



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

Duelo Perinatal y Trastorno de Estrés Postraumático en una Gestación Posterior a una Pérdida Gestacional

TESIS DOCTORAL

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

Doctoranda: D^a. Eloísa Fernández Ordóñez

Directores


Dra. D^a. María Teresa Labajos Manzanares

Dr. D. Cristóbal Rengel Díaz



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

AUTOR: Eloísa Fernández Ordóñez

 <http://orcid.org/0000-0002-2322-2410>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es



“El dolor del duelo es tan parte de la vida como lo es la alegría del amor; es, quizás, el precio que pagamos por el amor, el coste del compromiso”.

Colin Murray Parkes

Psiquiatra

“Por supuesto que te haré daño. Por supuesto que me harás daño. Por supuesto que nos haremos daño el uno al otro. Pero esta es la condición misma de la existencia. Para llegar a ser primavera, significa aceptar el riesgo de invierno. Para llegar a ser presencia, significa aceptar el riesgo de la ausencia”.

Antoine de Saint-Exupéry

El Principito

“Las personas más bellas con las que me he encontrado son aquellas que han conocido la derrota, conocido el sufrimiento, conocido la lucha, conocido la pérdida, y han encontrado su forma de salir de las profundidades. Estas personas tienen una apreciación, una sensibilidad y una comprensión de la vida que los llena de compasión, humildad y una profunda inquietud amorosa. La gente bella no surge de la nada.”

Elisabeth Kübler- Ross

Psiquiatra

A todos mis hijos



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

AGRADECIMIENTOS

La elaboración de una tesis doctoral requiere la contribución desinteresada de muchas personas. Quiero agradecer y dedicar esta tesis a todas las personas que han colaborado para hacerla posible, y también a aquellas que no lo han hecho, porque me han ayudado a apreciar aún más a todas las que me han ayudado.

En primer lugar, agradecer a todas las mujeres que han recordado un episodio doloroso de sus vidas en un momento tan feliz como la llegada de su nueva criatura.

A mi Directora, Director y Tutora de Tesis que han estado siempre disponibles para guiarme y, además, cada uno a su manera, han sabido insuflarme ánimo en los momentos de flaqueza, que no han sido pocos. Gracias, de corazón, a la Dra. María Teresa Labajos Manzanares, al Dr. Cristóbal Rengel Díaz y a la Dra. Isabel M^a Morales Gil.

A la Dirección de Enfermería y Supervisión de Enfermería de los Servicios de Obstetricia de los centros hospitalarios: Hospital Regional Universitario, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Hospital Costa del Sol, Hospital de Antequera, Hospital de la Axarquía y Hospital de la Serranía que cito a continuación: Dr. Cipriano Viñas Vera, D. Jesús Manuel Nieto Camacho, Dña. Erika Montoro Bernat, Dña. María Victoria, Dr. José Carlos Canca Sánchez, Dr. Juan Carlos Higuero Macías, D. Rogelio García Cisneros, Dña. Olga Molina Mérida, Dña. M^a Ángeles Álvarez Soriano, Dña. Auxiliadora Pino Ríos y D. Alberto González Pérez. Gracias por apoyar la investigación.

A los profesionales que desinteresadamente han colaborado en la recogida de datos de este trabajo: Dña. Isabel María Acedo García, Dña. Irene Amaya Amaya, Dña. Irene García Giner, D. Víctor Romero Domínguez, Dña. Laura Ruiz Lozano, Dña. María Teresa Morilla Aragón y Dña. Nerea Martínez Castellón.

A los que siempre consideraré mis compañeros y compañeras del Departamento de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud que, hasta el último momento, han seguido con interés los avances de este trabajo. Muy especialmente al Dr. José Miguel Morales Asencio, por su desinteresado apoyo en el análisis de los datos. Gracias por su inestimable ayuda.

Al profesorado del Centro Universitario de Enfermería de Ronda, por alentarme y aconsejarme.

A mi padre, por creer en mí incluso antes que yo. A mi madre, por inculcarme siempre la afición al estudio. A mi hermana, por escucharme.

A mi marido, por supuesto, porque es parte de esto desde el principio.

A mis hijos, porque, lejos de que esta tesis me haya supuesto robarles horas a ellos, ha significado que ellos me regalen tiempo a mí. Han sabido interesarse, implicarse y enamorarse de este trabajo tanto como yo. Lorien, Mara: sois la luz de mi vida y Rodrigo: tú eres mi arco-iris.



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

Facultad de Ciencias de la Salud

D. María Teresa Labajos Manzanares, Catedrática de Escuela Universitaria, Departamento de Fisioterapia de la Universidad de Málaga y D. Cristóbal Rengel Díaz Profesor Asociado, Departamento de Enfermería de la Universidad de Málaga.

CERTIFICAN

Que el trabajo de investigación presentado como Tesis Doctoral por D^a. Eloísa Fernández Ordóñez, titulado "DUELO PERINATAL Y TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN UNA GESTACIÓN POSTERIOR A UNA PÉRDIDA GESTACIONAL", ha sido realizado bajo su dirección y consideran que reúne las condiciones apropiadas en cuanto a contenido y rigor científico para ser presentado a trámite de lectura.

Y para que conste a los efectos oportunos, en cumplimiento de las disposiciones vigentes expiden y firman el presente certificado en Málaga a quince de julio de dos mil veinte.

Fdo.:

Dra. D.ª María Teresa Labajos Manzanares

Fdo.:

Dr. D. Cristóbal Rengel Díaz



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

Facultad de Ciencias de la Salud

D.ª Isabel María Morales Gil, Profesora Titular de Universidad en el Departamento de Enfermería de la Universidad de Málaga.

CERTIFICA

Que el trabajo de investigación presentado como Tesis Doctoral por D.ª Eloísa Fernández Ordóñez, titulado "DUELO PERINATAL Y TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN UNA GESTACIÓN POSTERIOR A UNA PÉRDIDA GESTACIONAL", ha sido realizado bajo su tutorización y considera que reúne las condiciones apropiadas en cuanto a contenido y rigor científico para ser presentado a trámite de lectura.

Y para que conste a los efectos oportunos, en cumplimiento de las disposiciones vigentes expide y firma el presente certificado en Málaga a quince de julio de dos mil veinte.

Fdo.:

Dra. D.ª Isabel María Morales Gil
Tutora



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



Escuela de Doctorado

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DE LA TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR

D./Dña ELOÍSA FERNÁNDEZ ORDÓÑEZ

Estudiante del programa de doctorado DE CIENCIAS DE LA SALUD de la Universidad de Málaga, autor/a de la tesis, presentada para la obtención del título de doctor por la Universidad de Málaga, titulada: "DUELO PERINATAL Y TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN UNA GESTACIÓN POSTERIOR A UNA PÉRDIDA GESTACIONAL"

Realizada bajo la tutorización de DÑA. ISABEL MARÍA MORALES GIL y dirección de DÑA. M^ª TERESA LABAJOS MANZANARES Y D. CRISTÓBAL RENGEL DÍAZ (si tuviera varios directores deberá hacer constar el nombre de todos)

DECLARO QUE:

La tesis presentada es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, conforme al ordenamiento jurídico vigente (Real Decreto Legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo.

Igualmente asumo, ante a la Universidad de Málaga y ante cualquier otra instancia, la responsabilidad que pudiera derivarse en caso de plagio de contenidos en la tesis presentada, conforme al ordenamiento jurídico vigente.

En Málaga, a 14 de JULIO de 2020

Fdo.:



Edificio Pabellón de Gobierno. Campus El Ejido.
29071
Tel.: 952 13 10 28 / 952 13 14 61 / 952 13 71 10



Declaración de conflicto de interés

Tanto la doctoranda, como los Directores de la tesis, declaran no tener ningún conflicto, ni interés derivado con terceros como consecuencia del desarrollo de este estudio.



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

Índice de contenido

ÍNDICE DE TABLAS	IX
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XI
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.....	XII
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO 2. PÉRDIDAS PERINATALES.....	8
2.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS PÉRDIDAS PERINATALES.....	8
2.2. EPIDEMIOLOGÍA	11
2.3. ETIOPATOGENIA Y FACTORES DE RIESGO.....	16
CAPÍTULO 3: DUELO.....	20
3.1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL DUELO.....	20
3.2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA	22
3.3. DUELO PERINATAL	29
CAPÍTULO 4. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	55
4.1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	55
4.2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA.....	60
4.3. EPIDEMIOLOGÍA	63
4.4. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO.....	64
4.5. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO TRAS PÉRDIDA GESTACIONAL	66
CAPÍTULO 5. EL EMBARAZO POSTERIOR A UNA PÉRDIDA GESTACIONAL.....	70
CAPÍTULO 6. JUSTIFICACIÓN	88
CAPÍTULO 7. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	90
7.1. PRIMER OBJETIVO PRIMARIO.....	90
7.1.1. <i>Objetivos secundarios</i>	90
7.2. SEGUNDO OBJETIVO PRIMARIO.....	91
7.2.1. <i>Objetivos secundarios</i>	91
7.3. TERCER OBJETIVO PRIMARIO	91
CAPÍTULO 8. METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	92
8.1. CONTEXTO DONDE SE LLEVA A CABO EL ESTUDIO	92
8.2. DISEÑO DE ESTUDIO	94
8.3. POBLACIÓN	94
8.4. SELECCIÓN DE LA MUESTRA	96
8.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	97
8.6. DESCRIPCIÓN Y OPERATIVIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	98
8.7. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA	101
8.8. PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS.....	104
8.9. ASPECTOS ÉTICOS	106
8.10. ANÁLISIS DE LOS DATOS	107
CAPÍTULO 9. RESULTADOS.....	110

9.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	110
9.2. PRIMER OBJETIVO PRIMARIO. DETERMINAR LA PREVALENCIA DE DUELO PERINATAL EN LAS PUÉRPERAS QUE HAN DADO A LUZ EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS PÚBLICOS DE LA PROVINCIA DE MÁLAGA TRAS UNA PÉRDIDA PERINATAL ANTERIOR.	129
9.2.1. <i>Identificar posibles diferencias en la prevalencia de Duelo Perinatal en los diferentes tipos de pérdidas gestacionales.</i>	129
9.2.2. <i>Evaluar las posibles asociaciones de características sociodemográficas con el Duelo Perinatal.</i>	131
9.3. SEGUNDO OBJETIVO PRIMARIO. DETERMINAR LA PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LAS PUÉRPERAS QUE HAN DADO A LUZ EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS PÚBLICOS DE LA PROVINCIA DE MÁLAGA TRAS UNA PÉRDIDA PERINATAL ANTERIOR.	138
9.3.1. <i>Identificar posibles diferencias en la prevalencia de TEPT en los diferentes tipos de pérdidas gestacionales.</i>	139
9.3.2. <i>Evaluar las posibles asociaciones de características sociodemográficas con el Trastorno de Estrés Postraumático.</i>	141
9.4. TERCER OBJETIVO PRIMARIO: DETERMINAR LA RELACIÓN ENTRE LOS PUNTAJES DE DUELO PERINATAL Y TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.	147
CAPÍTULO 10. DISCUSIÓN	149
10.1. PREVALENCIA DE DUELO PERINATAL EN LAS PUÉRPERAS QUE HAN DADO A LUZ EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS PÚBLICOS DE LA PROVINCIA DE MÁLAGA TRAS UNA PÉRDIDA PERINATAL ANTERIOR.	149
10.2. PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LAS PUÉRPERAS QUE HAN DADO A LUZ EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS PÚBLICOS DE LA PROVINCIA DE MÁLAGA TRAS UNA PÉRDIDA PERINATAL ANTERIOR.	154
10.3. RELACIÓN ENTRE LOS PUNTAJES DE DUELO PERINATAL Y TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....	156
CAPÍTULO 11. CONCLUSIONES	158
CAPÍTULO 12. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	161
CAPÍTULO 13. PROSPECTIVA	163
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	166
PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE LA TESIS.....	185
ARTÍCULOS EN REVISTAS CON FACTOR DE IMPACTO JCR:.....	185
COMUNICACIONES EN CONGRESOS:.....	185
ANEXOS.....	186

Índice de Tablas

Tabla 1. Definiciones relacionadas con las pérdidas perinatales	9
Tabla 2. IVE. Número de centros que han notificado, número de abortos realizados y tasas por 1.000 mujeres entre 15-44 años	15
Tabla 3. Número de interrupciones voluntarias del embarazo según el motivo (2012-2016)	15
Tabla 4. Etiología de la muerte fetal	17
Tabla 5. Manifestaciones del duelo	21
Tabla 6. Comparativa de las distintas fases del duelo según varios autores	28
Tabla 7. Manifestaciones específicas de Duelo Perinatal	31
Tabla 8. Diagrama comparativo de los distintos instrumentos de evaluación del Duelo Perinatal	33
Tabla 9. Factores de riesgo y protectores frecuentes de las reacciones de duelo después de la pérdida perinatal	40
Tabla 10. Factores de riesgo de duelo complicado	45
Tabla 11. Factores de riesgo para la depresión y síntomas psicológicos negativos después de la pérdida gestacional	47
Tabla 12. Diferencias habituales en las reacciones de duelo entre madres y padres después de la pérdida perinatal	51
Tabla 13. Criterios Diagnósticos para Trastorno de Estrés Postraumático según DSM-5	56
Tabla 14. Diagrama comparativo de los distintos instrumentos de evaluación del TEPT	65
Tabla 15. Diferencias entre duelo perinatal y depresión	83
Tabla 16. Distribución de las participantes por centro hospitalario	97
Tabla 17. Variables descriptivas sociodemográficas	99
Tabla 18. Variables descriptivas socioeducativas	99
Tabla 19. Variables descriptivas de la historia obstétrica	100
Tabla 20. Variables de resultado	101
Tabla 21. Análisis descriptivo de las respuestas a las subescalas y escalas	122
Tabla 22. Pruebas de normalidad	122
Tabla 23. Descriptivos diferenciados según causa de la pérdida gestacional	124
Tabla 24. Prueba de homogeneidad de varianzas	125
Tabla 25. Prueba de ANOVA	125
Tabla 26. Pruebas robustas de igualdad de medias	127
Tabla 27. Comparaciones múltiples	127
Tabla 28. Duelo Complicado	129
Tabla 29. Duelo complicado según causa de la pérdida	130
Tabla 30. Duelo complicado según nivel de estudios	131
Tabla 31. Chi-cuadrado de Pearson	132
Tabla 32. Duelo complicado según antecedentes familiares	133
Tabla 33. Pruebas de chi-cuadrado	133
Tabla 34. Estadísticas de grupo	134
Tabla 35. Estadísticos de prueba	135
Tabla 36. Estadísticas de grupo	135
Tabla 37. Estadísticos de prueba	136
Tabla 38. Resumen del modelo	136
Tabla 39. Tabla de clasificación	137
Tabla 40. Modelo de regresión logística multivariante para determinar el riesgo de desarrollar duelo perinatal ajustado por edad, tiempo transcurrido y voluntariedad de la pérdida:	138
Tabla 41. Prevalencia de Trastornos de Estrés Postraumático	139
Tabla 42. TEPT complicado según causa de la pérdida	140
Tabla 43. TEPT según nivel de estudios	141
Tabla 44. TEPT según antecedentes familiares	142
Tabla 45. Pruebas de chi-cuadrado	143
Tabla 46. Estadísticas de grupo	144

Tabla 47. Estadísticos de prueba	144
Tabla 48. Resumen del modelo	145
Tabla 49. Tabla de clasificación	146
Tabla 50. Modelo de regresión logística para identificar riesgo de estrés post-traumático, ajustado por edad, voluntariedad de la pérdida, número de embarazos y número de pérdidas.	146
Tabla 51. Estadísticos descriptivos	147
Tabla 52. Correlación	148

Índice de gráficos

Gráfico 1. Diferentes reacciones psicológicas tras un aborto _____	32
Gráfico 2: Distribución de nacimientos por hospitales en la provincia de Málaga _____	95
Gráfico 3. Distribución por meses de los nacimientos registrados en la provincia de Málaga durante el año 2017. _____	95
Gráfico 4: Histograma de la distribución de frecuencias de la edad. _____	111
Gráfico 5: Nivel de estudios _____	111
Gráfico 6: Número de embarazos _____	112
Gráfico 7: Número de pérdidas _____	113
Gráfico 8. Semana de gestación en la que se produjo la pérdida _____	113
Gráfico 9. Causa de la pérdida _____	114
Gráfico 10: Voluntariedad de la pérdida _____	115
Gráfico 11: Número de hijos _____	116
Gráfico 12: Antecedentes familiares _____	116
Gráfico 13: Tiempo transcurrido en meses entre la pérdida y el embarazo posterior _____	117
Gráfico 14: Puntuación total Escala Duelo Perinatal _____	118
Gráfico 15. Puntuación subescala Depresión _____	118
Gráfico 16: Puntuación subescala Culpa _____	119
Gráfico 17. Puntuación subescala Duelo _____	119
Gráfico 18. Puntuación Subescala Aceptación _____	120
Gráfico 19. Puntuación total Escala Trauma de Davidson _____	120

Índice de ilustraciones

Figura 1. Definiciones para comparación internacional	11
Figura 2. Los países con mayor tasa de muerte intrauterina en 2015 y aquellos con mayores cifras. Los círculos azules son proporcionales al número de muertes intrauterinas	12
Figura 3. Progreso Global hacia el objetivo del Plan de Acción Every Newborn para acabar con las muertes intrauterinas prevenibles en 2030. TRA= Tasa Media de Reducción Anual. TMP= Tasa de Muerte Intrauterina.	13
Figura 4. Tasa de Mortalidad Fetal Tardía según sexo	13
Figura 5. Niveles de funcionamiento en supervivientes en los dos primeros años después de la pérdida	27

Primera Parte: Marco Teórico

Índice de contenidos

- Introducción
- Pérdidas gestacionales
- Duelo perinatal
- Trastorno de Estrés Postraumático
- El embarazo posterior a una pérdida gestacional

Capítulo 1. Introducción

La preocupación de la comunidad científica por el Duelo Perinatal es relativamente reciente, ya que no ha merecido interés hasta hace unas décadas. Esto justifica la escasa atención que hasta hace poco han recibido los embarazos que se producen tras una gestación fallida.

Los síntomas de Duelo Perinatal pueden condicionar la vivencia del embarazo posterior e incluso el vínculo con la nueva criatura (Futado Eraso, Marín Fernández, & Escalada Hernández, 2017; Gaudet, 2010; Hutti, Armstrong, Myers, & Hall, 2015; Stroebe et al., 2013).

Las investigaciones al respecto revelan que existe un mayor nivel de ansiedad entre las mujeres que han sufrido una pérdida gestacional anteriormente que en aquellas que no han padecido esta circunstancia (Armstrong & Hutti, 1998; Blackmore et al., 2011; Cote-Arsenault, 2003; DY, 1995; Gaudet, 2010; Hughes, Turton, & Evans, 1999a; Theut, Pedersen, Zaslów, & Rabinovich, 1988). También puntúan más alto en las escalas de somatización, compulsión obsesiva, sensibilidad y psicoticismo. La ausencia de sintomatología propia del embarazo, disminución de movimientos fetales o la cercanía a la edad gestacional de la pérdida anterior son frecuentes factores desencadenantes de ansiedad. Se ha reportado una mayor preocupación acerca del parto y una

mayor inseguridad y desconfianza en los profesionales sanitarios. El duelo perinatal puede resurgir en gestaciones posteriores manifestándose también mediante un vínculo vacilante con la nueva criatura. No existen datos concluyentes acerca de la mayor incidencia de depresión durante la gestación en mujeres con pérdidas gestacionales previas; sin embargo, sí existe mayor incidencia durante el primer mes postparto en estas mujeres.

Las pérdidas gestacionales aún hoy siguen siendo consideradas “pérdidas ilegítimas”, cuyo duelo queda desautorizado, es decir que la sociedad no legitima el valor de dicha pérdida. Sin embargo, pueden tener importantes implicaciones psicológicas como el Trastorno de Estrés Postraumático en la mujer que la sufre.

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es definido por el DSM 5 (2014) como el cambio de la respuesta del cuerpo a una circunstancia estresante. Para la OMS, en el CIE-10 (1992), el trauma ocurre cuando la persona ha sido expuesta a un acontecimiento o situación de naturaleza amenazadora que podría causar profundo disconfort en casi todo el mundo.

Los hallazgos en la literatura sugieren una mayor incidencia de TEPT a mayor edad gestacional en el momento de la pérdida. Algunos estudios relacionan la mayor edad gestacional con niveles más altos de estrés postraumático y duelo complicado, siendo raro encontrar altos niveles en las pérdidas anteriores a las catorce semanas de gestación. La prevalencia del

trastorno es mayor en las semanas inmediatamente posteriores al evento, reduciéndose considerablemente después. Los síntomas son significativamente superiores en las mujeres, aunque hay reportes de sintomatología en varones. Los estudios que hacen referencia a los distintos tipos de pérdidas son escasos, aunque reportan una mayor incidencia entre las interrupciones provocadas por anomalías, fundamentalmente entre aquellas compatibles con la vida y las muertes anteparto e intraparto. Los factores sociodemográficos como la edad materna y el nivel educativo parecen ser influyentes en el desarrollo del TEPT. Otros factores destacados son los malos antecedentes obstétricos y la historia de trastorno de salud mental previo. El apoyo del entorno social resulta ser un factor protector en la prevención del TEPT (Turton, Hughes, Evans, & Fainman, 2001; Turton & Hughes, 2002).

El presente estudio se ha centrado en la prevalencia del Duelo Perinatal y el Trastorno de Estrés Postraumático tras un embarazo posterior a una pérdida perinatal.

Con este trabajo se pretende visibilizar la magnitud de estos problemas, a menudo minimizados en el entorno sanitario, pero que pueden tener importantes repercusiones en la salud mental tanto de la madre como de la criatura recién nacida. Identificando los factores de riesgo relacionados se pueden determinar estrategias tanto para la prevención como para el manejo de estas situaciones clínicas.

Este trabajo se ha realizado en la provincia de Málaga, con la colaboración de los centros hospitalarios públicos con Servicio de Obstetricia. El estudio consiste en la recogida de datos de carácter sociodemográfico y la cumplimentación de dos cuestionarios, uno para el Duelo Perinatal y otro para el Trastorno de Estrés Postraumático.

Esta Tesis doctoral se ha estructurado en dos partes. La primera parte, *Marco teórico*, consta de cuatro capítulos en los que se contextualiza el tema de investigación. En el *Capítulo dos*, se conceptualizan y clasifican las pérdidas gestacionales y se ofrecen datos significativos sobre la magnitud del problema.

En el *Capítulo tres* se aborda el concepto de *duelo* de forma general para profundizar de forma específica en las particularidades del *duelo perinatal*. El *Capítulo cuatro* explora el Trastorno de Estrés Postraumático y su relación con las pérdidas perinatales. El *Capítulo cinco* profundiza en las particularidades de los embarazos posteriores a una pérdida perinatal.

La segunda parte, *Marco empírico* se compone de nueve capítulos. En el *Capítulo seis*, *Justificación*, se intenta justificar la pertinencia y relevancia de este trabajo de investigación. El *Capítulo siete*, expone los *Objetivos* de este trabajo. El *Capítulo ocho* detalla la *Metodología* empleada para el desarrollo del presente estudio. El *Capítulo nueve* expone los resultados y el *Capítulo diez* la *Discusión* general de este trabajo. En el *Capítulo once* constan las *Conclusiones* de este

estudio. El *Capítulo doce* expone de forma crítica las *Limitaciones* de este estudio. En el *Capítulo trece, Prospectiva* se sugieren posibles líneas de investigación sobre las que sería interesante profundizar. Por último, la parte final contiene las *referencias bibliográficas* utilizadas y los *anexos*.

Capítulo 2. Pérdidas perinatales

2.1. Conceptualización de las pérdidas perinatales

La Organización Mundial de la Salud (OMS) limita el periodo perinatal desde las 22 semanas de gestación hasta los primeros 28 días de vida del neonato (OMS, 2006). Sin embargo, en la práctica clínica y en la literatura científica la acepción es mucho más amplia. Kowalski (1987) lo prolonga desde la concepción hasta el primer año de vida, conceptualizándose así la pérdida perinatal como aquella que tiene lugar en cualquier momento del embarazo, desde que este se conoce hasta el primer mes de vida de la criatura. Se incluyen así como pérdidas perinatales el aborto espontáneo e inducido, la reducción selectiva, la muerte de un gemelo en gestación, el feto muerto intraútero o intraparto, la muerte neonatal, los neonatos con anomalías congénitas o los hijos cedidos en adopción (DeBackere, Hill, Kavanaugh, DeBackere, & Kavanaugh, 2008; Hutti, 2005).

Por su parte, la clasificación internacional de enfermedades en su décima edición, (CIE-10) considera la muerte fetal intrauterina como la muerte del producto de la concepción antes de la expulsión completa o de la extracción del cuerpo de la madre. Esta se diagnostica por ausencia de respiración, latido cardíaco, pulsación del cordón o movimientos voluntarios.

La clasificación más frecuente entre las pérdidas gestacionales distingue entre espontáneas y provocadas y según la edad gestacional en la que se produce. Sin embargo, organismos como la OMS, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) reconocen las definiciones que aparecen en la Tabla 1.

Tabla 1. Definiciones relacionadas con las pérdidas perinatales

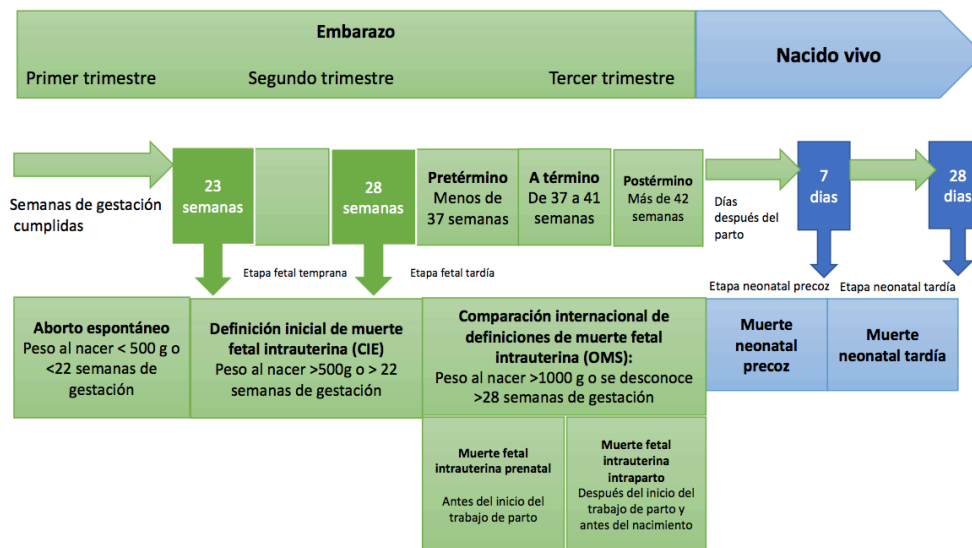
Concepto	Definición
Aborto	Expulsión o extracción de un feto o embrión <500 g o <22 semanas de gestación, independientemente de la existencia o no de vida y de que el aborto sea espontáneo o provocado. Se llama aborto precoz el del primer trimestre (<12 semanas de gestación) y tardío el del segundo trimestre (>13 semanas de gestación).
Muerte fetal	Es la muerte del producto de la concepción antes de la expulsión o su extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente del tiempo de duración de embarazo. La muerte se diagnostica por el hecho de que, tras la separación, el feto no respira ni muestra ninguna otra evidencia de vida como latido cardíaco, pulsación del cordón umbilical o movimiento apreciable de los músculos voluntarios. Cronológicamente se divide en: - Muerte fetal temprana: todas las muertes desde la concepción hasta las 22 semanas de gestación y/o peso al nacimiento <500 g. Se refiere por tanto a los abortos. - Muerte fetal intermedia: las muertes fetales que tienen lugar en las 22-28 semanas de gestación y/o peso al nacimiento entre 500-999 g. Muerte fetal tardía: las muertes fetales que se producen a partir de las 28 semanas de gestación y/o peso al nacimiento \geq 1000 g.
Muerte neonatal	Es la muerte del recién nacido en las primeras 4 semanas de vida (28 días). Se divide en: <ul style="list-style-type: none">• Muerte neonatal precoz: muerte del recién nacido en los primeros 7 días de vida.• Muerte neonatal tardía: muerte del neonato entre los 7 días completos hasta los 28 días completos de vida.
Periodo perinatal	<ul style="list-style-type: none">• Periodo perinatal I (OMS): comprende desde las 28 semanas de gestación hasta el 7º día de vida neonatal. En la práctica se usa, como límite inferior, el criterio ponderal de los 100 g de peso. Se utiliza para calcular la tasa de mortalidad perinatal estándar o internacional. (continúa)

	<ul style="list-style-type: none"> Periodo perinatal II (FIGO-OMS): comprende desde las 22 semanas hasta el término de las primeras 4 semanas de vida neonatal (28 días). En la práctica se usa, como límite inferior el criterio ponderal de los 500 g de peso. Se emplea para calcular la tasa de mortalidad perinatal ampliada.
Muerte perinatal	Es la suma de la mortalidad fetal tardía y la neonatal precoz (mortalidad perinatal I) o de la mortalidad fetal intermedia y tardía más la mortalidad neonatal (mortalidad perinatal II).
Tasa de mortalidad perinatal (estándar o internacional)	<p>Relación entre el número de muertes fetales tardías con un peso al nacimiento ≥ 1000 g o ≥ 28 semanas de gestación más el número de muertes neonatales precoces durante un año civil y el número de muertes fetales tardías con un peso al nacimiento ≥ 1000 g ≥ 28 semanas de gestación, más todos los nacidos vivos durante un año civil en una población determinada.</p> $TMP I = \frac{\text{Muertes fetales } \geq 1000 \text{ g} + \text{muertes neonatales precoces}}{\text{Muertes fetales } \geq 1000\text{g} + \text{nacidos vivos}} \times 1000$ <p>(continúa)</p>
Tasa de mortalidad nacional (España)	<p>Relación entre el número de muertes fetales con un peso al nacimiento ≥ 500 g o ≥ 22 semanas de gestación más el número de muertes neonatales precoces durante un año civil y el número de muertes fetales con un peso al nacimiento ≥ 500 g o ≥ 22 semanas de gestación, más todos los nacidos vivos durante un año civil en una población determinada.</p> $TMP II = \frac{\text{Muertes fetales } \geq 500 \text{ g} + \text{muertes neonatales precoces}}{\text{Muertes fetales } \geq 500\text{g} + \text{nacidos vivos}} \times 1000$
Tasa de mortalidad fetal (España)	<p>Relación entre el número de muertes fetales con un peso al nacimiento ≥ 500 g o ≥ 22 durante un año civil y el número total de los nacidos vivos durante un año civil en una población determinada. Para las comparaciones internacionales se aconseja solo incluir fetos con peso al nacimiento ≥ 1000 g o ≥ 28 semanas de gestación.</p> $TMP III = \frac{\text{Muertes fetales } \geq 500 \text{ g}}{N^{\circ} \text{ nacidos vivos}} \times 1000$

Fuente: Adaptado de Lombardía Prieto J y Fernández Pérez M (2007). Ginecología y obstetricia (2ª ed.). Madrid: Médica Panamericana.

La OMS recomienda informar los óbitos fetales con peso al nacer ≥ 1000 g o con edad gestacional ≥ 28 semanas. No obstante, aconseja además registrar los mortinatos con peso al nacer entre 500-999 g o con edad gestacional entre las 22-28 semanas de gestación (Figura 1).

Figura 1. Definiciones para comparación internacional



Fuente: Adaptado de Law, J.E. et al (2011). Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count? *The Lancet* 377 (9775), 1448-1463.

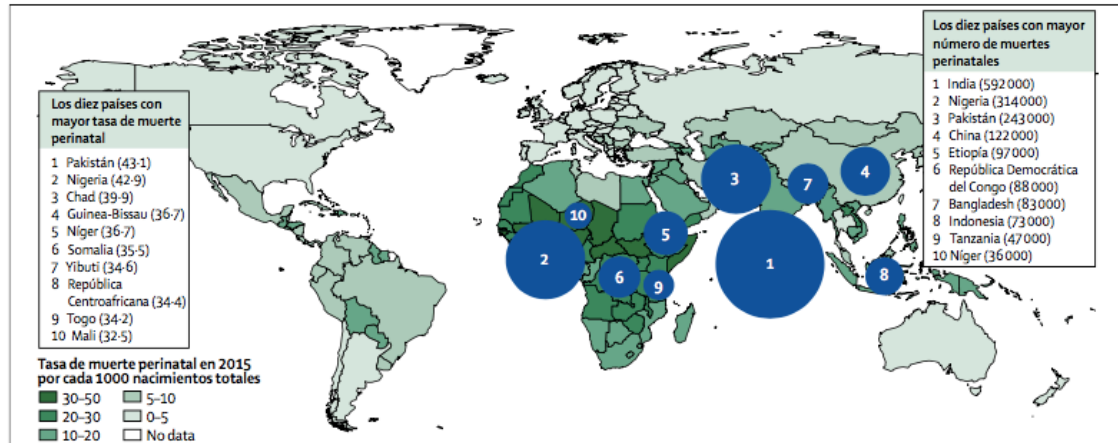
Para el estudio epidemiológico, el cálculo de la mortalidad perinatal se realiza sumando la mortalidad fetal tardía (28 semanas de gestación o 1000 g.) y la mortalidad neonatal precoz (hasta siete días de vida), por 1000 nacidos (vivos o muertos). En España se considera muerte fetal tardía la ocurrida tras seis o más meses de gestación y solo se deben registrar en el legajo de abortos del Registro Civil los óbitos fetales de más de 180 días de gestación.

2.2. Epidemiología

No hay datos oficiales sobre el número de pérdidas gestacionales en el mundo. Las últimas cifras, publicadas en 2016 por *The Lancet* estiman 2,6

millones de muertes perinatales en 2015, de las cuales el 98% tuvieron lugar en países en desarrollo (Figura 2).

Figura 2. Los países con mayor tasa de muerte intrauterina en 2015 y aquellos con mayores cifras. Los círculos azules son proporcionales al número de muertes intrauterinas

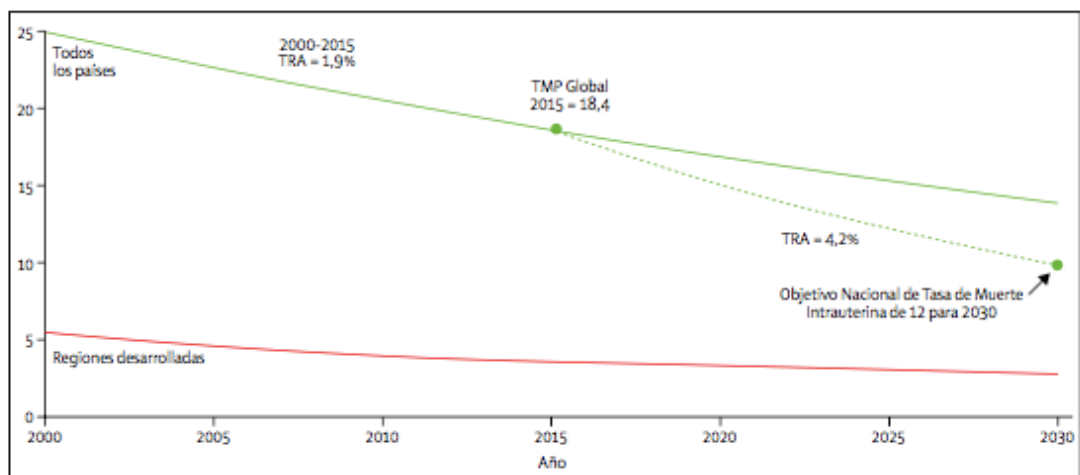


Fuente: The Lancet

En 2015, la tasa mundial de mortalidad neonatal fue de 19 por cada 1000 nacidos vivos, lo que representa una reducción del 37%, con respecto al año 2000.

La OMS plantea como meta para el año 2030 (Figura 3) poner fin a las muertes evitables de recién nacidos logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1000 nacidos vivos.

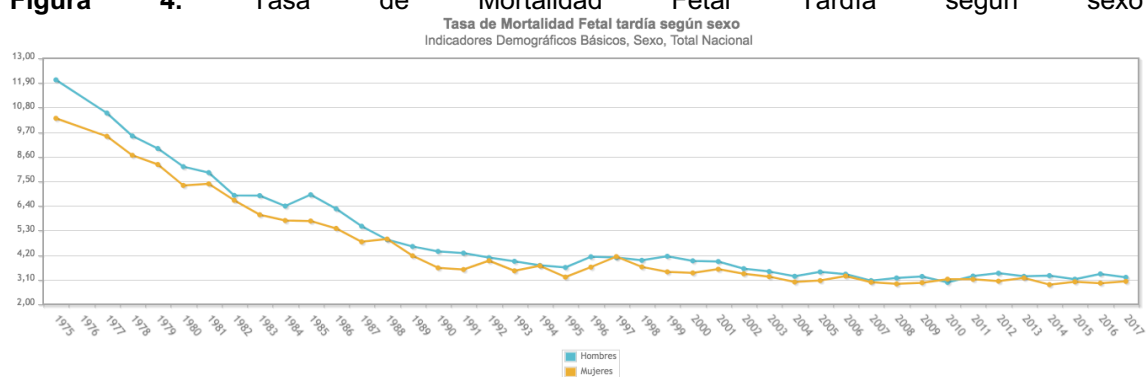
Figura 3. Progreso Global hacia el objetivo del Plan de Acción Every Newborn para acabar con las muertes intrauterinas prevenibles en 2030. TRA= Tasa Media de Reducción Anual. TMP= Tasa de Muerte Intrauterina.



Fuente: The Lancet

En España, en las últimas décadas, se ha producido un acusado descenso de la mortalidad perinatal (Figura 4). Según los datos disponibles del Instituto Nacional de Estadística, por cada 1000 nacimientos hubo 4,43 defunciones perinatales en 2016.

Figura 4. Tasa de Mortalidad Fetal Tardía según sexo



Fuente: Instituto Nacional de Estadística

En España solo se inscriben (mediante el Boletín Estadístico de Parto [BEP]) los nacidos con más de 180 días de gestación.

Diferente es el caso del recuento de las interrupciones del embarazo. La *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*, vigente en la actualidad, “reconoce el derecho a la maternidad libremente decidida, que implica, entre otras cosas, que las mujeres puedan tomar la decisión inicial sobre su embarazo y que esa decisión, consciente y responsable, sea respetada” así se decide “dejar un plazo de 14 semanas en el que se garantiza a las mujeres la posibilidad de tomar una decisión libre e informada sobre la interrupción del embarazo, sin interferencia de terceros, lo que la STC 53/1985 denomina «autodeterminación consciente»”.

Dicha legislación contempla la interrupción del embarazo hasta las 22 semanas de gestación (límite de viabilidad consensuado por la comunidad científica) bajo los supuestos del “grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada” o “riesgo de graves anomalías en el feto”. Más allá de la vigésimo segunda semana se configuran dos supuestos excepcionales para la interrupción del embarazo “detección de anomalías fetales incompatibles con la vida” o “detección en el feto de enfermedad grave e incurable en el momento del diagnóstico, confirmada por un comité clínico”.

En España, durante el año 2016 se realizaron 93.131 interrupciones del embarazo en un total de 201 centros acreditados (Tabla 2).

Tabla 2. IVE. Número de centros que han notificado, número de abortos realizados y tasas por 1.000 mujeres entre 15-44 años

2007-2016 Total nacional.

	<u>Año de intervención</u>									
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nº de Centros que han notificado IVE	137	137	141	146	173	189	198	191	200	201
Nº de Abortos realizados	112.138	115.812	111.482	113.031	118.611	113.419	108.690	94.796	94.188	93.131
Tasas por 1.000 mujeres de 15 a 44 años	11,49	11,78	11,41	11,71	12,47	12,12	11,74	10,46	10,40	10,36

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2016.

La Tabla 3 muestra el desglose de los motivos por los cuales se realizaron estas interrupciones, destacando en primer lugar la petición de la mujer con un total de 83.511 interrupciones durante el año 2016.

Tabla 3. Número de interrupciones voluntarias del embarazo según el motivo (2012-2016)

	2012	2013	2014	2015	2016
Nacimientos (vivos)	362.626	406.380	482.957	471.999	410.583
Motivo de la interrupción					
A petición de la mujer	103.596	97.750	84.278	84.264	83.511
Grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada	6.377	7.540	6.781	6.136	5.942
Riesgo de graves anomalías en el feto	3.129	3.092	3.423	3.493	3.362
Anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave e incurable	306	301	305	294	317
Otro	11	7	9	1	0
Total riesgo salud madre o anomalías fetales	9.823	10.940	10.518	9.924	9.620
Total anomalías fetales	3.435	3.393	3.728	3.787	3.679
Tasa mortalidad "riesgo salud madre o anomalías fetales"	21,6	25,7	24,6	23,6	23,4
Tasa mortalidad "anomalías fetales"	7,6	8,0	8,7	9,0	9,0

Fuente: Cassidy, P.R. Estadísticas y tasas de la mortalidad intrauterina, neonatal y perinatal en España. Muerte y Duelo Perinatal. 4 (2018)

A pesar de ello, Cassidy (2018) llama la atención sobre el infrarregistro de las muertes fetales y neonatales, especialmente las producidas entre las 22 y las

27 semanas de gestación, lo cual, según indica, impide calcular con exactitud la tasa de mortalidad perinatal en España ni los factores de riesgo socio-demográficos.

2.3. Etiopatogenia y factores de riesgo

Se estima que existe una pérdida de espontánea del 10-15% de todos los embarazos pronosticados. Esta frecuencia aumentaría hasta el 50% si se incluyeran los casos no diagnosticados clínicamente (abortos infra o preclínicos).

En mujeres que no han tenido hijos, después de un primer aborto, la probabilidad de un segundo es de un 19%. Si ha tenido dos abortos previos esta cifra aumenta al 35%, y si ha tenido tres abortos anteriores esta probabilidad asciende al 47% (Bajo Arenas, Melchor Marcos, & Mercé, 2011).

El 50% de los abortos espontáneos tienen causa conocida. Dentro de estas pueden ser de dos tipos:

- Ovular:
 - anomalías genéticas: la causa más frecuente, del 50-70%
- Maternas:
 - anomalías anatómicas: solo el 25% ocasiona pérdidas reproductivas
 - Endocrinas
 - Infecciosas
 - Inmunológicas

- Ambientales y iatrogénicas

Entre los factores de riesgo para sufrir un aborto se encuentran: el tabaquismo, el alcohol y otros tóxicos químicos, la cafeína, las radiaciones, y la edad materna avanzada (Bajo Arenas et al., 2011).

En cuanto a la muerte fetal intrauterina, la prevalencia en los países desarrollados es menor del 1%, mientras que en los países en desarrollo supera el 3%. No obstante, incluso en las regiones con mejores cuidados maternos y perinatales de cada 1000 recién nacidos fallecen 5 antes del parto.

Las causas más frecuentes de muerte fetal se presentan en la Tabla 4. Esta clasificación divide a las causas en maternas, que son responsables de un 10% de las muertes; fetales, que son las más frecuentes, suponiendo un 25-40% del total y placentarias, que se detectan en un 25-35% (SEGO, 2011).

Tabla 4. Etiología de la muerte fetal

CAUSAS FETALES

- Anomalías cromosómicas
- Defectos de nacimiento no cromosómicos
- Isoinmunización
- Hidropesía no inmunitaria
- Infecciones
- Crecimiento intrauterino retardado
- Gestación múltiple

(continúa)

CAUSAS

- Desprendimiento de placenta

PLACENTARIAS

- Hemorragia fetal o materna
- Accidente en el cordón umbilical
- Rotura prematura de membranas
- Insuficiencia placentaria
- Asfixia intraparto
- Placenta previa
- Transfusión feto-fetal
- Coriamnionitis

CAUSAS MATERNAS

- Anticuerpos antifosfolipídicos
- Enfermedades cardiocirculatorias
- Enfermedades respiratorias
- Enfermedades del aparato urinario
- Diabetes
- Trastornos hipertensivos
- Traumatismos
- Parto anormal
- Sepsis
- Acidosis
- Hipoxia
- Ruptura uterina
- Embarazo prolongado
- Drogas

Fuente: Adaptado de (Bajo Arenas et al., 2011)

Tan solo un 10% de las muertes fetales anteparto quedan sin explicación tras la necropsia. Como factores de riesgo de muerte fetal de causa desconocida se encuentran:

- Edad materna avanzada
- Tabaquismo
- Índice de masa corporal elevado
- Bajo nivel cultural

Capítulo 3: Duelo

3.1. Conceptualización del duelo

Según el Diccionario de la Real Academia Española, duelo del latín *dolus*, dolor, es el “*dolor, lástima, aflicción o sentimiento*” y las “*demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien*”.

Por su parte, el DSM-5 (2013) lo clasifica como una reacción normal ante la muerte de un ser querido con síntomas característicos de un episodio de depresión mayor como, por ejemplo, sentimientos de tristeza con otros síntomas asociados, como insomnio, falta de apetito y pérdida de peso. Emplea el código V62.82, que no implica trastorno mental. La duración y la expresión de un duelo varían considerablemente entre los distintos grupos culturales.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (1992) emplea el código Z63.4 para referirse al duelo normal (desaparición o fallecimiento de un miembro de la familia) dentro de los factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud, problemas relacionados con el grupo de apoyo, incluidas las relaciones familiares e incluye en los Trastornos de Adaptación (F.43.2) a las reacciones de duelo de cualquier duración que se consideren anormales para sus manifestaciones o contenidos.

En la Tabla 5 se exponen a continuación las manifestaciones más frecuentes del duelo:

Tabla 5. Manifestaciones del duelo

Físicas	Vacío en el estómago, opresión en pecho y garganta, ahogo, palpitaciones, suspiros, alteraciones del sueño, pesadillas, anergia, desgana sexual, apetito escaso o ansioso, pérdida ponderal, boca seca, indigestión, cefaleas, sensibilidad al ruido, quejas somáticas
Emocionales	Insensibilidad, aturdimiento, tristeza, culpa, reproche, rabia, desesperación, hostilidad, irritabilidad, anhedonia, soledad, vacío, desamparo, añoranza, alivio
Conductuales	Funcionamiento automático, mente ausente, aislamiento social crisis de llanto, conductas de búsqueda o evitación, objetos de apego, consumo de tóxicos, hiperactividad, momificación
Psicológicas	Incredulidad, negación, rumiaciones sobre fallecido, confusión, irrealidad, ideas, suicidio/sustitución, sensación de presencia, idealización/envilecimiento, alucinaciones e ilusiones, falta de concentración /memoria
Espirituales	Búsqueda de sentido, conciencia propia mortalidad, replanteamiento de creencias

Fuente: López García de Madinabeitia

3.2. Evolución histórica

Sigmund Freud (1917) cataloga el duelo como la *“reacción a la pérdida de un ser amado o una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal, etcétera”*. Previene sobre la inconveniencia de tratar el duelo como un estado patológico. Al mismo tiempo, define la melancolía como un *“estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio”*, calificándola como *“una pérdida de objeto substraída de la conciencia a diferencia del duelo en el cual no hay nada inconsciente en lo que atañe a la pérdida”*. Freud además identifica el apego como un factor que modifica la respuesta a la pérdida, es decir, que la intensidad del duelo está condicionada por la importancia que el sujeto atribuya al objeto perdido.

En los años 40, el psiquiatra alemán Erich Lindemann realiza el primer estudio sistemático sobre la aflicción aguda en su obra *Symptomatology and Management of Acute Grief* (1944). Fue el primer autor en describir los síntomas del Síndrome de Estrés Post-Traumático por lo que se considera el padre de la intervención en crisis.

También fue el primero en sugerir que el duelo constaba de etapas o fases diferenciadas, describiendo su curso clínico, estrés somático, preocupación con

la imagen del difunto, dolor somático, culpa, hostilidad, cambios en los patrones de conducta y asunción de síntomas o rasgos del difunto.

Añadió además los pasos necesarios para la resolución del duelo: aceptar la pérdida como un hecho definido, adaptarse a la vida sin el fallecido, y establecer nuevas relaciones con el mundo. Así mismo, exploró las formas mórbidas de duelo que definió como “*congoja mórbida*” e introdujo por primera vez el término “*duelo anticipatorio*” definido posteriormente por Aldrich (1974) como cualquier duelo que tiene lugar antes de una pérdida.

El médico inglés George Engel (1962) desata la polémica al considerar el duelo como una enfermedad. Engel interpreta el duelo como una situación de máximo estrés que activa dos opuestos patrones de respuesta.

- a) Reacción de lucha-huida, fundamento biológico de la ansiedad y que tiene como objeto preparar al organismo para un esfuerzo físico a fin de protegerlo contra un trauma físico. Su activación lleva a sufrir sentimientos de ansiedad, intranquilidad y rabia.
- b) Sistema de conservación-retirada, modelo biológico de la depresión, se trata de un mecanismo adaptativo que permite la recuperación. Conlleva activación de sentimientos como la apatía, dificultad de concentración y aislamiento.

El proceso de duelo produce una activación simultánea de ambos sistemas, con un cúmulo de sentimientos y reacciones contradictorios.

Engel compara el duelo con el proceso de curación del organismo, con lo cual se precisa de un lapso de tiempo para recuperar la homeostasis emocional.

Divide el duelo en seis estadios:

1. Shock e incredulidad
2. Desarrollo de la conciencia de la pérdida
3. Restitución
4. Resolución de la pérdida
5. Idealización
6. Resultado

La psiquiatra Elizabeth Kübler-Ross (1969) añade que el dolor, la vergüenza y la culpa no están alejados de los sentimientos de ira y rabia, y que todo proceso de duelo incluye elementos de ira. Estas emociones a menudo se disfrazan o reprimen prolongando el proceso.

Afirma que la muerte es un suceso aterrador y el miedo a la muerte es un miedo universal y que ha acompañado al ser humano desde sus orígenes. Lo que ha cambiado es la manera de afrontar la muerte.

Kübler-Ross tras el estudio del duelo en pacientes terminales describe cinco etapas en el proceso del duelo:

- Negación
- Ira
- Negociación

- Depresión
- Aceptación

Este proceso puede ocurrir en cualquier tipo de pérdida, incluyendo muerte de un ser querido, divorcio, pérdida de empleo, etc. Sin embargo, la autora afirma que estas etapas no necesariamente suceden en este orden, pudiendo este alterarse, superponerse, prescindir de algunas etapas o recurrir en las mismas.

Catherine Sanders afirma que la pérdida duele tan profundamente que despierta los sentimientos de miedo, exposición e inseguridad (Sanders, 1992.). En su “Teoría integradora del duelo” (Sanders, 1988) explica que cada fuerza psicológica que opera en el proceso del duelo tiene un fundamento biológico que facilita la homeostasis emocional del individuo doliente. Atiende a factores individuales que modulan la resolución del duelo, considerando además *variables moderadoras internas* (sexo, edad, apego, dependencia, etc.) y *externas* (circunstancias de la muerte, situación socioeconómica, crisis concurrentes, religiosidad, etc.). Propone cinco fases dinámicas:

- Fase de shock o aflicción aguda
- Fase de conciencia de la pérdida
- Fase de conservación/ aislamiento
- Fase de cicatrización
- Fase de renovación

Parkes (1964) también compara el duelo con el trauma físico considerando sus profundas implicaciones sobre la salud. Sugiere que el proceso de duelo debe entenderse como una transición psicosocial, es decir como un conjunto de cambios vitales que requieren una revisión de la concepción del mundo del doliente. Estos cambios afectan profundamente a la persona que sufre la pérdida. Cuanto más numerosos y relevantes sean los cambios que se deben realizar, más doloroso, complicado y largo será el proceso de duelo. Junto con Bowlby, describe cuatro fases del duelo.

Bowlby (1973) desarrolla su teoría del apego a partir de su trabajo clínico con niños con graves desajustes emocionales. Esta teoría se considera un hito fundamental para el estudio del duelo. Postula que las personas tienen una tendencia innata a buscar vínculos de apego; las funciones de estos vínculos son tres: supervivencia de la especie, protección y satisfacción individual.

Bowlby define el duelo como todos aquellos procesos psicológicos que se desencadenan tras la pérdida de un ser querido.

Las cuatro fases que identifica junto con Parkes son:

1. Fase de aturdimiento
2. Fase de anhelo y búsqueda
3. Fase de desorganización y desesperación
4. Fase de reorganización

Además, identificó cinco factores que afectan al curso del duelo: identidad y rol del fallecido, edad y sexo del doliente, causas y circunstancias de la pérdida,

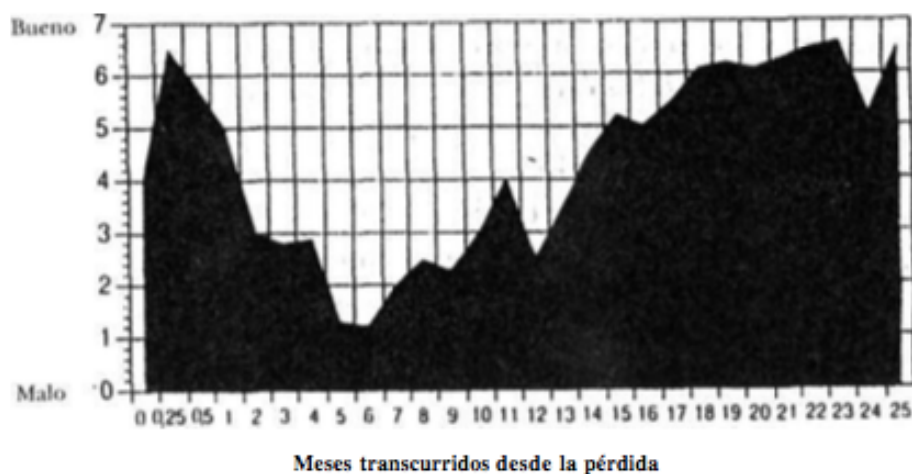
contexto social y psicológico y personalidad de la persona que ha sufrido la pérdida, concluyendo que este último es el factor más influyente.

Neimeyer (2009) identifica las pérdidas como “*el fracaso para conservar algo que tiene valor para nosotros*”. Afirma además que “*la vida nos obliga a renunciar a todas las relaciones que apreciamos ya sea a raíz de separaciones, cambios de domicilio o de las muertes de otras personas o de nosotros mismos*”.

Describe las siguientes fases del duelo: evitación, asimilación y acomodación.

En cuanto a la duración y al curso del duelo propone una “*curva de recuperación*” (Figura 5) en la que se pueden apreciar las fluctuaciones en el flujo de los síntomas y su recuperación.

Figura 5. Niveles de funcionamiento en supervivientes en los dos primeros años después de la pérdida



Fuente: Neimeyer, R. Aprender de la pérdida

Compara el proceso de duelo con un reto o desafío y reformula las tareas propuestas por Worden(1996) y Rando(1993) para asimilar y superar las pérdidas:

1. Reconocer la realidad de la pérdida
2. Abrirse al dolor
3. Revisar nuestro mundo de significados
4. Reconstruir la relación con lo que se ha perdido
5. Reinventarnos a nosotros mismos.

A continuación, en la Tabla 6 se expone una breve comparativa entre las propuestas de diferentes autores sobre las distintas etapas del proceso del duelo.

Tabla 6. Comparativa de las distintas fases del duelo según varios autores

Lindemann	Parkes y Bolwby	Engel	Kübler-Ross	Rando	Neimeyer
Conmoción e incredulidad	Aturdimiento	Conmoción e incredulidad	Negación	Evitativa	Evitación
Duelo agudo	Anhelos y búsqueda	Desarrollo de la conciencia	Ira	De confrontación	Asimilación
Resolución	Desorganización y desesperación	Restitución	Negociación	De restablecimiento	Acomodación
	Reorganización	Resolviendo la pérdida	Depresión		
		Idealización	Aceptación		
		Resolución			

Fuente: Gil-Juliá, Bellver, & Ballester (2008)

3.3. Duelo perinatal

El duelo perinatal es la experiencia de los padres que comienza inmediatamente después de la pérdida de un bebé a través de la muerte por aborto involuntario, muerte fetal, pérdida neonatal o terminación electiva por anomalías fetales (Fenstermacher & Hupcey, 2013).

Kennell, Slyter, & Klaus (1970) fueron los primeros en identificar las reacciones de las madres ante la pérdida de un recién nacido y exploraron la fuerza del vínculo entre la madre y su bebé nonato. El reconocimiento del duelo perinatal fue en aumento desde entonces hasta la publicación del libro: *Motherhood & Mourning: Perinatal Death*. (Peppers & Knapp, 1980).

Desde el momento de la concepción hasta el nacimiento, los padres desarrollan sentimientos de esperanza, ilusión y júbilo, con proyección de futuro y ninguno de los dos imagina un final infeliz.

El proceso de maternidad genera en la mujer una serie de cambios que operan no solo a nivel físico sino también a nivel psicológico y social. La díada madre-feto provoca una sensación de fusión de carácter narcisista, que a su vez es el sustrato del vínculo maternofilial, ya que la madre deposita en la criatura parte de su autoestima. La gestación provee de sentimientos narcisistas entre los que destacan la sensación de omnipotencia por el hecho de dar vida a un

nuevo ser, la afirmación de la feminidad y la ilusión de inmortalidad a través de la descendencia (Oviedo-Soto, Urdaneta-Carruyo, María Parra-Falcón, & Marquina-Volcanes, 2009).

Diversos autores han identificado diferencias entre el duelo perinatal y el duelo ante otros tipos de pérdidas. Mander (2000) incide en que el duelo perinatal puede suponer uno de los primeros contactos con la muerte para los padres dolientes, debido a su juventud. Por otra parte, suele tratarse de un suceso inesperado y en relación con el nacimiento. La relación con el hijo en la pérdida perinatal es más simbólica que real y está basada en las expectativas que los progenitores han depositado en la criatura. Kirkley-Best & Kellner (1982) aluden al fracaso biológico y a la pérdida del proyecto de futuro.

Entre los síntomas específicos de duelo perinatal Kennell et al. (1970) identificaron la tristeza, la falta de apetito, el insomnio, la irritabilidad, la preocupación por el hijo perdido y la incapacidad para retomar la actividad normal. Peppers & Knapp (1980) añadieron la dificultad de concentración, la ira, la culpabilidad, la negación de la realidad, confusión, agotamiento, falta de energía, depresión y sueños recurrentes acerca de la criatura perdida.

La tabla 7 expone las manifestaciones específicas del Duelo Perinatal:

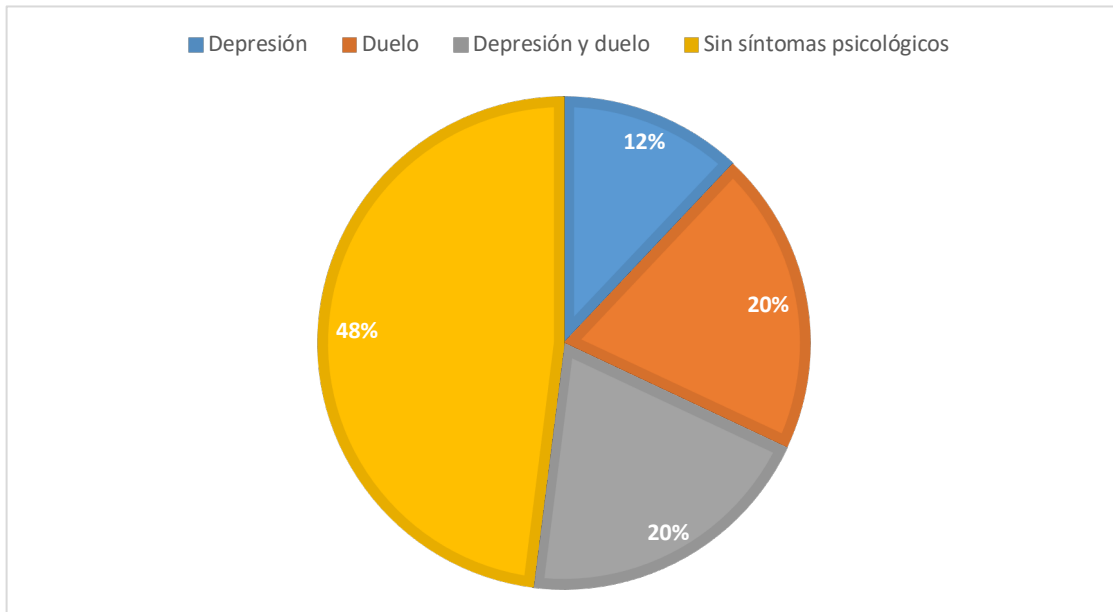
Tabla 7. Manifestaciones específicas de Duelo Perinatal

Área	Descripción	Manifestaciones
Sensitiva	Se refiere a los sentimientos, al estado emocional.	Tristeza, añoranza, sufrimiento, culpa, rabia, autocrítica, desesperanza, episodios de miedo intenso o conducta de pánico. Soledad, vacío interior, alivio en casos de embarazos no deseados o de embarazos de riesgo. Sensación de duelo socialmente desautorizado, sentimientos de alienación.
Sensorial	Se refiere a las molestias físicas y a las derivadas del estrés psicológico.	Dolor, trastornos del sueño y alimentarios, cansancio, debilidad, fatiga muscular, molestias gástricas, opresión en pecho, nudo en la garganta, dificultad para tragar o para hablar, falta de aire, hipersensibilidad al ruido. Alteración de la función inmunitaria y neuroendocrina.
Cognitiva	Se refiere a los cambios en creencias y conceptos. Compromete la lucidez y claridad mental. Genera malestar al no tener claro lo que está ocurriendo	Búsqueda del significado de la pérdida, ambivalencia ante la idea de un nuevo embarazo. Bloqueo mental, incredulidad, confusión, desorganización, dificultades de atención, concentración y memoria, confusión, pensamientos e imágenes recurrentes.
Perceptiva	Se refiere a las percepciones. No pueden diferenciar lo que es real o no. Suelen ser de corta duración, pero generan alarma e inquietud	Pseudoalucinaciones visuales, auditivas y/o cenestésicas o movimientos fetales fantasmas. Sueños relacionados con el bebé y percepción de enlentecimiento del tiempo.
Conductual	Se refiere a los cambios en la forma de comportarse con respecto al patrón previo. Afectan a la actividad habitual y a la relación con el entorno.	Desapego, evitación social, evitación de mujeres embarazadas y bebés. Hiperactividad o hipoactividad, conducta distraída, olvido en las actividades cotidianas. Mantenimiento de la conexión con el bebé perdido. Cambios positivos de transformación o crecimiento en uno mismo, en las relaciones interpersonales y en la espiritualidad y en la filosofía de vida.

Fuente: Adaptado de Paloma Castro, O. (2015).

El gráfico 1 muestra la proporción de mujeres que reportan depresión, duelo, combinación de duelo y depresión y aquellas que no manifiestan síntomas psicológicos tras un aborto.

Gráfico 1. Diferentes reacciones psicológicas tras un aborto



Fuente: Adaptado de (van der Akker, 2011)

Existen instrumentos específicos para la valoración del duelo perinatal, en la Tabla 8 se describen las principales características de las herramientas desarrolladas hasta la fecha.

Tabla 8. Diagrama comparativo de los distintos instrumentos de evaluación del Duelo Perinatal

Escala	Autor	Año	Nº de ítems	Administración	Versión en castellano
Texas Inventory of Grief for miscarriage	Faschingbauer, De Vaul & Zisook	1981	13	Autoadministrado	NO
Perinatal Grief Scale (PGS)	Toedter, Lasker y Alhadeff	1988	33	Autoadministrada	SI
Perinatal Bereavement Scale	Theut	1989	20	Autoadministrada	NO
Munich Grief Scale	Beutel, Will y Vökl	1995	22	Autoadministrada	NO
Perinatal Grief Intensity Scale (PGIS)	Hutti, de Pacheco y Smith	1998	14	Autoadministrada	NO
Perinatal Bereavement Grief Scale (PBGS)	Ritsher y Negebauer	2002	26	Autoadministrada	NO

Fuente: elaboración propia

El proceso de duelo perinatal es complejo, debido tanto al vínculo maternofilial como a las expectativas sociales. Noppe (2000) concluye que la pérdida perinatal materializa una ruptura en el continuum del ciclo vital, al romper los esquemas de los procesos biológicos (Mota González, Calleja Bello, Aldana Calva, Gómez López, & Sánchez Pichardo, 2011).

Es por ello que las pérdidas perinatales suponen una paradoja, al concurrir en ellas la vida y la muerte. Nadie está preparado para este tipo de duelo, por lo que es complicado en estas circunstancias saber qué decir o qué hacer. El entorno de allegados de los padres dolientes evita hablar sobre este tema ante el temor de causar aún más dolor (López García Madinabeitia, 2011).

En este sentido, el duelo perinatal puede considerarse un duelo

desautorizado. El duelo desautorizado se define como aquel que se experimenta cuando la pérdida no puede reconocerse abiertamente, llorarse públicamente o está sancionada socialmente; como, por ejemplo, las rupturas de relaciones extramatrimoniales. Es decir, el doliente no tiene derecho a lamentar esa pérdida ya que nadie más reconoce como legítima la causa del duelo (Doka, 2002). Esto se manifiesta a través de la ausencia de rituales que tienen lugar en otro tipo de duelos (Fredenburg, 2017).

El duelo desautorizado opera a diferentes niveles. A nivel social, cada sociedad legitima unas “normas de duelo” que determinan quién puede sufrir un duelo y de qué manera. Salirse de esos condicionamientos hace que algunos dolientes sufran la pérdida en soledad y sin apoyos al no verse autorizados para expresar lo que sienten, ni encontrar una escucha adecuada a su malestar (Doka, 2002; López García Madinabeitia, 2011). A nivel personal, las personas afligidas pueden privarse de su derecho al duelo por temor o por vergüenza, sintiéndose indignos de apoyo o negándose a reconocer y compartir su pérdida (Doka, 2002).

Sin embargo, Ewton (1993) refiere que la mujer puede manifestar una respuesta de duelo más severa ante la pérdida perinatal que tras la muerte de un allegado adulto.

Considera que las características más significativas del proceso de duelo en la pérdida perinatal son:

a) Incremento de la sensación de irrealidad, al no estar la relación con el hijo basada en experiencias ni recuerdos sino en el vínculo que se ha establecido

durante la gestación. Es una relación basada en expectativas, esperanzas y fantasías, que queda frustrada tras la muerte perinatal. La sensación de irrealidad puede verse aumentada tras la tensión física y mental del proceso que acarrea la pérdida (aborto, interrupción, parto), que además en ocasiones conlleva sedación o anestesia.

b) Disminución de la autoestima materna tras la percepción que experimenta ante la incapacidad de dar a luz un hijo vivo y sano. Esta sensación puede aumentar cuando la pérdida se debe a anomalías o defectos genéticos.

Contrariamente a otras pérdidas infantiles, la sociedad suele considerar la pérdida perinatal como insignificante, dejando a los padres extremadamente solos e invalidados en su dolor. Los padres pueden sentir que el mundo continúa como si su hijo, y su papel como padre, no solo se perdiera, sino que nunca hubiese existido. Una pérdida perinatal también puede ocasionar que una mujer sienta que su cuerpo la traicionó, como si algo no funcionara en su feminidad, agravando los sentimientos de culpa. Las madres y los padres tienen que enfrentar la tarea de explicar lo que les sucedió a sus familiares y amigos, cuando es posible que ellos mismos no entiendan completamente lo que sucedió, ya que a menudo no hay una causa identificable de la pérdida (Bennet, Litz, Maguen, & Ehrenreich, 2008).

La pérdida perinatal puede acarrear cambios inquietantes cuando los padres sienten que la vida y la justicia han perdido su significado. Esto ocurre

por muchas razones, incluida la vulnerabilidad inherente a la decepción y a la pérdida durante este proceso (Bogetz & Joanne, 2016).

Las actitudes ambivalentes hacia el embarazo se asocian con reacciones de duelo más intensas, y ante la pérdida de un embarazo no planificado a menudo se reacciona de la misma manera. Estos hallazgos podrían explicarse por la culpabilidad que estas mujeres sienten después de la pérdida del embarazo (Harris, 2015).

En este punto es necesario atender a las diferencias existentes entre las distintas pérdidas perinatales en función de si estas son voluntarias o no. Lo que Boltansky definió como la diferencia entre “*feto tumoral*”, el embrión accidental no llamado a constituirse en objeto de un proyecto vital y “*feto proyecto*”, a quien los padres acogen como un ser nuevo (Boltanski, 2016).

Las madres que tenían más expectativas en su embarazo, por ejemplo, aquellas que habían pensado en un nombre o comprado el ajuar para el bebé, mostraron mayores niveles de duelo. También se reportaron niveles mayores de duelo en las mujeres que habían sentido movimientos fetales. Se cree, por lo tanto, que cuanto más haya experimentado o comprendido la madre la realidad de la futura criatura mayor será el nivel de duelo. Este vínculo suele ser más concreto en el caso de la madre que del padre, ya que es ella la que atraviesa los síntomas de la gestación aun desde su comienzo (Harris, 2015; Hutti, Armstrong, Myers, & Armstrong, 2013).

En cualquier caso, cabe reseñar que los avances tecnológicos han permitido un vínculo mayor con el padre y el entorno social. Las imágenes del bebé no nacido obtenidas mediante ecografías 4D permiten conocer sus rasgos incluso desde los inicios del embarazo e incluso aventurar posibles parecidos.

Conocer el sexo del bebé favorece una temprana elección del nombre que se le asignará y es frecuente que los futuros padres se refieran al feto por su nombre. En los últimos tiempos es habitual compartir las imágenes de las ecografías con familiares y conocidos a través de redes sociales (Cassidy, 2017).

Los estudios clásicos obtuvieron como resultado que la edad gestacional del feto se asocia con los síntomas de duelo, y las mujeres que sufrieron una pérdida a mayor edad gestacional mostraron síntomas de duelo más intensos (Cuisinier, Kuijpers, Hoogduin, de Graauw, & Janssen, 1993; Lasker & Toedter, 1991).

Sin embargo, hay una serie de estudios posteriores que han evaluado la asociación entre la duración de la gestación y el nivel de angustia después de la pérdida perinatal, y no han encontrado un aumento en la angustia psicológica con una mayor edad gestacional. Por lo tanto, se puede observar que las madres que han perdido a su bebé en una etapa temprana del embarazo desarrollan síntomas de duelo similares a madres en una etapa posterior del embarazo (Kersting & Wagner, 2012). La pérdida de un bebé durante el primer trimestre es

especialmente difícil para los padres ya que no hay un bebé que coger, ni un nombre para el niño ni nada físico para llorar (Harris, 2015). Además, existe una creencia socialmente aceptada de que el aborto involuntario es relativamente raro y poco significativo desde el punto de vista emocional. Los profesionales de la salud, a menudo refuerzan esta actitud cultural ignorando el impacto emocional de las pérdidas gestacionales tempranas (Fredenburg, 2017).

Frost, Bradley, Levitas, Smith, & Garcia (2007) argumentan que, en la actualidad, el aborto espontáneo no se expone abiertamente y muchas mujeres no se plantean la posibilidad de un aborto espontáneo, lo que favorece que el proceso sea más doloroso. El duelo se amplifica con la pérdida de cosas que nunca existirán, ya que los padres tenían esperanzas y sueños de futuro para el bebé y para ellos mismos como padres. Con la pérdida de estas expectativas, los padres se enfrentan a desafíos tanto en el momento de la pérdida como posiblemente durante futuros embarazos (Harris, 2015). Aunque, en general, las mujeres que experimentan un aborto espontáneo muestran reacciones de duelo menos intensas que las que sufren una pérdida al final del embarazo, esto no significa que las primeras experimenten su pérdida como insignificante. A pesar de que sus reacciones son más variables, la mayoría muestran manifestaciones de duelo, y en algunas mujeres pueden llegar a ser muy severas (Cuisinier et al., 1993). Se ha identificado morbilidad psiquiátrica después de un aborto espontáneo en un 27% de las mujeres entrevistadas diez días después del evento, considerando la experiencia de aborto involuntario como angustiada y significativa (Adolfsson, 2011).

El duelo se ve influenciado además por las experiencias previas de los padres, como pérdida de otros miembros de la familia, pérdidas gestacionales anteriores y los duelos no resueltos de estas experiencias anteriores. También influyen la personalidad del individuo, el género y la cultura. Moore et al. citados por Harris (2015), afirman que el duelo perinatal puede estar condicionado por el apoyo de familiares, amigos y otras redes sociales.

No obstante, no se conoce bien, por ejemplo, cómo la edad de una mujer, antecedentes médicos y de salud mental previos, antecedentes de pérdida perinatal previa, antecedentes de fertilidad, la edad gestacional del niño en el momento de la pérdida o la existencia de niños sanos puede afectar la trayectoria de la recuperación psicológica de la pérdida perinatal (Bennet et al., 2008).

Hay indicios de que el estilo de afrontamiento también puede ser un importante predictor de ajuste a lo largo del tiempo. Se ha descubierto que los recursos el estilo de afrontamiento predicen el ajuste y el funcionamiento después de otros tipos de pérdidas (Bonanno & Kaltman, 1999). Algunas características de la personalidad se han asociado con el afrontamiento adaptativo, como la estabilidad emocional, que puede actuar como amortiguador del trastorno fisiológico que puede generar una pérdida (Stroebe y Stroebe, 1993). Los estudios realizados con poblaciones de alto riesgo, que incluyen embarazadas sin hogar, embarazadas sin hijos, embarazadas que abusan de sustancias tóxicas, mujeres que utilizan técnicas de reproducción asistida y

mujeres con muerte fetal anteparto, demuestran que el afrontamiento evitativo, que elude afrontar el problema, como forma de protección, se relaciona con resultados negativos, lo que indica que el afrontamiento evitativo puede ser un predictor general del riesgo posterior a la pérdida perinatal (Bennet et al., 2008).

Los antecedentes de otros eventos traumáticos no relacionados con la pérdida no suponen un factor predictivo de la sintomatología relacionada con la pérdida perinatal. Por lo tanto, la adaptación a la pérdida perinatal puede ser independiente de la carga de otras experiencias potencialmente traumáticas (Uren & Wastell, 2002).

En la Tabla 9 se exponen de manera esquemática los factores de riesgo y factores protectores en las reacciones de duelo tras una pérdida perinatal.

Tabla 9. Factores de riesgo y protectores frecuentes de las reacciones de duelo después de la pérdida perinatal

Factores de riesgo	Factores protectores
Falta de apoyo social	Apoyo social
Variables de personalidad previas a la pérdida (por ejemplo, neuroticismo, vergüenza o personalidad propensa a la culpa)	Apoyo por parte de la pareja
Actitudes ambivalentes hacia el embarazo	Participación religiosa
Embarazo no planificado	Apego seguro
Altos niveles de sentimientos de culpa después de la pérdida	Buena calidad en la relación de pareja
Alta inversión en el embarazo (por ejemplo, haber pensado en un nombre para el bebé, haber hecho los preparativos en el hogar).	Tener hijos
Haber sentido movimientos fetales alta realidad percibida del bebé	Embarazo posterior exitoso

Fuente: adaptada de Kersting y Nagl

Desde una aproximación antropológica se podría considerar el duelo gestacional como una interrupción del rito de iniciación que supone la maternidad. Los ritos de paso permiten a las personas pasar a un nuevo estatus social con nuevas reglas, roles y relaciones. En consecuencia, el embarazo cambia la forma en que una mujer se ve a sí misma y cómo la ven los demás (Côté-Arsenault et al., 2009). Van Gennep (1909) declara cómo una mujer intercambia sus status sociales durante el proceso de embarazo; entra en *liminalidad* al darse

cuenta de que está embarazada y va a ser madre. El concepto de liminalidad fue descrito por Van Gennep como el límite o la frontera entre dos status; la enfermedad y la adolescencia son también estados liminales. Cada status posee un valor diferenciado. El embarazo puede verse como un rito de paso entre "mujer-no-madre" y "mujer-madre" (Côté-Arsenault et al., 2009).

El embarazo cambia la forma en que una mujer se ve a sí misma y cómo la ven los demás (Côté-Arsenault, Brody, & Dombeck, 2009). Cuando el embarazo termina con una muerte fetal o neonatal, queda atrapada en la liminalidad, es decir se encuentra entre dos estados socialmente reconocidos, no siendo considerada por la sociedad como madre del bebé muerto a pesar de que ella siente que es madre (Cote-Arsenault & O'Leary, 2015).

El ritual surge de las profundas necesidades humanas para simbolizar, establecer significado, crear comunidad y encontrar el misterio de la vida (Kobler, Limbo, & Kavanaugh, 2007).

La cultura tiene una profunda influencia en las respuestas que son socialmente aceptadas ante una pérdida perinatal. La mayoría de las culturas valoran mucho el hecho de la procreación por lo que la pérdida perinatal debería considerarse como muy significativa y dolorosa (Callister, 2006).

Sin embargo, no existen rituales que legitimen las pérdidas perinatales y sirvan para reconfortar a los progenitores. La mayoría de religiones no contemplan rituales concretos para las pérdidas perinatales. Para el cristianismo

el bautismo sólo se contempla para bebés vivos, aunque excepcionalmente un neonato en peligro vital puede recibir las “*aguas de socorro*”. El hinduismo no reconoce la vida del mortinato por lo que no procede su purificación por cremación. Por su parte el judaísmo solo contempla el ritual fúnebre para el recién nacido si este ha vivido al menos 30 días. El budismo considera que el feto de más de 4 meses puede reencarnarse y contempla el ritual *misuko kuyo* en el que se pide su perdón para que no traiga desgracia a la familia. El islamismo considera que el feto no tiene pecado y en ese sentido, regresa directamente a Alá y facilita el camino de sus padres. A partir de los 4 meses de gestación, se le da nombre, se amortaja y existe opción a funeral. Las etnografías del País Vasco describen a los niños que morían antes de ser bautizados como *mairu* que eran enterrados alrededor de la propia casa a fin de ofrecer protección y son protagonistas de múltiples leyendas (Barandiarán & Manterola, 1998; Carmona González & Saiz Puente, 2009; López García Madinabeitia, 2011).

Los estudios desde la metodología cualitativa aportan una interesante perspectiva de la vivencia de una pérdida perinatal. Las mujeres que han sufrido una pérdida perinatal manifiestan haber perdido su identidad y sus derechos como madres. Las madres expresan la pérdida no de un embrión o un feto sino del hijo que esperaban y para el cual se habían preparado. Se trata de este hijo y no de otro que llegue después. Expresan sentimientos de decepción, pérdida y debilidad. Además, refieren molestias físicas como dolor de espalda, en la parte baja del abdomen y mareos (Adolfsson, Larsson, Wijma, & Berterö, 2004). Los

sentimientos de vacío, culpa y vergüenza son frecuentes. La creencia basada en la culpa de que la tragedia podría haberse evitado si hubieran hecho algo diferente puede contrarrestar las nociones desconcertantes de las mujeres de que la pérdida es incontrolable, inexplicable, aleatoria y, por lo tanto, desemboca en vergüenza (Barr & Alexandra, 2004).

El duelo complicado puede captar mejor el impacto persistente en la salud mental de la pérdida perinatal (Bennett, Litz, Lee, & Maguen, 2005).

Varias variables predicen reacciones de duelo complicado después de una pérdida perinatal; por ejemplo, está ampliamente documentado que el apoyo social juega un papel importante en el ajuste después del duelo. Con base en la teoría del estrés, se considera que el apoyo social tiene un efecto de amortiguación, y el apoyo social deficiente de familiares y amigos se asocia con las reacciones de duelo complicado. La cultura, la fe y la tradición pueden también influir en la percepción y la respuesta a la pérdida perinatal (Chichester, 2005).

En la CIE-11 se introduce el Trastorno de Duelo Prolongado como un trastorno diferenciado del Trastorno Depresivo Mayor, incluido como un nuevo síndrome de respuesta al estrés. Esta diferenciación puede resultar de utilidad clínica para un óptimo manejo terapéutico de los procesos de duelo prolongado (Lichtenthal et al., 2018).

Toedter, Lasker, & Janssen (2001) encontraron evidencia tras analizar ocho estudios que indicaban que la percepción del apoyo de amigos y familiares se relacionaba consistentemente con puntuaciones de duelo más bajas. Sin embargo, la pérdida perinatal se considera una "pérdida silenciosa" porque las personas allegadas pueden sentirse incómodas hablando de la pérdida con la familia. Para la mayoría de las personas, no existe experiencia ni conocimiento previo para usar como punto de referencia, lo que hace que sea difícil para los demás actuar de manera empática (Bennet et al., 2008).

La tabla 10 expone los principales factores de riesgo para el desarrollo de un duelo complicado, tanto a nivel general como específicamente en el duelo perinatal.

Tabla 10. Factores de riesgo de duelo complicado

Aplicables a todo tipo de duelos	En el duelo perinatal
Circunstancias especiales de la muerte: repentina, inesperada, violenta, en una catástrofe, sin cadáver o sin poder verlo, vergonzante, acumulativa	Problemas psiquiátricos previos
Enfermedades físicas y mentales	No tener hijos
El muerto es un niño	No tener familia o apoyo social
Red de apoyo escasa o ineficaz	Escasa información sobre los abortos
Duelos previos no resueltos	No haber explicación para lo sucedido

(continúa)

Relación ambivalente o sobredependiente con el fallecido	Historia actual de depresión
Recursos personales escasos	No tener pareja
	Concurrencia con otros problemas vitales importantes

Fuente: López García Madinabeitia (2011)

Los altos niveles de apoyo emocional percibido de la sociedad se asocian sistemáticamente con puntuaciones más bajas de duelo perinatal en todos los estudios que lo examinan. La falta de apoyo de un compañero sentimental y las malas relaciones maritales se han descrito como otros factores asociados con un duelo más intenso (Flenady et al., 2014; Kersting & Wagner, 2012).

Otro predictor importante de la intensidad del duelo es la presencia de niños vivos. Las mujeres que han recibido tratamiento previo por infertilidad o una pérdida gestacional anterior muestran niveles de duelo significativamente mayores (deMontigny, Verdon, Meunier, & Dubeau, 2017; Huffman, Schwart, & Swanson, 2015; Volgsten, Jansson, Svanberg, Darj, & Stavreus-Evers, 2018). Las mujeres sin hijos que sufren un aborto espontáneo tienen niveles de duelo significativamente más altos que las mujeres que ya tienen hijos y un número de estudios revelaron que la intensidad del duelo disminuye sustancialmente después de un embarazo posterior exitoso (Kersting & Wagner, 2012). No

obstante, Bennet et al., (2008) identificaron que tener otros hijos no se relacionaba con una menor ansiedad.

Según el estudio de Kulathilaka (2016), tras entre seis y diez semanas después de un aborto espontáneo, el 18,6% de las mujeres cumplían los criterios de depresión y el 54,2% los cumplían para el duelo complicado. La depresión estaba presente en el 26,6% de las mujeres con duelo.

Existen una serie de factores que parecen propiciar el desarrollo de depresión tras una pérdida gestacional. Se exponen a continuación en la Tabla 11.

Tabla 11. Factores de riesgo para la depresión y síntomas psicológicos negativos después de la pérdida gestacional

Pérdida perinatal anterior

Complicaciones en el embarazo

Falta de apoyo por parte de la pareja

Mayor edad gestacional

Edad materna elevada

Problemas psicológicos previos

Género femenino

Supresión del duelo

Muerte de la pareja (los síntomas pueden volver a aparecer)

No concebir en el futuro

Ausencia de hijos vivos

Rasgos de personalidad.

(continúa)

No ver al bebé, no cogerlo, no despedirse de él

Baja autoestima

Estado civil soltero, divorciado o viudo

Apoyo familiar o social deficiente

Número de pérdidas de embarazo

Duelo prolongado

Antecedentes de abuso sexual o físico

Haber presenciado una ecografía del feto (hombres)

Falta de apoyo masculino para los padres

Desempleo

Antecedentes de infertilidad

Pérdida de embarazo múltiple

Retraso en la inducción del parto tras la pérdida

Trato inadecuado por parte de los profesionales de la salud

Historial de eventos traumáticos

Dificultades en los trámites para el funeral

Causa de la muerte desconocida

Fuente: Burden et al.(2016)

Ridaura (2017) encontró una disminución a lo largo del tiempo estadísticamente significativa de las puntuaciones de duelo y depresión tras medir ambas variables al mes, a los dos meses y a los seis meses de la pérdida perinatal. Concluyeron que los síntomas depresivos se observan durante el tiempo más cercano a la pérdida, sin embargo, los síntomas de duelo disminuyen de manera más gradual durante el año siguiente a la pérdida. Volgsten et al., (2018) obtuvieron hallazgos similares al estudiar los síntomas depresivos y de duelo cuatros meses después de la pérdida. No se encontraron diferencias de

presencia y evolución de dichos síntomas en relación con el tipo de pérdida gestacional ni una asociación entre factores socioeconómicos y obstétricos, a excepción de la semana de gestación en la que se produjo la pérdida (Ridaura et al., 2017). Estos resultados son coincidentes con los de Bennet et al. (2008) que informaron niveles de duelo significativamente más bajos con el paso del tiempo, pero no así para la depresión. Estos últimos autores además relacionaron una reacción emocional más intensa durante el período inmediatamente posterior a la pérdida con mayores síntomas de duelo perinatal y estrés postraumático. Los niveles de angustia se reducen progresivamente durante el primer año tras la pérdida, aunque las madres y los padres que inicialmente muestran niveles de duelo más elevados continúan manifestándolos durante el transcurso de un año (Lok, Yip, Lee, Sahota, & Chung, 2010).

El reciente estudio publicado por Krosch (2017) reveló altos niveles de duelo perinatal en una muestra de 328 mujeres que habían sufrido una pérdida perinatal. Concluye además que el duelo perinatal es un importante factor predictor para el desarrollo de síntomas de trastorno de estrés postraumático.

"El duelo es un proceso individual de enfrentar el cambio estresante en las relaciones que se crea con la muerte". Es una experiencia personal y es diferente para cada individuo, además de exhibir diferencias de género (Moore, Parrish, & Black, 2011).

Callister (2006) utiliza el término “*duelo incongruente*” para referirse a las diferencias de género a la hora de experimentar una pérdida perinatal. Argumenta que las madres pueden exhibir periodos de duelo más largos e intensos, siendo más expresivas a nivel emocional y más activas en los grupos de apoyo. Por su parte los hombres, pueden interpretar que su papel es de apoyar a su pareja, limitando la expresión de sus propios sentimientos. Aunque los síntomas relacionados con la pérdida perinatal son muy similares entre hombres y mujeres, las manifestaciones de estos sentimientos son diferentes. La falta de reconocimiento del duelo perinatal en los varones puede llevarles a “*la indefensión, marginación y a la sensación de estar solos en su dolor*” (Due, Chiarolli, & Riggs, 2017).

Aunque los niveles de duelo son mayores para las mujeres en todas las categorías poco tiempo después de la pérdida, los niveles de duelo para algunos hombres comienzan a aumentar a partir del primer o segundo año tras la pérdida. Algunos autores teorizan que estas reacciones tardías pueden estar relacionadas con el hecho de que la negación cultural de la pérdida perinatal es aún más acusada para los varones que para las mujeres (Fredenburg, 2017; Huffman et al., 2015).

Las experiencias de duelo de los hombres pueden ser muy variadas, y es habitual no captar toda su complejidad. La investigación cualitativa ha identificado que, en comparación con las mujeres, los hombres pueden enfrentar

un duelo doblemente privado de derechos en relación con la pérdida (Obst, Due, Oxlad, & Middleton, 2020)

En la tabla 12 se exponen las principales diferencias que exhiben hombres y mujeres en las manifestaciones de duelo.

Tabla 12. Diferencias habituales en las reacciones de duelo entre madres y padres después de la pérdida perinatal

Madres	Padres
Muestran reacciones de duelo más intensas	Tienden a llorar menos
Reciben más apoyo social	Sienten menos necesidad de hablar sobre la pérdida
Aprecian recibir más apoyo social que sus parejas	Tienden a negar sentimientos de dolor o pérdida
	Sienten menos angustia al ver a otras mujeres embarazadas
	Muestran altos niveles de confusión en cuanto a las reacciones apropiadas después de la pérdida perinatal
	Pueden sentir la necesidad de controlar sus propios sentimientos por el bien de su pareja

Fuente: adaptada de Kersting & Nagl (2015)

La influencia de la pérdida sobre la relación de pareja también ha sido ampliamente estudiada. Avelin, Radestad, Säflund, Werdling, & Erlandsson (2013) encontraron que hasta un 91% de las mujeres y un 64% de los hombres consideraban que la pérdida perinatal ejercía influencia sobre su relación de pareja. Un año después de la pérdida, los hombres manifestaron no creer que estaban sufriendo de la misma manera que sus parejas y tanto hombres como mujeres manifestaron haber podido conversar abiertamente sobre la pérdida

perinatal con sus parejas. La disonancia en el duelo del cónyuge parece favorecer el distanciamiento en la relación pareja (Callister, 2006).

Burden et al., (2016) concluyen que los efectos devastadores de la pérdida perinatal trascienden los efectos físicos, psicológicos y sociales en los padres, afectando además a la familia inmediata. Se han descrito experiencias de duelo perinatal en abuelos. El duelo de los abuelos es doble ya que al dolor por la pérdida del futuro nieto se une el dolor por el hijo adulto que ha sufrido una pérdida. Además, los abuelos pueden ser una fuente principal de apoyo y comprensión para los padres dolientes. Sin embargo, también pueden constituir una fuente de tensión para los padres que han sufrido una pérdida perinatal. Contemplar el sufrimiento de un hijo puede ser muy doloroso para los abuelos. El sentimiento de protección puede favorecer además la represión de emociones (O’Leary, Warland, & Parker, 2011).

También se ha descrito el duelo perinatal en hermanos, que se han definido como *“dolientes olvidados”*. En el caso de los niños, su comprensión de la muerte varía con su desarrollo cognitivo y está relacionada con su edad cronológica. Pueden sentirse *“excluidos, descuidados, culpables y tristes”* (Callister, 2006). Se han descrito cuadros de ansiedad relacionados con la pérdida durante los primeros años, así como preocupación por el bienestar de la madre. Los padres evitan comunicarse con sus otros hijos acerca de la pérdida favoreciendo para los niños una comprensión distorsionada de la misma. Esto permite que los sentimientos de miedo y culpa afloren (Clossick, 2015). Por ello,

es importante incluir, si ellos lo desean, a los hermanos de la criatura en los rituales de despedida que se realicen y favorecer la expresión de sus sentimientos de duelo (Murphy & Cacciatore, 2017).

No obstante, el estudio realizado por Cacciatore (2010) sugiere que la muerte perinatal se diferencia de otras pérdidas al ser la interacción con el hijo no nacido limitada, casi exclusivamente a la madre. Cualquier otro fallecimiento favorece la comunión del duelo con familiares, vecinos y amigos; sin embargo, esta pérdida invisible puede suponer la presión del grupo hacia la madre doliente para que intente olvidar.

Aunque existe una escasez de trabajos que evalúen el impacto económico de las pérdidas perinatales, se calcula que suponen un importante coste económico para la sociedad, no solo a través del gasto sanitario, sino además con un funcionamiento social reducido de los padres, desintegración de la unidad familiar, deterioro del estado financiero y de la empleabilidad y mayor utilización de los servicios sanitarios en los embarazos posteriores (Burden et al., 2016; Murphy & Cacciatore, 2017).

A pesar de que no existen datos concluyentes acerca de la efectividad de las intervenciones de apoyo específicas ante la pérdida perinatal, se considera fundamental para una atención de calidad el reconocimiento de la complejidad de la experiencia de la pérdida de cada persona, profundo respeto por la

individualidad y la diversidad de la aflicción de los padres y el respeto por la criatura fallecida (Flenady et al., 2014; Fredenburg, 2017). El reconocimiento de la pérdida con independencia de la edad gestacional y el motivo por el que se produzca y la legitimación del duelo por parte de los profesionales son primordiales en la atención a la pérdida perinatal (Forand Ryan, Côte-Arsenault, & Loucks Sugarman, 1991). En la práctica se ofrecen pocos recursos de apoyo a las parejas y no suele existir un seguimiento sobre el proceso de duelo tras una pérdida perinatal (Kersting & Wagner, 2012).

Capítulo 4. Trastorno de Estrés postraumático

4.1. Conceptualización del Trastorno de Estrés Postraumático

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es definido por el DSM-5 (2013) como el cambio de la respuesta del cuerpo a una circunstancia estresante. Entre estas circunstancias cita la exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea como amenaza en experiencia directa, presencia, conocimiento, exposición repetida o extrema.

El vocablo trauma proviene del griego y significa herida. El trauma se convierte en el elemento central del TEPT. El evento traumático ha sido descrito desde diversas perspectivas en las ciencias sociales. En el DSM-III se conceptualizó como una experiencia particularmente potente que desencadena consecuencias traumáticas. Así, tanto en el DSM-III como en el DSM-III-R se definió a los eventos traumáticos como estresores reconocibles que evocarían síntomas de malestar en casi todas las personas y que están fuera de la experiencia humana usual. Por su parte, la Asociación Psiquiátrica Americana lo define como aquella situación psicológicamente estresante que sobrepasa el repertorio de las experiencias habituales de la vida que afectará prácticamente

a todas las personas y que provocará un intenso miedo, terror y desesperanza, con una seria amenaza para la vida o la integridad física personal o de un tercero (Bobes García, 2000; Carvajal, 2002). El DSM-IV supone una ampliación del concepto del evento traumático, no sin cierta controversia (Cova S, Rincón G, Grandón F, & Vicente P, 2011).

Describe como síntomas la presencia de uno o más síntomas de intrusión asociados al suceso traumático: recuerdos, sueños o reacciones disociativas relacionadas con el hecho traumático, malestar psicológico o reacciones fisiológicas intensas al exponerse a circunstancias que recuerden al evento traumático (Tabla 13).

Tabla 13. Criterios Diagnósticos para Trastorno de Estrés Postraumático según DSM-5

Criterios diagnósticos de TEPT según DSM-5
<p>A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s). 2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros. 3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental. 4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil). <p style="text-align: right;"><i>(continúa)</i></p>

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).
3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)
4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
 2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
- (continúa)*

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”).
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.

(continúa)

6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).

2. Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

Fuente: elaboración propia

Respecto a su versión anterior, el DSM- IV (2002), la versión más reciente, es más explícita y restrictiva en lo relativo a la experiencia de los eventos traumáticos, limitando los incidentes médicos considerados como traumáticos a aquellos que implican eventos repentinos y catastróficos.

En el DSM-5 el TEPT ya no se incluye dentro de los trastornos de ansiedad sino en una nueva categoría denominada “Trastornos relacionados con traumas y eventos estresantes”.

Para la OMS, en el CIE-10 (1982), el trauma ocurre cuando la persona ha sido expuesta a un acontecimiento o situación de naturaleza amenazadora que podría causar profundo discomfort en casi todo el mundo.

El diagnóstico del TEPT se hace aún más complicado cuando este es crónico, ya que el evento traumático suele perderse en el tiempo y los profesionales de la salud evitan abordar experiencias traumáticas, por el malestar que se genera o simplemente por no vincular dichas experiencias con los síntomas actuales (Figueroa, Cortés, Accatino, & Sorensen, 2016).

4.2. Evolución histórica

Si bien la denominación de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) no fue acuñada de forma oficial hasta el año 1980 en el DSM-III, ya se encuentran descripciones clínicas del mismo desde la Grecia clásica.

Hipócrates describe pesadillas relacionadas con los combates en soldados sobrevivientes a batallas y Herodoto en su Tratado sobre la Historia menciona síntomas de los soldados que habían participado en la Batalla de Maratón (Carvajal, 2002).

La primera descripción en la literatura científica de un cuadro similar al TEPT surge en la segunda mitad del siglo XIX, cuando el médico británico John Erich Erichsen describe las lesiones en latigazo sufridas por las víctimas de los accidentes ferroviarios. Este autor defiende una nueva entidad distinta de la histeria y de la simulación.

El primero en acuñar el término “*neurosis traumática*” es el neurólogo alemán Hermann Oppenheim, en el año 1889, que argumenta que los síntomas se producen por cambios moleculares sutiles en el sistema nervioso central (Bobes García, 2000).

Freud, en la primera etapa del psicoanálisis, atribuye el origen de las neurosis a experiencias traumáticas vividas en el pasado. Interpreta que la memoria traumática constituye un “*cuerpo extraño*”, que afecta al paciente.

En el año 1915 se publica un artículo en *The Lancet* (Myers, 1915) en el que aparece por primera vez el término “*shell shock*”. Este término es heredado de la I Guerra Mundial y alude a las reacciones de los soldados en el frente tras

ser testigos de explosiones, amputaciones y muertes lo que les provocaba estados de mutismo, sordera, temblor generalizado, pérdidas de conciencia o pseudoconvulsiones. El artículo de *“The Lancet”* mediante el término *“shell shock”* hace alusión a la pérdida de memoria, visión, gusto y olfato que presentaron tres soldados.

El psicoanalista Abram Kardiner, tras tratar a veteranos de la I Guerra Mundial, publica en 1941 el libro *“The Traumatic Neuroses of war”*. Describe en estos enfermos un grado de vigilancia anormal y una sensibilidad excesiva en respuesta a estímulos amenazantes del entorno. En consecuencia afirma que el origen de la neurosis traumática es una fisioneurosis donde la alteración principal reside en los mecanismos que regulan el grado de alerta de la conciencia (Bobes García, 2000; Carvajal, 2002).

La II Guerra Mundial conllevó la evolución en el estudio del TEPT; desde entonces hasta la actualidad se han realizado numerosos estudios. Se estima que la Guerra de Vietnam se saldó con unos 70.000 soldados que requirieron algún tipo de ayuda psicológica, llegando a denominarse el *“síndrome postVietnam”*. Este hecho fue determinante para la inclusión por parte de la Asociación Psiquiátrica Americana del TEPT en el DSM-III en 1980 (Carvajal, 2002).

4.3. Epidemiología

Desde 1987 se contabilizan cifras de TEPT en población general con valores que van desde el 0,5% al 10,8% en hombres y entre el 1,3% y 18,3 % en mujeres.

La prevalencia de TEPT actual es del 3,5% en la población general y se eleva en poblaciones con altos índices de exposición a eventos traumáticos (Rojas, 2016). Estudios con víctimas de situaciones de conflictos en países con bajos ingresos han encontrado prevalencias de TEPT de 15,8% en Etiopía, de 17,8% en Gaza, de 28,4 en Camboya y de 37,4% en Argelia (Carvajal, 2002). Del total de personas que experimenta un evento traumático, aproximadamente un 14% desarrollará un TEPT. A nivel mundial el TEPT supone el 0,2% de la carga global de enfermedad. Los trastornos relacionados con el trauma fueron el problema de salud que originó mayores costes en los EE. UU. en los años 2000, 2004 y 2008, según la Agencia Federal para la Investigación y Calidad de Salud. Además de los costes económicos las secuelas emocionales producen dificultades psicosociales como problemas de pareja, legales, disfunción familiar, desempleo, abuso de alcohol y suicidio (Rojas 2016; Carvajal, 2002).

Entre los factores de riesgo para padecer TEPT se encuentran el sexo femenino, las mujeres tienen el doble de riesgo de presentar TEPT), los antecedentes de problemas de salud mental, la percepción de riesgo vital

durante el trauma, la baja percepción de apoyo tras el trauma y la presencia de secuelas físicas y altos niveles de estrés psicosocial. Otros factores de riesgo serían el bajo nivel socioeconómico y educativo. Un tercio de las personas que sufren TEPT continúan con síntomas diez años después (Figuroa et al., 2016).

La severidad del evento traumático se ha asociado con una mayor intensidad de los síntomas. Se considera más traumático el evento resultado de la violencia interpersonal o provocado intencionalmente por el hombre. Otra característica que influye en la gravedad del estresor es la duración; por lo general los eventos traumáticos son de corta duración y se producen una única vez (Carvajal, 2002).

EL TEPT es un cuadro con una elevada tasa de comorbilidad, que en diversos estudios alcanza cifras en torno al 80%. El clásico estudio de Kessler (1995) sobre una muestra de 5877 individuos muestra una comorbilidad con otras patologías mentales en el 12% de los hombres y el 17% de las mujeres. Las patologías más frecuentemente asociadas son: el abuso de alcohol, la depresión mayor, trastornos de conducta, fobia simple, fobia social y agorafobia entre otros.

4.4. Evaluación y Diagnóstico

El desarrollo de instrumentos para la medición del TEPT es bastante reciente en comparación con otras patologías. Sin embargo, existe un gran número de instrumentos que han sido utilizados en diferentes estudios.

En la Tabla 14 se exponen de manera sintética las principales propiedades de algunos de los instrumentos de evaluación más frecuentemente utilizados.

Tabla 14. Diagrama comparativo de los distintos instrumentos de evaluación del TEPT

Escala	Autor, año	Aplicación	Evaluación de ...	Nº items	Administración	Versión en español
Entrevista Estructurada para el TEPT (SI-PTSD o SIP)	Davidson et al, 1997	- Ayuda diagnóstica- Gravedad de los síntomas	Los 3 clusters de síntomas del TEPT (DSM-IV)	17 ó 19	Heteroadministrada	No
Escala para el TEPT Administrada por el Clínico (CAPS)	Blake et al, 1990	- Ayuda diagnóstica (CAPS-1)- Gravedad de los síntomas (CAPS-2)	- Los 3 clusters de síntomas del TEPT (DSM-IV)- 5 síntomas asociados	22	Heteroadministrada	Sí
Inventario del TEPT (PTSD-I)	Solomon et al, 1987	- Ayuda diagnóstica- Gravedad y perfil del cuadro	- Los tres clusters de síntomas del TEPT (DSM-III-R)	17	Autoadministrado	No
Cuestionario de Experiencias Traumáticas (TQ)	Davidson et al, 1990	- Screening	Los criterios A-D del TEPT (DSM-IV)	44	Autoadministrado	Sí
Instrumento de Screening para el TEPT (SPAN)	Meltzer-Brody et al, 1999	- Screening	- Respuestas fisiológicas a la exposición (cluster B)- Restricción vida afectiva (cluster C)- Irritabilidad (cluster D)- Sobresalto exagerado (cluster D)	4	Autoadministrado	No
DIS/CIDI modificado	Breslau et al, 1999	- Screening	- Cluster C (evitación, reducción interés, desapego, restricción vida afectiva, y futuro desolador)- Cluster C (dificultades de sueño y sobresalto exagerado)	7	Heteroadministrado	No
Escala de Trauma de Davidson (DTS)	Davidson et al, 1997	- Frecuencia y gravedad de los síntomas del TEPT- Evaluación del tratamiento	Los 3 clusters de síntomas del TEPT (DSM-IV)	17	Autoadministrada	Sí
Escala Revisada del Impacto del Evento (IES-R)	Weiss y Marmar, 1996	La intensidad de los síntomas del TEPT	Los 3 clusters de síntomas del TEPT (DSM-IV)	17	Autoadministrada	No
Escala de 8 items para los Resultados del Tratamiento del TEPT (TOP-8)	Davidson y Colket, 1997	Los resultados del tratamiento	Los items más sensibles al cambio:- cluster B: recuerdos recurrentes e intrusos, y respuestas fisiológicas- cluster C: evitación, desapego, restricción vida afectiva, y reducción interés- cluster D: hipervigilancia y sobresalto exagerado	8	Heteroadministrada	Sí
Indice Global de Duke de Mejoría del TEPT (DGRP)	Davidson et al, 1998	Los resultados del tratamiento	Evaluación global del TEPT:- los 3 clusters de síntomas- el cuadro global	4	Heteroadministrada	Sí

Fuente: Bobes García et al.,(2000)

4.5. Estrés postraumático tras pérdida gestacional

En embarazadas que sufren una pérdida gestacional se diagnostica TEPT hasta en un 25% de las mismas al mes del evento traumático (Engelhard, van den Hout, & Arntz, 2001). El reciente estudio de Horesh, Nukrian, & Bialik, (2018) revela un porcentaje de TEPT de un 33.3% tras una pérdida gestacional. Se identificó la relación entre la duración del embarazo y la gravedad del TEPT, especialmente con la reexperimentación de los síntomas. A medida que transcurre el embarazo, la pérdida se vuelve más tangible, lo que puede proporcionar el sustento de los recuerdos intrusivos. Este estudio llama la atención sobre el hecho de que la pérdida de un embarazo, independientemente de la edad gestacional, además de producir depresión, sitúa a las mujeres en un riesgo de padecer TEPT. Según sus resultados, hasta una de cada cuatro mujeres pueden cumplir los criterios de TEPT un mes después de sufrir una pérdida gestacional. En ocasiones, los síntomas de TEPT aparecen en el transcurso de un embarazo posterior y un 4% de mujeres desarrolla un TEPT crónico. Estos datos deben ser tenidos en cuenta por los profesionales de salud reproductiva que atienden pérdidas gestacionales tempranas y aún tienden a considerarlos como eventos insignificantes (Engelhard et al., 2001).

Estas cifras contrastan con la prevalencia de TEPT en las embarazadas que no han sufrido una pérdida gestacional previa que oscilan entre un 4% y un 6% (Yildiz, Ayers, & Phillips, 2017).

Turton, Hughes, Evans, & Fainman (2001) identificaron un riesgo de por vida de un 29% para el TEPT tras una pérdida gestacional y hasta un 21% de prevalencia de síntomas de TEPT durante el tercer trimestre de una gestación posterior a una muerte fetal. Incluso después de un año del nacimiento de un bebé sano tras la pérdida, se informaron tasas de prevalencia que oscilaron entre un 4% y un 6%. No encontraron asociación significativa entre los antecedentes de problemas de salud mental, el tipo de pérdida gestacional o la duración del embarazo y el desarrollo de síntomas de TEPT. Sin embargo, sí se relacionó positivamente el tiempo transcurrido entre la pérdida y el embarazo posterior con diferencias significativas en los síntomas de TEPT. Se identificó también una fuerte correlación entre los síntomas depresivos y el desarrollo de TEPT.

El apoyo social parece ser un importante factor protector para el TEPT, mientras que las escasas habilidades de adaptación predicen fuertemente peores resultados para el TEPT (Bennet et al., 2008). Mientras, la percepción del escaso apoyo por parte de los miembros de la familia tras una pérdida perinatal se asoció con una mayor gravedad de los síntomas de TEPT (Turton et al., 2001).

Los niveles de duelo más intensos también se correlacionan positivamente con mayores síntomas de trastorno de estrés postraumático (Krosch & Shakespeare-Finch, 2017).

El estudio de revisión realizado por Daugirdaitė, van den Akker, & Purewal (2015) concluye que la pérdida gestacional de un embarazo no planificado está relacionada con el desarrollo de TEPT, tanto en hombres como en mujeres, aunque en hombres se asocia con una mayor edad gestacional. En este caso, el TEPT se relaciona con sentimientos de culpa. En caso de muerte fetal anteparto, observar y sostener al bebé fallecido se asocia significativamente con mayor riesgo de padecer TEPT. En embarazos posteriores a una pérdida perinatal existe relación significativa entre los niveles de ansiedad y los síntomas de TEPT.

Un historial de eventos traumáticos puede aumentar el riesgo de padecer TEPT tras una pérdida perinatal (Hamama, A.M., Sperlich, Defever, & Seng, 2010).

La revisión de Furuta, Sandall, & Bick (2012) sobre la relación entre morbilidad materna y TEPT aporta un interesante punto de vista al concluir que si la pérdida perinatal está relacionada con una enfermedad materna esto puede constituir un factor de riesgo para el desarrollo de TEPT, ya que la mujer, además de la pérdida, experimenta la amenaza sobre su propia vida.

La experiencia de un parto traumático, como puede suponer el hecho de dar a luz un feto muerto, se relaciona con depresión, TEPT, ideación suicida y sentimientos intensos de pérdida, tanto para la madre como para su pareja (Fenech & Thomson, 2014).

Por su parte, Christiansen (2017) expone que el TEPT continúa siendo poco reconocido tras una pérdida perinatal y, en consecuencia, sus síntomas se tratan como síntomas de duelo. Esto supone una problemática ya que estas dos entidades ni comparten los mismos factores protectores ni los mismos factores de riesgo ni han de desarrollarse de forma paralela. No obstante, Garthus-Niegel et al. (2018), ponen de manifiesto que, según su trabajo, los síntomas de TEPT predicen los síntomas de depresión. También relacionan los síntomas de TEPT con niveles más bajos de satisfacción en la relación de pareja incluso dos años tras el parto. Los resultados obstétricos que suponen un trauma psicológico, como es el caso de una pérdida gestacional, pueden conllevar una tensión en la relación de pareja falta de comprensión y apoyo, pérdida de intimidad e incluso, en algunos casos, ruptura de la relación (Delicate, Ayers, Easter, & McMullen, 2018).

Los hallazgos del estudio realizado por Cook, Ayers, & Horsch (2018) sugieren que el TEPT postparto se asocia con bajo peso al nacer y menores tasas de lactancia materna.

Capítulo 5. El embarazo posterior a una pérdida gestacional

Hasta hace escasas décadas los embarazos posteriores a una pérdida perinatal no han merecido atención por parte de la comunidad científica.

Los profesionales de Obstetricia solían recomendar a las mujeres que sufrían una pérdida perinatal que volviesen a quedarse embarazadas cuanto antes (Robertson & Kavanaugh, 1998).

Sin embargo, Kowalski (1991) advierte que *“en estas situaciones el marco de referencia de los padres para el siguiente embarazo es su experiencia anterior. Estos padres han perdido la inocencia y cuando se ha producido una muerte, viven con constante ansiedad pensando que la muerte puede golpearles de nuevo”*. Los padres suelen ser escépticos y temerosos con respecto al nuevo embarazo (Denise Cote-Arsenault & O’Leary, 2016).

O’Leary previene sobre el error que supone tratar a los padres que han sufrido una pérdida perinatal como padres primerizos. Un nuevo embarazo puede hacer suponer a los profesionales y al entorno de estos padres que todo ha vuelto a la normalidad, pero esto nunca sucederá (O’Leary & Thorwick, 2008).

Para Victoria Stumpf (1994) es la diferencia entre la emoción más satisfactoria y alegre que supone, para la mayoría de las mujeres, dar a luz a un

bebé sano y la angustia, culpa y desesperación que supone perder un hijo durante el embarazo, la que genera el conflicto emocional en el embarazo posterior a una pérdida perinatal.

Siguiendo a Turner (1969) y su interpretación del concepto de liminalidad introducido por Van Gennep (1909), la mujer que ya ha sufrido una pérdida, al quedar embarazada de nuevo conoce los riesgos y debe trabajar una liminalidad difícil e incierta (Denise Cote-Arsenault & O'Leary, 2016).

Rothman en 1986 (Côté-Arsenault & Donato, 2011) introdujo el término “*embarazo provisional*” para referirse a aquellos embarazos en los que las mujeres retenían el vínculo emocional con su bebé concebido hasta que comprobaban que la criatura era viable y saludable. Los preparativos para la llegada del bebé suelen postergarse hasta última hora como manera de protegerse ante otro posible resultado negativo (Côté-Arsenault & Donato, 2007).

La amortiguación emocional es frecuente también en este tipo de embarazos. La amortiguación emocional se define como una respuesta consciente o inconsciente de autoprotección ante la ansiedad del nuevo embarazo y el miedo a otra posible pérdida (Côté-Arsenault & Donato, 2011).

A pesar de la felicidad que conlleva la noticia de un nuevo embarazo, pueden originarse importantes problemas. Los padres suelen estar

desconcertados por sus sentimientos ambivalentes hacia la nueva criatura. Las comparaciones entre el embarazo previo y el nuevo son inevitables, así, es frecuente que la mujer se obsesione al sobrepasar la etapa en el que el embarazo anterior finalizó. También es posible que compare continuamente las similares o diferentes características de ambos embarazos (Stumpf, 1994). Las reacciones durante el puerperio pueden ser graves y el peligro parece ser mayor cuando el duelo perinatal anterior fue mínimo y el siguiente embarazo se produjo rápidamente (Bourne & Lewis, 1984a, 1984b). Una pérdida perinatal previa puede también condicionar la vivencia del embarazo posterior en los hombres (O' Leary & Thorwick, 2006).

La nueva criatura corre el riesgo de convertirse en un “niño de reemplazo”, pudiendo suplantar la identidad del bebé que se perdió, llegando en muchos casos a compartir su mismo nombre. La infancia de estos niños suele estar además condicionada por los sentimientos de ansiedad y depresión de sus padres junto con sus deseos y expectativas confusas, heredadas del duelo no resuelto (Bourne & Lewis, 1984a, 1984b; Üstündağ-Budak, 2015). Los padres cuestionan sus propias habilidades para tomar decisiones y buscan continuamente asegurarse de que su hijo permanecerá vivo y sano incluso muchos años después de la pérdida perinatal (Warland, O'Leary, Mccutcheon, & Williamson, 2011).

Tras el nacimiento del nuevo bebé a la madre a menudo le cuesta separar a los dos bebés en su mente. Para los allegados puede parecer que el duelo

materno está resuelto, sin embargo, en estos momentos la madre puede sentirse aislada y desbordada ante la complejidad de sus emociones. Se han reportado también estados continuos de hipervigilancia, así como sentimientos de ambivalencia hacia el nuevo bebé y deslealtad hacia la criatura que se perdió (Meredith, Wilson, Branjerdporn, Strong, & Desha, 2017; O'Leary & Thorwick, 2008; Reid, 2007). Las madres también han informado sobre sentimientos de culpa por la ambivalencia emocional sufrida durante el embarazo y el nacimiento posterior a la pérdida gestacional (Bergner, Beyer, Klapp, & Rauchfuss, 2008; Campbell-Jackson & Bezance, 2014).

El duelo puede ser incapacitante, pero es necesario, aunque en ocasiones sea interrumpido por un nuevo embarazo; por ello, se recomienda posponer el siguiente embarazo hasta que se haya resuelto el proceso de duelo. Un nuevo embarazo privaría a la madre de tiempo y espacio para gestionar su duelo (Bourne & Lewis, 1984a; Üstündağ-Budak, 2015).

Uno de los primeros estudios que se realizó en mujeres que quedaron embarazadas tras sufrir una pérdida perinatal (Statham & Green, 1994) comparó los sentimientos de mujeres que habían tenido embarazos que no habían resultado en el nacimiento de un hijo vivo con los de aquellas que solo habían experimentado un embarazo exitoso. Las mujeres que solo habían experimentado embarazos sin éxito mostraban mayores niveles de ansiedad. Así mismo, las mujeres que habían sufrido una pérdida perinatal anterior mostraban

sentimientos ambivalentes hacia el nuevo embarazo, evitando además el apego con la futura criatura. Côte-Arsenault & Mahlangu (1999) obtuvieron resultados similares. Franche & Mikail (1999) estudiaron a parejas que habían sufrido una pérdida perinatal e informaron significativamente más sintomatología depresiva y ansiedad específica del embarazo que las parejas en el grupo control.

Cote-Arsenault (2007) identificó que las embarazadas con una pérdida gestacional anterior evaluaban sus embarazos como una amenaza. Esta sensación se mantuvo a lo largo de toda la gestación, incluso después de superarse el momento de la pérdida previa, en contraste con estudios anteriores (Stumpf, 1994). La sensación de amenaza es completamente subjetiva y no está basada en datos médicos. La autora enfatizaba que estas mujeres no aparentan estar ansiosas o deprimidas, si no que es necesario preguntarle específicamente acerca de sus temores e inseguridades sobre el embarazo. Es importante abordar la ansiedad desde el inicio del embarazo, cuando se identifican los niveles más altos (Denise Cote-Arsenault & O'Leary, 2016). Es habitual que los padres sigan experimentando la sensación de que su hijo puede enfermar o morir en cualquier momento, incluso después del nacimiento (Campbell-Jackson, Bezance, & Horsch, 2014).

Las embarazadas que ya han sufrido una pérdida gestacional suelen examinar los síntomas como las náuseas, los vómitos, y la plenitud de los senos como señal de que el embarazo continúa con normalidad. Durante el embarazo temprano es frecuente la constante revisión en busca de posibles pérdidas

hemáticas que indiquen un aborto y cuando el embarazo está más avanzado la ausencia de movimientos fetales genera preocupación y ansiedad (Côté-Arsenault, Donato, & Earl, 2006; Côte-Arsenault & Mahlangu, 1999). Es habitual que la pareja elija un centro hospitalario y unos profesionales diferentes para la atención del nuevo embarazo (Stumpf, 1994). Una experiencia traumática durante el embarazo anterior puede condicionar las decisiones reproductivas posteriores (Shorey, Yang, & Ang, 2018). También son habituales las peticiones de controles médicos más frecuentes, sobre todo los relacionados con la actividad cardíaca fetal (Côté-Arsenault et al., 2006; Hutti, Armstrong, & Myers, 2011; Meredith et al., 2017; Yilmaz & Beji, 2013). Muchos padres manifiestan que las visitas médicas que incluyen controles ecográficos suponen un aumento de los síntomas de ansiedad (O'Leary, 2005).

Una pérdida gestacional anterior afecta significativamente las experiencias de los padres. Como el riesgo de recurrencia aumenta después de la muerte perinatal previa, no es sorprendente que los padres manifiesten temor de sufrir otra pérdida. Sin embargo, la ansiedad y el estrés se intensifican con experiencias concretas y en momentos específicos durante embarazos posteriores. Las mujeres frecuentemente describen un aumento de agitación y preocupación a medida que se acercan al momento de la gestación en el que habían perdido a su bebé anterior. Así mismo el resultado de las citas de rutina y las ecografías también se asocia con un aumento del estrés, relacionado con el potencial de descubrir un problema. Las reacciones emocionales intensas se

precipitaron por la sospecha o confirmación de una complicación. Las mujeres expresaron reiteradamente dudas sobre su capacidad física para mantener un embarazo exitoso. En algunos casos, esta "desconfianza" provoca frecuentación a las consultas médicas y solicitudes de intervención (Lisy, Peters, Riitano, Jordan, & Aromataris, 2016; Meredith et al., 2017; Mills et al., 2014; Wojcieszek et al., 2016).

Es habitual también el aislamiento de los padres durante un embarazo posterior a una pérdida gestacional, demorando la noticia del embarazo entre familiares y allegados. La falta de reconocimiento y el estigma social de este tipo de pérdidas, que obligan a gestionar el duelo de forma privada, pueden favorecer el aislamiento incidiendo de manera negativa en las emociones de los padres respecto al nuevo embarazo (Fockler, Ladhani, Watson, & Barrett, 2017). Este hecho es atribuible a que las mujeres suelen experimentar las pérdidas perinatales de manera más significativa de lo que socialmente reconocen (Côté-Arsenault & Dombeck, 2001).

El estudio de cohortes realizado por Bicking Kinsey, Baptiste-Roberts, Zhu, & Kjerulff (2013) no encontró diferencias significativas en la experiencia del parto entre las mujeres con un aborto espontáneo previo y las mujeres que no tenían estos antecedentes. No encontraron evidencias de una asociación entre una pérdida perinatal previa y el temor ante un posible resultado adverso durante el embarazo posterior. Sin embargo, manifiestan que la historia de un aborto involuntario puede tener implicaciones para la salud mental de la madre durante

un embarazo posterior y puerperio. Concluyen que la respuesta emocional ante la pérdida gestacional está más condicionada por el significado que la madre otorga a su embarazo, en relación con el vínculo establecido, que con la edad gestacional en el momento de la pérdida, coincidiendo con los hallazgos de Côté-Arsenault & Dombeck (2001). No obstante, incluyen como prospectiva de estudio la identificación de los factores de riesgo de depresión durante un periodo perinatal posterior a la pérdida. Estos hallazgos concurren con los del estudio de Tsartsara & Johnson (2006), que sugieren que los síntomas de ansiedad en embarazadas con un historial de aborto previo no son significativamente mayores que en aquellas mujeres que no han experimentado pérdidas gestacionales, limitando la ansiedad y la incertidumbre específicas del embarazo solo a las primeras etapas del embarazo posterior. Sin embargo, tener hijos vivos puede actuar como un factor de protección sobre el aumento de los síntomas de ansiedad específica del embarazo. La revisión realizada por Hill, DeBackere, & Kavanaugh (2008) obtuvo resultados similares. En un estudio posterior, Bicking, Kesha, Zhu, & Kjerulff (2015) encontraron que las mujeres con una pérdida gestacional anterior eran 1,66 veces más propensas a presentar síntomas depresivos un mes después del parto en comparación con las mujeres que no habían sufrido ninguna pérdida, no existiendo diferencias a partir de los 6 o 12 meses postparto. Estos resultados contrastan con los obtenidos por Chojenta et al. (2014), que no hallaron mayor probabilidad de padecer problemas de salud mental tras un embarazo que sucede posterior a una pérdida gestacional; sin embargo, sí demuestran que las embarazadas que han sufrido con anterioridad

una pérdida gestacional tienen mayor probabilidad de experimentar tristeza, falta de ánimo o preocupación excesiva durante un embarazo posterior.

El estudio de Geller, Kerns, & Klier (2004) alerta sobre la necesidad del estudio sistemático de los síntomas y trastornos de ansiedad tras las pérdidas perinatales para comprender mejor las consecuencias de las mismas. Sus resultados revelan un mayor riesgo de presentar síntomas de ansiedad 4 meses después del evento; sin embargo, no hay datos concluyentes más allá de los primeros cuatro meses.

O'Leary & Thorwick, (2008) usando un marco de referencia de apego prenatal, exploraron la experiencia subjetiva de los padres durante un embarazo posterior a una pérdida perinatal. En contraste con los hallazgos de Bourne y Lewis (1984) que recomendaban dejar de lado el duelo durante el embarazo, estas familias manifestaron su necesidad de manejar su duelo como manera de preservar su identidad como padres de la criatura fallecida al tiempo que gestionan el apego con el nuevo bebé. Mantener una conexión con la criatura perdida, dentro de la historia familiar, se considera una forma saludable de adaptación (Lee, McKenzie-McHarg, & Horsch, 2017).

Hay indicios de que el tipo de pérdida perinatal puede estar relacionado con el vínculo con la futura criatura, siendo las interrupciones voluntarias previas las que generan más conflicto en el apego durante el embarazo posterior (Coleman, 2009).

Armstrong, Hutti, & Myers (2009) exploraron los niveles de depresión ansiedad y estrés postraumático en 36 parejas durante el tercer trimestre del embarazo, y 3 y 8 meses después del parto y hallaron que los síntomas depresivos, de ansiedad y de estrés postraumático disminuían significativamente con el tiempo. Además, encontraron correlación significativa entre la depresión y el estrés postraumático y con la ansiedad. En un estudio posterior (Hutti, Armstrong, Myers, & Hall, 2015) relacionaron la mayor intensidad del duelo con niveles más altos de estrés postraumático y más pensamientos intrusivos, imágenes y pesadillas. Las consecuencias del TEPT no tratado en el periodo perinatal pueden provocar depresión materna, cuidado prenatal deficiente, prematuridad, conductas de riesgo, aumento excesivo de peso, problemas de lactancia, falta de apego, etc. (Vignato, Georges, Bush, & Connelly, 2017).

El metaanálisis realizado por Hunter, Tussis, & Macbeth (2017) revela una asociación entre la pérdida perinatal y un aumento de los niveles de ansiedad y depresión durante los embarazos posteriores. Estos hallazgos coinciden con los del estudio realizado por Abajobir, Alati, Kisely, & Moses (2017). Según sus resultados los niveles de estrés no se vieron aumentados durante los embarazos posteriores a la pérdida perinatal. Su análisis sugiere un mayor efecto de la pérdida perinatal sobre la ansiedad y la depresión en hombres que en mujeres durante los embarazos posteriores, contradiciendo hallazgos anteriores. Además, el estudio realizado en varones que habían sufrido la pérdida de un embarazo posterior (Turton et al., 2006) reportó mayores niveles de ansiedad

cuando la decisión del siguiente embarazo se postergó. No encontraron diferencias en cuanto a los niveles de ansiedad según el tipo de pérdida perinatal pero sí en los niveles de depresión. Por su parte, Bergner et al. (2008) reportaron mayores niveles de ansiedad en gestantes que habían sufrido un aborto, que en aquellas que no, pero no encontraron diferencia en cuanto a los niveles de depresión en ambos grupos. El trabajo de Hutti et al. (2015) no identificó diferencias entre los distintos tipos de pérdida en cuanto a niveles de depresión. En este punto discrepan con los resultados de Abajobir ya que según su trabajo las interrupciones voluntarias no se asocian con niveles significativamente elevadas de ansiedad ni de depresión.

El estudio de Abajobir además relaciona la menor edad, la convivencia con la pareja y el mayor nivel educativo y económico con un menor riesgo de presentar síntomas de ansiedad y depresión tras una pérdida perinatal. La calidad percibida de la relación de pareja se asocia positivamente con una menor intensidad del duelo en los embarazos posteriores a una pérdida perinatal (Hutti et al., 2015). Sin embargo, Bergner et al., (2008) concluyeron que las embarazadas más jóvenes parecen tener más dudas sobre el éxito de su nuevo embarazo que las mujeres mayores.

El trabajo publicado recientemente por Gravensteen et al. (2018) se realizó sobre una muestra de 901 embarazadas, en el que comparaba a mujeres con una pérdida perinatal previa, mujeres con al menos un hijo vivo sano y mujeres primíparas. Se obtuvo como resultado que las mujeres embarazadas

después de la muerte fetal tenían una mayor prevalencia de ansiedad y depresión en comparación con las mujeres con un nacimiento vivo anterior y mujeres nulíparas. Estos resultados son similares a los obtenidos anteriormente por Yilmaz & Beji (2013), con los de (Fertl, Bergner, Beyer, Klapp, & Rauchfuss, 2009) y con los de Hughes, Turton, & Evans (1999). La edad gestacional en la muerte fetal intrauterina y el intervalo entre embarazos no se asociaron con diferentes niveles de depresión y/o ansiedad. La ansiedad y la depresión disminuyeron de seis a 18 meses después del nacimiento de un bebé nacido vivo, pero aumentaron nuevamente 36 meses después del parto.

Fertl et al. (2009) además identificaron mayores niveles de ansiedad en las mujeres que habían sufrido varias pérdidas gestacionales en comparación con las que habían sufrido solo una. Estos hallazgos coinciden con los resultados de McCarthy et al. (2015) que además identificó menores niveles de actividad a favor del reposo en embarazadas que habían sufrido una pérdida gestacional previa.

Al-Maharma, Abujaradeh, Mahmoud, & Jarrad (2016) identificaron la relación entre los mayores niveles de duelo y el menor apego con la criatura tras una pérdida perinatal previa. Entre sus hallazgos también destacan los mayores niveles de duelo en aquellas mujeres que habían perdido a sus bebés tras el parto, en contraste con aquellas que habían sufrido una pérdida durante el

embarazo. El menor nivel de ingresos económicos y la edad más avanzada también se relacionaron con mayores niveles de duelo.

El trabajo de Brooten et al. (2015) estudia los embarazos posteriores a la pérdida de un hijo en una muestra que contempla a padres que han sufrido desde pérdidas gestacionales hasta hijos de 18 años de edad. Sus resultados muestran un gran deseo de volver a tener otro hijo, pero con un gran temor y ansiedad ante un embarazo posterior. Sus hallazgos coinciden con los de estudios anteriores que concluyen que la ansiedad y el temor disminuyen con el paso del tiempo.

Coté-Arsenault y O'Leary (2016) prevenían sobre la necesidad de diferenciar duelo de depresión durante el embarazo posterior a una pérdida perinatal, ya que esta última parece ser un factor de riesgo de complicaciones durante el embarazo (Bergner et al., 2008) y para el desarrollo de la depresión postparto (Armstrong, 2007).

En la tabla 15 se exponen las principales diferencias entre duelo perinatal y depresión.

Tabla 15. Diferencias entre duelo perinatal y depresión

Duelo	Depresión
Evocan tristeza y empatía	Evocan distancia, impaciencia o irritación
Preocupación por el hijo perdido	Aislamiento y autocompasión
Pena al ver bebés y embarazadas	Recuerdos desagradables sobre el embarazo
Crisis de llanto	Idealización del feto muerto
Deseo de hablar de lo sucedido	Vergüenza y desvalorización
Autorreproche limitado a creer no haber hecho lo suficiente por el feto	Sensación de haber fracasado como mujer
Ideas de suicidio no son frecuentes	Ideas de suicidio frecuentes
Búsqueda de consuelo en otras personas	Abandono de relaciones sociales
Dolor por la pérdida	Desesperanza, desconsuelo
Soledad y vacío	Culpabilidad global

Fuente: López García de Madinabeitia

Las embarazadas que han sufrido una pérdida perinatal anterior manifiestan su preocupación sobre sus parejas y el resto de sus familias, lo cual supone además una sobrecarga emocional en la gestión de su propio duelo (Meredith et al., 2017).

Para finalizar, es necesario añadir que no todas las madres ni todos los padres que sufren una pérdida perinatal experimentarán los mismos sentimientos de duelo, depresión, ansiedad, culpa o tristeza. El duelo es una experiencia subjetiva, significativa e individual. La evaluación de lo que es normal o patológico debe realizarse por profesionales especializados, en el contexto

personal, familiar, social y cultural de la persona que atraviesa esta experiencia (Côté-Arsenault & Marshall, 2000; O'Leary, 2004).

Segunda Parte: Marco Empírico

Índice de contenidos

- Justificación
- Objetivos
- Metodología y diseño de la investigación
- Resultados
- Discusión general
- Conclusiones
- Limitaciones del estudio
- Prospectiva
- Resumen

Capítulo 6. Justificación

Se calcula que hasta un 25% de las gestaciones concluyen con una pérdida perinatal. Entre el 50-80% de las mujeres que sufren una pérdida perinatal vuelven a concebir. Esto supone que el embarazo posterior a una pérdida perinatal es una situación muy habitual dentro de la práctica clínica de la Obstetricia; sin embargo, no existe en la mayoría de los casos una atención específica para estas mujeres y sus familias.

La pérdida perinatal puede llegar a ser una experiencia traumática con importantes repercusiones no solo a nivel físico sino también psicológico y social. El duelo perinatal puede evolucionar de forma lenta y dolorosa para muchas familias que sufren este tipo de pérdidas. Entre los muchos factores que influyen en su evolución se encuentra la adecuada asistencia de los profesionales sanitarios.

Aunque, como se ha descrito, las pérdidas perinatales, sobre todo las más precoces, están privadas de reconocimiento social y sus consecuentes derechos, la creciente evidencia disponible sugiere que sus efectos pueden llegar a ser tan impactantes como cualquier otra pérdida y por lo tanto son dignas del mismo reconocimiento social (Cacciatore, 2013).

El duelo perinatal, se ha relacionado con patologías como el Trastorno de Estrés Postraumático, la ansiedad y la depresión. Por lo que pueden implicar

estos trastornos para la salud mental de la madre y para el vínculo con la criatura, se considera relevante realizar este estudio para favorecer el adecuado manejo de estas situaciones clínicas.

A través de esta investigación se pretende profundizar en el estudio de las consecuencias de las pérdidas gestacionales en la salud mental de las mujeres, y como estas pueden evolucionar incluso después de finalizar con éxito un embarazo posterior. El fin último es mejorar la atención sanitaria a las mujeres y en general a las familias que sufren una pérdida gestacional y adecuar los recursos disponibles para dar servicio a las mismas.

Capítulo 7. Objetivos de la investigación

7.1. Primer Objetivo Primario

Determinar la prevalencia de Duelo Perinatal en las puérperas que han dado a luz en los centros hospitalarios públicos de la provincia de Málaga tras una pérdida perinatal anterior.

7.1.1. Objetivos secundarios

- Identificar posibles diferencias en la prevalencia de Duelo Perinatal en los diferentes tipos de pérdidas gestacionales.
- Evaluar las posibles asociaciones de características sociodemográficas con el Duelo Perinatal.
- Analizar la relación del Duelo Perinatal con el tiempo transcurrido desde la pérdida gestacional hasta el embarazo posterior.
- Determinar la relación del Duelo Perinatal con la existencia de hijos anteriores a la pérdida.
- Describir la relación entre Duelo Perinatal y recurrencia de pérdidas perinatales.

7.2. Segundo Objetivo Primario

Determinar la prevalencia de Trastorno de Estrés Postraumático en las púerperas que han dado a luz en los centros hospitalarios públicos de la provincia de Málaga tras una pérdida perinatal anterior.

7.2.1. Objetivos secundarios

- Identificar posibles diferencias en la prevalencia de Trastorno de Estrés Postraumático en los diferentes tipos de pérdidas gestacionales.
- Evaluar las posibles asociaciones de características sociodemográficas con el desarrollo de Trastorno de Estrés Postraumático
- Analizar la relación del Trastorno de Estrés Postraumático con el tiempo transcurrido desde la pérdida gestacional hasta el embarazo posterior.
- Determinar la relación del Trastorno de Estrés Postraumático con la existencia de hijos anteriores a la pérdida.
- Describir la relación entre Trastorno de Estrés Postraumático y recurrencia de pérdidas perinatales.

7.3. Tercer Objetivo Primario

- Determinar la relación entre los puntajes de Duelo Perinatal y Trastorno de Estrés Postraumático.

Capítulo 8. Metodología y diseño de la investigación

8.1. Contexto donde se lleva a cabo el estudio

El estudio se ha realizado en los centros hospitalarios de la provincia de Málaga que cuentan con Servicio de Obstetricia.

Los hospitales en los que se ha realizado la recogida de datos se exponen a continuación:

- Hospital Universitario Regional de Málaga, catalogado como de tercer nivel, registró un total de 4071 nacimientos durante el año 2017
- Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga, atiende específicamente a la población de Málaga y a su área metropolitana y registró un total de 1595 nacimientos durante el año 2017
- Hospital Costa del Sol cuyo ámbito territorial está delimitado por los municipios de Benahavís, Casares, Estepona, Fuengirola, Istán, Manilva, Marbella, Mijas y Ojén, en el año 2017 registró un total de 2623 nacimientos.
- Hospital de la Serranía, cubre la atención médica especializada del *Área Sanitaria Serranía de Málaga*, que comprende los municipios de Algatocín, Benalauría, Gaucín, Jubrique, Atajate, Benadalid, Benarrabá, Genalguacil, Benaoján, Cortes de la Frontera, Jimera de Líbar,

Montejaque, Ronda, Alpendeire, Arriate, Cuevas del Becerro, El Burgo, Igualeja, Cartajima, Faraján, Júzcar, Los Prados, Montecorto, Parauta, Pujerra y Serrato. Asimismo, también presta atención hospitalaria a algunos municipios de la Sierra de Cádiz, como son Setenil de las Bodegas, Alcalá del Valle, El Gastor, Torre-Alháquime y Olvera. Durante el año 2017 registro un total de 611 nacimientos.

- Hospital de la Axarquía, presta servicios asistenciales a 27 de los 31 municipios que conforman la Comarca de la Axarquía, a excepción de Macharaviaya, Moclinejo, Rincón de la Victoria y Totalán, cuya competencia sanitaria corresponde al Distrito Sanitario de Málaga. Además de estos municipios, también presta servicios al de Casabermeja. Registró un total de 987 nacimientos durante el año 2017.
- Hospital de Antequera, cubre la actividad asistencial especializada de 19 municipios de la zona norte de la provincia de Málaga que se reparten en cuatro zonas básicas de salud: Antequera, Archidona, Molina y Campillos. La población de estos 19 municipios según datos de 1 de enero de 2015 del Durante el año 2017 registró un total de 827 nacimientos.

8.2. Diseño de estudio

La metodología usada en este estudio es un estudio cuantitativo mediante el diseño de un estudio observacional, transversal y de carácter descriptivo e inferencial.

Se trata del estudio de un conjunto de variables en un momento temporal dado con el fin de describir las variables y establecer posibles relaciones entre las mismas. No se ha producido ninguna manipulación de las variables por parte de los investigadores. La fuente de información es la descrita a través de un cuestionario.

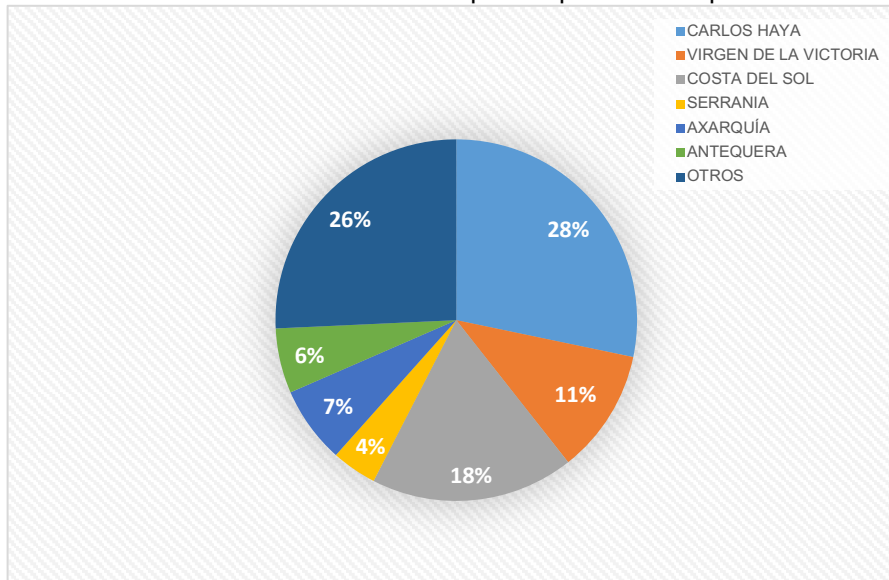
8.3. Población

La población de estudio la componen las mujeres que dan a luz un hijo vivo tras una pérdida perinatal inmediatamente anterior a dicho embarazo en los centros hospitalarios públicos de la provincia de Málaga con servicio de Obstetricia.

Los datos que ofrece el Instituto Nacional de Estadística arrojan un total de 320.589 mujeres en el tramo de edad desde los 15 hasta los 44 años, considerado como periodo fértil por la Organización Mundial de la Salud. Durante el año 2017 se registraron un total de 14.379 nacimientos en la provincia de Málaga, de los cuales 10.714 tuvieron lugar en los centros hospitalarios públicos descritos con anterioridad.

En el Gráfico 2 se refleja la distribución del número de nacimientos en los distintos centros hospitalarios de la provincia de Málaga.

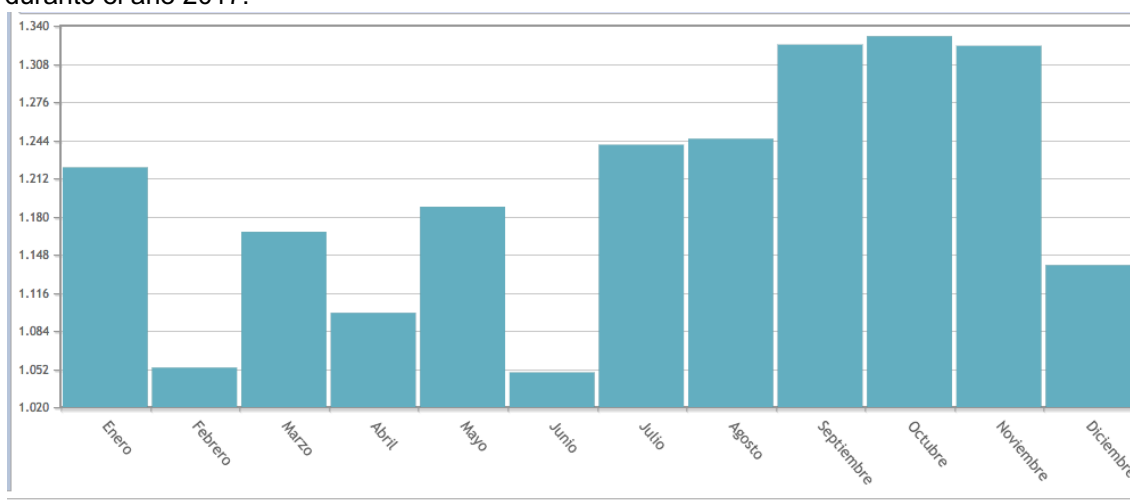
Gráfico 2: Distribución de nacimientos por hospitales en la provincia de Málaga



Fuente: elaboración propia según los datos facilitados por los propios centros hospitalarios

En el Gráfico 3 se muestra la distribución por meses de los nacimientos registrados en la provincia de Málaga durante el año 2017.

Gráfico 3. Distribución por meses de los nacimientos registrados en la provincia de Málaga durante el año 2017.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística

8.4. Selección de la muestra

Para el primer objetivo, para una población total de 10.741 mujeres con embarazos a término que resultaron en nacimientos en hospitales públicos participantes en el estudio (INE 2017), con un alfa de 0.05 y una precisión del 8%, eran necesarias 112 mujeres para detectar una prevalencia del 25% (Hutti, 2017).

Para el segundo objetivo, para una población total de 10.741 mujeres con embarazos a término que resultaron en nacimientos en hospitales públicos participantes en el estudio (INE 2017), con un alfa de 0.05 y una precisión del 8%, eran necesarias 102 mujeres, para detectar una prevalencia del 21% (Turton 2001).

Para el tercer objetivo, para detectar un coeficiente de correlación mínimo de 0.60, con un alfa de 0.05, una potencia $(1-\beta) = 0.95$ y una hipótesis nula de correlación de $r=0.35$, serían necesarios 103 sujetos.

Por tanto, se decidió tomar una muestra de 112 mujeres que daba cobertura a los 3 objetivos.

La muestra del presente estudio está formada por 115 mujeres distribuidas por centros hospitalarios de la siguiente manera:

Tabla 16. Distribución de las participantes por centro hospitalario

CENTRO HOSPITALARIO	Nº DE MUJERES PARTICIPANTES
Hospital Regional Universitario	41
Hospital Universitario Virgen de la Victoria	63
Hospital Costa del Sol	8
Hospital de Antequera	1
Hospital de la Serranía	1
Hospital de la Axarquía	1
TOTAL MUJERES PARTICIPANTES	115

Fuente: elaboración propia

Las participantes del estudio fueron reclutadas por muestreo consecutivo. Se ofreció la posibilidad de participar en el estudio a las puérperas que cumplieron los criterios de inclusión, informándoles de manera verbal y haciéndoles entrega de la hoja informativa y el consentimiento informado, en el cual constan la finalidad del estudio, la voluntariedad y el anonimato y el modo en el que se llevó a cabo.

8.5. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Mujeres mayores de edad
- Que han dado a luz un hijo vivo tras sufrir una pérdida perinatal debido a:

- a) Aborto espontáneo
 - b) Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)
 - c) Interrupción por malformaciones
 - d) Muerte fetal antes o durante el parto
 - e) Partos prematuros que no alcanzan la viabilidad fetal (entre las 22 y 24 semanas de gestación).
- Que aceptan y consienten participar en el estudio

Criterios de exclusión

- Mujeres primigestas que sufren una pérdida gestacional
- Mujeres que no dominan el idioma en el que se realizan los cuestionarios
- Mujeres que a lo largo del estudio deciden abandonar su participación.

8.6. Descripción y operativización de las variables

Variables descriptivas sociodemográficas

- Edad: cuantitativa discreta

Tabla 17. Variables descriptivas sociodemográficas

Variables descriptivas sociodemográficas	Naturaleza	Unidad de medida
Edad	Cuantitativa discreta	Años

Variables descriptivas socioeducativas

- Nivel de estudios: cualitativa ordinal (Primarios, Secundarios, Ciclo Formativo, Universitarios).

Tabla 18. Variables descriptivas socioeducativas

Variables descriptivas socioeducativas	Naturaleza	Unidad de medida
Nivel de estudios	Cualitativa ordinal	Primarios/Secundarios/Ciclo Formativo/Universitarios

Variables descriptivas de la historia obstétrica

- Tipo de pérdida gestacional: cualitativa nominal (aborto, interrupción voluntaria, interrupción por malformaciones, muerte fetal).
- Semana de gestación en la que se produjo la pérdida: cuantitativa discreta.
- Número de embarazos: cuantitativa discreta.
- Número de pérdidas gestacionales: cuantitativa discreta.
- Número de hijos anteriores a la pérdida gestacional: cuantitativa discreta

- Antecedentes familiares de pérdidas gestacionales: cualitativa nominal dicotómica (sí/no).
- Tiempo transcurrido entre la pérdida gestacional y el embarazo posterior: cuantitativa discreta.

Tabla 19. Variables descriptivas de la historia obstétrica

Variables descriptivas de la historia obstétrica	Naturaleza	Unidad de medida
Tipo de pérdida gestacional	Cualitativa nominal	Pérdidas gestacionales
Semana de gestación en la que se produjo la pérdida	Cuantitativa discreta	Semanas
Número de embarazos	Cuantitativa discreta	Número de embarazos
Número de pérdidas	Cuantitativa discreta	Número de pérdidas
Número de hijos anteriores a la pérdida	Cuantitativa discreta	Número de hijos
Antecedentes familiares de pérdida gestacional	Cualitativa dicotómica	Sí/No
Tiempo transcurrido entre la pérdida gestacional y el embarazo posterior.	Cuantitativa discreta	Años

Variables de resultado:

- Duelo perinatal
- Trastorno de Estrés Postraumático

Tabla 20. Variables de resultado

Variables de resultado	Dimensiones	Herramientas de medida
Duelo perinatal	Duelo activo	Perinatal Grief Scale
	Dificultad para afrontar la pérdida	
	Desesperanza	
Trastorno de Estrés Postraumático	Frecuencia	Escala de Trauma de Davidson
	Gravedad	

8.7. Descripción de los instrumentos de medida

- **Perinatal Grief Scale**

Para la medición del duelo perinatal se utilizará la escala de duelo perinatal (Perinatal Grief Scale, PGS) (Anexo 1) diseñada por Potvin, Lasker y Toedter (1989), y adaptada por Cecilia Mota y colaboradores (2011). Esta escala está recomendada por la American Psychological Association (APA) en el manual de investigación del duelo y está ampliamente aplicada en diversos estudios sobre pérdidas perinatales.

Es una escala tipo Likert que consta de 33 afirmaciones con cinco opciones de respuesta. Los reactivos se reparten en tres subescalas, con 11 reactivos

cada una a) duelo activo; b) dificultad para afrontar la pérdida y c) desesperanza. El porcentaje de varianza explicada por estos tres factores es de 67% y el índice de confiabilidad alfa de Cronbach de 0,95. Cada una de las escalas tiene una puntuación mínima de 11 puntos y un máximo de 55. La suma de las tres subescalas oscila en un rango entre 33 y 165 puntos; puntuaciones iguales o superiores a 90 indican morbilidad psiquiátrica. La versión en castellano que se ha usado consta de 27 afirmaciones. El rango de la escala de depresión oscila entre 10 y 40, el de culpa entre 8 y 32, el de duelo activo entre 6 y 24 y el de aceptación entre 3 y 12. La puntuación mínima es de 27 puntos y la máxima de 108. Se considera morbilidad de duelo complicado la puntuación por encima de 50. La validación en castellano obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de un 0,95.

- **Escala de Trauma de Davidson**

Para la valoración del estrés postraumático se utilizará la escala de Trauma de Davidson (Anexo 2) diseñada por Davidson (1997) y adaptada al castellano por Julio Bobes (2015) y colaboradores, para valorar la frecuencia y severidad de los síntomas del trastorno por estrés postraumático en sujetos que han sufrido un evento estresante. Sus ítems se basan en los criterios DSM-IV.

Consta de 17 ítems, los referentes a intrusión y evitación hacen referencia al acontecimiento estresante, mientras que los de embotamiento, aislamiento e hiperactivación solo valoran la presencia o ausencia de los

mismos. Cada ítem se evalúa mediante una doble escala: una de frecuencia y otra de gravedad. La escala de frecuencia ofrece cinco posibles respuestas (nunca, a veces, 2-3 veces, 4-6 veces, a diario) que puntúan de 0 a 4. La escala de gravedad presenta también cinco posibles respuestas (nada, leve, moderada, marcada, extrema), que se puntúan de igual forma que la escala anterior.

Los autores proponen como punto de corte más eficiente los 40 puntos, que ofrecen una sensibilidad del 69%, una especificidad del 95%, un valor predictivo positivo del 92% y un valor predictivo negativo del 83%.

Respecto a sus propiedades psicométricas la Escala de Trauma de Davidson obtuvo una fiabilidad test-retest tras dos semanas de 0.86. La consistencia interna, tanto para las subescalas de frecuencia y gravedad como para el total son elevadas (alfa de Cronbach de 0,97 – 0,98 – 0,99 respectivamente). En la validación española el alfa de Cronbach obtenido fue de 0,9.

En cuanto a la validación concurrente, se realizó con el SCID, demostrando como punto de corte más eficiente los 40 puntos (eficiencia de 0,83). Presenta validez convergente adecuada con el Clinician Administered PTSD Scale (1990) (0,78) y con el Impact of Event Scale (1979) (0,64). La validez discriminante se realizó con el Eysenck Personality Inventory Extroversion subescala (1968)(0,04). El análisis factorial arroja soluciones de 2 y de 6 factores.

La validación española también ofrece valores adecuados de validez concurrente y discriminante.

8.8. Procedimiento de recogida de datos

La recogida de datos de esta investigación se ha realizado por medio de la entrega de los cuadernillos informativos y de recogida de datos a aquellas mujeres que cumplían los criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio.

En primer lugar, se realizó una búsqueda bibliográfica sobre las herramientas existentes para la medición de las variables objeto de estudio, es decir, el duelo perinatal y el trastorno de estrés postraumático. Tras un análisis crítico se seleccionaron los instrumentos expuestos.

A continuación, se elaboró *ad hoc* el cuestionario de datos relativos a las variables de control (Anexo 4).

Tras el planteamiento del estudio, mediante correo electrónico (Anexo 5) se pidieron los permisos pertinentes a las personas responsables de la Dirección de Enfermería de los distintos hospitales en los que se realizó la recogida de datos (Anexo 6).

Una vez obtenidos los informes favorables de los comités éticos (Anexos 6 y 7), se procedió a la recogida de datos. El trabajo de campo tuvo lugar entre los meses de mayo del año 2017 y octubre del año 2018.

La identificación de las posibles participantes se realizó en el momento del ingreso durante la elaboración de la anamnesis. La fórmula obstétrica registrada en el *Documento de Salud de la Embarazada* refleja las pérdidas perinatales previas al embarazo actual. Durante el puerperio precoz o inmediato las mujeres que cumplieron los criterios de inclusión para formar parte del estudio fueron informadas verbalmente del objeto del estudio. Tras su aceptación para formar parte del mismo, se hizo entrega del cuadernillo informativo que consta de hoja informativa, consentimiento informado, datos sociodemográficos y obstétricos, Escala de Duelo Perinatal y Escala de Trauma de Davidson.

En los centros hospitalarios distintos del centro de trabajo de la investigadora principal, se contó con la colaboración desinteresada de matronas y matronas en formación que recibieron las oportunas indicaciones para la captación de las posibles participantes en el estudio y la posterior administración del cuadernillo de recogida de datos.

Las participantes contestaron de forma individual y sin límite de tiempo a cada uno de los ítems del cuestionario.

8.9. Aspectos éticos

Este trabajo cuenta con los informes favorables de Comité Ético de Experimentación de la Universidad de Málaga (CEUMA) y de Portal de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía (PEIBA) (Anexos 6 y 7).

El proyecto se llevó a cabo según las normas de la Buena Práctica Clínica y las disposiciones de la Declaración de Helsinki (Fortaleza, 2013), y las evidencias disponibles en cuanto a la atención a la pérdida gestacional o perinatal.

Se tuvo en cuenta su opinión o interés en participar, tal y como señala la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación.

Se ofreció la participación en el estudio a aquellas puérperas que cumplían los criterios de inclusión, informándoles de manera verbal y haciéndoles entrega de la hoja informativa (Anexo 8) y el consentimiento informado (Anexo 9), en el cual constan la finalidad del estudio, la voluntariedad y el anonimato, y el modo en el que se llevaría a cabo. Se contempló la posibilidad de abandonar el estudio si así lo desearan mediante la revocación del consentimiento informado (Anexo 10).

Durante la implementación de este proyecto se mantuvo en todo momento el anonimato de las participantes bajo la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal con el fin de no vulnerar los derechos de las participantes y proteger su intimidad y confidencialidad.

Para proteger la confidencialidad de la información personal de las participantes se aseguró que:

- Los datos identificativos de las pacientes estuvieron separados del resto de la información recogida en el cuadernillo.
- Cada participante fue identificada con un código con el que figura en las bases de datos.
- La información recogida se analizó siempre de forma agregada y nunca de manera individual.
- Todas las bases de datos del proyecto estuvieron protegidas mediante un código electrónico con único acceso por parte de la investigadora a fin de preservar la confidencialidad de los datos aportados por las participantes.

8.10. Análisis de los datos

Se realizó estadística descriptiva mediante análisis exploratorio y distribución de frecuencias, así como determinación de la normalidad de

variables mediante prueba de Kolmogorov-Smirnov y análisis de asimetría, curtosis e histogramas.

Se llevó a cabo análisis bivariante mediante pruebas de t de Student y Wilcoxon según la normalidad de las distribuciones, para evaluar las diferencias entre variables continuas por razón de voluntariedad de las pérdidas y para evaluar la relación de aparición de duelo perinatal y estrés postraumático con la edad materna, número de embarazos, número de pérdidas perinatales anteriores, semana de gestación en la que se produjo la pérdida, número de hijos vivos anteriores a la pérdida y tiempo transcurrido entre la pérdida perinatal y la consecución del embarazo posterior.

También se realizó prueba de Chi cuadrado para determinar la relación entre las variables cualitativas del estudio.

Para evaluar la relación entre el estrés postraumático y duelo perinatal, se procedió a realizar correlación de Spearman, con cálculo de intervalos de confianza al 95%.

Por último, se construyeron modelos de regresión logística multivariante para evaluar factores asociados a la aparición de duelo perinatal y estrés postraumático. Se calculó el estadístico de ajuste de Hosmer-Lemeshow y la capacidad de clasificación correcta.

También se realizaron análisis de potencia post-hoc para identificar posible error tipo II en las diferencias encontradas en el análisis bivalente del estrés postraumático con la edad, el número de embarazos, el número de pérdidas perinatales, la semana de la pérdida, el número de hijos y el tiempo transcurrido entre la pérdida y el embarazo posterior.

Todos los análisis se llevaron a cabo con el software SPSS 25, GPower y Epidat 4.1.

Capítulo 9. Resultados

Una vez realizados los análisis de los datos recogidos, se procede a mostrar los resultados obtenidos en base a los objetivos planteados.

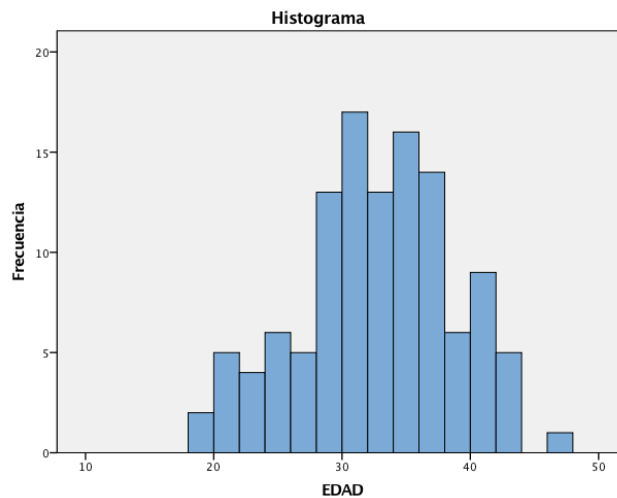
9.1. Características de la muestra

Con objeto de conseguir una aproximación lo más precisa posible de las características de la muestra de este estudio se lleva a cabo un análisis de la tendencia central, dispersión y forma de la distribución de cada una de las variables.

La muestra queda finalmente constituida por 115 cuestionarios cumplimentados por puérperas que han dado a luz en algún centro hospitalario público de la provincia que han sufrido una pérdida perinatal previa, tras depurar la base de datos correspondiente a los cuestionarios recibidos eliminando los casos erróneos.

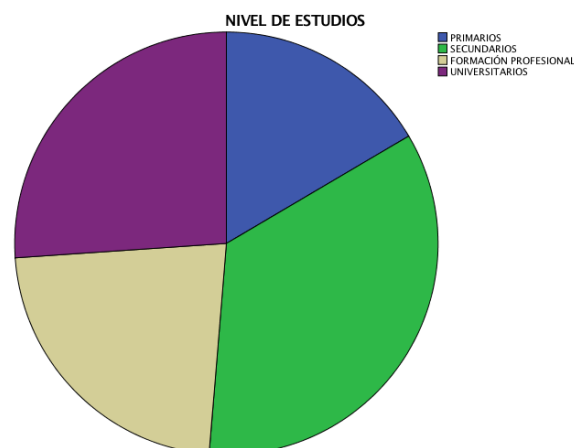
En el análisis de distribución de la muestra, según la edad, se observa que la edad media de la muestra es de 32.16 años (DT=5.94). El rango de edad se sitúa entre los 18 y los 46 años, concentrándose entre los 18-32 años con el 51.7% de los casos; el 91.4% tienen menos de 40 años, quedando un 8.6% de las participantes por encima de esta edad.

Gráfico 4: Histograma de la distribución de frecuencias de la edad.



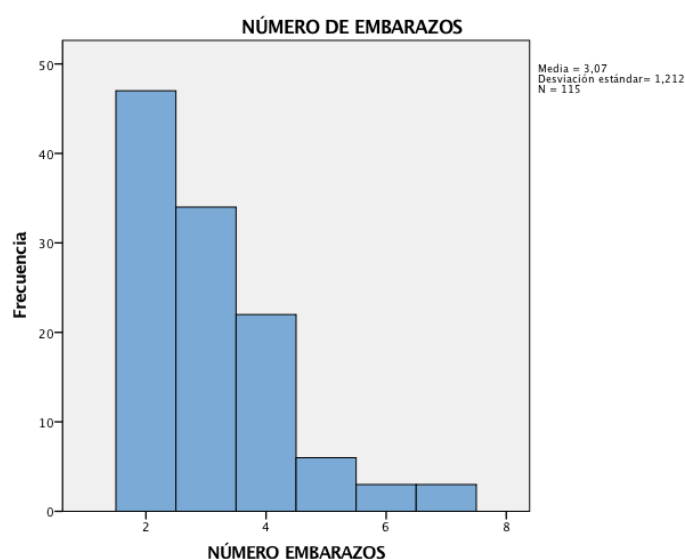
En cuanto al nivel de estudios, el porcentaje más alto de las participantes, un 34,8% cuenta con estudios secundarios, un 22,6% de ellas ha realizado estudios de formación profesional y un 26,1% tiene estudios universitarios mientras que un 16,5% solo cuenta con estudios primarios.

Gráfico 5: Nivel de estudios



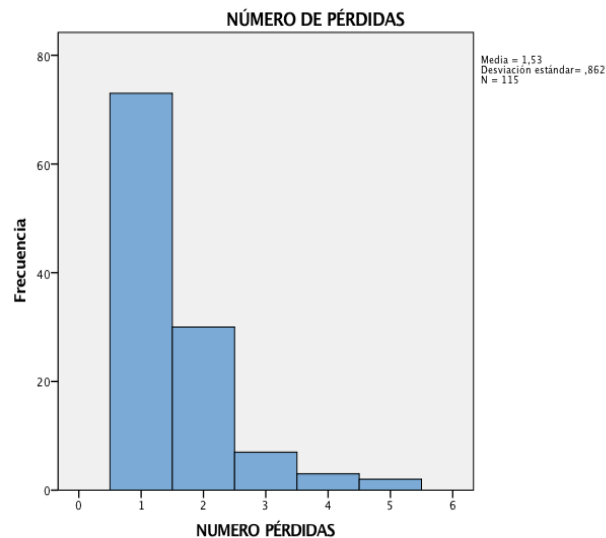
Respecto al número de embarazos, el rango oscila entre 2 y 7 embarazos, siendo la media de 3,07 (DT=1,212) embarazos por mujer. El 40,9% de las mujeres que han participado en este estudio solo habían tenido 2 embarazos, un 29,6% tenían 3 gestaciones, las mujeres que habían gestado 4 veces conforman el 19,1%, un 5,2% de las participantes habían tenido 5 embarazos y las mujeres con 6 y 7 gestaciones suponen un 2,6% en cada caso.

Gráfico 6: Número de embarazos



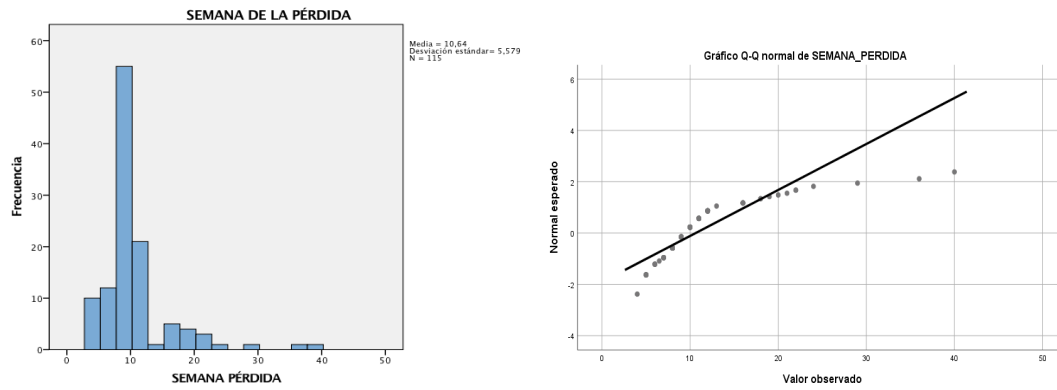
En lo que se refiere al número de pérdidas perinatales anteriores la cifra oscila entre 1 y 5, siendo la media 1,53 (DT=0,862). Un 63,5% de mujeres refieren una única pérdida perinatal anterior, un 26,1% notifican 2 pérdidas, un 6,1% citan 3 pérdidas el 2,6% 4 pérdidas y un 1,7% refiere hasta 5 pérdidas perinatales anteriores.

Gráfico 7: Número de pérdidas



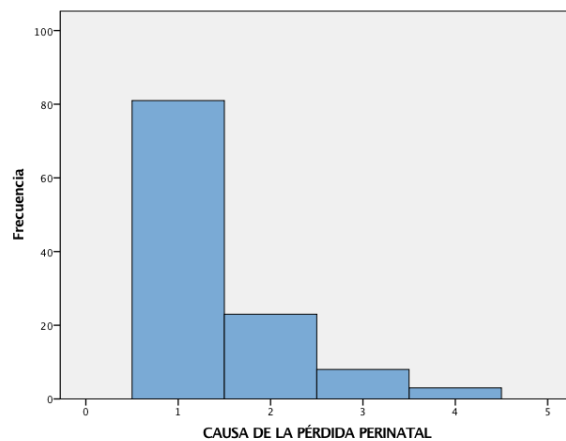
En cuanto a la semana de gestación en la que se produjo la pérdida perinatal anterior, el rango oscila entre las 4 y las 40 semanas de gestación, siendo la media 10,64 (DT=5,579) y produciéndose hasta un 85,2% de las pérdidas hasta la 12ª semana de embarazo. Las pérdidas hasta la 20ª semana de gestación conforman el 93,9% del total. Las pérdidas por encima de la semana 30 suponen un 1,8% de los datos.

Gráfico 8. Semana de gestación en la que se produjo la pérdida



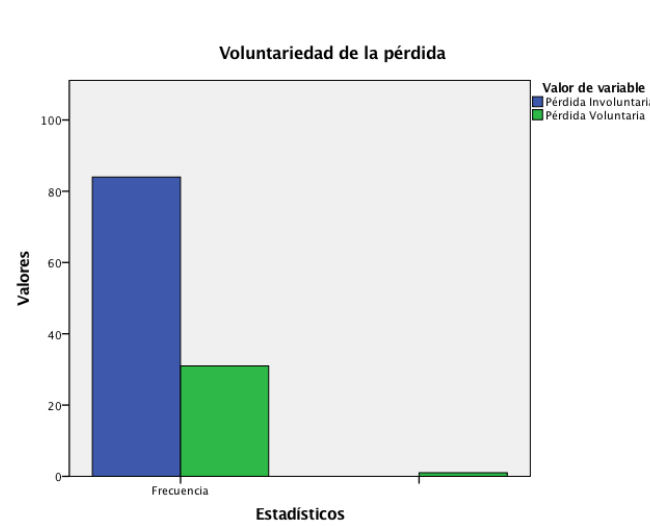
La causa de pérdida perinatal más frecuente fue el aborto, con un 70,4% de los casos; la interrupción voluntaria supuso el 20%, la interrupción por malformaciones un 7%, mientras que la muerte fetal conforma solo un 2,6% del total.

Gráfico 9. Causa de la pérdida



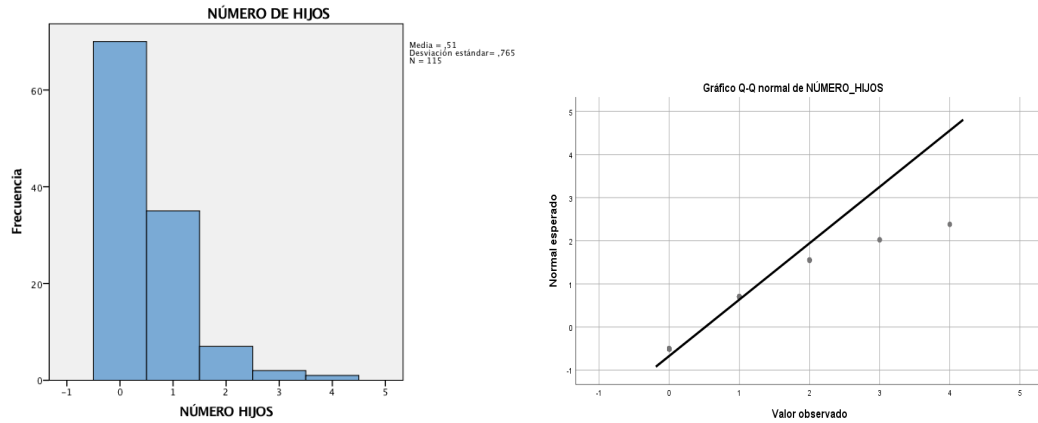
Se distinguió entre pérdidas gestacionales voluntarias (interrupción voluntaria e interrupción por anomalías fetales) y pérdidas gestacionales involuntarias (aborto y muerte fetal). El 73,04% de las pérdidas gestacionales de las participantes de este estudio fueron pérdidas involuntarias y el 26,96% fueron embarazos interrumpidos por voluntad de la gestante (Figura X).

Gráfico 10: Voluntariedad de la pérdida



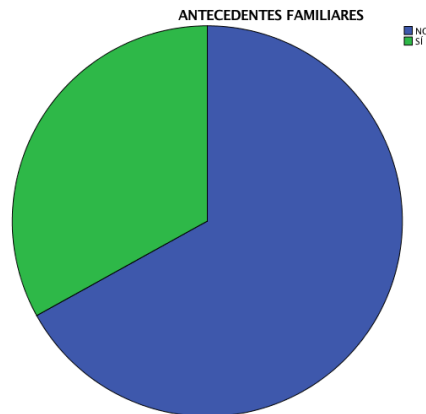
Respecto al número de hijos vivos, el rango oscilaba entre cero y cuatro. Un 60,9% de las mujeres encuestadas no tenían ningún hijo anterior a la pérdida gestacional. El 30,4% tenían un solo hijo, el 6,1% tenían dos hijos el 1,7% tenían 3 y el 0,9% tenían 4 hijos.

Gráfico 11: Número de hijos



Un 67% de las participantes refiere no conocer antecedentes familiares de pérdida perinatal, frente a un 33% que los reconoce.

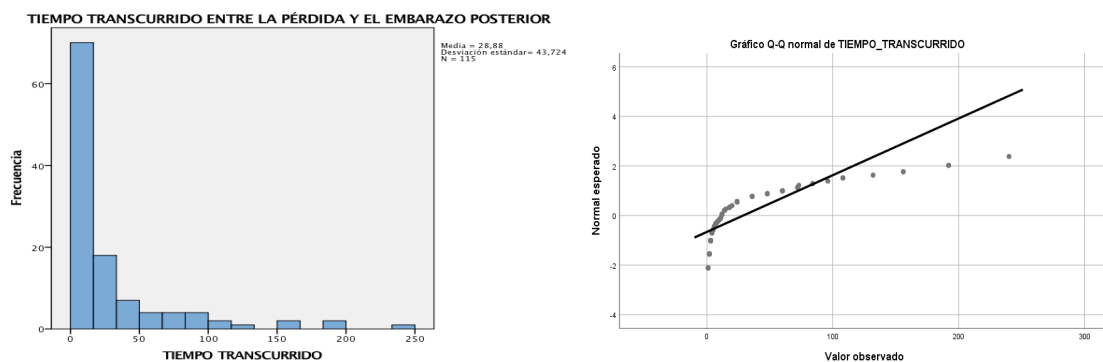
Gráfico 12: Antecedentes familiares



La medida de tiempo transcurrida en meses entre la pérdida perinatal y el embarazo posterior es de 28,88 (DT=43,724), oscilando el rango entre un mes y 20 años. El 35,7% de las participantes habían vuelto a quedarse embarazadas

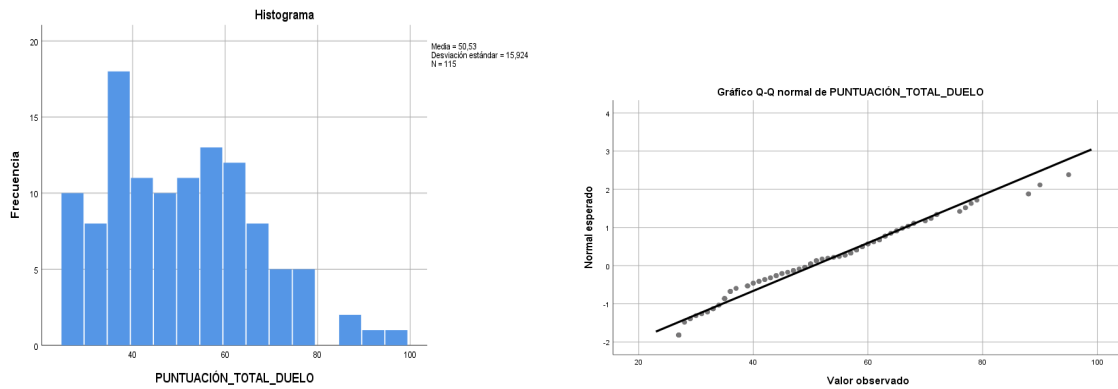
dentro de los 6 meses posteriores a la pérdida gestacional, el 56,5% dentro del primer año, y el 76,5% dentro de los dos años posteriores. Un 2,6% de las participantes volvieron a quedarse embarazadas 6 años después de la pérdida gestacional anterior, un 1,7% a los 8 años, y un 0,9% a los 20 años.

Gráfico 13: Tiempo transcurrido en meses entre la pérdida y el embarazo posterior



En cuanto a los resultados de la Escala de Duelo Perinatal la media en la puntuación obtenida entre las participantes es de 50,53 siendo la puntuación mínima 27 y la máxima 95.

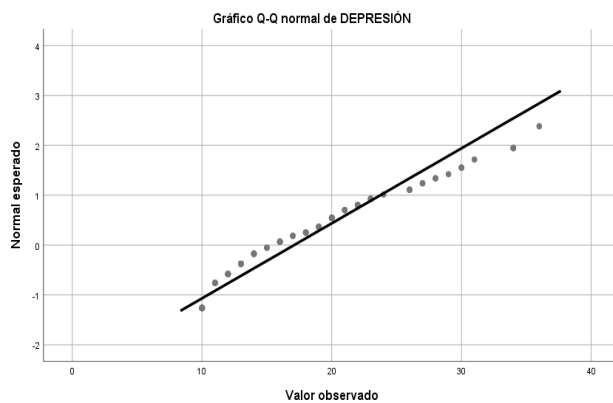
Gráfico 14: Puntuación total Escala Duelo Perinatal



Atendiendo a las subescalas de la Escala de Duelo Perinatal las puntuaciones son las siguientes:

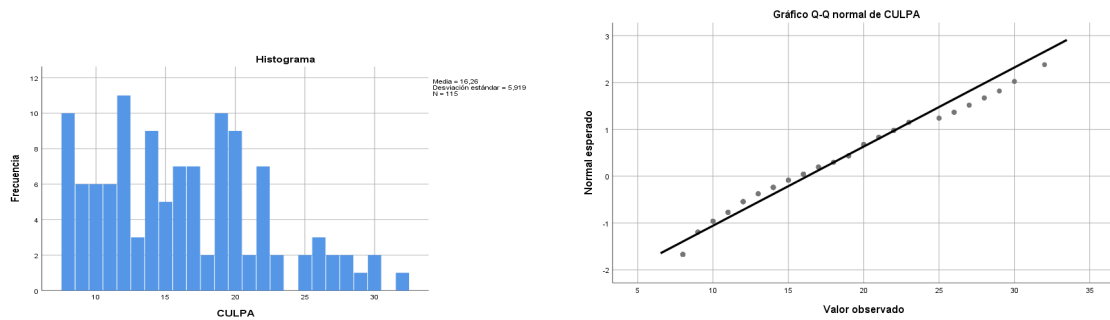
- Depresión: la puntuación mínima obtenida han sido 10 puntos y la máxima 36, encontrándose una media de 17,10

Gráfico 15. Puntuación subescala Depresión



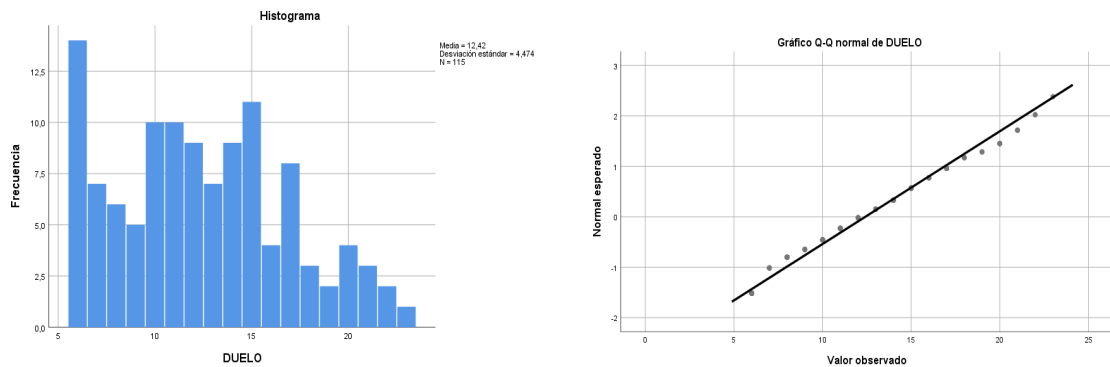
- Culpa: la media obtenida es de 16,26 puntos, siendo la puntuación mínima 8 y la máxima 32 puntos.

Gráfico 16: Puntuación subescala Culpa



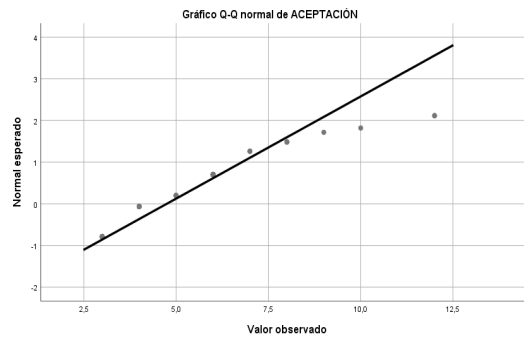
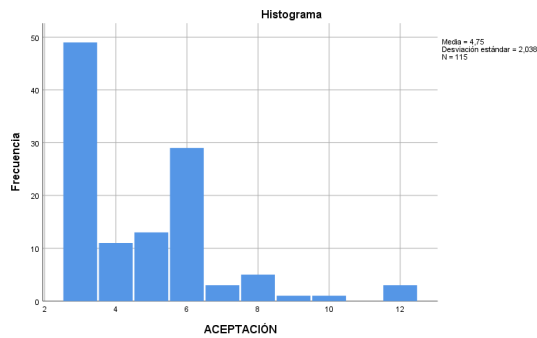
- Duelo: la puntuación mínima son 6 puntos y la máxima 23, con una media de 12,42 puntos.

Gráfico 17. Puntuación subescala Duelo



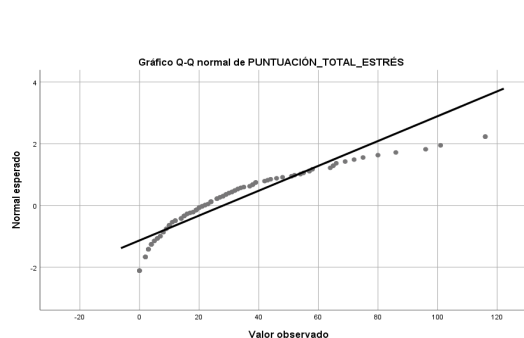
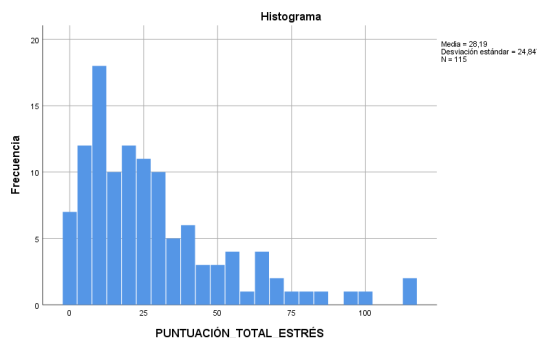
- Aceptación: la media son 4,75 puntos con una puntuación mínima de 3 y una puntuación máxima de 12.

Gráfico 18. Puntuación Subescala Aceptación



En cuanto a los resultados de la Escala de Trauma de Davidson, la media en la puntuación obtenida entre las participantes es de 28,19 con una puntuación mínima de 0 y una máxima de 116.

Gráfico 19. Puntuación total Escala Trauma de Davidson



Para interpretar de manera más precisa los resultados obtenidos con los instrumentos de medida específicos para el Duelo Perinatal y el TEPT, se tienen en cuenta además los indicadores de dispersión y forma. La desviación típica es una medida del grado de dispersión de los datos con respecto al valor promedio. En cuanto a los indicadores de forma, destaca el coeficiente de asimetría (As)

que permite conocer cómo se reparten los datos por encima y por debajo de la media.

Se puede observar (Tabla 21) que existe una alta dispersión de los datos tanto en las subescalas de la Escala de Duelo Perinatal (Depresión, Culpa, Duelo, Aceptación) como en la puntuación total de la Escala de Duelo Perinatal (DT=15,924) y de la Escala de Trauma de Davidson (TEPT), siendo la dispersión más acusada en esta última (DT=24,847), estos valores dan idea de la gran diversidad en las respuestas obtenidas.

En cuanto a la distribución de los datos alrededor de la media, el coeficiente de asimetría para las subescalas de Duelo (As=0,315) y Culpa (0,536) son los que más se aproximan a 0, es decir los datos para estas subescalas se distribuyen de manera más simétrica a ambos lados de la media, de igual forma que los datos de la puntuación total de la Escala de Duelo Perinatal (As=0,487). Los valores más elevados del coeficiente de Asimetría se encuentran en la subescala Aceptación (1,437) y en la puntuación total de la Escala de Trauma de Davidson (TEPT), lo que indica que los datos se acumulan entre los valores más bajos de las puntuaciones obtenidas para estos factores.

Tabla 21. Análisis descriptivo de las respuestas a las subescalas y escalas

	N	Min	Max	Med	DT	As	Ran Int
Depresión	115	10	36	17,10	6,648	0,913	9
Culpa	115	8	32	16,06	5,919	0,536	8
Duelo	115	6	23	12,42	4,474	0,315	6
Aceptación	115	3	12	4,75	2,038	1,437	9
Puntuación total Duelo	115	27	95	50,53	15,924	0,487	26
Puntuación Total TEPT	115	0	116	28,19	24,847	1,491	28

Se realizaron las pruebas no paramétricas de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk para comprobar si las variables se distribuyen de forma normal. La tabla 22 muestra que la única variable que sigue una distribución normal es la edad de las participantes.

Tabla 22. Pruebas de normalidad

Pruebas de normalidad						
	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Edad	,066	115	,200	,985	115	,251
Número de embarazos	,227	115	,000	,805	115	,000
Número de pérdidas	,366	115	,000	,652	115	,000
Semana de gestación de la pérdida	,256	115	,000	,722	115	,000
Número de hijos vivos	,357	115	,000	,678	115	,000
Tiempo transcurrido desde la pérdida	,310	115	,000	,634	115	,000
Subescala Depresión	,149	115	,000	,895	115	,000
Subescala Culpa	,103	115	,004	,953	115	,000
Subescala Duelo	,076	115	,095	,958	115	,001
Subescala Aceptación	,230	115	,000	,793	115	,000
Puntuación Total Escala Duelo Perinatal	,089	115	,026	,961	115	,002
Puntuación Total Escala Trauma Davidson	,141	115	,000	,860	115	,000

Se realizó una comparación entre las puntuaciones de las subescalas según la causa de la pérdida gestacional. La subescala Depresión muestra mayores puntuaciones medias entre las mujeres que han sufrido una interrupción voluntaria o una interrupción por malformaciones fetales. Entre las mismas se encuentran también las puntuaciones medias más altas en la subescala Culpa. La puntuación media más alta en las subescalas Duelo y Aceptación se encuentra entre las mujeres que interrumpieron su embarazo a causa de anomalías fetales. Las puntuaciones medias más bajas en las subescalas Depresión, Duelo y Culpa se encuentran entre las mujeres que han sufrido la muerte fetal del hijo que esperaban. La puntuación media más baja en la subescala Aceptación se encuentra entre las mujeres que han experimentado un aborto.

Tabla 23. Descriptivos diferenciados según causa de la pérdida gestacional

		N	Media	Desv. Desviación
DEPRESIÓN	Aborto	81	16,53	6,859
	IVE	23	18,43	6,244
	IM	8	19,75	5,849
	MF	3	15,33	4,726
	Total	115	17,10	6,648
	Modelo	Efectos fijos		
		Efectos aleatorios		
CULPA	ABORTO	81	15,51	5,878
	IVE	23	18,83	5,726
	IM	8	18,13	5,167
	MF	3	12,00	4,583
	Total	115	16,26	5,919
	Modelo	Efectos fijos		
		Efectos aleatorios		
DUELO	ABORTO	81	12,23	4,501
	IVE	23	12,26	4,092
	IM	8	15,25	4,166
	MF	3	11,00	7,000
	Total	115	12,42	4,474
	Modelo	Efectos fijos		
		Efectos aleatorios		
ACEPTACIÓN	ABORTO	81	4,60	2,023
	IVE	23	5,35	2,269
	IM	8	4,38	1,506
	MF	3	5,00	1,732
	Total	115	4,75	2,038
	Modelo	Efectos fijos		
		Efectos aleatorios		

Se realizó la Prueba de Homogeneidad de las varianzas mediante el Estadístico de Levene para evaluar la igualdad de las varianzas. Los resultados

obtenidos permiten asumir que no hay diferencias significativas entre las variaciones en la muestra.

Tabla 24. Prueba de homogeneidad de varianzas

		Estadístico de			
		Levene	gl1	gl2	Sig.
DEPRESIÓN	Se basa en la media	,831	3	111	,480
	Se basa en la mediana	,297	3	111	,828
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	,297	3	106,471	,828
	Se basa en la media recortada	,574	3	111	,633
CULPA	Se basa en la media	,435	3	111	,728
	Se basa en la mediana	,337	3	111	,799
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	,337	3	109,962	,799
	Se basa en la media recortada	,367	3	111	,777
DUELO	Se basa en la media	,633	3	111	,595
	Se basa en la mediana	,211	3	111	,889
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	,211	3	85,704	,889
	Se basa en la media recortada	,586	3	111	,625
ACEPTACIÓN	Se basa en la media	,262	3	111	,853
	Se basa en la mediana	,336	3	111	,799
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	,336	3	105,314	,799
	Se basa en la media recortada	,245	3	111	,865

Una vez analizados descriptivamente los resultados de las subescalas de la Escala de Duelo Perinatal (Depresión, Culpa, Duelo y Aceptación), se ha llevado

a cabo un análisis de varianza para un factor tipo ANOVA. Mediante esta prueba paramétrica se pretende conocer la existencia o no de diferencias significativas entre los grupos, es decir, si los grupos son homogéneos entre sí. Se tomará como criterio de significación estadística el valor $p=0,05$. Los hallazgos obtenidos (Tabla 23) demuestran que solo existen diferencias significativas en la subescala Culpa ($p=0,44$).

Tabla 25. Prueba de ANOVA

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
DEPRESIÓN	Entre grupos	132,756	3	44,252	,395	,395
	Dentro de grupos	4905,992	111	44,198		
	Total	5038,748	114			
CULPA	Entre grupos	279,748	3	93,249	,044	,044
	Dentro de grupos	3714,426	111	33,463		
	Total	3994,174	114			
DUELO	Entre grupos	73,487	3	24,496	,302	,302
	Dentro de grupos	2208,478	111	19,896		
	Total	2281,965	114			
ACEPTACIÓN	Entre grupos	11,237	3	3,746	,444	,444
	Dentro de grupos	462,450	111	4,166		
	Total	473,687	114			

Se realizó además una prueba robusta de igualdad de medias, la prueba de Brown-Forsythe. Esta prueba estadística es el resultado de un análisis de una

vía ordinaria de la varianza de las desviaciones absolutas de la mediana. En la tabla 24 se puede observar que la única escala que obtiene significación estadística es la Culpa.

Tabla 26. Pruebas robustas de igualdad de medias
Pruebas robustas de igualdad de medias

		Estadístico	gl1	gl2	Sig.
DEPRESIÓN	Brown-Forsythe	1,345	3	22,756	,285
CULPA	Brown-Forsythe	3,423	3	20,253	,037
DUELO	Brown-Forsythe	,883	3	5,852	,502
ACEPTACIÓN	Brown-Forsythe	1,085	3	18,848	,380

El análisis comparativo obtenido a través de la prueba de Games-Howell nos permite conocer de forma más detallada las diferencias observadas. Como se puede observar en la tabla 27 las diferencias entre los grupos no son significativas.

Tabla 27. Comparaciones múltiples

Variable dependiente		(I) MOTIVO	(J) MOTIVO	Diferencia de medias (I-J)	Desv. Error	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
							Límite inferior	Límite superior
DEPRESIÓN	Games-Howell	ABORTO	IVE	-1,904	1,509	,592	-5,95	2,15
			ILE	-3,219	2,204	,497	-10,10	3,66
			MAPE	1,198	2,833	,970	-15,62	18,02
		IVE	ABORTO	1,904	1,509	,592	-2,15	5,95
			ILE	-1,315	2,444	,948	-8,49	5,86
			MAPE	3,101	3,023	,750	-11,49	17,69
		ILE	ABORTO	3,219	2,204	,497	-3,66	10,10
			IVE	1,315	2,444	,948	-5,86	8,49
			MAPE	4,417	3,424	,609	-8,74	17,57
		MAPE	ABORTO	-1,198	2,833	,970	-18,02	15,62

(continúa)

CULPA			IVE	-3,101	3,023	,750	-17,69	11,49
			ILE	-4,417	3,424	,609	-17,57	8,74
	Games- Howell	ABORTO	IVE	-3,320	1,361	,087	-6,98	,34
			ILE	-2,619	1,940	,558	-8,69	3,45
			MAPE	3,506	2,725	,640	-13,17	20,19
		IVE	ABORTO	3,320	1,361	,087	-,34	6,98
			ILE	,701	2,182	,988	-5,67	7,08
			MAPE	6,826	2,903	,271	-7,57	21,22
		ILE	ABORTO	2,619	1,940	,558	-3,45	8,69
			IVE	-,701	2,182	,988	-7,08	5,67
			MAPE	6,125	3,215	,350	-6,81	19,06
		MAPE	ABORTO	-3,506	2,725	,640	-20,19	13,17
			IVE	-6,826	2,903	,271	-21,22	7,57
			ILE	-6,125	3,215	,350	-19,06	6,81
	ILE		-2,989	1,831	,632	-7,91	1,93	
	MAPE		1,261	2,738	1,000	-6,09	8,62	
	Games- Howell	ABORTO	IVE	-,026	,989	1,000	-2,68	2,63
			ILE	-3,015	1,556	,281	-7,91	1,88
			MAPE	1,235	4,072	,988	-26,05	28,52
		IVE	ABORTO	,026	,989	1,000	-2,63	2,68
			ILE	-2,989	1,702	,339	-8,04	2,06
			MAPE	1,261	4,131	,988	-24,82	27,34
		ILE	ABORTO	3,015	1,556	,281	-1,88	7,91
			IVE	2,989	1,702	,339	-2,06	8,04
			MAPE	4,250	4,302	,770	-19,23	27,73
		MAPE	ABORTO	-1,235	4,072	,988	-28,52	26,05
			IVE	-1,261	4,131	,988	-27,34	24,82
			ILE	-4,250	4,302	,770	-27,73	19,23
	Games- Howell	ABORTO	IVE	-,743	,524	,497	-2,16	,67
			ILE	,230	,578	,977	-1,55	2,01
			MAPE	-,395	1,025	,976	-6,79	6,00
		IVE	ABORTO	,743	,524	,497	-,67	2,16
			ILE	,973	,712	,535	-1,03	2,98
			MAPE	,348	1,106	,987	-5,01	5,71
		ILE	ABORTO	-,230	,578	,977	-2,01	1,55
			IVE	-,973	,712	,535	-2,98	1,03
MAPE			-,625	1,133	,940	-5,84	4,59	
MAPE		ABORTO	,395	1,025	,976	-6,00	6,79	
		IVE	-,348	1,106	,987	-5,71	5,01	
		ILE	,625	1,133	,940	-4,59	5,84	

9.2. Primer Objetivo Primario. Determinar la prevalencia de Duelo Perinatal en las puérperas que han dado a luz en los centros hospitalarios públicos de la provincia de Málaga tras una pérdida perinatal anterior.

Para determinar la prevalencia de Duelo Perinatal se ha establecido como punto de corte las puntuaciones superiores a 50 en la Escala de Duelo Perinatal. Como se puede comprobar en la tabla 28, la prevalencia de Duelo complicado es de un 46,1% de las participantes, frente a un 53,9% en las que no se identifica.

Tabla 28. Duelo Complicado

Duelo Complicado					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	62	53,9	53,9	53,9
	Sí	53	46,1	46,1	100,0
	Total	115	100,0	100,0	

9.2.1. Identificar posibles diferencias en la prevalencia de Duelo Perinatal en los diferentes tipos de pérdidas gestacionales.

La tabla 29 muestra los distintos porcentajes de Duelo Complicado según las diferentes causas de pérdida.

Entre las mujeres que han sufrido un aborto espontáneo el 40,7% presentan Duelo Complicado frente al 59,3% que no lo hace. Entre las mujeres que solicitaron una interrupción voluntaria del embarazo un 52,2% de mujeres muestran Duelo Complicado. Entre las mujeres que decidieron interrumpir sus embarazos a causa de anomalías fetales un 87,5% exhibe Duelo Complicado. Entre las participantes que sufrieron la muerte fetal del hijo que esperaban solo un 33,3% presenta Duelo Complicado.

Tabla 29. Duelo complicado según causa de la pérdida

			Duelo complicado		Total
			No	Sí	
CAUSA	Aborto	Recuento	48	33	81
		% dentro de Causa	59,3%	40,7%	100,0%
		% dentro de Duelo complicado	77,4%	62,3%	70,4%
		Residuo corregido	1,8	-1,8	
	Interrupción Voluntaria	Recuento	11	12	23
		% dentro de Causa	47,8%	52,2%	100,0%
		% dentro de Duelo complicado	17,7%	22,6%	20,0%
		Residuo corregido	-,7	,7	(continúa)
	Interrupción por Malformaciones	Recuento	1	7	8
		% dentro de Causa	12,5%	87,5%	100,0%
		% dentro de Duelo complicado	1,6%	13,2%	7,0%
		Residuo corregido	-2,4	2,4	
	Muerte fetal	Recuento	2	1	3
		% dentro de Causa	66,7%	33,3%	100,0%
		% dentro de Duelo complicado	3,2%	1,9%	2,6%
		Residuo corregido	,4	-,4	
Total		Recuento	62	53	115
		% dentro de Causa	53,9%	46,1%	100,0%
		% dentro de Duelo complicado	100,0%	100,0%	100,0%

9.2.2. Evaluar las posibles asociaciones de características sociodemográficas con el Duelo Perinatal.

La tabla 30 muestra las distintas prevalencias de duelo complicado según el máximo nivel de estudios completado. Entre las mujeres que únicamente cuentan con Estudios Primarios un 68,4% muestra Duelo Complicado, entre las participantes que han completado Estudios Secundarios un 42,5%, aquellas que han cursado estudios de Formación profesional se presenta en un 42,3% y entre las que han finalizado Estudios Universitarios un 40%.

Tabla 30. Duelo complicado según nivel de estudios

			Duelo complicado		Total
			No	Sí	
ESTUDIOS	PRIMARIOS	Recuento	6	13	19
		% dentro de ESTUDIOS	31,6%	68,4%	100,0%
		% dentro de Duelo complicado	9,7%	24,5%	16,5%
		Residuo corregido	-2,1	2,1	
	SECUNDARIOS	Recuento	23	17	40
		% dentro de ESTUDIOS	57,5%	42,5%	100,0%
		% dentro de Duelo complicado	37,1%	32,1%	34,8%
		Residuo corregido	,6	-,6	
	CICLO FORMATIVO	Recuento	15	11	26
		% dentro de ESTUDIOS	57,7%	42,3%	100,0%
		% dentro de Duelo complicado	24,2%	20,8%	22,6%
		Residuo corregido	,4	-,4	
	UNIVERSITARIOS	Recuento	18	12	30
		% dentro de ESTUDIOS	60,0%	40,0%	100,0%
		% dentro de Duelo complicado	29,0%	22,6%	26,1%
		Residuo corregido	,8	-,8	
Total		Recuento	62	53	115
		% dentro de ESTUDIOS	53,9%	46,1%	100,0%
		% dentro de Duelo complicado	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 31. Chi-cuadrado de Pearson

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,618	3	,202
Razón de verosimilitud	4,665	3	,198
Asociación lineal por lineal	2,497	1	,114
N de casos válidos	115		

Respecto a los antecedentes familiares, entre las mujeres que han reconocido antecedentes familiares de pérdida gestacional, presentan Duelo Complicado un 44,2%, frente al 55,8% que no lo muestran. Entre las participantes que no han referido conocer antecedentes familiares de pérdida gestacional la mitad de las participantes presenta Duelo Complicado frente al otro 50% que no lo hace.

Tabla 32. Duelo complicado según antecedentes familiares

		Duelo complicado			
		No	Sí	Total	
Antecedentes Familiares	NO	Recuento	43	34	77
		% dentro de Antecedentes Familiares	55,8%	44,2%	100,0%
		% dentro de Duelo complicado	69,4%	64,2%	67,0%
		Residuo corregido	,6	-,6	
		SI	Recuento	19	19
	% dentro de Antecedentes Familiares	50,0%	50,0%	100,0%	
	% dentro de Duelo complicado	30,6%	35,8%	33,0%	
	Residuo corregido	-,6	,6		
	Total	Recuento	62	53	115
		% dentro de Antecedentes Familiares	53,9%	46,1%	100,0%
% dentro de Duelo complicado		100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 33. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,350	1	,554		
Corrección de continuidad	,154	1	,695		
Razón de verosimilitud	,349	1	,555		
Prueba exacta de Fisher				,691	,347
Asociación lineal por lineal	,347	1	,556		
N de casos válidos	115				

Análisis Bivariante

En el análisis bivariante se realizó t de Student y Wilcoxon según la normalidad de las distribuciones para evaluar la relación de aparición de Duelo Complicado.

Como se observa en la tabla 34, la media de edad en el grupo de mujeres que muestra Duelo Complicado es casi dos puntos más alta. En el caso del tiempo en meses transcurrido entre la pérdida gestacional y el embarazo posterior la media es inferior en el grupo que presenta Duelo Complicado en casi ocho meses.

Tabla 34. Estadísticas de grupo

	N		Media		Desv. Desviación	
	Duelo complicado		Duelo complicado		Duelo complicado	
	No	Sí	No	Sí	No	Sí
Edad	62	53	31,37	33,08	5,968	5,844
Número de embarazos	62	53	2,95	3,21	1,122	1,306
Número de pérdidas	62	53	1,44	1,64	,802	,922
Semana de la pérdida	62	53	10,36	10,96	5,912	5,200
Número de hijos vivos	62	53	,52	,51	,741	,800
Tiempo transcurrido desde la pérdida	62	53	32,37	24,79	51,378	32,604

En la tabla 35 se puede observar que no existe significación estadística para ninguna de estas variables.

Tabla 35. Estadísticos de prueba

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintótica(bilateral)
Edad	1418,000	3371,000	-1,265	,206
Número de embarazos	1470,000	3423,000	-1,024	,306
Número de pérdidas	1424,500	3377,500	-1,439	,150
Semana de la pérdida	1523,000	3476,000	-,678	,498
Número de hijos vivos	1611,500	3042,500	-,205	,838
Tiempo transcurrido desde la pérdida	1453,500	3406,500	-1,066	,286

En cuanto a las subescalas de la Escala de Duelo Perinatal (Depresión, Culpa, Duelo Activo y Aceptación) se relacionaron con la voluntariedad de la pérdida. Se puede objetivar (Tabla 36) que la media es más alta para todas las subescalas en el grupo de mujeres cuya gestación se interrumpió de forma voluntaria. Las diferencias más acusadas se encuentran en la subescala Depresión cuya media es más de dos puntos más alta en el grupo de las pérdidas voluntarias y la subescala Culpa que es más de tres puntos más alta en el mismo grupo.

Tabla 36. Estadísticas de grupo

	N		Media		Desv. Desviación	
	Voluntariedad pérdida		Voluntariedad pérdida		Voluntariedad pérdida	
	Involuntaria	Voluntaria	Involuntaria	Voluntaria	Involuntaria	Voluntaria
Depresión	84	31	16,49	18,77	6,778	6,076
Culpa	84	31	15,38	18,65	5,851	5,511
Duelo Activo	84	31	12,19	13,03	4,556	4,254
Aceptación	84	31	4,62	5,10	2,005	2,119

Realizadas las pruebas U de Mann Whitney y W de Wilcoxon se comprueba que existe significación estadística para los resultados de la subescala de Depresión y Culpa.

Tabla 37. Estadísticos de prueba

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintótica(bilateral)
Depresión	976,000	4546,000	-2,066	,039
Culpa	850,500	4420,500	-2,852	,004
Duelo	1126,000	4696,000	-1,113	,266
Aceptación	1113,000	4683,000	-1,253	,210

Análisis Multivariante

En el análisis multivariante se realizó una regresión logística, siendo la variable dependiente el duelo complicado. El duelo complicado presenta dos categorías: existencia de duelo complicado o ausencia de duelo complicado

Tabla 38. Resumen del modelo

Paso	Logaritmo de la verosimilitud -2	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	147,804	,091	,121

La tabla 37, la R cuadrado de Cox y Snell indica que el 91% de la variabilidad en la existencia o no de duelo complicado, es debido a la relación de

esta variable con la variable independiente. Según el coeficiente de Nagelkerke este porcentaje sería de 12,1%.

El test de Hosmer-Lemeshow muestra un modelo adecuado en un 70,6%.

En la tabla de clasificación el modelo ajusta al 63,5%.

Tabla 39. Tabla de clasificación

	Observado		Pronosticado		
			Duelo complicado		Porcentaje correcto
			No	Sí	
Paso 1	Duelo complicado	No	48	14	77,4
		Sí	28	25	47,2
	Porcentaje global				63,5

La probabilidad de duelo complicado aumenta significativamente en relación a la edad, a la voluntariedad de la pérdida y al tiempo transcurrido entre la pérdida gestacional y el embarazo posterior. Es más probable sufrir duelo complicado 1,07 veces en las mujeres de mayor edad y 3,65 veces si la pérdida es voluntaria.

Tabla 40. Modelo de regresión logística multivariante para determinar el riesgo de desarrollar duelo perinatal ajustado por edad, tiempo transcurrido y voluntariedad de la pérdida:

	B	Sig.	OR	IC95%OR	
				Inferior	Superior
Edad	0,07	0,047	1,07	1,00	1,15
Pérdida voluntaria	1,29	0,009	3,65	1,39	9,61
Tiempo transcurrido	-0,01	0,076	0,99	0,98	1,00
Hosmer-Lemeshow: $\chi^2=5,47$, $p=0,706$; capacidad de clasificación correcta: 63,5%					

9.3. Segundo Objetivo Primario. Determinar la prevalencia de Trastorno de Estrés Postraumático en las puérperas que han dado a luz en los centros hospitalarios públicos de la provincia de Málaga tras una pérdida perinatal anterior.

Para determinar la prevalencia de Trastorno de Estrés Postraumático se ha establecido como punto de corte las puntuaciones superiores a 40 en la Escala de Trauma de Davidson. Como se puede comprobar en la tabla 41, la prevalencia de TEPT es de un 21,7% de las participantes, frente a un 78,3% en las que no se identifica.

Tabla 41. Prevalencia de Trastornos de Estrés Postraumático

TEPT					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	90	78,3	78,3	78,3
	Sí	25	21,7	21,7	100,0
	Total	115	100,0	100,0	

9.3.1. Identificar posibles diferencias en la prevalencia de TEPT en los diferentes tipos de pérdidas gestacionales.

La tabla 42 muestra los distintos porcentajes de TEPT según las diferentes causas de pérdida.

Entre las mujeres que han sufrido un aborto espontáneo el 19,8% presentan TEPT frente al 80,2% que no lo hace. Entre las mujeres que solicitaron una interrupción voluntaria del embarazo solo un 17,4% de mujeres muestran TEPT. Entre las mujeres que decidieron interrumpir sus embarazos a causa de anomalías fetales un 37,5% exhibe TEPT. Entre las participantes que sufrieron la muerte fetal del hijo que esperaban un 66,7% presenta TEPT.

Tabla 42. TEPT complicado según causa de la pérdida

			TEPT		Total
			No	Sí	
Causa	ABORTO	Recuento	65	16	81
		% dentro de Causa	80,2%	19,8%	100,0%
		% dentro de TEPT	72,2%	64,0%	70,4%
	Interrupción Voluntaria	Recuento	19	4	23
		% dentro de Causa	82,6%	17,4%	100,0%
		% dentro de TEPT	21,1%	16,0%	20,0%
	Interrupción por malformacion es	Recuento	5	3	8
		% dentro de Causa	62,5%	37,5%	100,0%
		% dentro de ETPT	5,6%	12,0%	7,0%
	Muerte fetal	Recuento	1	2	3
		% dentro de Causa	33,3%	66,7%	100,0%
		% dentro de ETPT	1,1%	8,0%	2,6%
Total		Recuento	90	25	115
		% dentro de Causa	78,3%	21,7%	100,0%
		% dentro de ETPT	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,171 ^a	3	,160
Razón de verosimilitud	4,259	3	,235
Asociación lineal por lineal	2,912	1	,088
N de casos válidos	115		

a. 3 casillas (37,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,65.

9.3.2. Evaluar las posibles asociaciones de características sociodemográficas con el Trastorno de Estrés Postraumático.

La tabla 43 muestra las distintas prevalencias de TEPT según el máximo nivel de estudios completado. Entre las mujeres que únicamente cuentan con Estudios Primarios un 26,3% muestra TEPT, entre las participantes que han completado Estudios Secundarios un 15%, aquellas que han cursado estudios de Formación Profesional se presenta en un 23,1% y entre las que han finalizado Estudios Universitarios un 26,7%.

Tabla 43. TEPT según nivel de estudios

		TEPT		Total	
		No	Sí		
ESTUDIOS	PRIMARIOS	Recuento	14	5	19
		% dentro de ESTUDIOS	73,7%	26,3%	100,0%
		% dentro de TEPT	15,6%	20,0%	16,5%
	SECUNDARIOS	Recuento	34	6	40
		% dentro de ESTUDIOS	85,0%	15,0%	100,0%
		% dentro de TEPT	37,8%	24,0%	34,8%
	CICLO FORMATIVO	Recuento	20	6	26
		% dentro de ESTUDIOS	76,9%	23,1%	100,0%
		% dentro de TEPT	22,2%	24,0%	22,6%
	UNIVERSITARIOS	Recuento	22	8	30
		% dentro de ESTUDIOS	73,3%	26,7%	100,0%
		% dentro de TEPT	24,4%	32,0%	26,1%
Total		Recuento	90	25	115
		% dentro de ESTUDIOS	78,3%	21,7%	100,0%
		% dentro de TEPT	100,0%	100,0%	100,0%

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,757 ^a	3	,624
Razón de verosimilitud	1,822	3	,610
Asociación lineal por lineal	,274	1	,601
N de casos válidos	115		

a. 1 casillas (12,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,13.

En lo que se refiere a los antecedentes familiares, entre las mujeres que han reconocido antecedentes familiares de pérdida gestacional, presentan TEPT un 18,4%, frente al 81,6% que no lo muestran. Entre las participantes que no han referido conocer antecedentes familiares de pérdida gestacional un 23,4% de las participantes presenta Duelo Complicado frente al 76,6% que no lo hace.

Tabla 44. TEPT según antecedentes familiares

			TEPT		Total
			No	Sí	
Antecedentes familiares	NO	Recuento	59	18	77
		% dentro de Antecedentes familiares	76,6%	23,4%	100,0%
		% dentro de TEPT	65,6%	72,0%	67,0%
	SI	Recuento	31	7	38
		% dentro de Antecedentes familiares	81,6%	18,4%	100,0%
		% dentro de TEPT	34,4%	28,0%	33,0%
Total		Recuento	90	25	115
		% dentro de Antecedentes familiares	78,3%	21,7%	100,0%
		% dentro de TEPT	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 45. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,367 ^a	1	,545		
Corrección de continuidad ^b	,134	1	,715		
Razón de verosimilitud	,375	1	,540		
Prueba exacta de Fisher				,635	,363
Asociación lineal por lineal	,364	1	,546		
N de casos válidos	115				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8,26.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Análisis Bivariante

En el análisis bivariante se realizó t de Student y Wilcoxon según la normalidad de las distribuciones, para evaluar las diferencias entre variables continuas por razón de voluntariedad de las pérdidas y para evaluar la relación de aparición de TEPT.

Como se puede observar en la tabla 46, la media de edad en el grupo de mujeres que muestra TEPT es más de tres puntos mayor. En cuanto a la media del número de embarazos también es más de medio punto superior en el grupo que presenta TEPT. Igualmente, la media de número de pérdidas es casi un punto más alta entre el grupo de mujeres en las que se observa TEPT. La media

de la semana de embarazo en la que se produjo la pérdida es dos puntos más alta en el grupo de mujeres que padecen TEPT, aunque con una dispersión bastante elevada (DT=8,969). En cuanto al tiempo transcurrido desde la pérdida gestacional hasta el embarazo posterior es inferior en más de ocho puntos en el grupo que presenta TEPT.

Tabla 46. Estadísticas de grupo

	N		Media		Desv. Desviación	
	ETPT		ETPT		ETPT	
	No	Sí	No	Sí	No	Sí
Edad	90	25	31,49	34,56	5,987	5,229
Número de embarazos	90	25	2,90	3,68	1,006	1,651
Número de pérdidas	90	25	1,37	2,12	,626	1,269
Semana de la pérdida	90	25	10,02	12,88	4,046	8,969
Número de hijos	90	25	,51	,52	,707	,963
Tiempo transcurrido	90	25	30,76	22,12	47,835	23,123

Como se constata en la Tabla 47, la edad, el número de embarazos y el número de pérdidas gestacionales obtienen significación estadística.

Tabla 47. Estadísticos de prueba

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintótica(bilateral)
Edad	806,000	4901,000	-2,167	,030
Número de embarazos	827,000	4922,000	-2,131	,033
Número de pérdidas	723,000	4818,000	-3,199	,001
Semana de la pérdida	1044,000	5139,000	-,553	,580
Número de hijos	1051,500	1376,500	-,577	,564
Tiempo transcurrido	1000,500	5095,500	-,846	,397

Análisis Multivariante

En el Análisis Multivariante se realizó una regresión logística binaria siendo la variable dependiente el Trastorno de Estrés Postraumático. El Trastorno de Estrés Postraumático presenta dos categorías: presencia o no de TEPT.

La R cuadrado de Cox y Snell (Tabla X) muestra que el 12,3% de la variabilidad en la presencia o no de Trastorno de Estrés Postraumático, se debe a la relación de esta variable con las variables independientes que son la edad, la voluntariedad de la pérdida, el número de embarazos y el número de pérdidas. Según el coeficiente de Nagelkerke este porcentaje sería de 19% (Tabla 48).

Tabla 48. Resumen del modelo

Paso	Logaritmo de la verosimilitud -2	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	105,285	,123	,190

El test de Hosmer-Lemeshow muestra un modelo adecuado en un 33,4% (p=0,334). En la tabla 49 de clasificación el modelo ajusta al 80,9%

Tabla 49. Tabla de clasificación

Observado	Pronosticado		Porcentaje correcto
	ETPT No	ETPT Sí	
Paso 1 ETPT No	87	3	96,7
ETPT Sí	19	6	24,0
Porcentaje global			80,9

La probabilidad de trastorno de estrés postraumático aumenta significativamente en relación al número de pérdidas. Es 2,55 veces más probable padecer TEPT cuanto mayor sea el número de pérdidas gestacionales sufridas. El número de pérdidas gestacionales sufridas se presenta como un predictor independiente (Tabla 50).

Tabla 50. Modelo de regresión logística para identificar riesgo de estrés post-traumático, ajustado por edad, voluntariedad de la pérdida, número de embarazos y número de pérdidas.

	B	Sig.	OR	IC95%OR	
				Inferior	Superior
Edad	0,06	0,228	1,06	0,96	1,16
Voluntariedad de la pérdida	0,47	0,390	1,61	0,55	4,74
Número de embarazos	-0,12	0,702	0,89	0,48	1,63
Número de pérdidas	0,94	0,027	2,55	1,11	5,85

Hosmer-Lemeshow: $\chi^2=9,12$, $p=0,334$; capacidad de clasificación correcta: 80,9%

9.4. Tercer Objetivo Primario: Determinar la relación entre los puntajes de Duelo Perinatal y Trastorno de Estrés Postraumático.

Para dar respuesta al tercer y último objetivo de esta investigación se procedió a realizar correlación de Spearman, con cálculo de intervalos de confianza al 95% (Tabla 51).

Tabla 51. Estadísticos descriptivos

	Media	Desv. Desviación	N
TEPT	28,19	24,847	115
DUELO	50,53	15,924	115

Se obtiene una correlación estadísticamente significativa entre el Duelo Complicado y el Trastorno de Estrés Postraumático.

Tabla 52. Correlación

Variable	Variable2	Correlation	Statistic		UpperC.I.	p
			Count	Lower C.I.		
DUELO	TEPT	,614	115	,485	,716	<0.001

ANOVA						
Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	26513,784	1	26513,784	68,300	,000
	Residuo	43866,008	113	388,195		
	Total	70379,791	114			

Capítulo 10. Discusión

A lo largo del presente capítulo se expondrá la discusión de los resultados obtenidos. Para facilitar su lectura se procederá a la exposición siguiendo el orden de los objetivos planteados.

Los resultados obtenidos serán comparados con los resultados de estudios similares existentes.

10.1. Prevalencia de Duelo Perinatal en las puérperas que han dado a luz en los centros hospitalarios públicos de la provincia de Málaga tras una pérdida perinatal anterior.

Los resultados obtenidos en relación a la existencia de Duelo Complicado muestran que se trata de una circunstancia bastante común entre las mujeres que han sufrido una pérdida gestacional previa. El 46,1% de las participantes de este estudio presentaban esta característica. Estos datos son notablemente más elevados que los que se hallan en la literatura existente, que oscilan entre un 25-30% (Heazell et al., 2016; Kersting & Wagner, 2012). Este trabajo es innovador a la hora de incluir diferentes tipos de pérdidas gestacionales: abortos, interrupciones voluntarias, interrupciones por anomalías fetales y muerte fetal.

La inclusión de estas diferentes circunstancias puede ser el motivo por el que esta cifra se vea aumentada.

No se han encontrado diferencias significativas en cuanto al tipo de pérdida gestacional, coincidiendo con los resultados de Abajobir et al. (2017); Hutti et al. (2017), y Ridaura et al. (2017). Sin embargo, los resultados muestran un mayor porcentaje de Duelo Complicado entre las mujeres que han sufrido un aborto, cifras superiores a las encontradas en las mujeres que han experimentado la muerte fetal de la criatura que esperaban. Se puede atribuir al hecho de que el aborto es una pérdida ilegítima, no reconocida, y minimizada socialmente. Si los rituales en torno a la muerte fetal son escasos, en el caso del aborto son inexistentes. No existe forma pública de manifestar la pérdida de un bebé abortado, ni rituales de consuelo, ni formas socialmente aceptadas para manejar este tipo de duelo (Layne, 2014). A menudo se infravaloran los efectos de los abortos en las mujeres y sus parejas. Neugebauer et al. (1992) identificó que las mujeres que habían sufrido abortos espontáneos experimentaron cuatro veces más síntomas psicológicos a lo largo de su vida en comparación que aquellas que no habían perdido ningún embarazo. La intensidad de la pena depende de la percepción de la mujer sobre su propio embarazo y sobre el significado que le otorgue al mismo (Neimeyer, 2009; Wallerstedt & Higgins, 1994). Otra particularidad del aborto espontáneo es que se trata de un evento inesperado e inexplicable, algunas mujeres buscan desesperadamente una explicación, cuando simplemente no existe (Frost et al., 2007). Kersting & Wagner, (2012) concluyen que las mujeres que han perdido un embarazo en una

etapa temprana pueden presentar síntomas de duelo similares a los de las mujeres que lo hacen en una etapa más avanzada de su gestación.

La proporción más elevada de Duelo Complicado se ha encontrado entre las mujeres que tomaron la decisión de interrumpir su embarazo a causa de anomalías fetales. Estos resultados concurren con la mayoría de estudios similares. Cuando se diagnostica una anomalía fetal, las opciones terapéuticas disponibles son limitadas, en particular para anomalías cromosómicas o malformaciones anatómicas graves, y muchas parejas eligen la terminación de los embarazos deseados y planificados después del diagnóstico. Debido a que una mujer puede sentirse responsable por la muerte de su hijo cuando toma la decisión activa de interrumpir el embarazo, es posible que esta interrupción pueda causar secuelas psicológicas más graves a largo plazo que una pérdida perinatal involuntaria. Una mujer que sufre un aborto espontáneo o la muerte fetal del bebé que espera no ha tomado la decisión de interrumpir el embarazo por sí misma y, en teoría, esto puede ser beneficioso para su respuesta al dolor (Salvesen, Øyen, Schmidt, Malt, & Eik-Nes, 1997).

Un 52% de las puérperas de este estudio que habían solicitado la interrupción voluntaria del embarazo anterior presentan Duelo Complicado. Las secuelas psicológicas de las interrupciones voluntarias del embarazo están ampliamente estudiadas: se han identificado mayor riesgo de pérdida de autoestima, mayor riesgo de abuso de sustancias, mayor riesgo de depresión y

ansiedad, e ideación suicida en estudios que han comparado las consecuencias a largo plazo del aborto y la interrupción voluntaria del embarazo. Casi el 10% de la incidencia de problemas de salud mental es atribuible a las interrupciones voluntarias del embarazo (Bellieni, 2013; Coleman, 2011). Se ha demostrado que las interrupciones voluntarias pueden conllevar un sufrimiento psicológico más intenso que el aborto espontáneo. En el primer caso se trata de un acto voluntario, en el que las mujeres son conscientes de que la finalización de la gestación fue la consecuencia de su decisión, por lo tanto, pueden experimentar culpa, autocrítica, o baja autoestima como forma de autorrecriminación (Coleman, 2009). En contraposición al duelo ocasionado por una pérdida involuntaria, que tiende a disminuir con el tiempo, el duelo en la interrupción voluntaria tiende a empeorar con el tiempo, a medida que tienen hijos (Bradley, 1984).

En las últimas décadas se están reconociendo los efectos de la muerte fetal y neonatal: las instituciones brindan apoyo, sostén y comprensión a los padres deudos, se facilitan los rituales asociados a la pérdida perinatal y se ofrece asistencia psicológica. Sin embargo, el resto de pérdidas gestacionales no merecen atención a pesar de las secuelas psicológicas que pueden producir (Callister, 2006).

No se han encontrado diferencias significativas en cuanto a la edad gestacional a la que se produjo la pérdida gestacional anterior. Estos resultados son afines a los obtenidos en estudios anteriores que no encontraron aumento

en los niveles de duelo a mayor edad gestacional (Kersting & Wagner, 2012, Klier, Geller, & Ritsher, 2002, Neugebauer, 1992).

Tampoco se hallaron diferencias de Duelo Complicado entre las mujeres que tenían hijos vivos antes de la pérdida gestacional y las que no. Estos hallazgos difieren con estudios anteriores que hallaron niveles de duelo significativamente más altos entre aquellas mujeres que no tenían hijos (Adolfsson, Berterö, & Larsson, 2006; Neugebauer et al., 1992; Tseng, Cheng, Chen, Yang, & Cheng, 2017).

En contraposición a la mayoría de estudios revisados (Beutel, Deckardt, Von Rad, & Weiner, 1995; Claudia M. Klier, Geller, & Neugebauer, 2000; Prettyman, Cordle, & Cook, 1993; Ridaura et al., 2017) sí se han encontrado diferencias significativas en relación a la edad materna, se hallan niveles más elevados de Duelo Complicado a mayor edad de la madre. Los hallazgos de este estudio concurren con los de Abajobir et al., (2017) que obtuvo resultados similares en relación a la edad materna.

En cuanto a los análisis de las subescalas los resultados de la subescala de Depresión y Culpa muestran niveles significativamente más altos en el caso de las pérdidas voluntarias.

En general, las pérdidas gestacionales empujan a las mujeres a “desarrollar una visión que desarrolla el conocimiento científicamente imperfecto y a aceptar la aleatoriedad y la arbitrariedad de la vida” (Frost et al., 2007).

10.2. Prevalencia de Trastorno de Estrés Postraumático en las puérperas que han dado a luz en los centros hospitalarios públicos de la provincia de Málaga tras una pérdida perinatal anterior.

La cifra de TEPT en la muestra estudiada es de un 21,7%. Estos resultados coinciden con los del estudio realizado por Turton et al. (2001).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación de la Escala de Trauma de Davidson entre los distintos tipos de pérdidas. Estos resultados están en consonancia con los hallazgos de Hutti et al., (2015)

Existen diferencias, aunque no estadísticamente significativas, en cuanto a la semana de gestación en la que se produjo la pérdida y en cuanto al tiempo transcurrido desde la pérdida gestacional hasta el embarazo posterior. Similares resultados obtuvo la revisión realizada por Daugirdaitė et al. (2015) que encontraron que la duración de la edad gestacional se asocia con una mayor probabilidad de diagnóstico de TEPT y con los resultados del estudio Turton et

al. (2001), que hallaron mayor riesgo de padecer TEPT durante el embarazo, cuando este se lograba poco tiempo después de una pérdida gestacional.

Estos resultados pueden explicarse por el hecho de que a mayor edad gestacional más invasivas deben ser las técnicas utilizadas en la finalización de la gestación, sea la misma voluntaria o no. Por otra parte, cuando las pérdidas gestacionales son tempranas, no se suele ofrecer la posibilidad de contemplar a los padres el producto de la gestación, sin embargo, a mayor edad gestacional, es frecuente que esta opción sea incluso solicitada por los propios padres. Turton et al., 2001) advierten del mayor riesgo de padecer TEPT cuando se anima a los padres a observar y sostener al bebé fallecido. En un trabajo más reciente, Redshaw, Hennegan, & Henderson, (2016) informan del impacto negativo para la salud mental de la madre de contemplar tras el parto a su hijo muerto.

En cuanto al tiempo transcurrido entre la pérdida gestacional y el embarazo posterior, Yehuda & McFarlane (1995) demuestran que en la mayoría de los casos los síntomas de TEPT se resuelven después de 2-3 años del evento traumático. Sin embargo, Hughes, Turton, & Evans (1999) sostienen que la mitad de las mujeres que sufren una pérdida gestacional, conciben de nuevo dentro de los siguientes 12 meses; en el presente estudio el 56,5% de las participantes de este estudio habían vuelto a concebir dentro de los doce meses siguientes a la pérdida gestacional previa.

Es posible que el embarazo funcione como estresor, al reactivar la vivencia y ponga a la mujer en situación de vulnerabilidad para padecer TEPT (Turton et al., 2001). Además, Hill, DeBackere, & Kavanaugh (2008) observaron un aumento en la presencia de trastorno de estrés postraumático cuando había un corto espacio de tiempo entre la pérdida y el embarazo posterior, en consonancia con los resultados hallados en este estudio.

Por otra parte, se han hallado diferencias significativas en cuanto al número de embarazos y el número de pérdidas gestacionales. El número de pérdidas gestacionales aumenta significativamente el riesgo de padecer TEPT, estos resultados coinciden con los de Giannandrea, Cerulli, Anson, & Chaudron (2013) que encontraron que las mujeres con múltiples pérdidas tenían más probabilidades de ser diagnosticadas con depresión mayor y/o TEPT que las mujeres con antecedentes de una única pérdida gestacional.

10.3. Relación entre los puntajes de Duelo Perinatal y Trastorno de Estrés Postraumático.

Los resultados obtenidos muestran que existe una correlación estadísticamente significativa entre el Duelo Complicado y el Trastorno de Estrés Postraumático. Estos resultados coinciden con los del estudio de Krosch & Shakespeare-Finch, (2017) que observaron que los niveles de duelo más intensos también se correlacionan positivamente con mayores síntomas de trastorno de estrés postraumático.

Hutti et al. (2015) también obtuvieron como resultado que la mayor intensidad del duelo se asoció con un aumento de ansiedad específica del embarazo y con síntomas de depresión. Del mismo modo, cuanto mayor sea la intensidad del duelo, mayor será el estrés postraumático relacionado con la pérdida perinatal según lo medido por la escala total de IES. También se asoció con más pensamientos no ocultos e intrusivos, imágenes, sueños problemáticos, emociones fuertes y un comportamiento repetitivo.

Capítulo 11. Conclusiones

A tenor de los resultados obtenidos en este estudio, a continuación, se enumeran las principales conclusiones.

Con respecto al objetivo primario número uno:

PRIMERA

La prevalencia de Duelo Complicado entre la población de estudio es elevada, superando las cifras de otros estudios. En el 46,1% de las participantes se observa la presencia de Duelo Complicado.

SEGUNDA

El porcentaje de puérperas que sufre Duelo Complicado tras una pérdida gestacional anterior es más elevado entre las mujeres que han interrumpido su embarazo de forma voluntaria o a causa de anomalías fetales, es decir en las pérdidas gestacionales voluntarias, aunque no existe significación clínica.

TERCERA

Existe mayor proporción de Duelo Complicado en las mujeres con menor nivel educativo, aunque no existe significación estadística.

CUARTA

Las mujeres cuya interrupción del embarazo se ha producido de forma voluntaria muestran puntuaciones significativamente más altas en las Subescalas de Depresión y Culpa.

QUINTA

La probabilidad de sufrir Duelo Complicado tras un embarazo posterior a una pérdida gestacional aumenta significativamente a mayor edad materna y si la pérdida gestacional se produce de manera voluntaria.

Con respecto al objetivo primario número dos:

SEXTA

Existen diferencias significativas en la presencia de TEPT entre las púerperas en cuanto a la edad, el número de embarazos y el número de pérdidas gestacionales.

SEPTIMA

Es más probable padecer TEPT tras una gestación posterior a una pérdida gestacional cuanto mayor sea el número de pérdidas gestacionales sufridas.

Con respecto al objetivo primario número tres:

OCTAVA

Existe una correlación positiva estadísticamente significativa entre la presencia de Duelo Complicado y TEPT tras un embarazo posterior a una pérdida gestacional.

Capítulo 12. Limitaciones del estudio

En el desarrollo de este trabajo se han identificado las siguientes limitaciones:

1. La principal limitación de este estudio viene determinada por la potencia del tamaño muestral. El escaso número de participantes limita la obtención de resultados y conclusiones. Sería deseable contar con un mayor número de participantes. La escasez de la muestra se debe a diversos factores. No todas las mujeres a las que se les ofreció la participación en el estudio aceptaron formar parte del mismo. Por otra parte, la colaboración de los profesionales para la recogida de datos no fue suficiente. Se alegaba la dificultad de abordar una temática tan delicada, lo que pone de manifiesto la problemática que aún supone el duelo perinatal para los profesionales de la salud.
2. Por otra parte, es importante resaltar la diversidad cultural de las mujeres que dan a luz en los centros hospitalarios de la provincia de Málaga. Este estudio no ha tenido en cuenta las diferencias culturales de las puérperas que pueden influir en el desarrollo de síntomas de duelo perinatal o trastorno de estrés postraumático. Así mismo, la barrera lingüística ha

supuesto una limitación al reducir el número de posibles participantes a aquellas mujeres que leyeran en idioma castellano.

3. En cuanto a los instrumentos utilizados, aunque se trata de cuestionarios validados, cabe destacar que son autoadministrados, con el margen de error de comprensión que estos implican. Además, existe la posibilidad de que la participante responda en consonancia con la deseabilidad social.
4. La participación voluntaria puede implicar que aquellas mujeres que padezcan unos síntomas más acusados rehúsen participar en el estudio.
5. Desde la perspectiva de género, supone una limitación no realizar la recogida de datos en varones. Sería interesante disponer de los datos de las parejas de las mujeres que han participado en estudio.
6. El diseño transversal del estudio no permite establecer relación de causalidad entre los distintos factores relacionados. Un diseño longitudinal podría satisfacer la consecución de dicho objetivo. Por otra parte, los métodos de investigación cualitativa podrían abordar la vivencia del embarazo tras una pérdida gestacional de forma más integral.

Capítulo 13. Prospectiva

Los resultados obtenidos en este estudio plantean la siguiente prospectiva:

- Analizar mediante un estudio longitudinal la presencia de síntomas de Duelo Perinatal y Trastorno de Estrés Postraumático en distintos momentos tras la pérdida gestacional, incluyendo posibles embarazos posteriores y puerperios.
- Analizar mediante un estudio longitudinal prospectivo el desarrollo de trastornos de salud mental tras una pérdida gestacional.
- Profundizar mediante un análisis cualitativo en la vivencia del embarazo tras una pérdida gestacional anterior.
- Analizar la presencia de Duelo Perinatal y Trastorno de Estrés Postraumático en las parejas de las mujeres que sufren una pérdida perinatal a fin de establecer diferencias de género.
- Investigar sobre otras variables que pudiesen influir en el desarrollo de Duelo Perinatal y Trastorno de Estrés Postraumático como pueden ser la

cultura de origen o la presencia de trastornos de salud mental previos a la pérdida gestacional.

- Indagar en la vivencia de los profesionales al abordar este tipo de situaciones clínicas y la posible influencia de sus experiencias personales.

Referencias Bibliográficas

- Abajobir, A. A., Alati, R., Kisely, S., & Najman, J. M. (2017). Are Past Adverse Pregnancy Outcomes Associated with Maternal Anxiety and Depressive Symptoms in a Sample of Currently Pregnant Women? *Ethiopian Journal Health Science*, 17(4), 351–362.
- Adolfsson, A. (2011). Meta-analysis to obtain a scale of psychological reaction after perinatal loss: focus on miscarriage. *Psychol Res Behav Manag*, 4, 29–39. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S17330>
- Adolfsson, A., Berterö, C., & Larsson, P.-G. (2006). Effect of a structured follow-up visit to a midwife on women with early miscarriage: a randomized study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 85(3), 330–335. Accedido desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16553182>
- Adolfsson, A., Larsson, P. G., Wijma, B., & Berterö, C. (2004). Guilt and Emptiness: Women's Experiences. *Health Care for Women International*, 25, 543–560.
- Al-Maharma, D. Y., Abujaradeh, H., Mahmoud, K. F., & Jarrad, R. A. (2016). Maternal grieving and the perception of and attachment to children born subsequent to a perinatal loss. *Infant Mental Health Journal*, 37(4), 411–423. <https://doi.org/10.1002/imhj>.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., text revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)* Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Armstrong, D., & Hutti, M. (1998). Pregnancy after perinatal loss: the relationship between anxiety and prenatal attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : JOGNN / NAACOG*, 27(2), 183–189. Accedido desde <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-0032013422&partnerID=tZOtx3y1>
- Armstrong, D. S. (2007). Perinatal loss and parental distress after the birth of a healthy infant. *Advances in Neonatal Care*, 7(4), 200–206. <https://doi.org/10.1097/01.ANC.0000286337.90799.7d>
- Armstrong, D. S., Hutti, M. H., & Myers, J. A. (2009). The influence of prior perinatal loss on parents' psychological distress after the birth of a

- subsequent healthy infant. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 38(6), 654–666. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2009.01069.x>
- Avelin, P., Radestad, I., Säflund, K., Werdling, R., & Erlandsson, K. (2013). Parental grief and relationship after the lost of a stillborn baby. *Midwifery*, 29, 668–673.
- Bajo Arenas, J., Melchor Marcos, J., & Mercé, L. (2011). *Fundamentos de Obstetricia (SEGO)*. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.
- Barandiarán, J., & Manterola A. (1998). *Atlas etnográfico de Vasconia. Ritos del nacimiento al matrimonio*. Bilbao: Instituto Labayru. Accedido desde <http://www.eusko-ikaskuntza.org/es/publicaciones/atlas-etnografico-de-vasconia-ritos-del-nacimiento-al-matrimonio-en-vasconia/art-15059/>
- Barr, P., & Alexandra, R. (2004). Guilt- and shame-proneness and the grief of perinatal bereavement, 493–510.
- Bellieni, C. V. (2013). Abortion and subsequent mental health : Review of the literature. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67, 301–310. <https://doi.org/10.1111/pcn.12067>
- Bennet, S. M., Litz, B. T., Maguen, S., & Ehrenreich, J. T. (2008). An exploratory study of the psychological impact and clinical care of perinatal loss. *Journal of Loss and Trauma*, 13, 485–510. <https://doi.org/10.1080/15325020802171268>
- Bennett, S. M., Litz, B. T., Lee, B. S., & Maguen, S. (2005). The Scope and Impact of Perinatal Loss: Current Status and Future Directions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(2), 180–187. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.2.180>
- Bergner, A., Beyer, R., Klapp, B. F., & Rauchfuss, M. (2008). Pregnancy after early pregnancy loss: A prospective study of anxiety, depressive symptomatology and coping. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(2), 105–113. <https://doi.org/10.1080/01674820701687521>
- Beutel, M., Deckardt, R., Von Rad, M., & Weiner, H. (1995). Grief and depression after miscarriage: their separation, antecedents, and course., *Psychosom. Med*, 57(6), 517–526. Accedido desde http://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Abstract/1995/11000/Grief_and_Depression_After_Miscarriage_Their.3.aspx
- Bicking, C., Kesha, K., Zhu, J., & Kjerulff, K. H. (2015). Effect of Previous Miscarriage on Depressive Symptoms During Subsequent Pregnancy and Postpartum in the First Baby Study. *Maternal and Child Health Journal*, 19, 391–400. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1521-0>

- Bicking Kinsey, C., Baptiste-Roberts, K., Zhu, J., & Kjerulff, K. H. (2013). Effects of previous miscarriage on the maternal birth experience in the First Baby Study. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 42(4), 1–13. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12216>.
- Blackmore, E. R., Côté-Arsenault, D., Tang, W., Glover, V., Evans, J., Golding, J., & O'Connor, T. G. (2011). Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 198(5), 373–378. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083105>
- Blake, D., Weathers, F., & Nagy, L. (1990). A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: the CAPS-1. *Behavior Therapist*, 18, 187–188. Accedido desde [http://lib.adai.washington.edu/dbtw-wpd/exec/dbtwpub.dll?BU=http%3A//lib.adai.washington.edu/instrumentse arch.htm&TN=Instruments&CS=0&QY=find \(AccessNo ct 70\)&RF=Full&DF=Full&MR=&NP=3&RL=0&DL=0&XC=&ID=&AC=QBE_Q UERY](http://lib.adai.washington.edu/dbtw-wpd/exec/dbtwpub.dll?BU=http%3A//lib.adai.washington.edu/instrumentse arch.htm&TN=Instruments&CS=0&QY=find (AccessNo ct 70)&RF=Full&DF=Full&MR=&NP=3&RL=0&DL=0&XC=&ID=&AC=QBE_Q UERY)
- Bobes García, J., Bousoño García, M., Calcedo Barba, A., & González García-Portilla, M. P. (2000). *Trastorno de estrés postraumático*. Barcelona: Masson.
- Bobes, J., Calcedo Barba, A., García, M., François, M., Rico-Villademoros, F., González, M.P., Bascarán M.T., Bousoño García, M. (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del Trastorno de Estrés Postraumático. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28(4), 207–218.
- Bogetz, J. F., & Joanne, W. (2016). A Loss Unlike Any Other. *Journal of Palliative Medicine*, 19(3), 248–249. <https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0009>
- Boltanski, L. (2016). *La condición fetal: una sociología del engendramiento y del aborto*. Akal.
- Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (1999). Toward an integrative perspective on bereavement. *Psychological Bulletin*, 125(6), 760–776. Accedido desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10589301>
- Bourne, S., & Lewis, E. (1984a). Delayed psychological effects of perinatal deaths: the next pregnancy and the next generation Consultant psychotherapist. *British Medical Journal*, 289(July), 147–148.
- Bourne, S., & Lewis, E. (1984b). Pregnancy after stillbirth or neonatal death. *The Lancet*, 324(8393), 31–33. <https://doi.org/10.1016/S0140->

6736(84)92011-7

Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss. Separation: anxiety and anger. Basic Books* (Vol. II). <https://doi.org/10.4135/9781446250990.n2>

Bradley, C. F. (1984). Abortion and Subsequent Pregnancy. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 29(6), 494–498.
<https://doi.org/10.1177/070674378402900608>

Brooten, D., Youngblut, J., Hannan, J., Caicedo, C., Roche, R., & Malkawi, F. (2015). Infant and Child Deaths: Parent Concerns about Subsequent Pregnancies. *J Am Assoc Nurse Pract.*, 27(12), 690–697.
<https://doi.org/10.1002/2327-6924.12243>.

Burden, C., Bradley, S., Storey, C., Ellis, A., Heazell, A. E. P., Downe, S., Cacciatore J., Siassakos, D. (2016). From grief, guilt pain and stigma to hope and pride - a systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0800-8>

Cacciatore, J. (2010). The Unique Experiences of Women and Their Families After the Death of a Baby. *Social Work in Health Care*, 1389(49), 2.
<https://doi.org/10.1080/00981380903158078>

Cacciatore, J. (2013). Psychological effects of stillbirth. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 18(2), 76–82.
<https://doi.org/10.1016/j.siny.2012.09.001>

Callister, L. C. (2006). Perinatal Loss. A Family Perspective. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 20(3), 227–234.

Campbell-Jackson, L., Bezance, J., & Horsch, A. (2014). “A renewed sense of purpose”: Mothers’ and fathers’ experience of having a child following a recent stillbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 423.
<https://doi.org/10.1186/s12884-014-0423-x>

Campos, M. R. (2016). Trastorno de Estrés Postraumático. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 619, 233–240. Accedido desde <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc162h.pdf>

Carmona González, I., & Saiz Puente, M. S. (2009). El bautismo de urgencia, función tradicional de las matronas. *Matronas Profesión*, 4, 14–19. Accedido desde <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4418334>

Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 40, 20–34.
<https://doi.org/10.4067/S0717-92272002000600003>

- Cassidy, P. (2017). La vida social del bebé no-nato: la comprensión de la naturaleza del duelo perinatal. *Muerte y Duelo Perinatal*, 2, 29–36.
- Cassidy, P. R. (2018). Estadísticas y tasas de la mortalidad intrauterina , neonatal y perinatal en España Muerte y Duelo Perinatal. *Muerte y Duelo Perinatal*, 4, 23–34.
- Chichester, M. (2005). Multicultural-Issues-in-Perinatal-Loss-1. *AWHONN*, 9(4), 312–320.
- Chojenta, C., Harris, S., Reilly, N., Forder, P., Austin, M.-P., & Loxton, D. (2014). History of Pregnancy Loss Increases the Risk of Mental Health Problems in Subsequent Pregnancies but Not in the Postpartum. *PLoS ONE*, 9(4), e95038. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0095038>
- Christiansen, D. M. (2017). Posttraumatic stress disorder in parents following infant death: A systematic review. *Clinical Psychology Review*. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.007>
- Clossick, E. (2015). The impact of perinatal loss on parents and the family. *Journal of Family Health*, 26(3), 11–16.
- Coleman, P. K. (2009). The Psychological Pain of Perinatal Loss and Subsequent Parenting Risks: Could Induced Abortion be more Problematic than Other Forms of Loss. *Current Women's Health Reviews*, 5, 88–99. <https://doi.org/10.2174/157340409788185785>
- Coleman, P. K. (2011). Abortion and mental health: Quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009. *British Journal of Psychiatry*, 199(3), 180–186. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.077230>
- Cook, N., Ayers, S., & Horsch, A. (2018). Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes : A systematic review. *J. Affect. Disord.*, 225, 18–31. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.045>
- Cote-Arsenault, D. (2003). The Influence of Perinatal Loss on Anxiety in Multigravidas. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32(5), 623–629. <https://doi.org/10.1177/0884217503257140>
- Côté-Arsenault, D., Brody, D., & Dombek, M. T. (2009). Pregnancy as a Rite of Passage : Liminality, Rituals & Communitas. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 24(2), 69–88.
- Côté-Arsenault, D., & Dombek, M. T. (2001). Maternal assignment of fetal personhood to a previous pregnancy loss: relationship to anxiety in the current pregnancy. *Health Care for Women International*, 22, 649–665.

- Côté-Arsenault, D., & Donato, K. (2011). Emotional cushioning in pregnancy after perinatal loss. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(1), 81–92. <https://doi.org/10.1080/02646838.2010.513115>
- Côté-arsenault, D., & Donato, K. L. (2007). Restrained Expectations in Late Pregnancy Following Loss. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 36, 550–557. <https://doi.org/10.1111/J.1552-6909.2007.00185.x>
- Côté-Arsenault, D., Donato, K. L., & Earl, S. S. (2006). Watching & worrying: Early pregnancy after loss experiences. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 31(6), 356–363. <https://doi.org/00005721-200611000-00005> [pii]
- Côté-Arsenault, D., & Mahlangu, N. (1999). Impact of perinatal loss on the subsequent pregnancy and self: women's experiences. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN / NAACOG*, 28(3), 274–282. Accedido desde <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-0033126528&partnerID=tZOtx3y1>
- Côté-Arsenault, D., & Marshall, R. (2000). One Foot In - One Foot Out : Weathering the Storm of Pregnancy After Perinatal Loss. *Research in Nursing & Health*, 23, 473–485.
- Cote-Arsenault, Denise. (1995). Tasks of pregnancy and anxiety in pregnancy after perinatal loss: a descriptive study. *University of Rochester School of Nursing*.
- Cote-Arsenault, Denise. (2007). Threat Appraisal, Coping, and Emotions Across Pregnancy Subsequent to Perinatal Loss. *Nursing Research*, 56(2), 108–116.
- Cote-Arsenault, Denise, & O'Leary, J. (2016). Understanding the experience of pregnancy subsequent to a perinatal loss. In *Perinatal and pediatric bereavement in nursing and other health professions*. (pp. 159–181). Accedido desde <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc13&N EWS=N&AN=2015-50976-010>
- Cova S, F., Rincón G, P., Grandón F, P., & Vicente P, B. (2011). Controversias respecto de la conceptualización del trastorno de estrés postraumático. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 49(3), 288–297. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272011000300010>
- Cuisinier, M. C. J., Kuijpers, J. C., Hoogduin, C. A. L., de Graauw, C. P. H. M., & Janssen, H. J. E. . (1993). Miscarriage and stillbirth : time since the loss , grief intensity and satisfaction with care. *European Journal of Obstetric & Gynecology and Reproductive Biology*, 52, 163–168.

- Daugirdaitė, V., van den Akker, O., Purewal, S., & Purewal, S. (2015). Posttraumatic Stress and Posttraumatic Stress Disorder after Termination of Pregnancy and Reproductive Loss: A Systematic Review. *Journal of Pregnancy*, 2, 1–14. <https://doi.org/10.1155/2015/646345>
- Davidson, J. R., Book, S. W., Colket, J. T., Tupler, L. A., Roth, S., David, D., ... Feldman, M. E. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 27(1), 153–160. Accedido desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9122295>
- DeBackere, K. J., Hill, P. D., Kavanaugh, K. L., DeBackere, K. J., & Kavanaugh, K. L. (2008). The Parental Experience of Pregnancy after Perinatal Loss. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(5), 525–537. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2009.10.017.A>
- Delicate, A., Ayers, S., Easter, A., & McMullen, S. (2018). The impact of childbirth-related post-traumatic stress on a couple's relationship: a systematic review and meta-synthesis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(1), 102–115. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1397270>
- deMontigny, F., Verdon, C., Meunier, S., & Dubeau, D. (2017). Women's persistent depressive and perinatal grief symptoms following a miscarriage: the role of childlessness and satisfaction with healthcare services. *Archives of Women's Mental Health*, 20(5), 655–662. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0742-9>
- Doka, K. J. (2002). Disenfranchised Grief. In *Living with Grief: Loss in Later Life* (pp. 159–168).
- Due, C., Chiarolli, S., & Riggs, D. W. (2017). The impact of pregnancy loss on men's health and wellbeing: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17, 380. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1560-9>
- Engelhard, I. M., van den Hout, M. A., & Arntz, A. (2001). Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *General Hospital Psychiatry*, 23(2), 62–66. [https://doi.org/10.1016/S0163-8343\(01\)00124-4](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(01)00124-4)
- Ewton, D. S. (1993). A perinatal loss follow-up guide for primary care. *The Nurse Practitioner*, 18(12), 30–32, 35–36. Accedido desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8108044>
- Eysenck, H. (1968). *Eysenck personality inventory*. San Diego Calif.: Educational and Industrial Testing Service. Accedido desde <http://www.worldcat.org/title/eysenck-personality-inventory/oclc/455865605>

- Fenech, G., & Thomson, G. (2014). Tormented by ghosts from their past ' : A meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. *Midwifery*, *30*, 185–193.
- Fenstermacher, K., & Hupcey, J. E. (2013). Perinatal Bereavement: A Principle-based Concept Analysis. *J Adv Nurs*, *69*(11), 2389–2400. <https://doi.org/10.1111/jan.12119>.
- Fertl, K. I., Bergner, A., Beyer, R., Klapp, B. F., & Rauchfuss, M. (2009). Levels and effects of different forms of anxiety during pregnancy after a prior. *European Journal of Obstetric & Gynecology and Reproductive Biology*, *142*, 23–29. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2008.09.009>
- Figueroa, R. A., Cortés, P. F., Accatino, L., & Sorensen, R. (2016). Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo. *Revista Médica de Chile*, *144*(5), 643–655. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872016000500013>
- Flenady, V., Boyle, F., Koopmans, L., Wilson, T., Stones, W., & Cacciatore, J. (2014). Meeting the needs of parents after a stillbirth or neonatal death. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *121*(Suppl.4), 137–140. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13009>
- Fockler, M. E., Ladhani, N. N. N., Watson, J., & Barrett, J. F. R. (2017). Pregnancy subsequent to stillbirth : Medical and psychosocial aspects of care. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, *22*, 186–192.
- Forand Ryan, P., Côte-Arsenault, D., & Loucks Sugarman, L. (1991). Facilitating Care after Perinatal Loss. A comprehensive checklist. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *20*(5), 385–389.
- Franche, R.-L., & Mikail, S. F. (1999). The impact of perinatal loss on adjustment to subsequent pregnancy. *Social Science & Medicine*, *48*, 1613–1623.
- Fredenburg, M. (2017). Reproductive Loss : Giving Permission to Grieve. *Issues in Law & Medicine*, *32*(2), 353–360
- Freud, S. (1917). *Duelo y Melancolía*. Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva
- Frost, J., Bradley, H., Levitas, R., Smith, L., & Garcia, J. (2007). The loss of possibility: Scientisation of death and the special case of early miscarriage. *Sociology of Health and Illness*, *29*(7), 1003–1022. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2007.01019.x>
- Furuta, M., Sandall, J., & Bick, D. (2012). A systematic review of the relationship between severe maternal morbidity and post-traumatic stress

- disorder. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12, 125–151.
- Futado Eraso, S., Marín Fernández, B., & Escalada Hernández, P. (2017). Factores que afectan al duelo de mujeres que sufren pérdidas perinatales. *Investigação Qualitativa Em Saúde*, 2, 465–471.
- Garthus-Niegel, S., Horsch, A., Handtke, E., von Soest, T., Ayers, S., Weidner, K., & Eberhard-Gran, M. (2018). The Impact of Postpartum Posttraumatic Stress and Depression Symptoms on Couples' Relationship Satisfaction: A Population-Based Prospective Study. *Frontiers in Psychology*, 9(September). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01728>
- Gaudet, C. (2010). Pregnancy after perinatal loss: association of grief, anxiety and attachment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(3), 240–251. <https://doi.org/10.1080/02646830903487342>
- Geller, P. A., Kerns, D., & Klier, C. M. (2004). Anxiety following miscarriage and the subsequent pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(1), 35–45. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00042-4](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00042-4)
- Giannandrea, S. A. M., Cerulli, C., Anson, E., & Chaudron, L. H. (2013). Increased Risk for Postpartum Psychiatric Disorders Among Women with Past Pregnancy Loss. *Journal of Women's Health*, 22(9), 760–768. <https://doi.org/10.1089/jwh.2012.4011>
- Gil-Juliá, B., Bellver, A., & Ballester, R. (2008). Duelo: Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento. *Psicooncología*, 5(1), 103–116.
- Gravensteen, I. K., Jacobsen, E., Sandset, P. M., Helgadottir, L. B., Rådestad, I., Sandvik, L., & Ekeberg, Ø. (2018). Anxiety, depression and relationship satisfaction in the pregnancy following stillbirth and after the birth of a live-born baby: a prospective study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18, 41. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1666-8>
- Hamama, L., A.M., R. S., Sperlich, M., Defever, E., & Seng, J. S. (2010). Previous experience of spontaneous or elective abortion and risk for posttraumatic stress and depression during subsequent pregnancy. *Depression & Anxiety*, 27(8), 699–707. <https://doi.org/10.1002/da.20714>.
- Harris, J. (2015). A Unique Grief. *International Journal of Childbirth Education*, 30(1), 82–85.
- Hezell, A. E. P., Siassakos, D., Blencowe, H., Burden, C., Bhutta, Z. A., Cacciatore, J., et al. (2016). Stillbirths: economic and psychosocial consequences. *The Lancet*, 387(10018), 604–616. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00836-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00836-3)

- Horesh, D., Nukrian, M., & Bialik, Y. (2018). To lose an unborn child : Post-traumatic stress disorder and major depressive disorder following pregnancy loss among Israeli women, *Gen Hosp Psychiatry*, 53, 95-100
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A Measure of Subjective Stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209–218.
- Huffman, C. S., Schwart, T. A., & Swanson, K. M. (2015). Couples and Miscarriage: The Influence of Gender and Reproductive Factors on the Impact of Miscarriage. *Women's Health Issues*, 25(5), 570–578.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2015.04.005>
- Hughes, P. M., Turton, P., & Evans, C. D. H. (1999). Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: Cohort study. *British Medical Journal*, 318(7200), 1721–1724. Accedido desde <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-0033606518&partnerID=tZOtx3y1>
- Hunter, A. A., Tussis, L., & Macbeth, A. (2017). The presence of anxiety , depression and stress in women and their partners during pregnancies following perinatal loss : A meta-analysis. *J.Affect.Disord*, 223, 153–164.
- Hutti, M. H. (2005). Social and professional support needs of families after perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : JOGNN / NAACOG*, 34(5), 630–638.
<https://doi.org/10.1177/0884217505279998>
- Hutti, M. H., Armstrong, D. S., & Myers, J. (2011). Healthcare utilization following a Perinatal Loss. *MCN, the American Journal of Maternal Child Nursing*, 36(2), 104–111. <https://doi.org/10.1097/NMC.0b013e3182057335>
- Hutti, M. H., Armstrong, D. S., Myers, J. A., & Hall, L. A. (2015). Grief Intensity, Psychological Well-Being, and the Intimate Partner Relationship in the Subsequent Pregnancy after a Perinatal Loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 44(1), 42–50.
<https://doi.org/10.1111/1552-6909.12539>
- Hutti, M. H., Armstrong, D. S., Myers, J., & Armstrong, D. S. (2013). Evaluation of the Perinatal Grief Intensity Scale in the subsequent Pregnancy After Perinatal Loss. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 42(6), 697–706. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12249>
- Hutti, M. H., Myers, J., Hall, L. A., Polivka, B. J., White, S., Hill, J., et al.(2017). Predicting grief intensity after recent perinatal loss. *Journal of Psychosomatic Research*, 101(March), 128–134.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.07.016>
- Kennell, J. H., Slyter, H., & Klaus, M. H. (1970). The Mourning Response of

- Parents to the Death of a Newborn Infant. *New England Journal of Medicine*, 283(7), 344–349.
<https://doi.org/10.1056/NEJM197008132830706>
- Kersting, A., Kroker, K., Steinhard, J., Lüdorff, K., Wesselmann, U., Ohrmann, P., et al. (2007). Complicated grief after traumatic loss. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(8), 437–443.
<https://doi.org/10.1007/s00406-007-0743-1>
- Kersting, A., & Nagl, M. (2015). Grief after Perinatal Loss. In *Genetic Disorders and the Fetus Genetic Disorders and the Fetus: Diagnosis, Prevention, and Treatment*, 7.
- Kersting, A., & Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 187–194.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>
- Kirkley-Best, E., & Kellner, K. R. (1982). The forgotten grief: A Review of the Psychology of Stillbirth. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(3), 420–429.
- Klier, C. M., Geller, P. A., & Ritsher, J. B. (2002). Affective disorders in the aftermath of miscarriage: A comprehensive review. *Archives of Women's Mental Health*, 5(4), 129–149. <https://doi.org/10.1007/s00737-002-0146-2>
- Klier, Claudia M., Geller, P. A., & Neugebauer, R. (2000). Minor depressive disorder in the context of miscarriage. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 2(4), 147–148.
[https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00126-3](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00126-3)
- Kobler, K., Limbo, R., & Kavanaugh, K. (2007). Meaningful Moments: The Use of Ritual in Perinatal and Pediatric Death. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 32(5), 288–295.
- Kowalski, K. (1991). No happy ending: pregnancy loss and bereavement. *NAACOG's Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing*, 2(3), 368–380. Accedido desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1931384>
- Krosch, D. J., & Shakespeare-Finch, J. (2017). Grief, Traumatic Stress, and Posttraumatic Growth in Women Who Have Experienced Pregnancy Loss. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(4), 425–433. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.11.004>

- Kulathilaka, S., Hanwella, R., & Silva, V. A. De. (2016). Depressive disorder and grief following spontaneous abortion, 1–6. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0812-y>
- Lasker, J. N., & Toedter, L. J. (1991). Acute versus chronic grief: The case of pregnancy loss. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(4), 510–522. <https://doi.org/10.1037/h0079288>
- Layne, L. L. (2014). *Motherhood Lost : a Feminist Account of Pregnancy Loss in America*. Taylor and Francis. Accedido desde https://books.google.es/books/about/Motherhood_Lost.html?id=fg3KAgAAQBAJ&redir_esc=y
- Lee, L., McKenzie-McHarg, K., & Horsch, A. (2017). The impact of miscarriage and stillbirth on maternal–fetal relationships: an integrative review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35(1), 32–52. <https://doi.org/10.1080/02646838.2016.1239249>
- Lichtenthal, W. G., Maciejewski, P. K., Craig Demirjian, C., Roberts, K. E., First, M. B., Kissane, et al. (2018). Evidence of the clinical utility of a prolonged grief disorder diagnosis. *World Psychiatry*, 17(3), 364–365. <https://doi.org/10.1002/wps.20544>
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141–148.
- Lisy, K., Peters, M. D. J., Riitano, D., Jordan, Z., & Aromataris, E. (2016). Provision of Meaningful Care at Diagnosis, Birth, and after Stillbirth: A Qualitative Synthesis of Parents' Experiences. *Birth*, 43(1), 6–19. <https://doi.org/10.1111/birt.12217>
- Lok, I. H., Yip, A. S.-K., Lee, D. T.-S., Sahota, D., & Chung, T. K.-H. (2010). A 1-year longitudinal study of psychological morbidity after miscarriage. *Fertility and Sterility*, 93(6), 1966–1975. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.12.048>
- López García Madinabeitia, A. P. (2011). Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(109), 53–70. Accedido desde <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n1/05.pdf>
- Mander, R. (2000). Perinatal grief: understanding the bereaved and their carers. In *Midwifery Practice: Core Topics 3* (pp. 29–50). London: Macmillan Education UK. https://doi.org/10.1007/978-1-349-15038-0_3
- McCarthy, F., Moss-Morris, R., Khashan, A., North, R., Baker, P., Dekker, G., et al. (2015). Previous pregnancy loss has an adverse impact on distress and behaviour in subsequent pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122(13), 1757–1764.

<https://doi.org/10.1111/1471-0528.13233>

- Meredith, P., Wilson, T., Branjerdporn, G., Strong, J., & Desha, L. (2017). “Not just a normal mum” : a qualitative investigation of a support service for women who are pregnant subsequent to perinatal loss. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(6), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1200-9>
- Mills, T., Ricklesford, C., Cooke, A., Heazell, A., Whitworth, M., & Lavender, T. (2014). Parents’ experiences and expectations of care in pregnancy after stillbirth or neonatal death: a metasynthesis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(8), 943–950. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12656>
- Moore, T., Parrish, H., & Black, B. P. (2011). Interconception Care for Couples After Perinatal Loss. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 25(1), 44–51. <https://doi.org/10.1097/JPN.0b013e3182071a08>
- Mota González, C., Calleja Bello, N., Aldana Calva, E., Gómez López, M. E., & Sánchez Pichardo, M. A. (2011). Escala de duelo perinatal: validación en mujeres mexicanas con pérdida gestacional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(3), 419–428. Accedido desde <https://www.redalyc.org/pdf/805/80522599002.pdf>
- Murphy, S., & Cacciatore, J. (2017). The psychological , social , and economic impact of stillbirth on families. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 22, 129–134.
- Myers, C. S. (1915). A contribution to the study of shell shock. *The Lancet*, 13, 316–320. Accedido desde <http://jmvh.org/wp-content/uploads/2012/12/A-Contribution-to-the-Study-of-Shellshock.pdf>
- Neimeyer, R. A. (2009). *“Aprender de la Pérdida: Una guía para afrontar el duelo.”* Barcelona: Paidós
- Neugebauer, R., Kline, J., O’Connor, P., Shrout, P., Johnson, J., Skodol, A., ... Susser, M. (1992). Depressive symptoms in women in the six months after miscarriage. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 166(1), 104–109. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(92\)91839-3](https://doi.org/10.1016/0002-9378(92)91839-3)
- Noppe, I. C. (2000). Beyond Broken Bonds and Broken Hearts: The Bonding of Theories of Attachment and Grief. *Developmental Review*, 20(4), 514–538. <https://doi.org/10.1006/drev.2000.0510>
- O’ Leary, J. O., & Thorwick, C. (2006). Fathers ’ Perspectives During Pregnancy, postperinatal loss. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(1), 78–86. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00017.x>

- O'Leary, J. (2004). Grief and its impact on prenatal attachment in the subsequent pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 7(1), 7–18. <https://doi.org/10.1007/s00737-003-0037-1>
- O'Leary, J. (2005). The trauma of ultrasound during a pregnancy following perinatal loss. *Journal of Loss and Trauma*, 10(2), 183–204. <https://doi.org/10.1080/15325020590908876>
- O'Leary, J. M., & Thorwick, C. (2008). Attachment to the Unborn Child and Parental Mental Representations of Pregnancy following Perinatal Loss. *New Dir. Relat. Psychoanal. Psychother.*, 2(3), 292–320.
- O'Leary, J., Warland, J., & Parker, L. (2011). Bereaved Parents' Perception of the Grandparents' Reactions to Perinatal Loss and the Pregnancy that Follows. *Journal of Family Nursing*, 17(3), 330–356. <https://doi.org/10.1177/1074840711414908>
- Obst, K. L., Due, C., Oxlad, M., & Middleton, P. (2020). Men's grief following pregnancy loss and neonatal loss: A systematic review and emerging theoretical model. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2677-9>
- Oviedo-Soto, S., Urdaneta-Carruyo, E., María Parra-Falcón, F., & Marquina-Volcanes, M. (2009). Duelo materno por muerte perinatal. *Revista Mexicana de Pediatría*, 76, 215–219. Accedido desde www.medigraphic.comwww.medigraphic.org.mx
- Paloma Castro, O. (2015). *Validación del diagnóstico enfermero duelo en casos de pérdida perinatal*. (Tesis Doctoral) Universidad de Cádiz. Accedido desde <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=51080>
- Parkes, C. M. (1964). Effects of bereavement on physical and mental health - a study of the medical records of widows. *British Medical Journal*, 2(August), 274–279.
- Peppers, L. G., & Knapp, R. J. (1980). *Motherhood and Mourning: Perinatal Death*. New York: Praeger, Ed. Accedido desde <https://repository.library.georgetown.edu/handle/10822/785633>
- Potvin, L., Lasker, J., & Toedter, L. (1989). Measuring grief: A short version of the perinatal grief scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11(1), 29–45. <https://doi.org/10.1007/BF00962697>
- Prettyman, R. J., Cordle, C. J., & Cook, G. D. (1993). A three-month follow-up of psychological morbidity after early miscarriage. *The British Journal of Medical Psychology*, 66 (Pt 4), 363–372. Accedido desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8123604>

- Rando, T. A. (1993). *Treatment of complicated mourning*. Research Press. Accedido desde <https://www.researchpress.com/books/852/treatment-complicated-mourning>
- Redshaw, M., Hennegan, J. M., & Henderson, J. (2016). Impact of holding the baby following stillbirth on maternal mental health and well-being: Findings from a national survey. *BMJ Open*, 6(8), 15–17. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010996>
- Reid, M. (2007). The mother ' s experience The loss of a baby and the birth of the next infant: The mother ' s experience. *Journal of Child Psychotherapy*, 33(2), 181–201. <https://doi.org/10.1080/00754170701431339>
- Ridaura, I., Penelo, E., & Raich, R. M. (2017). Depressive symptomatology and grief in Spanish women who have suffered a perinatal loss, 29(1), 43–48. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.151>
- Robertson, P. A., & Kavanaugh, K. (1998). Supporting parents during and after a pregnancy subsequent to a perinatal loss. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 12(2), 63–71; quiz 83–84. Accedido desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9782885>
- Salvesen, K. ., Øyen, L., Schmidt, N., Malt, U. F., & 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 in Obstetrics and Gynecology*, 9, 80–85.
- Sanders, C. M. (1992). *Surviving grief-- and learning to live again*. New York: Wiley
- Sanders, C. M. (1988). Risk Factors in Bereavement Outcome. *Journal of Social Issues*, 44(3), 97–111. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1988.tb02079.x>
- Shorey, S., Yang, Y. Y., & Ang, E. (2018). The impact of negative childbirth experience on future reproductive decisions : A quantitative systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74, 1236–1244. <https://doi.org/10.1111/jan.13534>
- Statham, H., & Green, J. M. (1994). Journal of reproductive and infant psychology. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 12(1), 45–54. Accedido desde http://www.academia.edu/16514301/The_effects_of_miscarriage_and_othe_r_unsuccessful_pregnancies_on_feelings_early_in_a_subsequent_pregna_ncy

- Stroebe, M., Finkenauer, C., Wijngaards-de Meij, L., Schut, H., van den Bout, J., & Stroebe, W. (2013). Partner-oriented self-regulation among bereaved parents: the costs of holding in grief for the partner's sake. *Psychological Science*, 24(4), 395–402. <https://doi.org/10.1177/0956797612457383>
- Stumpf, V. (1994). The Promise of Tomorrow : Subsequent Pregnancy After Prenatal Loss. *Journal of Chilbrith Education*, 9(1), 29–32.
- Theut, S. K., Pedersen, F. A., Zaslow, M. J., & Rabinovich, B. A. (1988). Pregnancy subsequent to perinatal loss: Parental anxiety and depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(3), 289–292. Accedido desde <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-0023891034&partnerID=tZOtx3y1>
- Toedter, L. T., Lasker, J. N., & Janssen, H. (2001). International comparison of studies using the perinatal grief scale: a decade of research on pregnancy loss. *Death Studies*, 25, 205–228.
- Tsartsara, E., & Johnson, M. P. (2006). The impact of miscarriage on women's pregnancy-specific anxiety and feelings of prenatal maternal-fetal attachment during the course of a subsequent pregnancy: An exploratory follow-up study. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.* 27(3), 173–182. <https://doi.org/10.1080/01674820600646198>
- Tseng, Y. F., Cheng, H. R., Chen, Y. P., Yang, S. F., & Cheng, P. T. (2017). Grief reactions of couples to perinatal loss: A one-year prospective follow-up. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 5133–5142. <https://doi.org/10.1111/jocn.14059>
- Turner, V. W. (Victor W. (1969). *The ritual process: structure and anti-structure*. London: Routledge & Kegan Paul
- Turton, P., Hughes, P., Evans, C. D. H., & Fainman, D. (2001). Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *Br. J. Psychiatry*, 178(6), 556–560. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.6.556>
- Turton, P., Badenhorst, W., Hughes, P., Ward, J., Riches, S., & White, S. (2006). Psychological impact of stillbirth on fathers in the subsequent pregnancy and puerperium. *Br. J. Psychiatry*, 188, 165–172.
- Turton, P., & Hughes, P. (2002). Post-traumatic stress disorder and management of stillbirth. *Br. J. Psychiatry*, 180(3), 279. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.3.279>
- Uren, T. H., & Wastell, C. A. (2002). Attachment and meaning-making in perinatal bereavement. *Death Studies*, 26, 279–308.

- Üstündağ-Budak, M. (2015). The replacement child syndrome following stillbirth: A reconsideration. *Enfance*, (3), 351–364. <https://doi.org/10.4074/S0013754515003079>
- van der Akker, O. B. (2011). The psychological and social consequences of miscarriage. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology*, 6(3), 295–304.
- Van Gennepe, A. (1909). *Les rites de passage*. Paris:A&J Picard
- Vignato, J., Georges, J. M., Bush, R. A., & Connelly, C. D. (2017). Post-traumatic stress disorder in the perinatal period: A concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 3859–3868. <https://doi.org/10.1111/jocn.13800>
- Volgsten, H., Jansson, C., Svanberg, A. S., Darj, E., & Stavreus-Evers, A. (2018). Longitudinal study of emotional experiences, grief and depressive symptoms in women and men after miscarriage. *Midwifery*, 64(April), 23–28. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.003>
- Wallerstedt, C., & Higgins, P. (1994). Perinatal circumstances that evoke differences in the grieving response. *Journal of Perinatal Education*, 3(2), 35–40. Accedido desde <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=jlh&AN=107313510&site=ehost-live>
- Warland, J., O'Leary, J., Mccutcheon, H., & Williamson, V. (2011). Parenting Paradox : Parenting after infant loss. *Midwifery*, 27, e163–e169. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.02.004>
- WHO. (2004). Neonatal and Perinatal Mortality: Country, regional and global estimates for the year 2000.
- Wojcieszek, A., Boyle, F., Belizán, J., Cassidy, J., Cassidy, P., Erwich, J., ... Flenady, V. (2016). Care in subsequent pregnancies following stillbirth: An international survey of parents. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2, 193–201. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14424>
- Worden, J. W. (1996). *Children and grief: when a parent dies*. New York:Guilford Press.
- Yehuda, R., & McFarlane, A. C. (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *American Journal of Psychiatry*, 152(12), 1705–1713. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.12.1705>

Yildiz, P. D., Ayers, S., & Phillips, L. (2017). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *J. Affect. Disord*, *208*, 634–645.

Yilmaz, S. D., & Beji, N. K. (2013). Effects of perinatal loss on current pregnancy in Turkey. *Midwifery*, *29*(11), 1272–1277.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.11.015>



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

Producción científica de la Tesis

Artículos en revistas con factor de impacto JCR:

- Fernández Ordóñez, E., Rengel Díaz, C., Morales Gil, I.M., Labajos Manzanares, M.T.(2020). Post-traumatic stress disorder after subsequent birth to a gestational loss: An observational study, *Sal Men*,43(3):249-256
- Fernández Ordóñez, E., Rengel Díaz C., Morales Gil, I.M., Labajos Manzanares, M.T. (2018) Post-traumatic stress and related symptoms in a gestation after a gestational loss: narrative review. *Sal Men*,41(5): 237-243

Comunicaciones en Congresos:

- Síntomas de duelo en el embarazo posterior a una pérdida gestacional. XVIII *Congreso Nacional de Matronas*, en mayo de 2017
- El Trastorno de Estrés Postraumático tras la pérdida gestacional. XVIII *Congreso Nacional de Matronas*, en mayo de 2017
- Vivencia de un embarazo posterior a una pérdida gestacional. I *Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud*, en septiembre de 2015

Anexos

Anexo 1: Escala de Duelo Perinatal

ESCALA DE DUELO PERINATAL

Las siguientes son frases que las personas dicen en relación con la pérdida de sus bebés. Marque con una (X) el grado en el que cada una de las frases refleje lo que usted siente. Por favor conteste todas.

	Definitiva- mente Sí	Probable- mente Sí	Probable- mente No	Definitiva mente No
1. Intento reír, pero ya nada me parece gracioso.				
2. Me siento desprotegida en un mundo peligroso desde que perdí a mi bebé.				
3. La mejor parte de mí, se perdió con mi bebé.				
4. Me enoja cuando pienso en mi bebé.				
5. Me siento como muerta en vida.				
6. Siento que no valgo nada desde que perdí a mi bebé.				
7. Me siento apartada y sola, aunque esté con amigos.				
8. El tiempo pasa muy lentamente desde que perdí a mi bebé.				
9. Desde que perdí a mi bebé se me hace difícil tomar decisiones.				
10. Me siento muy sola desde que perdí a mi bebé.				
11. Me siento culpable cuando pienso en mi bebé.				
12. Me siento enferma cuando pienso en mi bebé.				
13. Estoy asustada.				
14. Siento que decepcioné a la gente por la pérdida de mi bebé.				
15. Necesito justificarme ante algunos por la pérdida de mi bebé.				
16. Necesito ayuda profesional para que mi vida funcione otra vez.				
17. Me siento culpable por la pérdida de mi bebé.				
18. El futuro me preocupa.				
19. Me siento deprimida.				
20. Me siento vacía.				
21. Siento la necesidad de hablar de mi bebé.				
22. Me lamento por la pérdida de mi bebé.				
23. Extraño mucho a mi bebé.				
24. Llora cuando pienso en mi bebé.				
25. Siento que estoy retomando de nuevo mi vida.				
26. Siento que me estoy adaptando bien a la pérdida de mi bebé.				
27. Estoy aceptando la pérdida de mi bebé.				

Anexo 2: Escala de Trauma de Davidson

1. ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo? ¿Como si lo estuviera reviviendo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Ha tenido dificultades de concentración?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido “en guardia”?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 3: Cuestionario de datos sociodemográficos y de la historia obstétrica

Edad:

Nivel de estudios:

Primarios Secundarios Ciclo Formativo Universitarios

Profesión:

Número de embarazos:

Número de pérdidas gestacionales sufridas:

Antecedentes de pérdidas gestacionales en la familia: (en caso afirmativo, especificar):

Semana de embarazo en la que se produjo la pérdida:

Motivo de la pérdida:

Aborto IVE ILE MAPE Muerte neonatal precoz

Número de hijos vivos anteriores a la pérdida gestacional:

Tiempo transcurrido entre la pérdida gestacional y el siguiente embarazo:

Anexo 4: Solicitud de permiso para la recogida de datos a los centros hospitalarios.



Málaga, XX de XX de 2017

Estimado/a Director de Enfermería del Hospital "XXXXXX XXXXX"

Mi nombre es Eloísa Fernández y soy enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología.

Actualmente estoy desarrollando el trabajo de investigación de mi tesis doctoral "Estrés postraumático y Duelo Perinatal tras un embarazo posterior a una pérdida perinatal" dirigida por la Dra. María Teresa Labajos Manzanares y el Dr. Cristóbal Rengel Díaz.

El objetivo principal de esta investigación es identificar la existencia de Trastorno de Estrés Postraumático y Duelo Perinatal en las puérperas que han sufrido una pérdida perinatal previa a esta gestación, en la provincia de Málaga.

La recogida de datos consiste en la cumplimentación, por parte de estas puérperas, de unos cuestionarios autoadministrados que constan de datos sociodemográficos, datos de la historia obstétrica, Escala de Duelo Perinatal y Escala de Trauma de Davidson.

El estudio se llevará a cabo según las normas de la Buena Práctica Clínica y las disposiciones de la Declaración de Helsinki (Fortaleza, 2013), y las evidencias disponibles en cuanto a la atención a la pérdida gestacional o perinatal.

Durante la implementación de este proyecto se mantendrá en todo momento el anonimato de las participantes bajo la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal con el fin de no vulnerar los derechos de las participantes y proteger su intimidad y confidencialidad.

Se tendrá en cuenta su opinión o interés en participar, tal y como señala la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación

Para ello, solicito formalmente la autorización del centro hospitalario y la suya propia.

Para cualquier aclaración al respecto, puede contactar conmigo a través del teléfono 658 428 284 o a través el correo electrónico: eloisafdezordonez@gmail.com.

Agradeciendo de antemano su colaboración, reciba un cordial saludo.

Eloísa Fernández Ordóñez

Anexo 5: Respuesta favorable de los responsables de los centros hospitalarios.



DON CIPRIANO VIÑAS VERA, DIRECTOR DE ENFERMERIA Y ATENCION CIUDADANA DE LOS HOSPITALES UNIVERSITARIOS REGIONAL Y VIRGEN DE LA VICTORIA DE MÁLAGA , DEL QUE ES DIRECTOR GERENTE DON EMILIANO NUEVO LARA

AUTORIZO : A Dña. Eloisa Fernández Ordoñez, Matrona que desempeña su labor profesional como docente en el Departamento de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de Málaga, a la recogida de datos mediante la cumplimentación de cuestionarios por parte de púerperas de los Servicios de Obstetricia de los Hospitales Universitarios Regional y Virgen de la Victoria de Málaga.

Dicha información tiene como finalidad la inclusión en la tesis doctoral "Análisis de la vivencia de un embarazo posterior a una pérdida gestacional" que la referida Matrona está elaborando en la actualidad.

Lo cual firmo en Málaga a cuatro de Noviembre de dos mil dieciséis.

Hospital Universitario
Virgen de la Victoria
Málaga



D^a. ERIKA MONTORO BERNARD, DIRECTORA DE ENFERMERÍA DE HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA DE MÁLAGA

AUTORIZO: A D^a. Eloísa Fernández Ordóñez, con categoría profesional de Matrona que actualmente realiza su tesis doctoral en la Facultad de Ciencias de la Salud de Málaga, a la recogida de datos mediante la cumplimentación de cuestionarios por parte de puérperas del Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga.

Dicha información tiene como finalidad la inclusión en la tesis doctoral "Análisis de la vivencia de un embarazo posterior a una pérdida gestacional" que la referida matrona está elaborando en la actualidad.

Málaga a 17 de octubre de 2017

D. José Carlos Canca Sánchez DIRECTOR DE ENFERMERÍA DE La Agencia Sanitaria
Costa del Sol (ASCS)

AUTORIZO: A Eloísa Fernández Ordóñez, Matrona que actualmente realiza su tesis doctoral en la Facultad de Ciencias de la Salud de Málaga a la recogida de datos mediante la cumplimentación de cuestionarios por parte de puérperas del Servicio de Obstétrica del Hospital Costa del Sol.

Dicha información tiene como finalidad la inclusión en la tesis doctoral "Análisis de la vivencia de un embarazo posterior a una pérdida gestacional" que la referida matrona está elaborando en la actualidad.



Fdo. José Carlos Canca Sánchez



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD
Área de Gestión Sanitaria
Norte de Málaga



SaludNorteMálaga
SaludNorteMálaga @saludnortemalag

D. Rogelio García Cisneros, Director de Enfermería del Área de Gestión Sanitaria Norte de Málaga.

AUTORIZO: A Eloísa Fernández Ordóñez, matrona que actualmente realiza su tesis doctoral en la Facultad de Ciencias de la Salud de Málaga, a la recogida de datos mediante la cumplimentación de cuestionarios por parte de púerperas del Servicio de Obstetricia del Hospital de Antequera

Dicha información tiene como finalidad la inclusión en la tesis doctoral "Análisis de la vivencia de un embarazo posterior a una pérdida gestacional" que la referida matrona está elaborando en la actualidad.

Antequera, 6 de noviembre de 2017

EL DIRECTOR DE ENFERMERÍA
DEL ASNM.



Fdo: Rogelio García Cisneros

Área de Gestión Sanitaria Norte de Málaga
Poeta Muñoz Rojas, s/n. 29200 Antequera (Málaga)
Tel. 95/106 10 00 Fax 95/106 10 09





Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Dña Auxiliadora Pino Ríos, DIRECTORA DE ENFERMERÍA del Area de Gestión Sanitaria Serranía de Málaga, a la que pertenece el Hospital Serranía:

AUTORIZO: A Eloísa Fernández Ordóñez, Matrona que actualmente realiza su tesis doctoral en la Facultad de Ciencias de la Salud de Málaga a la recogida de datos mediante la cumplimentación de cuestionarios por parte de las puérperas de la UGC Tocoginecología del Hospital de la Serranía de Ronda.

Dicha información tiene como finalidad la inclusión en la tesis doctoral "Análisis de la vivencia de un embarazo posterior a una pérdida gestacional" que la referida matrona está elaborando en la actualidad.

Esta investigación cuenta con el informe favorable del Comité Ético de la Universidad de Málaga (CEUMA), y está pendiente del informe definitivo del Portal de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía (PEIBA), para lo cual se expide la presente autorización

Área de Gestión Sanitaria Serranía de Málaga
Teléfono 951 065 000/01 / Fax 951 065 246
Ctra. Ronda – San Pedro de Alcantara, Km.2
29400 Ronda (Málaga)



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN-GERENCIA

D. Maximiliano Vilaseca Fortes, Director-Gerente del AGS Este de Málaga-Axarquía, perteneciente al Servicio Andaluz de Salud, organismo autónomo adscrito a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía,

AUTORIZA

A Eloisa Fernández Ordoñez, en calidad de investigadores/a para la realización del estudio/proyecto de investigación "Estrés postraumático y duelo gestacional en la gestación posterior a una pérdida gestacional, a desarrollar en la UGC de Ginecología y Obstetricia, pertenecientes al Hospital de La Axarquía (AGS Este de Málaga-Axarquía).

Se informa al solicitante que:

Esta autorización queda sometida a los siguientes requisitos:

- a) En caso de requerir acceso a datos clínicos en la historia y cesión o utilización de los mismos a terceros, deberá solicitarse la autorización expresa para dicho fin, a efectos de cumplir con lo estipulado en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal, así como la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la de Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica. Con arreglo a estas Leyes, se deberá garantizar la adecuada seguridad de los datos personales, incluida la protección contra el tratamiento no autorizado o ilícito y contra su pérdida, destrucción o daño accidental, mediante la aplicación de medidas técnicas u organizativas apropiadas garantizando su confidencialidad y el respeto del principio de minimización de los datos personales.
- b) El encargado del tratamiento de los datos únicamente los tratará conforme a las instrucciones del responsable del tratamiento, y no los aplicará o utilizará con fin distinto al que figure en esta autorización, ni los comunicará, ni siquiera para su conservación, a otras personas. Una vez cumplida la finalidad de esta autorización, los datos de carácter personal deberán ser destruidos o devueltos al responsable del tratamiento, al igual que cualquier soporte o documentos en que conste algún dato de carácter personal objeto del tratamiento.
- c) El solicitante se compromete a cumplir en todo momento las garantías de solicitud de consentimiento y respeto de la autonomía y dignidad de la persona, tal y como determinan los preceptos legales correspondientes, así como aquellas recomendaciones que el Comité Ético haya realizado.
- d) La autorización se limita exclusivamente a la actividad requerida por el solicitante
- e) El incumplimiento de estas condiciones por parte del solicitante derivará en la cancelación inmediata de la autorización y deberá responder de las infracciones en que hubiera incurrido.

Así mismo, se informa al interesado, que en caso de no adjuntar la documentación acreditativa que se le solicite en cada caso, se anulará esta autorización.

Lo que comunico a los efectos oportunos, en Vélez-Málaga a 2 de Octubre 2018

Atentamente.


Recibi y conforme por investigadores:

Fecha y firma
Director Gerente

(devolver 1 ejemplar firmado al AGS Este de Málaga)

Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga-Axarquía
Avda. del Sol, nº 43 - 29740 Torre del Mar (Vélez-Málaga)
Tel. 951 06 70 00

Código:	6hwMS945PFIRMAoXTqvJqGo+yqbtV0	Fecha	02/10/2018
Firmado Por	MAXIMILIANO VILASECA FORTES		
Url De Verificación	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma/	Página	1/1



Anexo 6: Resolución favorable del Comité de Ética de la Investigación Provincial de Málaga



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Comité de Ética de la Investigación Provincial de Málaga

Dra. Dña. Gloria Luque Fernández, Secretaria del CEI Provincial de Málaga

CERTIFICA:

Que en la sesión de CEI de fecha: 25/01/2018 ha evaluado la propuesta de D/Dña.: Eloisa Fernandez Ordoñez, referido al Proyecto de Investigación: "Análisis cualitativo de la vivencia de un embarazo tras una pérdida gestacional".

Este Comité lo considera ética y metodológicamente correcto.

La composición del CEI en esta sesión es la siguiente:

Dra. Ana Alonso Torres (UGC Neurociencias)	D. Ramón Porras Sánchez (RRHH-Abogado)
Dña. Carmen López Gálvez del Postigo (Miembro Lego)	Dra. Leonor Ruiz Sicilia (UGC Salud Mental)
Dra. Encarnación Blanco Reina (Farmacología Clínica)	Dña. Virginia Salinas Pérez (UGC Neurociencias-Enfermera)
Dra. Marta Camacho Caro (UGC Ginecología)	Dr. Francisco J. Mérida de la Torre (Laboratorio)
Dra. Paloma Campo Mozo (UGC Alegria)	Dr. Antonio E. Guzmán Guzmán (UGC Farmacia Hospitalaria)
Dra. Mª Angeles Rosado Souvirón (UGC Farmacia)	Dra. Mª Dolores Bautista de Ojeda (UGC Anatomía Patológica)
D. Alfonso García Guerrero (UGC CS Colonia de Santa Inés)	
Dr. Manuel Herrera Gutiérrez (UGC UCI)	
Dr. José Leiva Fernández (Médico Familia)	
Dr. Antonio López Téfler (Médico de Familia)	
Dra. Gloria Luque Fernández (Investigación)	
Dra. Mª Mercedes Márquez Castilla (Médico Familia)	
Dra. Mª Victoria de la Torre Prados (UGC UMI)	
Dra. Mª Carmen Vela Márquez (Farmacéutica Distrito)	
Dr. Benito Soriano Fernández (Médico Familia)	
Dra. Cristobalina Mayorga Mayorga (Laboratorio)	
Dr. José M. Trigo Pérez (UGC Oncología)	
Dr. Antonio Pérez Rielo (UGC UCI)	

Lo que firmo en Málaga, a 6 de febrero de 2018

Fdo.: Dra. Gloria Luque Fernández
Secretaria del CEI

Anexo 7: Informe del Comité Ético de Experimentación de la Universidad de Málaga (CEUMA)



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



Vicerrectorado de Investigación y Transferencia
Comité Ético de Experimentación de la Universidad de Málaga
(CEUMA)

Nº: 329

Nº de Registro CEUMA: 90-2015-H

INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE EXPERIMENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

CEUMA

Reunido el Comité Ético de Experimentación en Málaga, el 9 de diciembre de 2015 ha evaluado la solicitud del proyecto denominado: "**Análisis de la vivencia de un nuevo embarazo tras una pérdida gestacional.**", cuyo investigador principal es **Dña. M^a Teresa Labajos Manzanares.**

Una vez examinada la documentación presentada y verificados aquellos aspectos relacionados con la ética y la legislación en materia de investigación que se indican:

-Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto, teniendo en cuenta los beneficios esperados.

- El procedimiento para obtener el consentimiento informado, incluyendo la hoja de información al sujeto son correctos.

- La idoneidad del procedimiento experimental, especialmente la posibilidad de alcanzar conclusiones válidas de acuerdo con los objetivos establecidos.

- La capacidad del investigador principal y sus colaboradores los medios y las instalaciones previstas son apropiados para llevar a cabo dicho estudio.

- El alcance de las compensaciones y motivaciones previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.

Acuerda por consenso emitir Informe Ético **FAVORABLE** para dicho proyecto.

Para que así conste D. Juan Teodomiro López Navarrete, Vicerrector de Investigación y Transferencia y Presidenta del Comité Ético de Investigación de la Universidad de Málaga lo firma en Málaga a 18 de abril de 2016.

Fdo: Juan Teodomiro López Navarrete

Una vez instruido el procedimiento, y en base a lo dispuesto en el artículo 84 de la Ley 30/92, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común, se le da audiencia para que en un plazo de 10 días, contados a partir de la recepción/publicación del presente informe, pueda formular alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que estime pertinentes.



EFQM

AENOR



Pabellón de Gobierno, planta 3ª. Campus El Ejido. 29071. Tel.: 952 13 42 04
E-mail: ceuma@uma.es



Anexo 8

Hoja Informativa para las participantes en el estudio

Estimada Señora:

Mediante la presente se solicita su colaboración en el estudio sobre el “ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y DUELO GESTACIONAL EN LA GESTACIÓN POSTERIOR A UNA PÉRDIDA GESTACIONAL”. Este estudio tiene como objeto aportar una mejor comprensión de su experiencia, para ampliar los conocimientos de los profesionales sanitarios en este aspecto y orientar un aumento de la calidad asistencial.

Su participación en el proyecto consistiría en:

- Cumplimentar los siguientes cuestionarios con posibilidad de una posterior entrevista.

Su colaboración es **voluntaria y anónima**.

Este estudio **no presenta ningún riesgo** en términos de su integridad. Toda la información facilitada será descrita **bajo anonimato y confidencialidad** siguiendo la Ley Orgánica de 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Solo los investigadores tendrán acceso a esta información.

Si en algún momento tiene alguna pregunta relacionada con la investigación o su participación, puede contactar con los investigadores, quienes responderán sus preguntas. Email: eloisafernandez@uma.es

Si en algún momento tiene comentarios o preocupaciones relacionados con la conducción de la investigación o preguntas acerca de sus derechos como sujeto de investigación, podría contactar con el Comité de Ética de la Universidad de Málaga (CEUMA). Dirección: Pabellón de Gobierno. 3ª Planta, Campus El Ejido. 29071. Teléfono: 952131047. Fax: 952131047. Email: vrinvestigacion@uma.es / ceuma@uma.es

Anexo 9

Solicitud del consentimiento informado para las participantes en el estudio:

Título del estudio a desarrollar: ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y DUELO GESTACIONAL EN LA GESTACIÓN POSTERIOR A UNA PÉRDIDA GESTACIONAL

Yo,

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He recibido la suficiente información de las características principales del estudio y sobre mi participación que consiste en la cumplimentación de dos cuestionarios y he podido realizar todas aquellas preguntas que considero necesarias para aclarar cualquier duda referente a mi participación.

Me informa y he hablado con

Y me ha hecho saber que mi participación es totalmente voluntaria y que, aunque acepte formar parte de la investigación, puedo retirarme del estudio:

1. En cualquier momento, porque así lo deseo
2. No va a suponer repercusiones en mi atención
3. Sin tener que dar explicaciones, si no lo considero oportuno

El equipo investigador se compromete a favorecer el anonimato de las participantes y de proteger todos los datos obtenidos en el transcurso de la investigación. Dichos datos serán custodiados por el equipo investigador en todo momento y no van a ser utilizados para ninguna cuestión diferente a la investigación que nos compete, pudiéndose usar sólo para su publicación y difusión según las normas de carácter universal y que han sido establecidas para tal fin. Así todos los datos obtenidos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la vigente normativa respaldada por la Ley Orgánica de Protección de Datos de carácter personal (Ley 15/1999, de 13 de diciembre).

Con todo lo expuesto, me presto a participar libremente y estoy conforme con todas estas consideraciones.

En Málaga, a de de 20.....

Anexo 10

Revocación del consentimiento informado para la participación en el estudio

Yo:

(Nombre y Apellidos)

Por medio de la presente, revoco mi libre consentimiento para participar en el estudio titulado “ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y DUELO GESTACIONAL EN LA GESTACIÓN POSTERIOR A UNA PÉRDIDA GESTACIONAL”, acogiéndome a la premisa de que puedo suspender mi participación en el estudio en el momento que considere oportuno, que en su día firmé en el consentimiento informado de participación. Mediante este documento se garantiza que la información que he aportado hasta el momento no será utilizada en este estudio ni cedida a terceros.

Firma de la participante:

Fecha: ____ / ____ / ____