Hunfeld, J. A., Mourik, M. M., Passchier, J. y Tibboel, D. (1996). Do couples grieve differently following infant loss? *Psychological Reports*, 79 (2), 407-410. doi:10.2466/pr0.1996.79.2.407
- Iles, S. y Gath, D. (1993). Psychiatric outcome of termination of pregnancy for foetal abnormality. *Psychological Medicine*, 23 (2), 407-413. doi:10.1017/S0033291700028506
- Institut d'Estadística de Catalunya*. Descargado el 11 de Julio de 2014 de <http://www.idescat.cat/dequavi/?TC=444&V0=2&V1=5&lang=es>
- Janssen, H., Cuisinier, M., Hoogduin, K. et al. (1996). Controlled prospective study on the mental health of women following pregnancy loss. *American Journal of Psychiatry*, 153:226-230.
- Janssen, H., Cuisinier, M., De Graauw, K. y Hoogduin, K. (1997). A prospective study of risk factors predicting grief intensity following pregnancy loss. *Archives of General Psychiatry*, 54 (1), 56-61. doi:10.1001/archpsyc.1997.01830130062013
- Kaj L. y Malmquist, A. (1969). Psychiatric aspects of spontaneous abortion. II. The importance of bereavement attachment and neurosis in early life. *Journal of Psychosomatic Research*, 13 (1), 53-59. doi:10.1016/0022-3999(69)90019-1
- Kendall, P. C., Hollon, S.D., Beck, A. T., Hammen, C. L. E. y Ingram, R. E. (1987). Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 289-299. doi:10.1007/BF01186280
- Kennell, J. H., Slyter, H. y Klaus, M. H. (1970). The mourning response of parents to the death of a newborn infant. *The New England Journal of Medicine*, 283, 344-349. doi:10.1056/NEJM197008132830706

-
- Kerns Clauss, D. (2009). *Psychological Distress Following Miscarriage and Stillbirth: An Examination of Grief, Depression and Anxiety in Relation to Gestational Length, Women's Attributions, Perception of Care and Provision of Information*. (Tesis doctoral no publicada). Facultad de la Universidad de Drexel, USA.
- Kirkley-Best, E. y Kellner, K. R. (1982). The forgotten grief: a review of the psychology of stillbirth. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52, 420-429. doi:10.1111/j.1939-0025.1982.tb01428.x
- Klier C. M., Geller, P. A. y Neugebauer, R. (2000). Minor depressive disorder in the context of miscarriage. *Journal of Affective Disorders*, 59, 13-21. doi:10.1016/S0165-0327(99)00126-3
- Klier, C. M., Geller, P. A. y Ritsher, J. B. (2002). Affective disorders in the aftermath of miscarriage: a comprehensive review. *Archives of Womens Mental Health*, 5, 129-149. doi:10.1007/s00737-002-0146-2
- Klock, S. C., Chang, G., Hiley, A. et al. (1997). Psychological distress among women with recurrent spontaneous abortion. *Psychosomatics*, 38, 503-507. doi:10.1016/S0033-3182(97)71428-2
- Kohn, I. y Moffit, P. L. (2000). *A silent sorrow. Pregnancy loss: guidance and support for you and your family* (2nd ed.). Routledge: Nueva York.
- Kowalski, K. (1987). Perinatal loss and Bereavement. En: Sonstegard, L., Kowalski, K. y Jennings, B. (Eds). *Crisis and illness in childbearing (women's Health)*, vol.3. New York: Grune and Staratton, pp: 25-42.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.
- Kwan-ho Sham, A; Gar-chung Yiu, M y Yau-bong Ho, W. (2010). Psychiatric morbidity following miscarriage in Hong Kong. *General Hospital Psychiatry*, 32, 284-293. doi:10.1016/j.genhosppsy.2009.12.002
- Lang, A., Gottlieb, L. N. y Amsel, R. (1996). Predictors of husbands and wives' grief reactions following infant death: the role of marital intimacy. *Death Studies*, 20, 33-57. doi:10.1080/07481189608253410

- La Roche, C., Lalinec-Michaud, M., Engelsman, F., Fuller, N., Coop, M., Mc Quade-Soldatos, L. et al. (1984). Grief reactions to perinatal death. A follow-up study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 29, 14-19.
- Lasker, J. y Toedter, L. (1991). Acute versus chronic grief: The case of pregnancy loss. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61 (4), 510-522. doi:10.1037/h0079288
- Lasker, J., Toedter, L. (1994). Satisfaction with hospital care and interventions after pregnancy loss. *Death Studies*, 18, 41-64. doi:10.1080/07481189408252642
- Lasker, J. y Toedter, L. (2000). Predicting outcomes after pregnancy loss: Results from studies using the Perinatal Grief Scale. *Illness, Crisis and Loss*, 8, 350-372.
- Lazare, A. (1979). *Unresolved Grief: Outpatient Psychiatry, Diagnosis and Treatment*. Baltimore: Williams and Wilkins, pp. 498–512.
- Lee, C. y Slade, P. (1996). Miscarriage as a traumatic event: a review of the literature and new implications for intervention. *Journal of Psychosomatic Research*, 40 (3), 235-244. doi:10.1016/0022-3999(95)00579-X
- Lee, D. T. S., Wong, C. K., Cheung, L. P. et. al. (1997). Psychiatric morbidity following miscarriage: a prevalence estudy of Chinese women in Hong Kong. *Journal of Affective Disorders*, 43, 63-68. doi:10.1016/S0165-0327(96)01418-8
- Leithner, K., Maar, A., Fischer-Kern, M., Hilger, E., Löffler-Stastka, H. y Ponocny-Seliger, E. (2004). Affective state of women following a prenatal diagnosis: predictors of a negative psychological outcome. *Ultrasound Obstetrics and Gynecology*, 23, 240-246. doi:10.1002/uog.978
- Leon, I. G. (1992). Perinatal loss: a critique of current hospital practices. *Clinical Pediatrics*, 31 (6), 366-374. doi:10.1177/000992289203100611
- Leon, O. G. (2011). *Cómo redactar textos científicos en Psicología y Educación: consejos para escritores noveles de tesis doctorales, tesis de máster y artículos de investigación* (3ª ed.). La Coruña: netbiblo.
- Leppert, P. C. y Pahlka, B. S. (1984). Grieving characteristics after spontaneous abortion: a management approach. *Obstetrics and Gynecology*, 64 (1): 119-122.

- Lewis, E. (1979). Mourning by family after a stillbirth or neonatal death. *Archives of Disease in Childhood*, 54, 303-306. doi:10.1136/adc.54.4.303
- Lewis, E. y Bryan, E. M. (1988, Noviembre). Management of perinatal loss of a twin. *British medical Journal*, 297 (6659): 1321-1323. Perinatal Bereavement Unit, Tavistock Clinic, London. doi:10.1136/bmj.297.6659.1321
- Ley orgánica sobre la interrupción voluntaria del embarazo. Artículos 14 y 15. Descargado el 11 de Enero de 2014 de http://legislacion.vlex.es/vid/reproductiva-interrupcion-embarazo-211493413?_ga=1.186811681.886196497.1421491894#section_13
- Lin, S. X. y Lasker, J. (1996). Patterns of grief reaction after pregnancy loss. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66 (21), 262-271. doi:10.1037/h0080177
- Lindberg, C. E. (1992). The grief response to mid-trimester fetal loss. *Journal of Perinatology*, 12 (2), 158-163.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148. doi:10.1176/ajp.101.2.141
- Lok, I.H. y Neugebauer, R. (2007). Psychological morbidity following miscarriage. *Best Practice and Research Clinical in Obstetrics and Gynaecology*, 21 (2), 229-247. doi:10.1016/j.bpobgyn.2006.11.007
- López García de Madinabeitia, A. P. (2011). Duelo Perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31 (109), 53-70.
- Major, B., Cozzarelli, C., Cooper, M. L., Zubek, J., Richards, C., Wilhite, M., Richard, H. y Gramzow, R. H. (2000). Psychological Responses of women after first-trimester abortion. *Archives of General Psychiatry*, 57, 777-784. doi:10.1001/archpsyc.57.8.777
- Major, B., Mueller, P. y Hildebrandt, K. (1985). Atributions, expectations and coping with abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48 (3), 585-599. doi:10.1037/0022-3514.48.3.585

-
- Major, B. y Cozzarelli, C. (1992). Psychosocial predictors of adjustment to abortion. *Journal of Social Issues*, 48, 121-142. doi:10.1111/j.1540-4560.1992.tb00900.x
- Mander, R. (1994). *Loss and bereavement in childbearing*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Marciano, P. (2000). Les réseaux de soins en périnatalité. Collection Spirale, 15, s.l. Edition érés.
- McKinney, M., Downey, J. y Timor-Trisch, I. (1995). The psychological effects of multifetal pregnancy reduction. *Fertility and Sterility*, 64, 51-61.
- Molénat, F., Toubin, R. M., Faure, J. M. y Boulot, P. (2002). Impact psychologique des IMG tardives. *Journal of Gynecology Obstetrics and Biological Reproduction*, 31, 2S91-2S93.
- Mori, E., Nadaoka, T., Morioka, Y. y Saito, H. (1997). Anxiety of infertile women undergoing IVF-ET: relation to the grief process. *Gynecology Obstetrics Investigation*, 44 (3), 157-62. doi:10.1159/000291510
- Moscarello, R. (1989). Perinatal bereavement support service: Three-year review. *Journal of Palliative Care*, 5 (4), 12-18.
- Mota, C., Calleja, N., Aldana, E., Gómez, M.E., Sánchez, M.A. (2011). Escala de duelo perinatal: validación en mujeres mexicanas con pérdida gestacional. *Revista latinoamericana de psicología*, 43 (3), 419-428.
- Mueller, P. y Major B. (1989). Self –blame, self-efficacy and adjustment to abortion. *Journal of Personality and Social Psychology* 57, 1059-1068. doi:10.1037/0022-3514.57.6.1059
- Neimeyer, R. A. (2002). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.
- Neugebauer, R., Kline, J., O'Connor, P. et al. (1992). Determinants of depressive symptoms in the early weeks after miscarriage. *American Journal of Public Health*, 82, 1332-1339. doi:10.2105/AJPH.82.10.1332

- Neugebauer, R., Kline, J., Shrout, P. et al. (1997). Major depressive disorder in the 6 months after miscarriage. *JAMA*, 277, 383-388. doi:10.1001/jama.1997.03540290035029
- Neugebauer, R. (2003). Depressive symptoms at two months after miscarriage: interpreting study findings from an epidemiological versus clinical perspective. *Depression and Anxiety* 17, 152-161. doi:10.1002/da.10019
- Neugebauer, R., Kline, J., Markowitz, J. C. et al. (2006). Pilot randomized controlled trial of interpersonal counseling for subsyndromal depression following miscarriage. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1299-1304. doi:10.4088/JCP.v67n0819
- Neugebauer, R., Kline, J., Bleiberg, K., et al. (2007). Preliminary open trial of interpersonal counseling for subsyndromal depression following miscarriage. *Depression and Anxiety*, 24, 219-222. doi:10.1002/da.20150
- Nikcevic, A. V., Snijders, R. y Nicolaidis, K. H. (1999). Some psychometric properties of the Texas Grief Inventory adjusted for miscarriage. *British Journal of Medical Psychology*, 72, 171-178. doi:10.1348/000711299159925
- Nikcevic, A. V., Tunkel, S. A y Nicolaidis, K. H. (1998). Psychological outcomes following missed abortions and provision of follow up care. *Ultrasound Obstetrics and Gynecology*, 11, 123-128. doi:10.1046/j.1469-0705.1998.11020123.x
- Nikcevic, A.V; Tunkel, S.A.; Kuczmierczik, A.R. y Nicolaidis, K.H. (1999). Investigation of the cause of miscarriage and its influence on women's psychological distress. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 106, 808-813. doi:10.1111/j.1471-0528.1999.tb08402.x
- Oakley, A., McPherson, A. y Roberts, H. (1990). *Miscarriage*. London: Penguin Books.
- Parkes, C. M. (1965). Bereavement and mental illness, part one: A clinical study of the grief of bereaved psychiatric patients. *British Journal of Medical Psychology*, 38, 1-12. doi:10.1111/j.2044-8341.1965.tb00956.x
- Parkes, C.M. (1970). The first year of bereavement: a longitudinal study of the reaction of London widows to death of husbands. *Psychiatry*, 33, 444-467.

-
- Parkes, C.M. (1986). *Bereavement: Studies of grief in adult life* (2ª ed). London: Penguin books.
- Peppers L.G. y Knapps R. J. (1980). Maternal reactions to involuntary fetal infant death. *Psychiatry*, 43, 155-159.
- Perrotte, F., Mirlesse, V., De Vigan, C., Kieffer, F., Meunier, E. y Daffos, F. (2000). Medical termination of pregnancy for foetal anomaly: The patient's point of view. *Journal of Gynecological Obstetrics and Biology Reproduction*, 29 (2), 185-191.
- Potvin, L., Lasker, J. y Toedter, L. (1989). Measuring grief, a short version of the perinatal grief scale. *Journal of psychopathology and Behavioural Assessment*, 11 (1), 29-45. doi:10.1007/BF00962697
- Prettymann, R. J., Cordle, C. J. y Cook, G.D. (1993). A three-month follow-up of psychological morbidity after early miscarriage. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 363- 372. doi:10.1111/j.2044-8341.1993.tb01762.x
- Puddifoot, J.E. y Johnson, M.P. (1997). The legitimacy of grieving: the partner's experience at miscarriage. *Social, Science and Medicine*, 54 (6), 837-845. doi:10.1016/S0277-9536(96)00424-8
- Rando, T. (1986). *Parental loss of a child*. Champaign IL: Research press.
- Revault d'Allones, C. (1976). *Le mal Joli*. Paris: PUF-10/18.
- Righetti, P. L., Dell'Avanzo, M., Grigio, M. y Nicolini, U. (2005). Maternal/paternal antenatal attachment and fourth-dimensional ultrasound technique: a preliminary report. *British Journal of Psychology*, 96, 129-137. doi:10.1348/000712604X15518
- Rillstone, P. y Hutchinson, S.A. (2001). Managing the reemergence of anguish: pregnancy after a loss due to anomalies. *Journal of Obstetric and Gynecologic Neonatal Nurse*, 30 (3): 291-298. doi:10.1111/j.1552-6909.2001.tb01547.x
- Ritsher, J. B. y Neugebauer, R. (2002). Perinatal Bereavement Grief Scale: distinguishing grief from depression following miscarriage. *Assessment*, 9: 31-40. doi:10.1177/1073191102009001005

- Robinson, M., Baker, L. y Nackerud, L. (1999). The relationship attachment theory and perinatal loss. *Death Studies*, 23: 257-270. doi:10.1080/074811899201073
- Roegiers, L. (1992). FIV, crise, deuil et choix. Analyse d'une série de trente entretiens psychologiques préliminaires. *Psychologie Médicale*, 24 (2): 153-158.
- Rousseau, P. (1993). De l'écoute des parents a la formation des professionnels. En F. Molénat y M. Ateya. *L'afrée, cahier 4: Grossesse, Naissance, Deuil. Les pratiques*. (pp.XXX). Montpellier: Climats.
- Rowe, J., Clyman, R., Green, C., Midelson, C., Haight, J. y Ataide, L. (1978). Follow-up of families who experience a perinatal death. *Pediatrics*, 62: 166-170.
- Ruiz, J. A. y Bermúdez, J. (1989) Consideraciones en torno al Beck Depression Inventory como instrumento de identificación de sujetos depresivos en muestras subclínicas. *Evaluación Psicológica*, 5 (3): 255-272.
- Ruud, M. D. y Rajab, M. H. (1995). Specificity of the Beck Depression Inventory and the confounding role of comorbid disorders in a clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 19: 51-68. doi:10.1007/BF02229676
- Salvesen, K. A., Oyen, L., Schmidt, N., Malt, U. F. y Eik-Nes, S.H. (1997). Comparison of long-term psychological responses of women after pregnancy termination due to fetal anomalies and after perinatal loss. *Ultrasound Obstetrics and Gynecology*, 9: 80-85. doi:10.1046/j.1469-0705.1997.09020080.x
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 10 (2), 303-318.
- Sedgmen, B., Mc Mahon, C., Cairns, D., Benzie, R. J. y Woodfield, R. L. (2006). The impact of two-dimensional versus three dimensional ultrasound exposure on maternal-fetal attachment and maternal health behaviour in pregnancy. *Ultrasound Obstetrics and Gynecology*, 27 (3), 245-251. doi:10.1002/uog.2703
- Simonds, W. y Katz Rothman, B. (1992). *Centuries of Solace: Expressions of Maternal Grief in Popular Literature*. Philadelphia: Temple University Press.
- Solnit, A. J. y Stark, M. H. (1961). Mourning and the birth of a defective child. *Psychoanalytic Study of the Child*, 16, 523-537.

- Schaap, A. H. P., Wolf, H., Bruinse, H. W., Barckhof-van de Lande, S. y Treffers, P. E. (1997). Long term impact of bereavement. Comparison of grief reactions after intrauterine versus neonatal death. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 75, 161-167. doi:10.1016/S0301-2115(97)00127-9
- Schaaps, J. P., Retz, C. y Fohn, B. (1999). Accompagnement des familles et encadrement du personnel soignant dans le cadre de décès périnatal. *Médecine Foetale et Echographie en Gynécologie*, 40.
- Scharbach, H. y Moissan, M. (1983). Psychopathologie de la puerperalité. *Annales Médico-psychologiques*, 141 (3), 323-335.
- Schechtman, K. B., Gray, D. L., Baty, J. D. y Rothman, S. M. (2002). Decision-making for termination of pregnancies with fetal anomalies: analysis of 53000 pregnancies. *Obstetrics and Gynecology*, 99 (2): 216-22. doi:10.1016/S0029-7844(01)01673-8.
- Sherokee, I. (2005). *Brazos vacíos. Sobrellevando el aborto espontáneo, el nacimiento de un bebé muerto y la muerte infantil*. (Trad. H. Pinzón de Pérez y M.A. Pérez). A. Appelbaum: Wintergreen Press.
- Sotiriadis, A., Makrydimas, G., Papatheodorou, S. y Ioannidis, J. P. (2005). Expectant, medical or surgical management of first-trimester miscarriage: a meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology*, 105, 1104-1113. doi:10.1097/01.AOG.0000158857.44046.a4
- Stern, D. N., Bruschiweiler-Stern, N. y Freeland, A. (1999). *El nacimiento de una madre: cómo la experiencia de la maternidad te cambia para siempre*. (Trad. A. Tejero Pociello). Barcelona: Paidós
- Stirtzinger, R. M y Robinson G. E. (1989). The psychological effects of spontaneous abortion. *Canadian Medical Association Journal*, 140, 799-806.
- Tomita, T. y Kitamura, T. (2002). Clinical and research measures of grief: a reconsideration. *Comprehensive psychiatry*, 43 (2), 95-102. doi:10.1053/comp.2002.30801

- Thapar, A. K. y Thapar, A. (1992). Psychological sequelae of miscarriage: a controlled study using the general health questionnaire and the hospital anxiety and depression scale. *British Journal of General Practices*, 42, 94-96.
- Theut, S. K., Pedersen, F. A., Zaslou, M. J. y Cain, R. L., Rabinovich, B. A., Morihisa, J. M. (1989). Perinatal loss and parental bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 146, 635-639.
- Toedter, L. J., Lasker, J. N. y Alhadeff, J. M. (1988). The perinatal grief scale: development and initial validation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58 (3), 435-449. doi:10.1111/j.1939-0025.1988.tb01604.x
- Toedter, L. J. y Lasker, J. N., (1990). The comparison group problem in bereavement studies. *Evaluation Review*, 14, 75-90. doi:10.1177/0193841X9001400105
- Toedter, L. J., Lasker, J. N. y Janssen, H. (2001) International comparison of studies using the perinatal grief scale: a decade of research on pregnancy loss. *Death Studies*, 25 (3), 205-228. doi:10.1080/074811801750073251
- Wikipedia (s.f.). Aborto en España. Recuperado el 11 de Enero de 2014 de http://es.wikipedia.org/wiki/aborto_en_España.
- Wilson, A. I., Fenton, L.J., Stevens, D. C. y Soule, D.J. (1982). The death of a newborn twin: an analysis of parental bereavement. *Pediatrics*, 70 (4), 587-91.
- Worden, J. W. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia* (Trad. A. Aparicio). Barcelona: Paidós Ibérica.
- Yan, E., Tang, C., So, K. y Chung, T. (2010). Validation of the PGS for use in Chinese women who have experienced recent reproductive loss. *Death studies*, 34, 151-171. <http://dx.doi.org/are.uab.cat/10.1080/07481180903492539>
- Yoffe, L. (2009). El duelo por la muerte de un ser querido: creencias culturales y espirituales. Descargado el 27 de Marzo de 2015 de <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/psico3/3psico%2009.pdf>.

-
- Zeanah, C., Danis, B., Hirshberg, L. y Dietz, L. (1995). Initial adaptation in mothers and fathers following perinatal loss. *Infant Mental Health Journal*, 16 (2), 80-93. doi:10.1002/1097-0355(199522)16:2%3C80::AID-IMHJ2280160203%3E3.0.CO;2-J
- Zeanah, C. H., Jacquelyn, M. D., Dailey, M. S., Rosenblatt, M. J., Devereux, N. y Saller, Jr, M. D. (1993). Do women grieve after termination pregnancies because of fetal anomalies? A controlled investigation. *Obstetrics and Gynecology*, 82 (2), 270-275.
- Zisook, S., Devaul, R. A. y Click, M. A. (1982). Measuring symptoms of grief and bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1590-1593.
- Zolese, G. y Blacker, C. V. (1992). The psychological complications of therapeutic abortion. *British Journal of Psychiatry*, 160, 742-749. doi:10.1192/bjp.160.6.742

9. ANEXOS

Anexo A: Ley española, artículos del aborto

Ley orgánica 9/1985

En la ley orgánica 9/1985 aprobada el 5 de julio de 1985 se despenaliza el aborto inducido bajo tres supuestos:

- Riesgo grave para la salud física o psíquica de la mujer embarazada (supuesto terapéutico).
- Violación (supuesto criminológico).
- Malformaciones o taras, físicas o psíquicas, en el feto (supuesto eugenésico).

De acuerdo con esta ley, la gestante podía interrumpir el embarazo en centros públicos o privados en las primeras 12 semanas en el caso criminológico, en las 22 primeras semanas en el eugenésico y en cualquier momento del embarazo en el caso terapéutico.

En los supuestos segundo y tercero, se requería un informe médico que certificara el cumplimiento de las condiciones establecidas por la ley; en los casos de violación, era preciso cursar previamente la pertinente denuncia policial. En estos tres supuestos, no era punible el aborto practicado por un médico, o bajo su dirección, en un centro sanitario acreditado para hacer interrupciones voluntarias del embarazo, ya sea público o privado, con el consentimiento expreso de la mujer. En los demás casos, el Código Penal establecía diversas penas de prisión tanto para la mujer embarazada como para los facultativos que practicaran abortos no amparados por la ley.

Ley Orgánica 2/2010

El 3 de marzo de 2010 se promulgó la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Esta ley tiene como objeto garantizar los derechos fundamentales en el ámbito de la salud sexual y salud reproductiva establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), regular las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo y establecer las

correspondientes obligaciones de los poderes públicos. La ley entró en vigor el 5 de julio de 2010.

En su Título II, artículos 13 y 14, se concreta la despenalización de la práctica del aborto inducido durante las primeras 14 semanas del embarazo. Durante este tiempo, la mujer podrá tomar una decisión libre e informada sobre la interrupción de su embarazo. No habrá intervención de terceros en la decisión.

En su artículo 15 señala que el plazo de posibilidad de interrupción voluntaria del embarazo aumenta hasta la semana 22 en casos de «graves riesgos para la vida o la salud de la madre o el feto». A partir de la vigésima segunda semana, solo podrá interrumpirse el embarazo en dos supuestos: que «se detecten anomalías en el feto incompatibles con la vida» o que «se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico.

Artículos 13 y 14 del Título II de la Ley 2/2010

Artículo 13. Requisitos comunes.

Son requisitos necesarios de la interrupción voluntaria del embarazo:

- a) Que se practique por un médico especialista o bajo su dirección.
- b) Que se lleve a cabo en centro sanitario público o privado acreditado.
- c) Que se realice con el consentimiento expreso y por escrito de la mujer embarazada o, en su caso, del representante legal, de conformidad con lo establecido en la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
Podrá prescindirse del consentimiento expreso en el supuesto previsto en el artículo 9.2.b) de la referida Ley.

En el caso de las mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo les corresponde exclusivamente a ellas de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad. Al menos uno de los representantes legales, padre o madre, personas con patria potestad o tutores de las mujeres comprendidas en esas edades deberá ser informado de la

decisión de la mujer. Se prescindirá de esta información cuando la menor alegue fundadamente que esto le provocará un conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos, o se produzca una situación de desarraigo o desamparo.

Artículo 14. Interrupción del embarazo a petición de la mujer.

Podrá interrumpirse el embarazo dentro de las primeras catorce semanas de gestación a petición de la embarazada, siempre que concurren los requisitos siguientes:

a) Que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad, en los términos que se establecen en los apartados 2 y 4 del artículo 17 de esta Ley.

b) Que haya transcurrido un plazo de al menos tres días, desde la información mencionada en el párrafo anterior y la realización de la intervención.

Proceso de aprobación de la ley 2/2010

En 2009 se tramitó la reforma de la ley de 1985 que regulaba la interrupción voluntaria del embarazo en tres supuestos delimitados por una nueva ley en la que se permitiría, en cualquier circunstancia, durante las 14 primeras semanas de gestación, y, hasta la semana 22, en caso de que exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada o riesgo de graves anomalías para el feto. En caso de que se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida no hay límite temporal para abortar. La nueva ley permitirá también a las jóvenes de 16 y 17 abortar sin necesitar la autorización de sus padres.

Anexo B: Variables sociodemográficas recogidas en el estudio

| Nombre de la variable | Descripción | Valor |
|------------------------------|---|--|
| Edad | Edad de la mujer en años cumplidos. | Número de años |
| Clasificación socioeconómica | Clasificación profesión (Hollinshead). | <input type="checkbox"/> En paro, amas de casa, trabajadoras no calificadas <input type="checkbox"/> Trabajadores no calificados <input type="checkbox"/> Operarias de maquinaria, trabajadoras semi-calificadas <input type="checkbox"/> Propietarios de pequeños negocios, trabajadores manuales calificados <input type="checkbox"/> Trabajos fuera de la oficina, comerciales, vendedores, propietarias de negocios medianos y agricultores de explotaciones medias <input type="checkbox"/> Técnicas semi-profesionales, trabajadoras de oficinas <input type="checkbox"/> Cargos intermedios, propietarias de grandes negocios, profesoras de Instituto/Universidad <input type="checkbox"/> Ejecutivas, propietarias gran empresas, abogadas, jueces, altos cargos de administración pública |
| Estado civil | Condición civil de las participantes. | <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Vive en pareja <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Separada |
| Situación pareja | Situación de la pareja durante la pérdida. | <input type="checkbox"/> Esporádica <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Habitual |
| Antecedentes psicológicos | Presencia de antecedentes psicológicos previos. | <input type="checkbox"/> Sin antecedentes <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresión/ansiedad |

Anexo C: Variables obstétricas y relacionadas con el recorrido médico-asistencial

| Nombre de la variable | Descripción | Valor |
|--|---|---|
| Número hijos nacidos | Número de hijos nacidos anteriormente | Número hijos |
| Número hijos prematuros | Número de hijos prematuros nacidos anteriormente | Número hijos prematuros |
| Número de abortos previos | Número de abortos previos | Número de abortos |
| Número de hijos vivos | Número de hijos vivos en el momento de la pérdida | Número hijos vivos |
| Edad de gestación | Semanas de gestación cuando se produce la muerte/IME | Semanas completas |
| Reproducción asistida | Embarazo concebido mediante reproducción asistida | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Hospitales visitados | Número de hospitales que han atendido a la participante | Número de hospitales |
| Modo en que se le comunicó la noticia en el Hospital 1 | Puntuación escala analógico-visual teniendo en cuenta que 0 es malísimo y 10 extraordinario | Número de 0 a 10 |
| Modo en que se le comunicó la noticia en el Hospital de vall d' Hebron | Puntuación escala analógico-visual teniendo en cuenta que 0 es malísimo y 10 extraordinario | Número de 0 a 10 |
| Asistencia médica Vall d' Hebron | Puntuación de 0 a 10 teniendo en cuenta 0 malísimo y 10 extraordinario | Número de 0 a 10 |
| Asistencia médica otro Hospital | Puntuación de 0 a 10 teniendo en cuenta 0 malísimo y 10 extraordinario | Número de 0 a 10 |
| Problema o malformación detectado | Descripción diagnóstico o tipo de malformación | |
| Pronóstico malformación IMEs | Pronóstico fetal según tipo de malformación | <input type="checkbox"/> Fatal (Sdmes con graves afectaciones, polimalformaciones, toxoplasmosis, hidrocefalia, malformaciones cerebrales y de la medula) <input type="checkbox"/> No fatal (Sdme. Down, Sdme. X frágil, Sdme. Klinefelter, malformaciones cardiacas, hemofilia) |
| Pronóstico médico | Pronóstico médico percibido por la participante | <input type="checkbox"/> No consta <input type="checkbox"/> Optimista y esperanzador <input type="checkbox"/> Realista |

| Nombre de la variable | Descripción | Valor |
|--|---|--|
| | | <input type="checkbox"/> Negativo |
| Contradicciones en las Opiniones médicas | Percepción de contradicciones en el pronóstico/diagnóstico del problema y/o pérdida | <input type="checkbox"/> No consta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Sentirse informada | Grado en que la participante se siente informada del problema o pérdida. | <input type="checkbox"/> No consta <input type="checkbox"/> Sí, mucho <input type="checkbox"/> Sí, suficiente <input type="checkbox"/> No mucho <input type="checkbox"/> En absoluto |
| Confianza en equipo médico | Confianza en el equipo médico percibida por la participante | <input type="checkbox"/> No consta <input type="checkbox"/> Sí, totalmente <input type="checkbox"/> Sí, bastante <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> No mucho <input type="checkbox"/> En absoluto |
| Días entre noticia y ILE | Número de días entre que se les informa de la malformación y se practica la Interrupción. | Número de días |
| Ver al bebé | Si ha visto al bebé después de la pérdida | <input type="checkbox"/> No consta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Anexo D: Variables de apoyo social y expectativas respecto al futuro

| Nombre Variable | Descripción | Valor |
|------------------------------|--|--|
| Apoyo pareja | Percepción de apoyo de la pareja | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Reacción noticia | Reacción de la participante ante la comunicación de la noticia de pérdida. | <input type="checkbox"/> No consta <input type="checkbox"/> Tristeza <input type="checkbox"/> Culpabilidad <input type="checkbox"/> Normalidad <input type="checkbox"/> Aceptación <input type="checkbox"/> Felicidad |
| Conocimiento embarazo | Qué personas del entorno conocían la noticia del embarazo | <input type="checkbox"/> No consta <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Familiares y amigos <input type="checkbox"/> Nadie |
| Expectativas nuevo embarazo | Deseo de concebir un nuevo embarazo | <input type="checkbox"/> No consta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Tiempo espera nuevo embarazo | Tiempo que prevé esperará para concebir otro embarazo | <input type="checkbox"/> No consta <input type="checkbox"/> Entre 1 y 3 meses <input type="checkbox"/> Más de 3 meses <input type="checkbox"/> Más de un año |

| Nombre Variable | Descripción | Valor |
|-----------------------------------|---|---|
| Pareja de acuerdo con la IME | Decisión consensuada con la pareja | <input type="checkbox"/> No consta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Apoyo pareja IME | Apoyo percibido por parte de la pareja ante la decisión de practicar una IME | <input type="checkbox"/> No consta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Apoyo familiares y amigos IME | Apoyo percibido por familiares y amigos ante la decisión de practicar una IME | <input type="checkbox"/> No consta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Acompañamiento durante la noticia | Por quién estaba acompañada la mujer en el momento en que se le comunicó el problema o pérdida. | <input type="checkbox"/> No consta <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Familiares y amigos <input type="checkbox"/> Sola |

Anexo E: Hoja de propuesta y consentimiento del estudio

Propuesta participación programa asistencia duelo perinatal (Programa psicología Unidad Materno fetal)

Este programa tiene como principal objetivo ofrecer un apoyo y atención psicológica adecuada a las personas que sufren una pérdida perinatal, ya sea a raíz de un aborto espontáneo, una Interrupción legal del embarazo, de una muerte prenatal o postnatal. Está Integrado en la realización de una tesis doctoral dirigida por las Dras. María Teresa Pi-Sunyer y Rosa María Raich de la Universidad Autónoma de Barcelona.

El conocimiento de los aspectos psicológicos alrededor de una pérdida es todavía poco conocido y esto dificulta la atención adecuada de las personas que tienen este problema.

Lo que pretendemos con este programa es llevar a cabo un seguimiento de la evolución de la persona que pasa por una situación de este tipo con la intención de conocer y entender mejor su situación para poder ayudar de la manera que la persona necesite, mejorando así su calidad de vida y asistencia de las personas que pasen por una situación similar en un futuro.

Su participación en este programa es totalmente voluntaria y consiste en contestar los cuestionarios. El seguimiento se hará tres veces /al mes de la pérdida, a los seis meses y al año).

Los datos son anónimos y solo podrán ser utilizados para este fin.

Gracias por su colaboración:

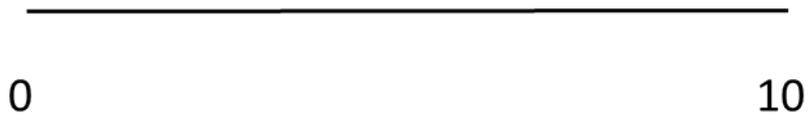
Isabel Ridaura Pastor

Psicóloga colegiada número #####

ANEXO F. Escalas analógico-visuales para evaluar la satisfacción

Instrucciones: Lea atentamente las preguntas que vienen a continuación y haga una señal y/o cruz en el punto de la línea que crea mejor refleja la respuesta a la pregunta:

¿Cómo valoraría la asistencia médica recibida en una escala de 0 a 10, si 0 fuese “pésimo” y 10 “extraordinario”? (Vall d’Hebron)



¿Cómo valoraría el modo en que se le comunicó la noticia en una escala de 0 a 10, siendo 0 “pésimo” y 10 “extraordinario”? (Vall d’Hebron)



Instrucciones: Lea atentamente las preguntas que vienen a continuación y haga una señal y/o cruz en el punto de la línea que crea mejor refleja la respuesta a la pregunta:

¿Cómo valoraría la asistencia médica recibida en una escala de 0 a 10, si 0 fuese “pésimo” y 10 “extraordinario”? (Otro hospital)



¿Cómo valoraría el modo en que se le comunicó la noticia en una escala de 0 a 10, siendo 0 “pésimo” y 10 “extraordinario”? (Otro hospital)

