

EL USO DE LA ESCALA DE DUELO PERINATAL PARA MEDIR EL DUELO
COMPLICADO EN LAS MUJERES QUE HAN TENIDO UN ABORTO
ESPONTÁNEO: UNA REVISIÓN INTEGRADORA

Por

Marlín Soto Valentín

Disertación Doctoral sometida al Programa Graduado Combinado Integrado Psicología
Clínica Consejería Psicológica del Recinto de San Germán de la Universidad
Interamericana de Puerto Rico para optar por el grado de Doctor.

Noviembre 2023

EL USO DE LA ESCALA DE DUELO PERINATAL PARA MEDIR EL DUELO
COMPLICADO EN LAS MUJERES QUE HAN TENIDO UN ABORTO
ESPONTÁNEO: UNA REVISIÓN INTEGRADORA

Por

Marlin Soto Valentín

Nosotros, los miembros del Comité de Disertación Doctoral y del Comité de Defensa de la estudiante Marlin Soto Valentín, certificamos que la investigación sometida por ésta cumple con los requisitos para las disertaciones doctorales establecidos por el Programa Graduado Combinado Integrado Psicología Clínica Consejería Psicológica del Recinto de San Germán de la Universidad Interamericana de Puerto Rico y para que así conste firmamos certificando la aprobación de esta.

Aprobada: 28 de noviembre de 2023

Fecha

Dra. Osmay Olivencia Sánchez, PsyD
Directora del Comité

29 de noviembre 2023

Fecha

Dra. Jomaira Ross Casiano, PsyD
Codirectora del Comité

30 de noviembre de 2023

Fecha

Dra. Mary Luz Martínez Aldebol
Directora, Departamento de Ciencias Sociales,
Educación y Humanidades

30 de noviembre de 2023

Fecha

Carlos Irizarry Guzmán, DBA
Director, Escuela de Estudios Graduados e Investigación

30 de noviembre de 2023

Fecha

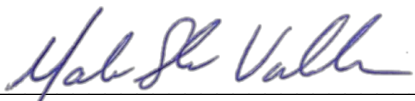
Dra. Ileana Ortiz Rivera
Decana Interina de Asuntos Académicos

30 de noviembre de 2023

Fecha

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA

Yo, Marlin Soto Valentín, certifico que la propuesta de disertación doctoral titulada EL USO DE LA ESCALA DE DUELO PERINATAL PARA MEDIR EL DUELO COMPLICADO EN LAS MUJERES QUE HAN TENIDO UN ABORTO ESPONTÁNEO: UNA REVISIÓN INTEGRADORA, la cual presento como requisito para optar por el Grado de Doctor en el Programa Graduado Combinado Integrado Psicología Clínica Consejería Psicológica del Recinto de San Germán de la Universidad Interamericana de Puerto Rico, es el producto de mi labor investigativa. Asimismo, doy fe que este trabajo es uno original e inédito.


Firma

RESUMEN

El aborto espontáneo es un suceso que ocurre con frecuencia en 1 de cada 4 mujeres que quedan embarazadas (Ruiz Segovia & Rodríguez Muñoz, 2019). Para algunas mujeres, el duelo luego de la pérdida puede complicarse (Gozuyesil et al., 2022; Mergl et al., 2022) por lo que es de importancia identificarlo para la prevención e intervención en la prestación de servicios de salud mental. Se realizó una revisión integradora del uso de la Escala de Duelo Perinatal (PGS, por sus siglas en inglés) en mujeres que han tenido un aborto espontáneo, para integrar la investigación realizada en los pasados diez años. El modelo teórico utilizado es el modelo de intensidad de duelo basado en múltiples análisis de regresión que surgió del estudio de Toedter y colegas (1988) en su escala original de la Perinatal Grief Scale. Se utilizaron las siguientes bases de datos: Academic Search Ultimate, APA PsycInfo, CINAHL with Full Text, MEDLINE with Full Text, Nursing & Allied Health Database, ProQuest One Psychology, PSICODOC, Psychology and Behavioral Sciences Collection y Psychology Database. De los 1,466 artículos encontrados, cinco artículos cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se obtuvo una muestra total de 687 madres que tuvieron un aborto espontáneo. Se encontró que los síntomas de duelo perinatal disminuyen con el tiempo, pero en algunos casos persiste años después de la pérdida. Son las madres que no tienen hijos y con sintomatología asociada a otros trastornos de salud mental quienes presentaron mayores puntuaciones en duelo perinatal. Por lo que, existe una necesidad de investigaciones en duelo complicado perinatal, particularmente para la población puertorriqueña ya que el factor cultural tiene sus manifestaciones particulares.

PREFACIO

A Dios, quien me da las fuerzas y a quien le debo lo que soy.

A mis hijos, Izan y Emma, quienes son mi mayor motivación. Quienes me han acompañado desde que fueron gestados en los años de mis estudios doctorales.

A mi hija Ainhoa, a quien gesté por unas semanas, pero quien permanecerá por siempre en mi corazón. A ella le debo, en parte, mi pasión por la psicología perinatal.

A mi madre, por ser una gran fuente de apoyo en esta travesía de la maternidad.

A mi esposo, por estar y apoyarme en el proceso. Juntos cumplimos varias metas profesionales y aún nos falta toda una vida para dejar nuestra huella en la profesión.

A mi padre, hermanos, suegra y familiares quienes de alguna u otra manera me han acompañado en la maternidad.

A todas las madres quienes no tuvieron la oportunidad de maternar a un hijo vivo, a quienes se encuentren en duelo complicado, a quienes no pudieron abrazar, cargar, besar a su bebé.

A mi comité de disertación, por estar y realizar una gran labor profesional.

TABLA DE CONTENIDO

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA.....	iii
RESUMEN	iv
PREFACIO	v
TABLA DE CONTENIDO.....	vi
CAPÍTULO I	1
INTRODUCCIÓN	1
Problema de Investigación.....	2
Importancia del Problema de Investigación.....	4
Propósito del Estudio	5
Marco Teórico.....	5
Definiciones Operacionales	8
CAPITULO II	11
REVISIÓN DE LITERATURA	11
Duelo Complicado	11
Factores de Riesgo y de Protección en el Duelo Complicado en Pérdidas Perinatales	23
Experiencias de Abortos Espontáneos y Otras Pérdidas Perinatales	42
Aspectos Culturales y de Religión en la Pérdida Perinatal.....	56
Diferencias en Pérdidas Perinatales	61
Comorbilidad con Otras Sintomatologías Psicológicas del Periparto	73
Instrumento que Evalúa el Duelo Perinatal	81
Profesionales de la Salud y Aborto Espontáneo	94
CAPITULO III.....	112

MÉTODO	112
Diseño de Investigación.....	112
Estrategia de Búsqueda.....	112
Características de la Muestra de Investigación.....	113
Instrumentos de Medición.....	114
Procedimiento para la Revisión Integradora.....	116
CAPÍTULO IV.....	118
RESULTADOS	118
CAPÍTULO V.....	128
DISCUSIÓN	128
REFERENCIAS.....	134
APÉNDICE.....	146

Índice de Ilustraciones

Figura 1. Modelo de Intensidad de Duelo Basado en Múltiples Análisis de Regresión (Tiempo 2: de Seis a Ocho Semanas Post Pérdida)	6
Figura 2. Diagrama que Demuestra el Método de Búsqueda Utilizado y los Criterios de Inclusión y Exclusión.....	119

Índice de Apéndices

Apéndice A. Certificación del Curso Básico Social Behavioral Research del CITI Program.....	146
Apéndice B. Certificación del Curso Responsible Conduct of Research for Graduate Students del CITI Program	147
Apéndice C. Perinatal Grief Scale – Versión de 33 Ítems (Potvin et al., 1989)	148
Apéndice D. Escala de Duelo Perinatal, Versión en Español (SpVPGS, por sus siglas en inglés) (Capitulo et al., 2010)	150
Apéndice E. Coeficientes Correlacionales de las Dimensiones del Duelo Perinatal (Capitulo et al., 2010, p. 129), en inglés y español.....	154
Apéndice F. Reactivos (19) que Miden Duelo Perinatal, Sugeridos por los Autores Capitulo et al. (2010), en el Orden que Aparecen en la Escala de Duelo Perinatal, Versión Español (SpVPGS, por sus siglas en inglés).....	155
Apéndice G. Escala de Duelo Perinatal – Versión Española para España	156
Apéndice H. Cantidades de Artículos Encontrados en Bases de Datos.....	158
Apéndice I. Estudios que Utilizaron la Escala de Duelo Perinatal para Medir el Duelo Complicado en Mujeres que han Tenido un Aborto Espontáneo	160
Apéndice J. Anuncio de Defensa de la Disertación Doctoral	172

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El perder un hijo a partir de un aborto espontáneo o mortinato es un evento traumático que desencadena la evolución del duelo (Ruiz Segovia & Rodríguez Muñoz, 2019). A pesar de que el duelo es un proceso normal al experimentar la pérdida de un ser querido, para un porcentaje de la población este suceso suele desencadenarse en sintomatología de duelo complicado (Kulathilaka et al., 2016), afectando así los ámbitos sociales, ocupacionales u otras áreas de funcionamiento importantes de la persona. Se ha evidenciado que los cuidados de salud que demuestren apoyo luego de que ocurre una muerte intrauterina son importantes a la experiencia de la mujer en el hospital y beneficiosa al proceso de duelo (Cassidy, 2018; Figueredo-Borda et al., 2022; Sumarno et al., 2020). Por otro lado, algunas investigaciones resaltaron como el bienestar emocional de los padres y madres se ha visto afectado cuando tienen interacciones negativas con los profesionales de salud (Galeotti et al., 2022; Yang et al., 2022).

En Puerto Rico existe la ley 184 del 2016/2020, o ley que establece y elabora un protocolo en las instituciones hospitalarias y de salud para el manejo de la pérdida de un embarazo en etapa temprana. No obstante, aún no se ha realizado tal protocolo ni implementado en las instituciones hospitalarias. Además, no se especifica un seguimiento posterior de la salud mental, particularmente quienes tienen un aborto espontáneo. De manera semejante, en Puerto Rico existe la guía para completar el certificado de muerte fetal registro demográfico y estadísticas vitales. Este documento contiene información sobre como informar e inscribir la muerte fetal o natimueertos. Para efectos de registrar la

muerte fetal, el Departamento de Salud de Puerto Rico (2015) considera solamente la muerte fetal o natimuerto y la define como la:

muerte con anterioridad a la completa expulsión o extracción del vientre de la madre del resultado de la concepción, un feto de 350 gramos (12.3 oz) o más, o de 20 semanas completas de gestación o más; calculadas desde la fecha de comienzo del último periodo normal de menstruación hasta el día del parto y que no es una terminación de embarazo inducido. La muerte está indicada por el hecho de que después de la extracción o expulsión, el feto no respire o muestre alguna otra evidencia de vida, como latidos del corazón, pulsación del cordón umbilical o movimiento voluntario de músculos. Los latidos del corazón deben distinguirse de contracciones cardiacas momentáneas y las respiraciones deben distinguirse de esfuerzos respiratorios fugaces o jadeos. (p. 1)

Por lo que, en Puerto Rico no existen estadísticas que reporten la prevalencia de abortos espontáneos y por consiguiente tampoco de duelo complicado en madres que han pasado por este suceso. Además, no existe un proceso de registro demográfico sobre las pérdidas de embarazo anteriores a las 20 semanas de gestación o que tengan un peso menor a las 12.3 onzas.

Problema de Investigación

La literatura acerca del duelo complicado aún es escasa cuando se trata del duelo perinatal, particularmente el que surge luego de la pérdida de un bebé tras un aborto espontáneo y sobre todo en Puerto Rico. Cuando hay una pérdida por aborto espontáneo, hay falta de reconocimiento social que los padres se encuentran en luto, con frecuencia la pérdida es inesperada impidiendo así la preparación psicológica de los mismos (Ruiz

Segovia & Rodríguez Muñoz, 2019). Se estima que una (1) de cada cuatro (4) mujeres estadounidenses y de entre un 10% y 20% en estudios internacionales, sufrirá al menos una pérdida fetal a lo largo de su vida (Ruiz Segovia & Rodríguez Muñoz, 2019). Por otro lado, existen distintos factores de riesgo que llevan a que una madre desarrolle un duelo complicado luego de un aborto espontáneo como lo son la presencia de síntomas de depresión, ansiedad (Lee & Rowlands, 2015) y estrés postraumático en la madre; el historial de pérdida gestacional y la presión social por un nuevo embarazo (Flach et al., 2022). Además, se ha identificado también como factor de riesgo el ser mujer inmigrante y tener un estatus socioeconómico bajo (deMontigny, et al., 2020).

De la misma manera, entre los factores de protección se encuentran la presencia de otro niño vivo aparte del que murió, la calidad del cuidado de salud especializado y el apoyo social provisto ya fuese por la pareja, la comunidad o las actividades espirituales (Flach et al., 2022). Además, las creencias religiosas, sobre todo si se practican con regularidad, ayudan a afrontar la pérdida y a la recuperación (Allahdadian & Iraipour, 2015). Particularmente, Leach y colegas (2014) encontraron que la experiencia de aborto espontáneo para las mujeres latinas debe ser vista en el contexto de las creencias culturales hispánicas y las barreras culturales incrustadas sobre el apoyo social. Una forma de poder determinar la necesidad de ayuda psicológica a las mujeres que han pasado por un aborto espontáneo es administrarles una medida de duelo que permita medir cuan complicado se ha tornado su duelo. Por lo que, en este presente estudio fue preciso investigar y evaluar las evidencias disponibles en la literatura respecto al uso de la escala de duelo perinatal para medir el duelo complicado en las mujeres que han tenido un aborto espontáneo.

Importancia del Problema de Investigación

Con la pérdida del embarazo las mujeres sienten soledad, exclusión, presión de su familia de seguir el rumbo normal de su vida, cuestiones que las llevan a no hablar de su duelo (Figueredo-Borda et al., 2022). Además, hay carencia de empatía por parte del sistema de cuidado de salud. El investigar sobre la evidencia disponible del duelo complicado en mujeres que han pasado por un aborto espontáneo ayudará a determinar la necesidad de servicios psicológicos en esta población en específico. De igual manera, podrán desarrollarse tanto terapias específicas al duelo complicado perinatal, como estrategias de prevención e intervención a nivel individual como grupal. Por ejemplo, aumentar el apoyo ofrecido a las madres que han pasado por un aborto espontáneo ya que no siempre la familia y las amistades sirven de fuente de apoyo, ya sea por la presentación de su propio duelo o por la falta de comprensión de lo que las mujeres estaban experimentando (Collins et al., 2014). Por otra parte, realizar dicha investigación aportará al conocimiento en el área perinatal. Mas aun teniendo en consideración que la experiencia de aborto espontáneo para las mujeres latinas debe ser vista en el contexto de las creencias culturales hispánicas y las barreras culturales incrustadas sobre el apoyo social (Leach et al., 2014).

Gran parte de la investigación en duelo perinatal utiliza una metodología cualitativa (Figueredo-Borda et al., 2022; Forte Camarneiro et al., 2015; Leach et al., 2014; Richards et al., 2015). Por lo que, el haber utilizado una metodología de revisión integradora permitió recopilar investigaciones con diversas metodologías en el tema del duelo complicado perinatal. Además, el haberse enfocado en el uso de una de las escalas más utilizadas (Flach et al., 2022) para medir el duelo perinatal como lo es la Escala de

Duelo Perinatal (Perinatal Grief Scale) hizo más confiable los datos a presentarse.

Asimismo, servirá como escala a utilizarse en el proceso de cernimiento del duelo complicado al ofrecer los servicios de terapia psicológica a madres que han pasado por un aborto espontáneo.

Propósito del Estudio

El propósito de la investigación fue realizar una revisión integradora sobre el uso de la escala de duelo perinatal para medir el duelo complicado en las mujeres que han tenido un aborto espontáneo. La investigación tuvo como pregunta principal el responder ¿qué investigaciones recientes han utilizado la escala de duelo perinatal para medir el duelo en mujeres que han tenido aborto espontáneo? Por lo que, los objetivos de la investigación fueron el integrar y sintetizar las investigaciones recientes que han utilizado la Escala de Duelo Perinatal para medir el duelo en mujeres que han tenido un aborto espontáneo.

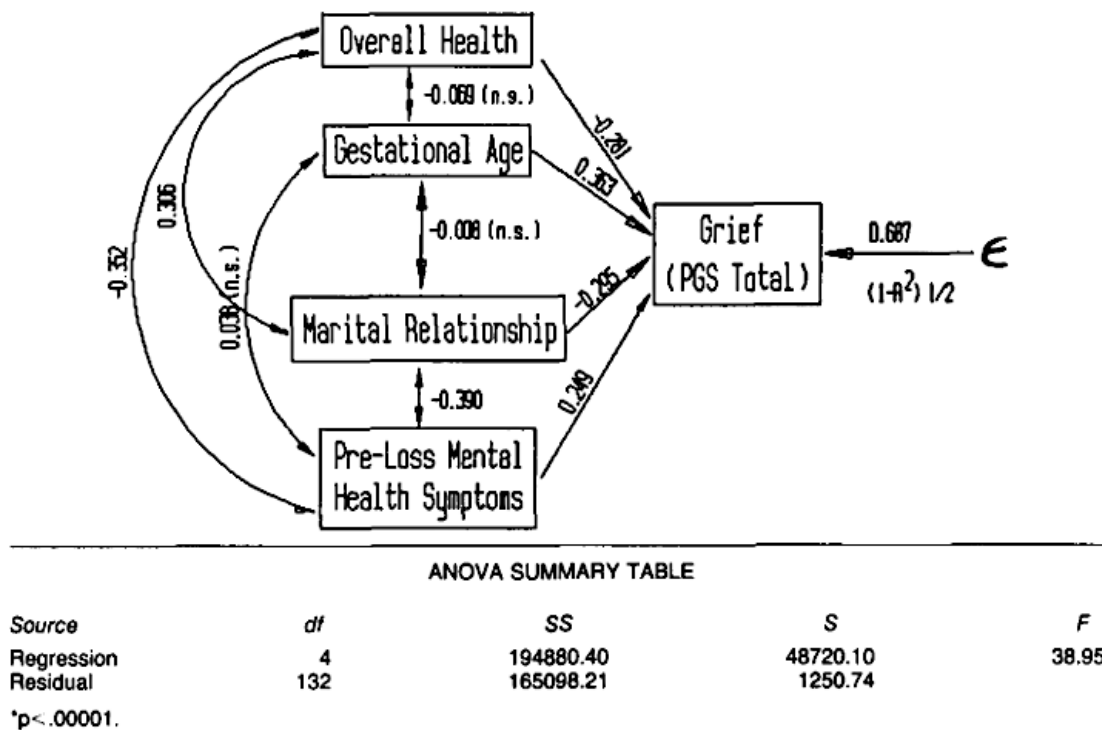
Marco Teórico

El duelo perinatal se diferencia principalmente del duelo normal ya que, en uno, el proceso de duelo gira en torno a las fantasías e ilusiones que tenían acerca del bebé, mientras que en la otra gira en torno a los recuerdos y experiencias que tenían de la persona. Por otra parte, según la revisión de literatura de Toedter et al. (1988) en la pérdida perinatal hay culpabilidad de la madre por la pérdida, hay reluctancia del sistema de apoyo cuales hace sentir en los padres soledad e incertidumbre, la causa de la muerte del bebé a menudo es desconocida y hay una necesidad percibida de cada miembro de la pareja a ser fuertes el uno con el otro y no permitirse experimentar el duelo. Según explican Toedter et al. (1988), la ausencia de algo visible y reconocido públicamente

como el “objeto” a llorar, en muchos casos en la pérdida perinatal, puede hacer que el proceso sea más difícil y complejo. Tal explicación surge cuando en el 1915 Sigmund Freud describía que una de las tareas del luto era el involucrar la retirada de la energía psíquica del objeto perdido.

Figura 1

Modelo de Intensidad de Duelo Basado en Múltiples Análisis de Regresión (Tiempo 2: de Seis a Ocho Semanas Post Pérdida)



Según Ruiz Segovia & Rodríguez Muñoz (2019), las teorías que existen de duelo, como lo son la teoría de apego de Bowlby del 1980 y la teoría de Kübler-Ross de 2013, no abarcan del todo la experiencia del duelo perinatal. Por lo que, se estará utilizando el modelo de intensidad de duelo basado en múltiples análisis de regresión que surgió del estudio de Toedter y colegas (1988; ver Figura 1) y del que es base de la Escala de Duelo Perinatal. Para este estudio, dicha escala fue completada por 194 sujetos (mujeres y sus

esposos o parejas) como parte de un estudio longitudinal de factores que afectaban la resolución del duelo luego de ocurrir un aborto espontáneo, muerte fetal o neonatal, o embarazo ectópico. Entre las variables que fueron predictores significativos de duelo, como medido por esta escala, fueron: la salud de la madre en general, la edad gestacional al momento de la pérdida, la calidad de la relación marital y la sintomatología de salud mental previo a la pérdida (Toedter et al., 1988).

En cuanto a la salud general de la madre, según mencionan Toedter y colegas (1988), es una variable difícil de interpretar ya que afecta indirectamente al duelo: la salud en general está negativamente relacionada a los síntomas de salud mental y relacionado positivamente a la calidad de la relación marital. Respecto a la edad gestacional al momento de la pérdida, aunque tiene una relación positiva al duelo, no fue el predictor más importante de la puntuación total de la escala, sino de la subescala Duelo Activo (factor 1). Por lo que, la edad gestacional juega un mayor rol en el corto término y la reacción normal de duelo que a largo término (dificultad de adaptación y desesperación). En cuanto a la calidad de la relación marital, cuando la calidad es pobre suele relacionarse a síntomas de escasa salud mental. Por último, respecto a la sintomatología de salud mental previo a la pérdida, presentó una relación fuerte entre depresión (medida por una subescala de depresión del Symptom Checklist-90) y el factor de dificultad de adaptación ($r = 0.77$) y pobre relación entre depresión y desesperación ($r = 0.57$).

En la escala original, el Perinatal Grief Scale mide tres factores del duelo: Duelo Activo, Dificultad de Adaptación y Desesperación (Toedter et al., 1988). Estos miden las reacciones normales de duelo, la dificultad de afrontar la pérdida, así como

sintomatología ansiosa/depresiva o problemas de pareja y la perduración de los síntomas en el tiempo, respectivamente (Ruiz Segovia & Rodríguez Muñoz, 2019). Por otro lado, la Escala de Duelo Perinatal versión corta en español (SpSVPGS, por sus siglas en inglés) mide solo dos factores: Duelo Activo y Dificultad de Adaptación/Desesperación (Capitulo et al., 2010). Según los autores, los resultados de este estudio identificaron solo dos dimensiones de duelo en padres/madres que hablan español indicando que puede haber diferencias culturales en la expresión del duelo en personas que hablen inglés y de las que hablan en español. Como por ejemplo la duración esperada y los rituales funerales. Por lo que, los autores mencionaron que medir el sentimiento de la pena en poblaciones que no hablan inglés es importante para aprender sobre los atributos culturales del duelo perinatal, incluyendo rituales que apoyan la sanación de dolor y pena después de la pérdida de un embarazo o la muerte de un bebé.

Definiciones Operacionales

Las definiciones operacionales del estudio fueron varias. Primeramente, se encuentra el término de *aborto espontáneo* (miscarriage, en inglés) el cual ha tenido leves variaciones en su definición. Se ha definido como la expulsión o extracción de un feto, menor de 500 gramos de peso, o correspondiente a las veintidós semanas de gestación (SEGO, 2010 como citado en Ruiz Segovia & Rodríguez Muñoz, 2019). Según la Ley 184 del 2016/2020, se define la pérdida de embarazo en etapa temprana como “la pérdida durante las primeras veinte (20) semanas de gestación”. De manera semejante, Neugebauer y colegas (1997 como citado en Kulathilaka et al., 2016) definen el aborto espontáneo como la terminación involuntaria de un embarazo intrauterino no viable antes de las 28 semanas de gestación. Por lo que, operacionalmente para la investigación se

definió el *aborto espontáneo* como la pérdida de un embarazo durante las primeras veintidós (22) semanas de gestación, o la expulsión o extracción involuntaria de un feto menor de 17 onzas de peso.

Por otro lado, para efectos de la población que formaron parte de la revisión se delimitó la edad según la fertilidad en la mujer. Según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, por sus siglas en inglés, 2020), la fecundidad de las mujeres disminuye gradualmente, pero ocurre de forma significativa aproximadamente a la edad de 32 años y disminuye más rápidamente luego de los 37 años. Asimismo, el ACOG mencionan que la fertilidad, cual está relacionada a la edad, también está acompañada con aumentos significativos en aborto espontáneo. Por lo que, es más probable que una mujer que intente quedar embarazada luego de la edad de 37 años tenga mayores probabilidades de tener múltiples abortos espontáneos. Es por esta razón que, operacionalmente se definió *madres que han tenido un aborto espontáneo* como aquellas mujeres que se encuentran entre las edades de 21 a 37 años, que han quedado embarazadas anteriormente y han perdido el embarazo.

Entre otra de las variables importantes del estudio, se encuentra el *duelo complicado*. El duelo es una respuesta natural a la pérdida de un ser querido. Para la mayoría de las personas, los síntomas del duelo comienzan a disminuir con el tiempo. Sin embargo, según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed. text revisión; DSM-5-TR; American Psychiatric Association, 2022B) para un pequeño grupo de personas, el sentimiento de duelo intenso persiste y los síntomas son lo suficientemente graves como para causar problemas y evitar que continúen con sus vidas. El trastorno de duelo prolongado se caracteriza por este duelo intenso y persistente que

causa problemas e interfiere con la vida diaria. La Perinatal Grief Scale (PGS), así como versiones en español como lo son la Escala de Duelo Perinatal en español (SpSVPGS, por sus siglas en inglés) miden el duelo complicado. Mientras más altas sean las puntuaciones en estas escalas, más probable sea que la persona esté experimentando el duelo complicado tras una pérdida perinatal. Por lo que, se definió operacionalmente *duelo complicado* cuando los resultados de las escalas sean altos o la puntuación mínima sugerido como duelo complicado según cada versión del PGS encontrada en los artículos.

CAPITULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

En el siguiente capítulo estaré presentando investigaciones sobre lo que es el duelo complicado, particularmente aquel que ocurre luego de que una madre sufre un aborto espontáneo. También, mostraré investigaciones sobre los factores de riesgo, así como los factores de protección al duelo complicado ante un aborto espontáneo. Por otro lado, presentaré estudios sobre diversas experiencias de abortos espontáneos en su mayoría sobre investigaciones cualitativas y como las vivencias de distintas madres tienen aspectos en común.

Conviene también presentar sobre la comorbilidad del duelo prolongado con otra sintomatología psicológica, particularmente la ansiedad y depresión. Además, para poder medir lo que es el duelo complicado en las madres en etapa perinatal es necesario presentar información sobre la Escala de Duelo Perinatal, , cual es parte importante de esta investigación. Por último, y dado que la experiencia de pérdida de un aborto espontáneo se da o trata junto a profesionales de la salud, estaré presentando algunos estudios en como la interacción del profesional con el paciente puede afectar o ayudar al proceso de duelo en una madre que acaba de experimentar un aborto espontáneo.

Duelo Complicado

El duelo perinatal es uno complejo y se diferencia de otro tipo de pérdidas por aspectos como lo son: la falta de reconocimiento social, los sentimientos de culpa, la posibilidad de sufrir pérdidas recurrentes, las actitudes ambivalentes hacia el embarazo y la naturaleza imprevisible e incontrolable de una pérdida fetal (Huffman et al. 2014, como citado en Ruiz Segovia & Rodríguez Muñoz, 2019). La mayoría de las

investigaciones cuando hablan del duelo perinatal que persiste en duración y severidad lo nombran duelo complicado (Capitulo et al., 2010; Castro et al., 2021; Flach et al., 2022; Forte Camarneiro et al., 2015; Kulathilaka et al., 2016). Sin embargo, según el American Psychiatric Association's (2022) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed. text revision; DSM-5-TR), cuando la persona ha desarrollado una respuesta de duelo persistente por el anhelo intenso por la persona muerta y/o la preocupación con pensamientos o memorias de la persona muerta lo definen como *Trastorno de Duelo Prolongado* (F43.8). Asimismo, detallan en la sintomatología que este anhelo ocurre desde que la persona murió y que tales síntomas han ocurrido casi todos los días por al menos el pasado mes. Especifican en los criterios que quien murió debió haber sido una persona cercana al individuo afligido y la muerte haber ocurrido en al menos los doce (12) meses pasados.

Como un tercer criterio del diagnóstico de trastorno de duelo prolongado es que, desde la muerte, al menos tres de los siguientes síntomas han estado presente la mayoría de los días a un grado clínicamente significativo, ocurriendo los síntomas casi todos los días al menos por el mes pasado: (1) alteración de la identidad (e.g. sentir que una parte de la persona ha muerto) desde la muerte; (2) sentido de incredulidad marcada acerca de la muerte; (3) evitación de recordatorios de que la persona ha muerto, (4) dolor emocional intenso (e.g. ira, amargura, tristeza) relacionados a la muerte; (5) dificultad en reintegrarse a las relaciones y actividades de uno mismo luego de la muerte (e.g. tener problemas en relacionarse con amistades, buscar intereses, o planificar hacia el futuro); (6) aturdimiento emocional (ausencia o reducción marcada de experiencia emocional)

como resultado de la muerte; (7) el sentimiento de que la vida no tiene sentido como resultado de la muerte; (8) soledad intensa como resultado de la muerte.

Un cuarto criterio del diagnóstico de duelo prolongado lo es que el disturbio causa angustia clínicamente significativa o discapacidad en lo social, ocupacional u otras áreas de funcionamiento importantes. Además, la duración y severidad de la reacción de luto claramente excede las normas sociales, culturales y religiosas esperadas, para la cultura y contexto del individuo. Por último, los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental, como trastorno de depresión mayor o trastorno de estrés post traumático y no se atribuyen a los efectos psicológicos de una sustancia (e.g. medicación, alcohol) u otra condición médica (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022).

Por otro lado, según la Asociación Americana de Psiquiatría (2022), la prevalencia del trastorno de duelo prolongado en el DSM-5-TR en adultos es desconocida. Sin embargo, mencionan que los metaanálisis de estudios a lo largo de cuatro continentes que utilizaron diferentes definiciones para el trastorno de duelo prolongado con al menos seis (6) meses de duración luego de la pérdida sugieren una prevalencia agrupada de 9.8%; no obstante, entre los estudios existía heterogeneidad sustancial en la metodología cual afectaba la prevalencia de los resultados. Por otra parte, según la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) uno de los factores de riesgo para el trastorno de duelo prolongado es cuando la muerte de la persona es inesperada, cual es el caso de los abortos espontáneos. Además, indican que los síntomas del trastorno de duelo prolongado son observados en distintos ámbitos culturales, pero las respuestas de duelo pueden manifestarse en maneras específicas de la cultura, incluyendo la duración esperada y presentar variaciones históricas. Como ejemplo presentan la inhabilidad de

llevar a cabo rituales funerales en algunas culturas y estos pueden complicar los síntomas del trastorno de duelo prolongado, posiblemente por la interpretación de su impacto en el estatus espiritual del muerto.

La Asociación Americana de Psiquiatría (2022) también detalla que los individuos con síntomas de trastorno de duelo prolongado están en mayor riesgo de tener ideaciones suicidas. Además, mencionan que los síntomas del trastorno de duelo prolongado están asociados con incapacidad en el trabajo o el funcionamiento social y en conductas de salud dañinas como lo son el aumento del uso de tabaco y alcohol. De igual manera resaltan que está asociado a los aumentos marcados en riesgos para condiciones médicas serias, incluyendo enfermedades cardíacas, hipertensión, cáncer, deficiencia inmunológica y reducción en la calidad de vida. Por último, algunos trastornos comórbidos al trastorno de duelo prolongado lo son el trastorno de depresión mayor, trastorno de estrés post traumático y trastornos de uso de sustancias (American Psychiatric Association, 2022).

Entre los estudios sobre el duelo perinatal, tenemos varios que hablan sobre la reconstrucción del significado y terminología (Diamond et al., 2021; Tian & Solomon, 2020), las estrategias de afrontamiento ante el duelo (Fernández-Basanta et al., 2021), la relación entre el apego materno-fetal y la angustia ante una pérdida perinatal (Branjerdporn et al., 2021) y los niveles o intensidad del duelo (Gozuyesil et al., 2022; Mergl et al., 2022). En cuanto al significado de duelo, Tian y Solomon (2020) examinaron la reconstrucción del significado y la comunicación de apoyo de la pareja como factores que pueden influir en la asociación entre el duelo y el crecimiento postraumático después de un aborto espontáneo. Las autoras tomaron el término de

crecimiento postraumático de Calhoun y Tedeschi (1999) quienes lo acuñaron para capturar los cambios positivos en las percepciones de sí mismo, las relaciones con los demás, y la filosofía de vida que puede resultar de llegar a un acuerdo con un evento altamente estresante de la vida. Además, para el 2004, Calhoun argumentó que un evento debe desafiar el entendimiento de las personas acerca del mundo para que ocurra el crecimiento (como citado en Tian & Solomon, 2020), tal y como puede pasar en el evento de un aborto espontáneo.

Luego que las autoras realizaran una breve revisión de literatura, formularon tres hipótesis. Primeramente, Tian y Solomon (2020) hipotetizaron que existe una relación curvilínea entre las reacciones de duelo negativo de las madres en duelo y el crecimiento postraumático después del aborto espontáneo, de modo que los niveles moderados de duelo predicen el mayor crecimiento postraumático en comparación con los niveles bajos y altos de duelo. En segunda, hipotetizaron que la asociación no lineal entre el duelo y el crecimiento postraumático está moderada por la reconstrucción del duelo, de modo que el duelo se asocia más fuertemente con el crecimiento postraumático después de un aborto espontáneo cuando la reconstrucción del significado es alta. Por último, una tercera hipótesis lo fue que la asociación no lineal entre el duelo y el crecimiento postraumático está moderada por la comunicación de apoyo de la pareja, de modo que el duelo se asocia más fuertemente con el crecimiento postraumático después de un aborto espontáneo cuando la comunicación de apoyo de la pareja es alta (Tian & Solomon, 2020).

Las autoras utilizaron el modelo de duelo reconstrucción de significado y la teoría de reevaluaciones inducidas conversacionalmente para el estudio. Tian y Solomon (2020) recolectaron los datos de auto reporte de 298 mujeres que estaban casadas o en una

relación con compromiso y quienes experimentaron un aborto espontáneo dentro de los 12 meses previos al estudio. Las autoras hicieron uso de una encuesta en línea para conocer las percepciones de la experiencia del aborto espontáneo de las participantes. Según las autoras predijeron, un nivel moderado de duelo correspondió con el mayor crecimiento post traumático entre las madres en duelo, y tanto la reconstrucción de significado como la comunicación de apoyo de la pareja moderaron tal asociación. Las investigadoras resaltaron como los resultados clarifican lo integral que es el duelo para el crecimiento post traumático en las secuelas del aborto espontáneo y como los recursos de afrontamiento interpersonales pueden alentar el crecimiento post traumático en cara al duelo (Tian & Solomon, 2020). Algunas de las limitaciones del estudio es que no puede explicarse causalidad, no predice los resultados a través del tiempo y la muestra del estudio fue pequeña.

Otro estudio que señala las estrategias de afrontamiento ante el duelo lo es Fernández-Basanta y colegas (2021). En su estudio cualitativo buscaron descubrir las estrategias de afrontamiento utilizadas por mujeres españolas europeas para afrontar la pérdida del embarazo. En el estudio participaron 16 mujeres españolas europeas, en su mayoría, y una mujer de América del sur, con edad promedio de 35 años y quienes habían perdido su embarazo un mes anterior a la entrevista. La mayoría de las participantes eran graduadas de universidad, casadas, empleadas y viviendo con niños. Las entrevistas fueron grabadas en audio y los investigadores transcribieron las notas de campo. Luego fueron codificadas y analizadas en sesiones individuales o de equipo. La construcción y la confirmación de categorías y de temas relacionados derivados de los datos las realizaron en proceso colaborativo (Fernández-Basanta et al., 2021). Los

investigadores encontraron que dos temas emergieron referentes a las estrategias de afrontamiento utilizadas por las mujeres: hablando y evadiendo.

Según mencionan los autores, el análisis reveló que las estrategias de afrontamiento fueron guiadas por las preferencias de comunicación. Además, mencionan Fernández-Basanta y colegas (2021) que su estudio expande el modelo teórico “Modelo Multicultural de Afrontamiento luego de una Pérdida de Embarazo” y guía a los proveedores de la salud respecto a intervenciones utilizadas en la práctica. Los resultados del estudio mostraron diferencias culturales entre muestras americanas cuales utilizan más la religión como mecanismo de afrontamiento, mientras que las muestras españolas no hacen uso de este mecanismo (Fernández-Basanta et al., 2021). Además, las participantes del estudio enfrentaron la pérdida del embarazo hablando con su entorno social, que incluía a sus esposos, familiares (madre y hermanas) y amigos cercanos. Otro resultado encontrado por los investigadores, y que difería de otras investigaciones, fue que las participantes de este estudio dieron la noticia de la pérdida y hablaron al respecto con sus compañeros de trabajo. De la misma manera, los investigadores encontraron que el hablar acerca de la pérdida es un alivio para estas mujeres ya que comparten su experiencia con otros y les hace sentir acompañada en su pérdida. También, el hablar valida la pérdida, particularmente con las pérdidas al inicio del embarazo (Fernández-Basanta et al., 2021).

Por otro lado, los autores indicaron que también hubo conductas de evitación en algunas mujeres del estudio y cuales estaban fuertemente influenciadas por componentes culturales. Esto puede explicarse por el dolor de revivir la experiencia cuando se habla de ella. Además, analizaron los autores que se da por otras causas como lo es el deseo de

protegerse a sí mismo y evitar respuestas negativas o no benéficas de otras personas.

También, en los resultados del estudio el tiempo medio entre la pérdida y la entrevista fue un mes, lo cual puede sugerir una respuesta adaptativa en el proceso de duelo ya que la presencia de conductas evitativas por los padres ocurre en las etapas tempranas del proceso de duelo. Fernández-Basanta y colegas (2021) sugieren que en la práctica es importante que los proveedores de salud reconozcan la pérdida perinatal y la individualidad de su duelo en las mujeres y en sus parejas. Además, recomiendan que se les realice intervenciones de seguimiento para ver como las mujeres están afrontando su pérdida luego de dejar el hospital. Por último, los autores sugieren que los proveedores del cuidado de la salud ofrezcan recursos educacionales sobre el duelo perinatal, tanto a las mujeres como a los hombres, y a su círculo cercano social quienes son su mayor fuente de apoyo.

Aparte de las estrategias de afrontamiento ante el duelo perinatal, este evento puede tener sus repercusiones en el apego materno-fetal en un embarazo posterior. Para esto, Branjerdporn y colegas (2021) examinaron las asociaciones entre el apego materno-fetal (MFA, por sus siglas en inglés) y los patrones sensoriales y de apego materno, al controlar la angustia psicológica. Además, como un objetivo secundario compararon el MFA y la angustia para mujeres con y sin pérdida perinatal previa. El *MFA* describe los pensamientos, sentimientos y comportamientos de una mujer embarazada hacia su bebé por nacer. Por lo que, el comprender los factores asociados con la MFA puede revelar objetivos para el tratamiento, lo que podría optimizar los resultados para las madres y los bebés (Branjerdporn et al., 2021). En el estudio participaron 108 mujeres embarazadas de dos clínicas prenatales en un hospital de maternidad australiano. Durante el embarazo, las

participantes completaron el Maternal Antenatal Attachment Scale, el Adolescent/Adult Sensory Profile, el Mental Health Inventory-38, y el Attachment Style Questionnaire. Branjerdporn y colegas (2021) realizaron modelos de regresión lineal jerárquica, controlando la angustia psicológica como segundo paso.

Los modelos finales realizados por los autores revelaron que una calidad más favorable de MFA se asoció con una menor sensibilidad sensorial y una mayor búsqueda sensorial. Más tiempo dedicado a MFA se asoció con una edad materna más joven y niveles más altos de búsqueda sensorial materna. Las mujeres con pérdida perinatal previa tenían más angustia, pero niveles similares de MFA en comparación con las mujeres sin pérdida. Branjerdporn y colegas (2021) brindaron la primera evidencia de vínculos entre MFA y patrones sensoriales maternos y aclararon aún más los vínculos entre el apego adulto y la salud mental en mujeres con y sin pérdida perinatal previa. Los autores concluyeron que la consideración de los patrones sensoriales maternos, el apego de los adultos y el estado de salud mental antes del parto pueden informar nuevas direcciones para los servicios que buscan facilitar la relación entre una madre y su bebé por nacer. Algunas limitaciones del estudio lo fueron el que hayan sido medidas de auto reportes, el que no se pueden realizar conclusiones de causalidad, la naturaleza transversal del estudio y el no haber tomado en consideración variables como embarazos no planificados, presencia de náusea o vómitos en embarazo, entre otros aspectos.

Otro aspecto por considerar cuando se ofrece servicios de salud mental a quienes han experimentado un aborto espontáneo lo es la terminología que se utiliza con tales pacientes. Diamond y colegas (2021) realizaron un estudio piloto Delphi donde buscaron: (1) identificar los beneficios potenciales para las personas que experimentaron una

pérdida perinatal si se estableciera un término; (2) desarrollar un término para las personas que sufrieron una pérdida perinatal; e (3) identificar áreas de consenso y controversia entre los profesionales de la pérdida perinatal y los padres al considerar la terminología. En el estudio participaron 33 profesionales (certificados en cuidado de pérdida perinatal, que hayan publicado temas relacionados y/o años y enfoque de experiencia en pérdida perinatal) y 22 padres (pertenecientes a organizaciones de pérdida perinatal), siendo una muestra intencional y de bola de nieve. Los participantes propusieron, revisaron y calificaron los términos a través de tres rondas de encuestas hasta que se seleccionó el término bereaved parent (padre en duelo; Diamond et al., 2021).

Según mencionan los autores, los términos principales fueron igualmente preferidos entre padres y profesionales. Además, los autores indicaron que las respuestas en el estudio sugieren un beneficio percibido para un término compartido y común que se desarrolle para conectar con la identidad de los padres en duelo de una pérdida perinatal. Diamond y colegas (2021) concluyen que los hallazgos brindan a la comunidad de pérdida perinatal un primer paso para considerar la terminología. Algunas de las limitaciones del estudio fue la falta de recolectar variables demográficas en cada ronda, una muestra pequeña y su naturaleza homogénea.

Además de tener en consideración la terminología, el evaluar los niveles de duelo cuando hay una pérdida perinatal permite tener en consideración los recursos de ayuda necesarios para aquellas personas con riesgo a desarrollar un duelo complicado. Gozuyesil y colegas (2022) en su estudio evaluaron las diferencias en los niveles de duelo y en los estilos de pensamientos rumiantes entre las mujeres que han experimentado

pérdidas perinatales, por medio de medidas repetidas a través del primer año del evento. Los investigadores resaltaron en su trasfondo que entre las mujeres que han sufrido una pérdida de embarazo, el nivel de duelo disminuye gradualmente. Asimismo, los autores indicaron que tanto la edad, el estado de salud mental y el no tener otros hijos son factores conocidos que más afectan los niveles de duelo de la mujer.

El estudio de Gozuyesil y colegas (2022) fue uno de un año de seguimiento llevado a cabo en un hospital de universidad en Turkia. Las participantes fueron 70 mujeres quienes experimentaron una pérdida de embarazo en el hospital. El tamaño de la muestra fue calculado utilizando el G*Power V3.1. Por otro lado, los autores indicaron que la data fue recolectada 48 horas, tres meses, seis meses y al año luego de la pérdida, entre junio del 2018 y junio del 2019. Entre los instrumentos de recolección de información los autores utilizaron un formulario de información personal, el Perinatal Grief Scale y el Ruminative Thought Style Questionnaire.

Entre los resultados de la investigación de Gozuyesil y colegas (2022), los niveles altos de duelo y estilo de pensamiento rumiante en las mujeres fueron en las primeras 48 horas. La tendencia al duelo y estilo de pensamiento rumiante disminuyeron sobre las medidas repetidas durante el seguimiento. Las mujeres con edades de 20 a 29 años tuvieron los más altos niveles de duelo al tercer mes luego de la pérdida perinatal (Gozuyesil et al., 2022). Por lo que, Gozuyesil y colegas (2022) concluyeron que se integre al cuidado de enfermería las evaluaciones respecto al duelo y estilo de pensamiento rumiante a las mujeres sobre las primeras 48 horas luego de la pérdida perinatal. También, sugieren que se desarrolle programas de seguimiento de duelo para estas mujeres por medio de la investigación de enfermería. Entre las limitaciones del

estudio se encontró que la muestra fue limitada dado al número de participantes que abandonaron el estudio.

Otra investigación lo es la de Mergl y colegas (2022) quienes evaluaron la intensidad del duelo y su curso en mujeres con abortos espontáneos o mortinatos y estimaron la frecuencia de las reacciones de duelo graves en esta población. Además, los autores compararon los subgrupos con abortos espontáneos frente a mortinatos y con pérdidas de embarazo únicas frente a recurrentes. En los antecedentes del estudio, los autores mencionaron que es conocido que las mujeres que han tenido abortos espontáneos o mortinatos tengan un alto riesgo de sufrir un duelo persistente. Sin embargo, destacaron que el curso y la frecuencia del duelo persistente en este subgrupo no se conocen del todo. Por lo que, Mergl y colegas (2022) realizaron una revisión sistemática en las bases de datos MEDLINE, psycINFO y PSYNDX para considerar todos los estudios publicados entre el año 2000 y el 31 de marzo de 2022 en inglés o alemán sobre la prevalencia e intensidad del duelo en mujeres que tuvieron abortos espontáneos o mortinatos. Los autores incluyeron en la revisión sistemática los estudios que utilizaron métodos de evaluación validados y siguieron las directrices del Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis (PRISMA). El PRISMA son unas guías para reportar en las revisiones sistemáticas, así como también para realizar los metaanálisis.

Dos investigadores extrajeron de forma independiente las características de los estudios y los datos sobre el duelo de 13 estudios transversales y ocho longitudinales de once países (N=2597). Todos los estudios utilizaron instrumentos de autorreporte. Según concluyen 17 de 21 estudios (81%), el duelo es muy elevado en las mujeres después de un aborto espontáneo o un mortinato (Mergl et al., 2022). Además, los autores

mencionaron que los estudios son muy heterogéneos en cuanto a las muestras, la duración de los embarazos y el momento de la evaluación del duelo tras los abortos. Por otro lado, Mergl y colegas (2022) encontraron que la mayoría de los estudios longitudinales prospectivos sugieren una disminución del duelo a través del tiempo en esta población. Los estudios también sugieren que durante las primeras semanas luego de la pérdida perinatal es cuando mayor duelo existe.

Una de las limitaciones mayores en cuanto a metodología incluida en los estudios es las diferencias extremas entre los estudios referente al intervalo desde la pérdida perinatal donde va desde tres semanas hasta varios años. De manera semejante, la mayoría de los instrumentos seleccionados no son apropiados para la definición de duelo complicado. Este, según el ICD-11, define duelo complicado como uno que dura al menos 6 meses versus según el DSM-5, cual el límite lo coloca en al menos 12 meses. Además, la mayoría de los estudios incluidos solo informaron puntuaciones medias de duelo para las muestras totales, solo cuatro estudios utilizaron grupos control, los tamaños de las muestras fueron parcialmente pequeños, entre otros.

Factores de Riesgo y de Protección en el Duelo Complicado en Pérdidas Perinatales

Ruiz Segovia & Rodríguez Muñoz (2019) en su capítulo mencionaron que se ha identificado algunos factores de riesgo cuales complican el duelo perinatal: la muerte fetal es inesperada y repentina, el duelo por una pérdida fetal está socialmente poco reconocido, los padres tienen dificultades para expresar su dolor, las madres suelen tener sentimientos de culpa relacionados con lo que hicieron antes de que se produjese la pérdida, que exista la vivencia de abortos recurrentes, el no tener hijos previos y las actitudes ambivalentes hacia el embarazo. Otras investigaciones destacan también, como

factores de riesgo el ser mujer inmigrante, tener un estatus socioeconómico bajo (deMontigny, et al., 2020); tener un historial de depresión, poco apoyo social o dificultades de relaciones preexistentes (como citado en Kulathilaka et al., 2016); presencia de psicopatologías y la presión social por un nuevo embarazo (Flach et al., 2022).

Por otro lado, Ruiz Segovia & Rodríguez Muñoz (2019) indicaron también que ciertos elementos pueden proteger a los padres de desarrollar psicopatologías luego de una pérdida perinatal como lo son: tener hijos previos, aunque no en el caso de abortos recurrentes (Johnston & Johnston, 2021); tener la percepción de una red de apoyo social segura (Bellhouse et al., 2018; Iwanowicz-Palus et al., 2021a, 2021b; Mota González et al., 2021); compartir los sentimientos con la pareja y tener una comunicación fluida. Otras investigaciones resaltan también la importancia de las prácticas religiosas en el afrontamiento de la pérdida perinatal y en la recuperación (Allahdadian & Iraipour, 2015) así como la calidad del cuidado de salud especializado ofrecido a la madre (Flach et al., 2022).

Entre uno de los factores de protección en el duelo complicado perinatal lo es la religión. Allahdadian e Irajpour (2015) en su investigación revisaron la literatura existente a modo no sistemático (narrativa), sobre la religión Islámica y la muerte fetal para poder estudiar la respuesta de las mujeres iraníes y sus familias a tal tragedia. En los antecedentes del estudio, los autores resaltaron que las creencias religiosas tienen un efecto considerable en la disminución de la tendencia de los individuos al duelo; por lo tanto, los autores esperan que tenga una relación con el dolor y la angustia mental que

siguen a la muerte fetal. Asimismo, definieron un *natimuerto* como la muerte fetal desde la semana 20 de embarazo hasta la fecha esperada de nacimiento.

La investigación de Allahdadian e Irajpour (2015) se enfocó en estudiar el papel de las creencias religiosas de las madres en su encuentro con la pérdida del embarazo en casos pertenecientes a un período de 23 años de 1990 a 2013. Para estos estudios, los autores utilizaron las bases de datos PubMed, Ovid y Tebyan, así como varios artículos y recursos religiosos e iraníes. Entre los resultados, los autores señalaron que 9 de los 31 artículos tenían en común las palabras clave buscadas en la búsqueda preliminar y solo 4 de los 22 documentos trataban exactamente el papel de la religión en la reacción de los padres ante la muerte fetal. Los cuatro artículos pertenecen a los años 2008, 2010, 2011 y 2012, lo que indica el nuevo enfoque de la religión en los casos de pérdida de embarazo. Por lo que, Allahdadian e Irajpour (2015) concluyeron que las prácticas religiosas, independientemente de su tipo, ayudan a los padres a afrontar mejor la pérdida perinatal y a facilitar la recuperación.

Por otro lado, Kulathilaka et al. (2016) presentó en su estudio de cohorte los factores de riesgo en duelo complicado. Tal estudio fue realizado para evaluar la prevalencia y los factores de riesgo para el trastorno de depresión y el duelo complicado en las mujeres entre 6 a 10 semanas luego de un aborto espontáneo y comparar el riesgo de depresión con mujeres embarazadas que fueron atendidas en una clínica antenatal. En su revisión de literatura mencionaron que el *aborto espontáneo* es la terminación involuntaria de un embarazo intrauterino no viable antes de las 28 semanas de gestación (Neugebauer et al., 1997 como citado en Kulathilaka et al., 2016). Este está asociado con riesgo de moderado a alto en padecer problemas psicológicos tales como lo es la

depresión, el uso de alcohol o marihuana, ansiedad, depresión y conductas suicidas (Bellieni & Buonocore, 2013; Coleman, 2011 como citado en Kulathilaka et al., 2016). Además, las pérdidas de embarazos tempranas llevan a síntomas de duelo como la tristeza, añoranza, aislamiento social y culpa (Iles et al., 1989 como citado en Kulathilaka et al., 2016). Entre algunos de los riesgos para duelo complicado y depresión lo son mujeres que han tenido historial de depresión, quienes no tienen hijos, quienes tienen pobre apoyo social o dificultades de relaciones preexistentes (Janssen et al., 1997; Kersting & Wagner, 2012; Neugebauer et al., 1992 como citado en Kulathilaka et al., 2016). A pesar de que la mayoría de las mujeres experimentan duelo luego de un aborto espontáneo, una proporción desarrollará depresión clínica (Bellieni & Buonocore, 2013; Coleman, 2011 como citado en Kulathilaka et al., 2016).

El estudio de Kulathilaka et al. (2016) fue llevado a cabo en las unidades Obstétricas y Ginecológicas de Teaching Hospital Anuradhapura en la provincia Norte Central y en la Base Hospital Avissawella en la Provincia Occidental de Sri Lanka. Se excluyeron del estudio a las mujeres con aborto inducido, confirmado o sospechado. El grupo comparativo consistía en mujeres embarazadas seleccionadas al azar quienes asistían a las clínicas antenatales bajo estudio y quienes no habían tenido abortos en los 12 meses previos. Los investigadores utilizaron el Cuestionario de Salud de los Pacientes (PHQ-9, por sus siglas en inglés) y la Escala de Duelo Perinatal (Perinatal Grief Scale), para evaluar la severidad de los síntomas depresivos, así como evaluar el duelo. Asimismo, realizaron un cuestionario para recolectar datos demográficos y realizaron el diagnóstico de trastorno depresivo de acuerdo con los criterios clínicos del ICD-10

basados en una entrevista clínica conducida por psiquiatras consultores (Kulathilaka et al., 2016).

La muestra consistió en 137 mujeres en cada grupo (aborto espontáneo y embarazadas; Kulathilaka et al., 2016). El grupo de aborto espontáneo (edad promedio 30.39 años; DE= 6.38) fue significativamente mayor que el grupo comparativo (edad promedio 28.79 años; DE=6.26). Había más féminas con 10 años o más de educación en el grupo de aborto espontáneo ($n = 54$; DE=39.4) comparado con el grupo comparativo ($n=37$; DE=27.0). La prevalencia de depresión en el grupo espontáneo fue de 18.6% (95 CI, 11.51-25.77). La prevalencia de depresión en el grupo comparativo fue de 9.5% (95 CI, 4.52-14.46). De las 64 mujeres que cumplieron con el criterio de duelo, 17 (26.6%) también cumplían con el criterio de episodio depresivo. El riesgo relativo de desarrollar un episodio depresivo luego de un aborto espontáneo fue significativamente alto comparado con el de las mujeres con un embarazo viable (RR=2.19, 95% CI, 1.05 a 4.56). Luego del ajuste por edad y periodo de amenorrea (POA), la diferencia no fue significativa. La prevalencia de un duelo complicado fue de 54.74% (95% CI, 46.3-63.18; Kulathilaka et al., 2016).

Kulathilaka et al. (2016) encontraron en su estudio que entre seis a diez semanas luego de un aborto espontáneo, el 18.6% cumplía con los criterios para depresión y el 54.2% cumplía con los criterios para duelo complicado. Sin embargo, los investigadores encontraron que el riesgo relativo de desarrollar un episodio depresivo luego de un aborto espontáneo no fue significativamente mayor comparado con las mujeres embarazadas, luego de tomar en cuenta la edad y el periodo de amenorrea. Puntualizan, además, que los síntomas de duelo y depresión solían disminuir con el tiempo. Una de las fortalezas del

estudio de Kulathilaka et al. (2016) fue que es uno de los pocos estudios que evalúa la depresión y el duelo utilizando escalas estandarizadas. Por el contrario, una limitación fue que los datos se recolectaron solamente en un periodo particular de tiempo.

Por otro lado, Lee y colegas (2017) realizaron una metodología de revisión integradora con el fin de sintetizar y resumir la literatura existente que investiga si la angustia psicológica como consecuencia de la pérdida perinatal y el afrontamiento asociado tienen un impacto en las relaciones materno-fetales posteriores al aborto espontáneo y la muerte fetal, y de qué manera. Esto así ya que encontraron que se sabe poco acerca de cómo un aborto espontáneo previo o un mortinato impactan sobre la relación entre madre e hijo en un embarazo posterior.

Los investigadores utilizaron las bases de datos de: PsychINFO, Pubmed, PsychARTICLES, British Nursing Index, CINAHL, ProQuest y ScienceDirect. Incluyeron en su estudio artículos publicados en inglés, revisados por pares y que explícitamente discutían, revisaban o estudiaban empíricamente la relación materno-fetal en un embarazo posterior luego de una pérdida perinatal. Por otro lado, como criterio de exclusión estaban artículos no investigativos y de otros idiomas que no fueran el inglés, libros y artículos que no examinaran la relación materno-fetal en un embarazo posterior luego de una pérdida perinatal.

En sus resultados, luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión, Lee y colegas (2017) quedaron con quince artículos empíricos y teóricos cuales fueron revisados y resumidos en dos áreas temáticas: angustia psicológica posterior a la pérdida perinatal y la subsiguiente relación materno-fetal, y afrontamiento posterior a la pérdida perinatal y la subsiguiente relación materno-fetal. Los autores concluyeron que los

estudios muestran que la pérdida perinatal puede causar malestar psicológico en el embarazo posterior. Lee y colegas (2017) no quedaron claros si tal angustia impacta en las relaciones materno-fetales y de qué manera, ya que los estudios encontrados arrojaban resultados mixtos.

Los autores también encontraron que las madres emplean un complejo mecanismo de autoprotección para hacer frente a esta angustia y utilizan estrategias para tranquilizarse y mantener la esperanza de que el embarazo resulte en un nacido vivo. No está claro si el uso de este mecanismo afecta el desarrollo de la relación madre-feto en el embarazo posterior. Una limitación mayor que encontraron los investigadores en los artículos revisados en su estudio fue en cuanto a la inclusión de los participantes cuales experimentaron la pérdida perinatal a diferentes edades gestacionales, pérdidas únicas y múltiples, primíparas y multíparas, todo esto limita a realizar las comparaciones entre los estudios.

Lee y colegas (2017) recomiendan más investigaciones para determinar cómo se emplean estas estrategias, el impacto de estas estrategias en la ansiedad específica del embarazo, las relaciones materno-fetales y la relación de apego posnatal. Además, sugieren a los profesionales de la salud que trabajan con padres en estas circunstancias el que reconozcan que la ansiedad y los comportamientos de afrontamiento asociados son comunes, y se debe brindar apoyo cuando los padres muestran signos de angustia psicológica considerable.

Otro de los factores de protección ante el duelo complicado lo es el apoyo social. Bellhouse y colegas (2018) en su estudio cualitativo descriptivo exploraron las experiencias de apoyo social en mujeres que tuvieron un aborto espontáneo, con una

mirada en aumentar la conciencia en la comunidad que abarcan el apoyo emocional necesario en la mujer luego de tener un aborto espontáneo. En su revisión de literatura, las autoras resaltaron sobre lo común que es el aborto espontáneo en las mujeres, así como el papel que juega las redes sociales en el apoyo a las mujeres después de este evento. Bellhouse y colegas (2018) reclutaron a las participantes a través de redes existentes conocidas por el investigador, organizaciones de apoyo al aborto espontáneo y métodos de muestreo de bola de nieve. En la investigación participaron quince mujeres que vivían en Australia, entre las edades de 33 a 43 años. Las participantes completaron las entrevistas semiestructuradas en persona o por teléfono, compartiendo sus experiencias de apoyo social después de un aborto espontáneo y sus recomendaciones sobre cómo se podría mejorar.

Entre los resultados, las mujeres reportaron experiencias de apoyo social tanto positivas como negativas después de un aborto espontáneo (Bellhouse et al., 2018). Además, las parejas de las mujeres se identificaron como sus figuras centrales de apoyo para la mayoría de las mujeres en este estudio, y las mujeres también identificaron a otras mujeres que habían experimentado un aborto espontáneo anteriormente como útiles y solidarias. Por el contrario, las mujeres también expresaron que sentían que había un gran silencio en torno al aborto espontáneo, y otras se sentían comúnmente incómodas hablando del evento, lo que generaba sentimientos de soledad y aislamiento. Muchas mujeres también sintieron que la tradición social de no revelar el embarazo hasta después del primer trimestre contribuyó al estigma que rodea al aborto espontáneo y condujo a experiencias de apoyo más pobres (Bellhouse et al., 2018).

Bellhouse et al. (2018) concluyeron que parece imperativo crear conciencia sobre el impacto psicológico del aborto espontáneo para ayudar a la comunidad a apoyar a las mujeres que experimentan esta pérdida, así como para reducir la naturaleza secreta y oculta de la experiencia. Las recomendaciones brindadas por los autores pueden ayudar a amigos y familiares bien intencionados a brindar el apoyo adecuado a sus seres queridos que experimentan un aborto espontáneo. Sin embargo, dado que muchas personas en la comunidad en general se sienten incómodas con el dolor de los demás, es probable que brindar los apoyos recomendados en el contexto de un aborto espontáneo siga siendo un gran desafío (Bellhouse et al., 2018). Algunas limitaciones del estudio lo son el que no se pueden generalizar los resultados, la posibilidad de sesgo en las experiencias de las mujeres y el que todas las participantes tenían al menos un hijo vivo.

Por otro lado, se encuentra el estudio de deMontigny y colegas (2020) quienes buscaron examinar los factores de protección y de riesgo personales y contextuales asociados a la salud mental de las mujeres luego de un aborto espontáneo. Según su revisión de literatura, aproximadamente el 20% de los embarazos, en las sociedades occidentales, termina en un aborto espontáneo (aborto natural) en las primeras 22 semanas. No obstante, indicaron que el duelo asociado al aborto espontáneo ha tenido menos atención en las investigaciones a pesar de que existen importantes efectos perjudiciales para la salud mental de la mujer en las pérdidas perinatales tempranas.

DeMontigny y colegas (2020) utilizaron el método transversal, en 231 mujeres que completaron el cuestionario de autoinforme y fue realizado en la provincia de Quebec, Canadá. Entre los criterios de inclusión se encontraron: (1) tener 18 años o más, (2) haber sufrido al menos un aborto espontáneo en los últimos cuatro años; y (3) poder

leer en francés. No hubo criterios de exclusión. El cuestionario de autoinforme que utilizaron deMontigny y colegas (2020) consistía un conjunto de seis (6) medidas que evaluaban la salud mental (Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, versión francesa de la Escala de Duelo Perinatal), variables personales y contextuales (nivel de educación más alto, ingresos familiares y estado de inmigración), la calidad de la relación conyugal (versión francesa de la Escala de Ajuste Diádico) y la satisfacción con la atención de la salud (Escala de Evaluación del Apoyo Institucional). Según indicaron los autores, utilizaron SPSS v.22 (IBM) para realizar los análisis estadísticos. Entre los análisis, realizaron estadísticas descriptivas (media, desviación estándar, proporción), análisis de varianza (ANOVA) unidireccionales para las variables categóricas y correlaciones para las variables continuas; pruebas post hoc de Tukey, análisis de regresión jerárquica y análisis de poder estadístico realizados con G*power (deMontigny, et al., 2020).

Entre los resultados, deMontigny y colegas (2020) indicaron que hubo un alto índice de depresión entre las mujeres del estudio. Asimismo, los resultados arrojaron que las mujeres que habían sufrido un aborto natural en los últimos seis (6) meses tuvieron puntuaciones más altas en depresión que las que lo habían sufrido entre siete (7) y doce (12) meses atrás. No obstante, los autores mencionaron que el nivel de ansiedad y el duelo perinatal no varió según el tiempo transcurrido desde el aborto espontáneo, ya que para algunas mujeres los síntomas persisten mucho tiempo después de la pérdida (deMontigny, et al., 2020).

En cuanto a las características personales y contextuales, los autores indicaron en sus resultados que estos sugieren que las mujeres inmigrantes, así como las de baja

condición socioeconómica y las mujeres sin hijos, son particularmente vulnerables a problemas de salud mental luego de sufrir un aborto espontáneo (deMontigny, et al., 2020). Por otro lado, los investigadores mencionaron que existe una asociación positiva entre el nivel de educación y la salud mental entre las mujeres después de un aborto espontáneo. Por otra parte, la salud mental de las mujeres no difirió según la cantidad de abortos espontáneos. Sin embargo, indicaron los autores que las mujeres que habían abortado naturalmente y estaban satisfechas con su relación presentaron mejor salud mental. Por último, los resultados en el estudio de deMontigny et al. (2020) reflejaron que las variables de salud mental presentaron una fuerte correlación entre sí, sugiriendo un elevado riesgo de comorbilidad entre las mujeres que habían sufrido abortos espontáneos. Entre las limitaciones del estudio se encontraron que fue un estudio de diseño transversal y que no tuvo un grupo control (deMontigny, et al., 2020).

Otra investigación que mide unos factores de riesgo y de protección lo es Johnston y Johnston (2021) quienes investigaron el duelo perinatal como consecuencia psicológica del aborto espontáneo en una cohorte de parejas hombre/mujer. Tuvieron como objetivo el abordar si el resultado de un nacimiento vivo exitoso mitigaría el impacto negativo de un aborto espontáneo previo. Los investigadores hipotetizaron que, en general, las puntuaciones psicológicas para el duelo perinatal disminuirán con el tiempo; sin embargo, cuando una mujer sufre un aborto espontáneo posterior, hipotetizaron que ambos miembros de la pareja tendrán puntajes elevados en comparación con las parejas en las que una mujer tiene un parto vivo exitoso. Para esto reclutaron a los participantes a través de veinte (20) cirugías de práctica general que proveían cuidado antenatal en el Reino Unido. El estudio de Johnston y Johnston (2021)

comprendió de 128 parejas; 64 parejas que experimentaron dos abortos espontáneos consecutivos y 64 parejas que experimentaron un nacimiento vivo después de un aborto espontáneo. Las participantes completaron la Escala de Duelo Perinatal en cuatro puntos temporales (T1: seis semanas después del resultado del primer embarazo; T2: seis semanas después del resultado del segundo embarazo; T3: seis meses después del resultado del segundo embarazo y T4: doce meses después del resultado del segundo embarazo).

Entre los resultados principales, Johnston y Johnston (2021) hallaron un efecto de mitigación significativo con una disminución del duelo perinatal con el tiempo. Tal y como predijeron los autores, las parejas que experimentaron un segundo aborto espontáneo informaron un dolor perinatal elevado; en comparación con las parejas que tuvieron un nacimiento vivo exitoso. Por lo que, los autores concluyeron que los hallazgos del estudio contribuyen al conocimiento de las implicaciones a largo plazo del aborto espontáneo y su influencia en la salud psicológica en términos de duelo perinatal. Entre las limitaciones del estudio se encuentran el ser con medidas de auto reporte, el no haber una línea base antes del aborto espontáneo, y que no pueden realizarse causalidades.

Por otro lado, Mota González y colegas (2021) evaluaron el efecto tanto de las habilidades resilientes en mujeres que se encuentran en proceso de duelo por una muerte perinatal, como del apoyo social percibido y de variables sociodemográficas sobre el desarrollo del duelo en un modelo explicativo. Además, los autores evaluaron las propiedades psicométricas de la Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) en mujeres en duelo perinatal. Para esto, los autores realizaron el estudio transversal con 295 mujeres

mexicanas en duelo, entre las edades de 18 a 44 años y quienes habían tenido la pérdida hace 10 años o menos del estudio. Las participantes contestaron un cuestionario de datos sociodemográficos y gestacionales, la Escala de Duelo Perinatal, la de Calidad de Red y la RESI-M.

Mota González y colegas (2021) indicaron que los índices de confiabilidad y validez de la RESI-M resultaron satisfactorios. Además, Mota González y colegas (2021) resaltaron que el modelo explicó 12% de la varianza del duelo, con índices de ajuste adecuados; dos factores resilientes fueron predictores significativos. También, entre los resultados los investigadores encontraron que el apoyo familiar y de amigos, la práctica religiosa y el número de hijos predijeron la resiliencia. Uno de los recursos que sirve como protector para el desarrollo del duelo normal lo es la capacidad resiliente (Mota González et al., 2021). Los resultados mostraron que las mujeres que tuvieron claridad en objetivos de vida y competencia social presentaron un duelo menos intenso frente a dicha pérdida. Además, la presencia de otros hijos aumentó la posibilidad de desarrollar un duelo de menor intensidad. Sin embargo, la ausencia de fortaleza y confianza en sí misma y la falta de claridad en los objetivos de vida, pareciera aumentar la posibilidad de que la muerte del hijo sea vivida como una situación extremadamente adversa, generadora de estrés y desesperanza (Mota González et al., 2021).

Otro de los hallazgos encontrado por las autoras es que la claridad en los objetivos de vida y la competencia social se ven afectadas positivamente cuando las mujeres en duelo perciben el apoyo familiar, la presencia de otros hijos y/o cuando tienen una actividad laboral remunerada. Por otro lado, Mota González y colegas (2021) encontraron en su estudio que el apoyo de pareja no tuvo ningún efecto sobre el duelo ni sobre la

capacidad de resiliencia, quizá por el hecho de que las parejas también atraviesan un proceso de duelo similar. Por último, algunas limitaciones del estudio es que queda pendiente el evaluar si el instrumento acortado muestra las mismas propiedades psicométricas que la selección de los ítems realizada en el presente estudio, el hecho de tener márgenes amplios en cuanto al tiempo transcurrido desde la pérdida, así como en la edad de las participantes, podría constituir una limitación para la medición de la intensidad del duelo y el tamaño de la muestra.

Por otra parte, otra investigación que mide el apoyo social lo es la de Iwanowicz-Palus y colegas (2021a). Tales investigadores evaluaron los niveles de la calidad de vida, apoyo social y auto eficacia entre las mujeres que han sufrido un aborto espontáneo. En sus antecedentes mencionaron que la pérdida del embarazo generalmente se experimenta como un evento traumático y crítico, que puede conducir a trastornos de salud psicológicos secundarios. Mencionaron además que su carga involucra tanto la experiencia de la pérdida como los problemas médicos relacionados, que están asociados con el dolor, la hospitalización, la limitación en los roles sociales de uno, la disminución de la sensación de seguridad y los cambios en la calidad de vida percibida.

El estudio de Iwanowicz-Palus y colegas (2021a) lo realizaron mediante un método de encuesta diagnóstica con cuestionarios administrados, de 3 a 6 días después del suceso, a 610 pacientes hospitalizadas por aborto espontáneo en hospitales de Lublin, Polonia, entre las fechas de agosto 2016 a febrero 2019. Los instrumentos que utilizaron los investigadores fueron: las Berlin Social Support Scales (BSSS), la Generalized Self-Efficacy Scale (GSES), el World Health Organization Quality of Life Test-Bref (WHOQoL-BREF) y un cuestionario de entrevista estandarizado.

Entre los resultados, los encuestados calificaron su calidad de vida general (3.90 puntos) por encima de su salud general percibida (3.66). En cuanto al apoyo social, las puntuaciones más altas se observaron en el apoyo instrumental disponible percibido ($M = 3.78$), el apoyo emocional disponible percibido ($M = 3.68$) y el apoyo realmente recibido ($M = 3.60$). La puntuación media de autoeficacia generalizada entre las mujeres después de la pérdida del embarazo fue de 30.29. La calidad de vida de los encuestados se correlacionó significativamente con múltiples subescalas de apoyo social y autoeficacia ($p < 0.05$; Iwanowicz-Palus et al., 2021a).

Por lo que, los autores concluyeron que las mujeres después de un aborto espontáneo perciben su calidad de vida general como mejor que su salud general, mientras que informan como su calidad de vida más pobre en el dominio psicológico. También tienen un alto nivel de autoeficacia. En cuanto a los tipos de apoyo social, valoraron positivamente el apoyo disponible percibido, tanto instrumental como emocional, y el apoyo realmente recibido. El apoyo social y la autoeficacia contribuyeron a una mejor calidad de vida percibida entre los encuestados (Iwanowicz-Palus et al., 2021a). Algunas fortalezas del estudio fue el tamaño de la muestra y la comunicación personal con cada participante. Por otro lado, entre las limitaciones lo fueron los procedimientos por los que pasaron las participantes el día que les administraron la encuesta y el diseño transversal cual no permite medir causalidad.

En el mismo año Iwanowicz-Palus y colegas (2021b) publicaron un artículo donde evaluaron el impacto del apoyo social sobre la condición psicofísica, la salud y la satisfacción con la calidad de vida de las mujeres después de un aborto espontáneo y un embarazo ectópico. En los antecedentes del estudio, los autores resaltaron que la

investigación sobre el apoyo social y la condición de la mujer después de la pérdida del embarazo refleja un enfoque holístico de la paciente y es importante desde la perspectiva de aumentar el nivel de atención hospitalaria. Por lo que, los investigadores realizaron el estudio transversal con un grupo de 500 pacientes postaborto y 110 con embarazo ectópico, hospitalizadas en hospitales de Lublin (Polonia). Les administraron una encuesta diagnóstica con el Berlin Social Support Scales (BSSS) y un cuestionario de encuesta original (estado psicofísico, satisfacción con la salud y calidad de vida en una escala de 1 a 4, fuentes de apoyo en una escala de 1 a 10, siendo 1 la calificación más baja) en el último día de su hospitalización.

Entre los resultados, los investigadores encontraron que las participantes después de un aborto espontáneo y aquellas después de un embarazo ectópico (EP) asignaron las puntuaciones más altas al grado de apoyo instrumental percibido disponible (respectivamente, aborto espontáneo: $M = 3.79$, EP: $M = 3.77$). Las mujeres después de la pérdida del embarazo asignaron la puntuación más alta al apoyo obtenido de su pareja (respectivamente, aborto espontáneo: $M = 9.26$, EP: $M = 9.23$). El apoyo social se correlacionó significativamente con la condición de las pacientes hospitalizadas como consecuencia de la pérdida del embarazo ($p < 0.05$). La evaluación de la condición psicofísica, la salud y la calidad de vida de las encuestadas está determinada por su educación, situación financiera y antecedentes obstétricos ($p < 0.05$; Iwanowicz-Palus et al., 2021b).

Por lo que, Iwanowicz-Palus y colegas (2021b) concluyeron que las mujeres hospitalizadas por aborto espontáneo y embarazo ectópico asignaron puntajes altos al nivel de apoyo instrumental, emocional y social disponible percibido. Además, indicaron

que existe una relación positiva entre el apoyo social y la opinión subjetiva sobre la condición psicofísica, la salud y la satisfacción con la calidad de vida de las mujeres después de la pérdida del embarazo. La evaluación está determinada por factores sociodemográficos y por los antecedentes obstétricos de las encuestadas (Iwanowicz-Palus et al., 2021b). Algunas fortalezas del estudio fue el tamaño de su muestra, el haber utilizado una herramienta estandarizada, y la atención puesta a las pacientes con embarazo ectópico. Por otro lado, entre las limitaciones se encontraron el entregar el cuestionario en persona durante la estadía del hospital cual prolongó su estadía en el hospital, la naturaleza transversal del estudio que no permite establecer causalidad y el no haber incluido una evaluación individual de las características y reacciones de las participantes.

Kishimoto y colegas (2021) en su estudio retrospectivo investigaron sobre los factores de riesgo médicos y psicosociales para el desarrollo de duelo complicado después de la pérdida perinatal, considerando el apoyo emocional. En el estudio participaron 50 mujeres que fueron atendidas por duelo por pérdida perinatal en el Centro Nacional de Salud y Desarrollo Infantil. Estos se dividieron en dos grupos según el período de tratamiento (< 6 meses: $n = 28$; ≥ 6 meses: $n = 22$). Los investigadores compararon las variables médicas y psicosociales entre los dos grupos mediante la prueba de la χ^2 y la prueba de la t , luego los analizaron utilizando un modelo de regresión logística para ajustar los efectos de confusión.

Entre los resultados, Kishimoto y colegas (2021) encontraron que los pacientes con rasgos de personalidad/desarrollo (e.g. autismo, déficit de atención e hiperactividad, trastorno de personalidad limítrofe) y aquellos con síntomas psiquiátricos activos

requirieron un período de tratamiento más prolongado en respuesta a la pérdida (> 6 meses). Los investigadores concluyeron que los resultados sugieren la necesidad de un cuidado más intensivo y especializado para estas pacientes. Además, los investigadores indicaron que el análisis preciso del estilo de afrontamiento, el estilo de apego, las habilidades de comunicación y la historia de vida, incluida la relación con la familia original de los pacientes, puede tener implicaciones en el abordaje de los pacientes con duelo complicado después de una pérdida perinatal. Entre las limitaciones del estudio estuvieron el que participaron pocas mujeres y el diagnóstico no fue a partir de una batería psicológica.

Otra investigación lo es la de Flach y colegas (2022) quienes realizaron una revisión sistemática para identificar los factores asociados con el desarrollo y la prevención del duelo complicado en mujeres que han perdido un bebé. Para ello, utilizaron las principales bases de datos en salud mental: MEDLINE (PubMed), EMBASE, Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), and APA Databases (PsycINFO). En su revisión de literatura destacan que el entendimiento del duelo complicado como una condición singular y distinguida en el campo de la salud mental es uno reciente. Particularmente, la pérdida de un bebé es un factor de riesgo para desarrollar el duelo complicado (APA, 2013 como citado en Flach et al., 2022). Además, mencionaron que la posibilidad de reconocer la condición en las políticas públicas, expandir el acceso al cuidado especializado de la población en duelo, así como prevenir casos serios son ventajas de mejorar el conocimiento del luto (Franco, 2010; Rando et al., 2012; Santos, 2017 como citado en Flach et al., 2022). Por lo que, Flach et al. (2022) basaron su revisión sistemática en la siguiente pregunta: ¿cuáles son los factores

asociados al duelo complicado en mujeres que han perdido un bebé (desde el embarazo hasta los primeros dos años de vida del bebé)?

Los autores realizaron la revisión sistemática siguiendo el Cochrane Collaboration Handbook y reportaron de acuerdo con la guía PRISMA. La selección y los procesos de extracción de la data, ocurrió independiente y ciegamente por dos autores, considerando el criterio de elegibilidad. El análisis incluyó las publicaciones de estudios observacionales desde el 2013 hasta el 2021 con mujeres adultas que han experimentado la pérdida de un bebé (desde el embarazo hasta los primeros dos años de vida) y que emplearan instrumentos estandarizados para evaluar el duelo. Los autores seleccionaron 23 artículos para análisis, de los 8,200 encontrados en las bases de datos.

Entre los resultados, los autores encontraron que el Perinatal Grief Scale fue la escala más utilizada entre los estudios (78.26% de los estudios revisados), los artículos mayormente eran de América del Norte y pocos de América del Sur. Por otro lado, entre los resultados principales del estudio se resaltan los factores de riesgo y de protección para desarrollar duelo complicado. Primeramente, entre los factores de riesgo Flach y colegas (2022) identificaron la presencia de la psicopatología de la madre (e.g. presencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés postraumático), el historial de pérdida gestacional y la presión social por un nuevo embarazo. Por otro lado, entre los factores de protección los autores identificaron la presencia de otro niño vivo aparte del que murió, la calidad del cuidado de salud especializado y el apoyo social provisto ya fuera por la pareja, la comunidad o las actividades espirituales (Flach et al., 2022).

Además, los estudios en la revisión de Flach y colegas (2022) señalaron que el evento de perder un bebé, a pesar de ser traumático, sirve como una oportunidad para

crecimiento postraumático. Aunque el duelo complicado se asocia a menudo con otras condiciones de salud mental, como por ejemplo la ansiedad, depresión o estrés postraumático, es necesario diferenciarlo para una comprensión más clara. Esto así ya que el duelo complicado es una condición distinta, además que el diferenciarla permite el acceso a la atención adecuada de las madres y familias en duelo, así como ayuda a promover políticas públicas que les brinden apoyo (Flach et al., 2022). Entre las limitaciones del estudio están la diversidad de instrumentos que evalúan el duelo complicado cuales se basan en concepciones distintas del constructo e imposibilita la generalización de los resultados. Sin embargo, tiene como fortaleza la inclusión de estudios a partir de la fecha en que el duelo complicado es considerado como objeto de estudio en el DSM-V.

Experiencias de Abortos Espontáneos y Otras Pérdidas Perinatales

Típicamente las investigaciones que estudian sobre el duelo complicado en la etapa perinatal, particularmente la experiencia de duelo de las madres, suelen utilizar métodos de investigación cualitativos (Collins et al., 2014; Figueredo-Borda et al., 2022; Forte Camarneiro et al., 2015; Leach et al., 2014; Mulvihill & Walsh, 2014; Richards et al., 2015). Algunas experiencias compartidas en las investigaciones reportaron lo que son los sentimientos negativos (Forte Camarneiro et al., 2015), respuestas psicológicas negativas y positivas al duelo (Castro et al., 2021), mientras otras destacan la necesidad de apoyo emocional (Leach et al., 2014; Mulvihill & Walsh, 2014; Richards et al., 2015) y psicológico durante todo el proceso de duelo. Asimismo, destacan una mayor importancia a la maternidad (Erato et al., 2022) así como un reconocimiento de duelo en el lugar de trabajo (Porschitz & Siler, 2017). Además, la experiencia de aborto espontáneo y el duelo

consecuente suelen vivirse dentro de un contexto cultural a considerarse en las intervenciones para con la madre. También, es de importancia considerar la edad de la mujer ya que a medida que vaya alejándose de su edad reproductiva óptima, las probabilidades de tener abortos espontáneos son mayores y de sentir que el tiempo se les está acabando para tener una maternidad (Carolan & Wright, 2017).

Collins y colegas (2014) entrevistaron a quince mujeres de Australia Meridional entre las edades de 31 a 71 años sobre su experiencia con la pérdida del embarazo. Los autores definieron la *pérdida el embarazo* como cualquier muerte fetal en el útero, incluyendo los abortos espontáneos, el embarazo ectópico, los mortinatos y la terminación del embarazo por anomalías fetales, desconsiderando de la edad gestacional. Collins y colegas (2014) tuvieron como objetivo el auscultar como la pérdida del embarazo afecta las relaciones de una mujer con su pareja, familia y amigos. Para esto realizaron entrevistas individuales y semiestructuradas a mujeres que perdieron su embarazo, sin considerar la edad gestacional, al menos dos años anterior a la entrevista, cual fue en persona o vía telefónica.

El análisis temático realizado por Collins y colegas (2014) identificó cuatro temas. Los temas de “aislamiento emocional” y la “conexión más profunda” reflejaron el impacto de la pérdida del embarazo en las relaciones de la mujer con su pareja. El tema de “relaciones comprometidas con amistades y familia” enfatiza las maneras en las que las relaciones adultas de las mujeres, fuera de su pareja, fueron también afectadas por la pérdida y el tema de “transformaciones personales” se enfocó en las maneras en que la pérdida afectó el sentido de identidad de la mujer y la habilidad de relacionarse con otros. A modo general, los resultados del estudio identificaron que la familia y los amigos de las

mujeres no siempre fueron un apoyo disponible después de la pérdida del embarazo, ya sea por la presentación de su propio duelo o por la falta de comprensión de lo que las mujeres estaban experimentando. Una limitación del estudio es que las mujeres que participaron pudieron estar altamente motivadas en contactar al investigador, viajar y estar una hora hablando de su experiencia de pérdida del embarazo lo cual puede indicar un sesgo a mujeres con respuestas más extremas al duelo.

Por otro lado, Séjourné y colegas (2016) exploraron las experiencias de las mujeres que utilizan foros en internet luego de tener un aborto espontáneo. Esto lo realizaron a través de reacciones emocionales como las sintomatologías de duelo, ansiedad y depresión, así como ajuste marital. En su trasfondo mencionaron que el aborto espontáneo es un evento frecuente, pero que puede ser uno particularmente difícil para afrontar. En la investigación de Séjourné y colegas (2016) participaron 211 mujeres quienes experimentaron el aborto espontáneo 18 meses anteriores al estudio. Las participantes utilizaban el internet y completaron un cuestionario en línea. Entre la información recolectada por los investigadores estaba información sociodemográfica y tres escalas: el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), el Texas Grief Inventory (TGI) ajustado al aborto espontáneo y el Dyadic Adjustment Scale (DAS-16).

Los resultados de Séjourné y colegas (2016) demostraron que estas mujeres reportaron una gran cantidad de dolor comparado con una muestra más estándar. Para este estudio, los autores encontraron que no hubo impacto o fue bien poco respecto al número de hijos, la duración del embarazo o la cantidad de abortos espontáneos. Además, destacaron que mientras que las mujeres reportaron desear ser apoyadas, solo unas pocas buscaron tal apoyo como por ejemplo ver a un psicólogo, psiquiatra o psicoterapista. Por

lo que, Séjourné y colegas (2016) concluyeron que es necesario más estudios enfocados en el apoyo para mujeres que han experimentado un aborto espontáneo y programas basados en el internet. Además, indicaron que entre las limitaciones del estudio estuvieron la heterogeneidad de la muestra en cuanto a las características del aborto espontáneo, y la falta de una medida válida para estimar el apoyo de la pareja.

Otro aspecto para considerar en la experiencia del aborto espontáneo es en cómo se lleva a cabo el duelo cuando la mujer se encuentra empleada. Para esto, Porschitz y Siler (2017) en su artículo presentaron una revisión de la literatura sobre el embarazo y el trabajo, e introdujeron el aborto espontáneo como un tema importante de estudio en la gestión. Las autoras indican que el aborto espontáneo comienza con un embarazo, por lo que una mujer que ha tenido un aborto espontáneo enfrenta muchos de los mismos problemas en el lugar de trabajo que las mujeres que han tenido un embarazo a término. Sin embargo, indicaron que la experiencia de un aborto espontáneo a menudo conduce a traumas físicos y emocionales y/o duelo que muchas mujeres ocultan a sus compañeros de trabajo. Las autoras utilizaron en su estudio el método de la auto etnografía, ya que les permite utilizar narrativas propias. Es por esto por lo que en su artículo utilizan sus propias historias plasmadas en notas de campo y las complementan con datos secundarios y estadísticas acerca de las pérdidas de embarazo y aborto espontáneo.

Porschitz y Siler (2017) encontraron que en la literatura de trabajo suele asumirse que el embarazo terminará con un nacimiento vivo y mayormente ignora los abortos espontáneos. Mencionaron las autoras que el aborto espontáneo impacta no solo a la mujer como individuo y a sus familias, pero también a las organizaciones en las que trabajan dado a la pérdida potencial de tiempo en el trabajo, baja productividad y

aislamiento de los compañeros de trabajo. Argumentan las autoras que, dado que el aborto espontáneo por lo general se mantiene en secreto, hay poco reconocimiento de que las mujeres que han pasado por esto estén experimentando duelo y trauma legítimos. Asimismo, mencionaron las autoras que esperan que el aborto espontáneo sea reconocido como una experiencia significativa para así eliminar la carga del secreto y el duelo.

Por otra parte, Sohr-Preston y colegas (2018) en su investigación buscaron detectar las diferencias en entender el aborto espontáneo basado en el género del participante, creencia en un mundo justo, locus de control, agrado de niños; y la edad, estatus marital y el estatus de intento de embarazo de la futura madre. En su revisión de literatura, las autoras resaltaron que las percepciones erróneas y los mitos potencialmente dañinos envuelve la frecuencia de las causas y el potencial del duelo o el trauma derivados de un aborto espontáneo.

Para el estudio de Sohr-Preston y colegas (2018) participaron 849 adultos, de los cuales 805 participantes fueron incluidos en los análisis finales. La muestra fue reclutada en línea a conveniencia de cursos de psicología universitarios y de Amazon Mechanical Turk. Los participantes fueron mayores de 18 años (promedio 19.98 años, $DE = 7.60$), mayormente mujeres (53.89%), blancos/caucásicos (68.22%) y afroamericano/negro (22.74%). Todos completaron información demográfica y leyeron una viñeta donde describía un caso hipotético de una mujer embarazada que atendía al médico y que eventualmente tuvo un aborto espontáneo. Luego respondían una serie de preguntas tipo Likert relacionadas a la viñeta, tanto de expectativas de los resultados del aborto espontáneo, percepciones erróneas del aborto espontáneo, creencia de un mundo justo, locus control y agrado de los niños.

Entre los resultados, Sohr-Preston y colegas (2018) encontraron que los participantes mostraron tendencias sutiles pero significativas a creer que un aborto espontáneo sería más perturbador emocionalmente y dificultaría futuras experiencias de embarazo cuando la mujer en realidad había estado tratando de quedar embarazada. Además, las autoras encontraron que las participantes femeninas anticiparon más una reacción emocional negativa a la pérdida del embarazo y la interferencia de un futuro embarazo, cual es más cónsono con la realidad. Los encuestados también sospecharon más de una causa médica subyacente para la pérdida del embarazo cuando esta le ocurrió a una mujer en sus 20 años en vez de en su adolescencia (Sohr-Preston et al., 2018). Por último, cuando se examinaron las percepciones erróneas del aborto espontáneo usando una medida más directa de conocimiento en lugar de reacciones a una viñeta, los participantes calificaron más a menudo los mitos que rodean la pérdida del embarazo como verdaderos cuando se identificaron como hombres más altos en las creencias del mundo externo en el locus de control y menos en el agrado de los niños (Sohr-Preston et al., 2018). Algunas de las limitaciones del estudio fue: la muestra solamente de U.S., participantes caucásicos en su mayoría, algunos tamaños de efecto fueron pequeños y la confianza y validez de las viñetas y las medidas utilizadas.

Otra investigación lo es la de Watson y colegas (2018) quienes realizaron un estudio fenomenológico donde exploraron el impacto del aborto espontáneo en las relaciones, las percepciones de la maternidad y el significado de la ocupación en el contexto del duelo. En su revisión de literatura, las autoras resaltaron que el aborto espontáneo es un evento importante de la vida que afecta el desempeño laboral, la identidad y la competencia y que influye en las percepciones de la maternidad. Debido a

la falta de rituales sociales que a menudo se atribuyen a la muerte de un ser querido, los abortos espontáneos pueden resultar en un duelo privado de derechos, lo que impide afrontar la situación. Las preguntas de investigación de Watson y colegas (2018) fueron: (1) ¿cuál es la experiencia vivida de las mujeres que están afrontando un aborto espontáneo?, (2) ¿de qué manera el aborto espontáneo impacta las relaciones con las amistades y la familia?, (3) ¿cómo el aborto espontáneo impacta las percepciones de la maternidad? y (4) ¿en qué maneras el aborto espontáneo influencia los roles ocupacionales y las rutinas?

Watson y colegas (2018) recolectaron los datos del estudio a través de entrevistas semiestructuradas (N = 4) y un breve cuestionario demográfico. Las autoras utilizaron el análisis temático de seis fases de Braun y Clarke del 2006 para guiar el proceso de análisis de datos. Primeramente, grabaron digitalmente las entrevistas, las transcribieron palabra por palabra y las revisaron para garantizar su precisión. Luego, mediante el análisis temático inductivo, la primera autora identificó los códigos iniciales, cotejó los códigos en temas preliminares y luego revisó, analizó más y perfeccionó los temas. Del estudio, Watson y colegas (2018) identificaron tres temas generales: (a) el viaje: ambigüedad, vulnerabilidad y el trauma de un aborto espontáneo; (b) búsqueda de reconocimiento y validación de la pérdida: impacto en las relaciones; y (c) compromiso ocupacional: roles y perspectivas en evolución.

Las autoras concluyeron que existe una complejidad de la experiencia vivida del aborto espontáneo y destacaron el impacto significativo del aborto espontáneo en la autoidentificación, las relaciones y el papel complejo de la ocupación en el contexto del duelo. Además, Watson y colegas (2018) mencionaron que la ambigüedad del aborto

espontáneo contribuyó a la experiencia traumática de la pérdida para cada una de las informantes y contribuyó al duelo privado de derechos. También los resultados del estudio sugirieron que la frecuencia estadística del aborto espontáneo contribuyó a una atmósfera apática cuando una mujer buscaba apoyo y entendimiento de la naturaleza traumática del evento. Por último, algunas limitaciones del estudio fueron la muestra pequeña y que las entrevistas fueron conducidas y codificadas por una sola investigadora.

Dyer y colegas (2019) realizaron una revisión sistemática y un metasíntesis de investigaciones cualitativas sobre las experiencias, puntos de vista y decisiones de los padres acerca de quedar embarazada después de una muerte perinatal o pérdida fetal. Para esto utilizaron varias bases de datos: Medline, Web of Science, CINAHL, PsycINFO, ASSIA, Embase, PUBMED, Scopus y Google Scholar. Las investigadoras limitaron los artículos a aquellos publicados en inglés, en revistas revisadas por pares, utilizando métodos cualitativos para explorar las experiencias y actitudes de los padres en duelo después de la pérdida perinatal o fetal. Dyer y colegas (2019) incluyeron 15 estudios en su investigación, de los cuales identificaron cuatro temas descriptivos y 10 subtemas. Los temas descriptivos fueron: decidir sobre el embarazo posterior, diversidad de reacciones al evento, influencias de las redes sociales y planificación o momento del embarazo posterior.

Los investigadores encontraron que, la decisión de quedar embarazada después de la muerte es compleja y varía entre los individuos y, a veces, dentro de las parejas. También encontraron que las decisiones a menudo se toman rápidamente, inmediatamente después de la pérdida de un embarazo, pero pueden evolucionar con el tiempo. Además, los padres en duelo pueden sentirse aislados de las redes sociales. Por lo

que, Dyer y colegas (2019) concluyeron que existe la oportunidad de ayudar a los padres a prepararse para un embarazo después de una pérdida fetal o perinatal y las conversaciones pueden ser bienvenidas en una etapa temprana. Destacan también como los profesionales de la salud pueden jugar un papel importante al proveer apoyo, así como reconocer la preferencia individual del paciente sobre la cantidad y tipo de consejo que desean o necesitan.

Por otro lado, Littlemore y Turner (2020) en su artículo utilizaron el análisis de metáforas de un pequeño corpus de entrevistas con personas en Inglaterra que han sufrido pérdidas perinatales y personas que las apoyan. Asimismo, las autoras exploraron las maneras en las que las metáforas son utilizadas para describir la experiencia de la pérdida, sus efectos en las concepciones de las personas sobre si mismas y sus cuerpos y las implicaciones que esto tiene para su recuperación. En los antecedentes de su estudio las autoras señalan que la pérdida del embarazo, que abarca el aborto espontáneo, la muerte fetal y la terminación por anormalidad fetal, puede considerarse una forma de duelo particularmente intensa y única, que engendra emociones difíciles o dolorosas. Cuando las personas hablan de tales emociones, se ha descubierto que hacen uso extensivo de la metáfora (Semino, 2011 como citado en Littlemore & Turner, 2020).

En el estudio participaron 35 personas (31 mujeres, 3 hombres y 1 amistad) quienes fueron entrevistadas por un equipo de investigación compuesto por tres miembros. Los participantes experimentaron aborto espontáneo, terminación por anormalidad fetal o natimuerto, con un mínimo de seis meses antes de la entrevista. Littlemore y Turner (2020) identificaron una serie de características que pueden llevar a los dolientes a conceptualizar sus realidades de diferentes maneras, que tienen

implicaciones para el proceso de duelo, las formas en que las personas responden a su duelo y, en última instancia, su recuperación. Las autoras encontraron que las metáforas de los participantes muestran su naturaleza de aislamiento y desafiante. Además, indicaron que en el caso de las pérdidas de embarazo por lo general no están presentes las normas culturales, los guiones y rituales sociales que están presentes en el duelo común. También, dado que no hubo una vinculación con un niño vivo, a los participantes les es difícil compartir su dolor lo que contribuye a los sentimientos de aislamiento (Littlemore & Turner, 2020).

Littlemore y Turner (2020) encontraron en las metáforas que el silencio y la invisibilidad de la pérdida aumenta dado que la muerte a menudo ocurre dentro del cuerpo de la mujer o poco después del nacimiento. También, las autoras explicaron que la naturaleza de la pérdida del embarazo también afecta la relación que las personas tienen posteriormente con sus cuerpos. En las metáforas, Littlemore y Turner (2020) observaron que las personas a menudo hablaban en términos de separación de sus cuerpos, una fragmentación del cuerpo de la mente y, en algunos casos, posteriormente culpaban a sus cuerpos por la pérdida. Además, las autoras indicaron que la pérdida del embarazo implica la pérdida de una vida futura ya que no hubo recuerdos creados como lo es con la muerte de un adulto. Por otro lado, Littlemore y Turner (2020) encontraron que la recuperación de la pérdida del embarazo implica la integración de las realidades conflictivas que crea la pérdida, por una parte, hay una recuperación de la voluntad y el control sobre el duelo, mientras se reconoce y acepta que permanece. Por último, una de las limitaciones del estudio fue que el mismo fue restringido a un contexto en inglés.

Otra investigación sobre la experiencia de duelo lo es la de Meunier y colegas (2021) quienes revisaron y sintetizaron el alcance de la literatura científica sobre las experiencias específicas de los trabajadores que enfrentan la pérdida perinatal y el duelo resultante. Para esto, las autoras utilizaron ocho distintas bases de datos: MEDLINE, CINAHL, SocINDEX, Academic Search, PsycARTICLE, Scopus, Pubmed y ProQuest; y utilizaron las guías de PRISMA-ScR. Meunier y colegas (2021) identificaron un total de 15 referencias, todas utilizando una metodología cualitativa. La mayoría de las referencias encontradas por las autoras se centraron en la experiencia de las madres y en la pérdida perinatal tardía (a partir de la semana 20 de embarazo).

Entre los resultados, Meunier y colegas (2021) destacaron que todas las referencias destacaron el tabú y el no reconocimiento del duelo y duelo perinatal tanto en las prácticas organizacionales como en las relaciones interpersonales con colegas y supervisores inmediatos. También los resultados enfatizaron las dificultades asociadas con el regreso al trabajo después de la pérdida y los cambios significativos en el significado atribuido al trabajo. Por lo que, las autoras concluyeron que, si bien las investigaciones indicaron que la pérdida perinatal puede afectar la vida laboral, es necesario estudios cuantitativos más amplios para cuantificar este fenómeno y su impacto en los empleados y sus organizaciones. Algunas de las limitaciones fue el ser solo publicaciones en inglés o francés y de Norteamérica y algunos datos fueron de auto etnografía.

Por otra parte, Erato et al. (2022) buscaron examinar como la experiencia de la pérdida de embarazo afecta en como las mujeres estadounidenses se perciben o valoran la importancia de la maternidad. A partir de su revisión de literatura, hipotetizaron los

investigadores que la maternidad se reportara como más importante entre las mujeres que han experimentado una pérdida de embarazo comparado con las mujeres que no lo han experimentado. Erato et al. (2022) en su revisión de literatura mencionan que las pérdidas perinatales como lo son el aborto espontáneo o el nacimiento de un niño muerto son experiencias traumáticas relativamente comunes y que ocurren a menudo (Erato et al., 2022). Aproximadamente el 25% de las mujeres en edad para concebir en los Estados Unidos experimenta al menos una pérdida de embarazo (Price, 2006 como citado en Erato et al., 2022). Asimismo, mencionan en su revisión de literatura que las mujeres que han experimentado pérdidas de embarazo quieren ser identificadas como madres y los fetos como sus bebés (Lathrop & VandeVusse, 2011).

Los investigadores utilizaron datos longitudinales (3 años) del National Survey of Fertility Barriers, aplicaron el análisis de regresión de cambio de puntaje para examinar como la pérdida del embarazo que ocurrió entre las olas de la encuesta se asociaba con el cambio en importancia de las puntuaciones de maternidad, controlando características sociodemográficas y de embarazo específicos. La muestra fue de 4,787 mujeres estadounidenses entre las edades de 25-45 años. La escala administrada fue construida por cinco preguntas.

Erato et al. (2022) encontraron que las mujeres que experimentan una pérdida de embarazo reportaron un aumento en la importancia de la maternidad comparadas con las mujeres que no han tenido una pérdida de embarazo. Los resultados sugieren que un aumento en la importancia de la maternidad luego de una pérdida de embarazo podría ser una respuesta de duelo. Los investigadores recomiendan que los profesionales de la salud deben considerar validar la identidad maternal luego de una pérdida de embarazo en

mujeres que se asocian altamente con este rol. Entre las limitaciones del estudio están las posibles variables endógenas, el no utilizar alguna escala de duelo o angustia, la cantidad de pérdidas de embarazo, etc. (Erato et al., 2022).

Por otro lado, Kukulskienė y Žemaitienė (2022) analizaron las experiencias de aborto espontáneo tardío y describieron las implicaciones prácticas para la atención de la salud posnatal en función de las características de la pérdida del embarazo reveladas en un estudio cualitativo. Para el mismo, participaron siete mujeres en entrevistas biográficas en profundidad y que tuvieron uno o más abortos espontáneos tardíos. Según indicaron los autores en los antecedentes, un aborto espontáneo puede ser dividido entre temprano (menor a 10-14 semanas) o tardío (mayor a 10-14 semanas), preclínico o clínico, incompleto o completo, espontáneo o inducido y único o recurrente (tres o más). Los investigadores aplicaron un análisis temático fenomenológico a los datos obtenidos.

Las características experienciales del aborto espontáneo tardío fueron descritas por cuatro temas, cuales fueron consideradas como etapas, y 13 subtemas (Kukulskienė & Žemaitienė, 2022). La primera etapa, el estado de división inicial, fue descrita como una de disociación, un vacío abierto, una simbiosis deteriorada y el cuerpo aún está embarazado mientras la psique está de luto. La segunda etapa, traición al cuerpo, fue descrita como la experiencia simbólica de muerte internalizada, la materialidad impactante del aborto espontáneo en curso, la pérdida de control del cuerpo y las señales corporales confusas. Una tercera etapa lo fue el desconectar, caracterizada por la despersonalización del entorno médico, la culpa falsea la percepción y el retirarse como medio de autoconservación. Como última etapa, reconectando, fue descrita por la

necesidad de coleccionar fragmentos y reinterpretar la identidad materna (Kukulskienė & Žemaitienė, 2022).

Los autores indicaron en su estudio que las implicaciones prácticas para la atención de la salud posnatal incluyen una información clara y atenta, una oportunidad proporcionada para decir adiós, suficiente atención al bienestar emocional y un ambiente hospitalario respetuoso. Una de las limitaciones del estudio es el pequeño tamaño de la muestra y el que los resultados no pueden generalizarse. Kukulskienė y Žemaitienė (2022) concluyeron que después de un aborto espontáneo tardío, es importante priorizar las siguientes necesidades de las mujeres: crear un ambiente seguro para recibir información sensible, no negar sus sentimientos de duelo, brindar apoyo no solo médico sino también emocional y fomentar la participación de la pareja.

Wheeler y colegas (2022) también tomaron en consideración el apoyo. En su estudio cualitativo, los autores exploraron las experiencias subjetivas de las mujeres que habían vivido una pérdida perinatal y un embarazo subsiguiente, y particularmente qué apoyo marcó una diferencia significativa en sus experiencias. Los autores resaltaron en sus antecedentes que la pérdida perinatal es un evento que cambia la vida y que puede tener consecuencias psicológicas para una madre tanto después de la pérdida como en un embarazo posterior. Para el estudio, los autores recolectaron los datos cualitativos a través de encuestas en línea (n=40) y entrevistas semiestructuradas cara a cara (n=5) con mujeres que experimentaron un embarazo saludable luego de una pérdida perinatal. Luego, realizaron un análisis temático reflexivo.

En los resultados del estudio de Wheeler y colegas (2022), resultó el tema general de "encontrar las palabras: lenguaje, etiquetas y angustia legítima". De este, resultaron

tres temáticas cuales capturaron las formas en que los participantes usaron el lenguaje para desafiar el silencio social y legitimar la personalidad de su pérdida, mientras creaban una comunidad de apoyo (Wheeler et al., 2022). Las temáticas fueron: el silencio y la negación de la muerte; luz de sol, ángel y arcoíris: desarrollando un lenguaje para la pérdida; y ‘no tenemos una palabra’: la identidad precaria de las madres en duelo. Por lo que, los autores mencionaron que fue aparente que la terminología puede tanto validar como descartar la angustia de la madre. Asimismo, indicaron los autores que los datos sugieren que las madres puedan desarrollar sus propios símbolos y así apoyarse mutuamente mientras procesan emocionalmente sus pérdidas.

Wheeler y colegas (2022) encontraron que la forma en que las participantes usaron etiquetas para legitimar sus pérdidas y el significado de sus experiencias, al tiempo que rechazaron las etiquetas utilizadas por los profesionales médicos, resaltó la naturaleza emotiva del lenguaje. Por lo que, recomiendan que se eviten los términos medicalizados y se elija un lenguaje que valide a la madre y la identidad de su pérdida a fin de brindar atención empática. Una de las limitaciones del estudio fue que la muestra fue predominante por mujeres blancas británicas heterosexuales con parejas.

Aspectos Culturales y de Religión en la Pérdida Perinatal

En la experiencia de una pérdida perinatal, se ha encontrado que la cultura y la religión inciden en la expresión y en la recuperación de duelo, así como si hay o no un apoyo percibido. Un ejemplo de la cultura lo es la investigación de Leach y colegas (2014), cual fue una descriptiva fenomenológica de la experiencia de aborto espontáneo desde la perspectiva de nueve mujeres latinas inmigrantes quienes residían en los Estados Unidos y en Canadá. La recolección de los datos que utilizaron los autores fueron

entrevistas que involucraban de una a dos personas de forma presencial y una entrevista de seguimiento por teléfono. Estas comprendieron las fechas de mayo 2010 a abril 2011. Utilizaron como guía para el análisis de los datos el método fenomenológico de Colazzi del 1978.

De las experiencias compartidas por los participantes en el estudio de Leach y colegas (2014), surgieron cinco subtemas: hacerse consciente de la pérdida inminente, buscar un significado, experimentar las influencias culturales: no recibir apoyo, tener interacciones de cuidado de salud: lidiar con la indiferencia y falta de apoyo, vivirlo y seguir adelante. Los autores encontraron que la experiencia de aborto espontáneo para las mujeres latinas debe ser vista en el contexto de las creencias culturales hispanicas y las barreras culturales incrustadas sobre el apoyo social. Leach y colegas (2014) encontraron en sus resultados que, consistente con las expectativas culturales, las participantes del estudio internalizaban su duelo mientras anhelaban el apoyo de otras personas. También, las participantes experimentaron conmoción, duelo y síntomas depresivos luego de la pérdida del embarazo. Además, mencionaron los autores que los resultados pueden servir como un marco de intervención para los practicantes que cuidan de mujeres latinas luego de un aborto espontáneo. Una de las limitaciones del estudio lo fue la pequeña muestra de participantes.

Otra investigación que toma en consideración otras culturas lo es Mulvihill y Walsh (2014) quienes en su artículo informan sobre un estudio cualitativo de la experiencia de cuidado de ocho mujeres en un hospital rural irlandés después de la pérdida del embarazo. Los autores se basan en que es poco el conocimiento sobre las necesidades y las experiencias de los pacientes y las familias que acceden a los servicios

hospitalarios en las zonas rurales de Irlanda. Se basaron en un enfoque epistemológico constructivista para entender mejor la naturaleza de la pérdida del embarazo. Para esto realizaron entrevistas a padres en duelo con pérdidas en los últimos 10 a 14 meses desde la pérdida, cuales fueron transcritas y analizadas utilizando el Análisis Interpretativo Fenomenológico (IPA, por sus siglas en inglés).

Mulvihill y Walsh (2014) encontraron que los relatos de las participantes son saludables al identificar hasta qué punto, para algunas mujeres, la sensación de pérdida es persistente y dolorosa. Además, discuten los autores como parece ser que la experiencia de duelo luego de una pérdida de embarazo puede ser caracterizada por un sentido fuerte de duelo privado de derechos siendo varias participantes que expresaron emociones diversas incluyendo sentimientos de conmoción, malestar intenso y auto culpa. Por otro lado, Mulvihill y Walsh (2014) resaltan la importancia de una comunicación honesta y sensible con los padres que están en duelo, el que el ambiente físico en el área de la pérdida de embarazo sea uno lejos del área de maternidad y tener la oportunidad de llevar luto de su bebé públicamente. Los autores indicaron que los trabajadores sociales del hospital pueden tener un papel que desempeñar en la mediación del impacto de la pérdida del embarazo y la minimización de los riesgos de duelo privado mediante el desarrollo de respuestas adaptadas y apropiadas, que respondan a un espectro de necesidades.

Aparte del factor cultural, Batool y Azam (2016) también consideraron el factor religioso. Los autores exploraron las experiencias de duelo de las mujeres después de un aborto espontáneo. Para esto, entrevistaron a diez mujeres que sufrieron abortos espontáneos de su primer hijo. Las participantes eran entre las edades de 23 a 28 años, quienes tuvieron su aborto espontáneo entre 6 a 10 meses antes del estudio, y con una

duración del embarazo entre 18 a 20 semanas. Los autores al realizar el análisis de las entrevistas textuales, a través de los principios del Análisis Fenomenológico Interpretativo, arrojaron ocho temas superordinados: planificación rota; dolor físico y emocional; reacción al aborto espontáneo; relaciones maritales transformadas; apoyo de los suegros; atribución de culpa; identidad y bienestar; y crecimiento postraumático.

Todas las participantes del estudio de Batool y Azam (2016) reportaron que el aborto espontáneo fue una experiencia angustiante para ellas en términos de dolor tanto físico como emocional. Además, los autores observaron que algunas de las experiencias compartidas parecían ser similares a aquellas observadas en culturas occidentales, pero muchas de las experiencias resaltaron relevancia cultural. Por ejemplo, algunas respuestas exclusivas de la cultura paquistaní, como la culpa y la desaprobación de la suegra, la distancia esperada de las madres jóvenes hacia la mujer que tuvo el aborto, y escrutinio social, culpa por ignorar los deberes religiosos y menospreciar la dignidad y el honor de la familia por el aborto espontáneo, y redefinir la relación con Dios y la afiliación religiosa. Por otro lado, para algunas mujeres del estudio, el duelo por el aborto espontáneo incluyó crecimiento religioso como lo fue el orar, creencias más fuertes en Dios, etc. Los resultados en el estudio de Batool y Azam (2016) revelan que la conciencia cultural es crucial al abordar las necesidades de atención médica de las mujeres que sufren pérdidas reproductivas similares en diferentes culturas. Por último, algunas limitaciones del estudio fue la muestra pequeña, y solo participaron mujeres de áreas urbanas y educadas.

Otra experiencia cultural la presentó Egesi (2018) en su estudio, donde exploró el significado del duelo después de la pérdida perinatal a través del análisis narrativo de

entrevistas cualitativas semiestructuradas de 21 mujeres nigerianas de Igbo en el este de Nigeria. En su revisión de literatura resaltó que la pérdida perinatal puede ser un evento devastador en la vida de las familias de todo el mundo, y sucede en todas las culturas. Asimismo, define ampliamente la pérdida perinatal como la pérdida de un embarazo o de un bebé desde la concepción hasta las seis semanas posteriores al parto. Esto incluye aborto espontáneo, muerte fetal intrauterina, muerte fetal y muerte neonatal.

Entre las narrativas de los participantes en el estudio de Egesi (2018) incluyeron características comunes como presagiar o precipitar eventos antes de la pérdida, duelo experimentado como dolor físico y salir del duelo después de reconocer la narrativa principal de que Dios tiene el control. Las participantes destacaron la importancia de las prácticas de protección cultural como la fe en Dios, el apoyo comunitario y la narración de cuentos como una forma de consuelo ante el duelo (Egesi, 2018). La autora mencionó que tales hallazgos respaldan el uso del modelo multicultural de afrontamiento como marco para comprender la pérdida perinatal en un contexto africano. También indicó que los hallazgos del estudio sugieren la importancia de las consideraciones culturales en el cuidado de las mujeres de Nigeria y quizás de otras culturas africanas después de una pérdida perinatal. Una de las limitaciones del estudio, se encuentra el que no puede generalizarse los resultados a otros grupos étnicos en Nigeria.

Kalu (2019) también tomó en consideración el aspecto religioso en la pérdida perinatal. La investigadora exploró las experiencias de las mujeres al utilizar creencias religiosas y espirituales como recursos de afrontamiento después de un aborto espontáneo. Para el estudio, la autora utilizó como guía el enfoque fenomenológico interpretativo heideggeriano. La muestra fue a conveniencia, reclutadas de una unidad de

maternidad en Nigeria Oriental, con 10 mujeres que participaron del estudio quienes habían experimentado un aborto espontáneo entre 18 a 24 meses previos al estudio. La autora realizó entrevistas semiestructuradas a las participantes, recolectando las narrativas por medio de grabaciones de audio. Luego, analizó los datos temáticamente utilizando el método desarrollado por van Manen.

A partir de los análisis realizados por la investigadora, las respuestas revelaron tres temas: (a) sentimientos de duelo (b) encontrar significado en la pérdida y el propósito de la vida y (c) creencias religiosas y espirituales como recursos de afrontamiento. Kalu (2019) encontró que las creencias religiosas y espirituales juegan un papel importante en la vida de muchas personas y actúan como recursos de supervivencia para muchas mujeres que han sufrido un aborto espontáneo. Por lo que, la autora sugiere que la comprensión de los proveedores de atención de duelo sobre los valores religiosos y espirituales de las mujeres que han sufrido un aborto espontáneo es crucial para satisfacer sus necesidades de atención espiritual. Una de las limitaciones del estudio fue una pequeña muestra.

Diferencias en Pérdidas Perinatales

Ser madre primípara, tener abortos recurrentes, estar por encima de la edad reproductiva óptima, los embarazos de gemelos, entre otras tantas experiencias distintas de pérdidas perinatales presentan sus diferencias, particularmente en cómo es recibido el apoyo social. Forte Camarneiro y colegas (2015) en su estudio buscaron comprender la experiencia del aborto espontáneo en el primer trimestre de embarazo en las mujeres primerizas. Según su revisión de literatura, el aborto espontáneo en primerizas desencadena reacciones emocionales complejas que tienen lugar fuera de los servicios de

salud. Asimismo, mencionan en su revisión que la pérdida de un embarazo deseado envuelve muchas pérdidas como lo es la pérdida de la maternidad, de la autoestima, del ser querido, del estatus social y de un futuro imaginado y anticipado, así como también envuelve momentos de mucho estrés y fragilidad psicológica y emocional.

Tal y como indican los autores, dado al periodo de gestación corto y la controversia ética-política sobre el estatus legal del embrión, puede hacer que surjan dificultades por parte de los profesionales de la salud en ofrecer apoyo y conectar con la mujer o la pareja, por lo que suelen evitar o limitar el contacto con el paciente. Por otro lado, comentan que el afrontar la pérdida luego de un aborto espontáneo es complicado ya que ocurre mayormente a un nivel imaginario, dado a que a menudo se carece de la existencia física del bebé. De igual manera, Moulder (1994) considera que el sufrimiento de los padres tras la pérdida de un embarazo depende de la intensidad, consistencia y grado del vínculo afectivo que se establece durante el embarazo, el cual no está directamente asociado con el período de gestación, los significados asignados al embarazo y la maternidad, el sentimiento de culpa (incapacidades o acciones dañinas) o el miedo a complicaciones en futuros embarazos (como citado en Forte Camarneiro et al., 2015).

Para el estudio, Forte Camarneiro y colegas (2015) utilizaron un enfoque epistemológico, comprensivo y cualitativo, con una perspectiva fenomenológica. Su muestra consistió en seis participantes y de tipo intencional, quienes habían sufrido un aborto espontáneo y tuvieron seguimiento en la unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Horta, isla de Faial. También, los investigadores obtuvieron la información

mediante una entrevista abierta no estructurada y su análisis se basó en la propuesta de Loureiro (2002, 2006). Además, los resultados y los investigadores fueron triangulados.

Entre los resultados de Forte Camarneiro y colegas (2015), es la esencia del fenómeno estudiado es la desaparición del sueño que deriva de la privación repentina del embarazo y de la maternidad deseada. La estructura que los autores encontraron se organiza en tres temas centrales. Primeramente, se encuentra la experiencia de sentimientos negativos, cuales ocurren en una manera desorganizada y confusa. Entre estos sentimientos están: la ambivalencia, la impotencia, el dolor/sufrimiento, la tristeza, la ira, la culpa y la envidia. El sentimiento de envidia fue evidenciado por algunas de las participantes al estar hospitalizada y compartir el mismo espacio con otras mujeres embarazadas, en parto y recién nacidos fue una experiencia dramática, traumática y dolorosa. Por lo que, los autores resaltan que, de todas las experiencias de las participantes, está implícito que algunos de los sentimientos pueden desvanecerse con el pasar del tiempo, sin embargo, la experiencia del aborto nunca se olvidará.

Un segundo tema que surgió de los resultados de Forte Camarneiro y colegas (2015) lo fue la elaboración interior, cual está organizada alrededor de una serie de facilitadores cuales incluyen: la atribución causal externa, la búsqueda de aspectos positivos de la pérdida de embarazo, las redes de apoyo informales y, por último, la aceptación. Según los autores, este tema es esencial para la salud mental y materna. Por ejemplo, la aceptación de la pérdida del embarazo comenzó en las participantes del estudio cuando las memorias dolorosas comenzaron a disiparse y fueron reemplazadas con esperanza por el futuro. Asimismo, el aceptar el aborto espontáneo les permitió

hablar abiertamente de la situación, viéndolo desde una perspectiva diferente y ganando auto confianza. Cuestión que no ocurría cuando se persistía en la idealización del bebé.

Por último, un tercer tema fue el deseo de garantía de la maternidad cual incluyó: la fertilidad y el embarazo. Según indicaron los autores, los temas coexisten a lo largo del tiempo, aunque se manifiesten con fuerzas distintas. Los autores concluyen que el aborto espontáneo es una pérdida gestacional precoz, vivida con emociones negativas importantes, pero también con el esfuerzo de reorganización interior. Por lo que destacan que este suceso merece una atención y monitorización por parte de los profesionales de la salud. También, Forte Camarneiro y colegas (2015) mencionaron que los abortos espontáneos a menudo no se ven como un evento significativo en la vida de la pareja según la sociedad, la familia y las amistades, porque es difícil para ellos imaginar que los padres ya han tenido un lazo fuerte con su hijo antes de su nacimiento. Sin embargo, los autores resaltan que las manifestaciones de pérdida y duelo luego de un aborto espontáneo son consideradas como manifestaciones del lazo entre la mujer y su bebé durante el periodo de gestación.

Una experiencia un tanto distinta es la pérdida de embarazo en madres primíparas, lo es la pérdida en embarazo de gemelos. Para esto, Richards et al. (2015) realizaron un estudio cualitativo para proveer un entendimiento a profundidad de las experiencias de las madres que han tenido una pérdida de un embarazo de gemelos y quienes subsecuentemente continuaban visitando el hospital mientras que su gemelo sobreviviente era cuidado. En su revisión de literatura mencionan que ha aumentado los embarazos múltiples (gemelos, trillizos, etc.) dado a que ha habido un aumento en la edad maternal, así como el uso de técnicas de reproducción asistida, cual a su vez aumenta el

riesgo de nacimientos prematuros, anomalías congénitas y muertes perinatales. Por lo que, los investigadores mencionan la necesidad de apoyo psicológico a padres con embarazos de alto riesgo, más aún de padres cuales típicamente les niegan el “permiso” para expresar su duelo cuando uno de los gemelos ha sobrevivido.

El estudio de Richards et al. (2015) fue llevado a cabo con una muestra de una Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal y del departamento de Medicina Fetal de un hospital terciario. Los investigadores realizaron catorce entrevistas semi estructuradas con madres que experimentaron una pérdida en su embarazo o en el periodo neonatal y tenían un gemelo sobreviviente en la unidad neonatal. Asimismo, analizaron la data utilizando un acercamiento de temática generativa. En el análisis que realizaron los investigadores identificaron tres temas clave en las experiencias que las madres ofrecieron: el estatus de “especial” (sentirse especial, reconocer el duelo y gemelo sobreviviente; y afrontar el trauma y el duelo en pausa); la importancia de la confianza (trabajo emocional, continuidad de información, continuidad del personal y confianza); el control y el empoderamiento (localización de cuidado, impacto del trauma en las percepciones, impacto del trauma en las acciones y como las madres toman el control).

En el estudio de Richards et al. (2015), las madres describieron el apoyo emocional por parte de los profesionales de salud como uno crucial para su bienestar. Fueron pocas las mujeres en el estudio quienes buscaron apoyo formal de duelo, quienes no solían mantener el duelo ‘en pausa’ para poder así apoyar a su bebé sobreviviente. También, los investigadores puntualizaron que la práctica que refleja sensibilidad a los padres en proceso de duelo incluye: colocar un gemelo sobreviviente lejos de gemelos/trillizos saludables; que el personal recuerde y utilice el nombre de tanto él bebé

que murió como el que sobrevivió; reconocer la identidad de gemelo del bebé sobreviviente; proveer a los padres con el tiempo y espacio para hablar de su pérdida; en cuanto sea posible, proveer continuidad del equipo de cuidado del bebé, con especial consideración a los padres en el día del funeral del bebé; y un acercamiento simpático y sensible por parte del médico neonatal cuando se reúna para discutir la salud del gemelo sobreviviente (Richards et al., 2015). Por último, el estudio tuvo como fortaleza el que fuera entrevista semi estructurada ya que permite a los participantes articular en sus propias palabras y como limitación el que la muestra fuera de un solo hospital.

En las pérdidas por aborto espontáneo vemos también como la edad que tiene la mujer influye en cómo se experimenta el duelo. En su estudio, Carolan y Wright (2017) tuvieron como propósito reconocer la experiencia de aborto espontáneo como un evento significativo para las mujeres de 35 años o más, y permitirles a las mujeres que han tenido esta experiencia el proveer introspección en como esta pérdida fue experimentada e interpretada. Para esto, las autoras tuvieron como pregunta principal de investigación: ¿Cómo las mujeres de edad maternal avanzada perciben y describen su experiencia de aborto espontáneo? Carolan y Wright (2017) realizaron entrevistas fenomenológicas a diez mujeres entre las edades de 35 a 47 años, siendo nueve de estas caucásicas y una Méjico-Americana. Todas las participantes tenían educación y estaban casadas. Las autoras se basaron en los marcos teóricos de la pérdida ambigua y el feminismo, tanto para el diseño como para el análisis. Los temas sobresalientes en el estudio de Carolan y Wright (2017) sugieren que las mujeres experimentan el aborto espontáneo desde un contexto físico, emocional, temporal y social que incluye una pérdida y un duelo

intensos, un sentido de otredad, una búsqueda continua de significado y sentimientos de arrepentimiento y autoculpabilidad.

Las autoras mencionaron que sus participantes reportaron que fue un reto para afrontar la pérdida tanto por la naturaleza no clara de lo que se perdió como el por qué ocurrió la pérdida. Por otro lado, indicaron que, dado que el aborto espontáneo no sucede dentro de las “reglas de duelo” típicas socialmente, la familia, amistades, compañeros de trabajo y conocidos por lo general esperan que el duelo sea menor con estas pérdidas por lo que pueden proveer menos apoyo social para la persona en duelo. Por otra parte, las participantes del estudio dialogaron sobre la dificultad de hacerle sentido a su aborto espontáneo y a su duelo. Además, algunas participantes encontraron consuelo al definir el significado de su pérdida dentro del contexto de sus creencias espirituales y religiosas. Por último, un aspecto específico de lo que significa el aborto espontáneo en una edad maternal avanzada es el sentido de que el tiempo se está acabando y que lo eso significa en un contexto más amplio de la mujer que desea la maternidad (Carolan & Wright, 2017). Una limitación del estudio fue que la muestra fue mayormente de clase media y la mayoría caucásicas.

Otra situación distinta de pérdida perinatal lo es perder un embarazo tras situaciones de infertilidad. Los investigadores de Castro y colegas (2021) realizaron una revisión sistemática con el objetivo de investigar y evaluar los aspectos psicosociales del duelo gestacional entre las mujeres que se han sometido a un tratamiento de infertilidad. Según los autores, esta investigación ayudaría a desarrollar estrategias para apoyar y promover el bienestar en las parejas que lidian con la ausencia involuntaria de niños, identificar el duelo y desarrollar estrategias que promuevan e impacten en la adherencia

del tratamiento de infertilidad. En su revisión de literatura mencionan que a pesar de que las tecnologías de reproducción asistida (ART, por sus siglas en inglés) ofrecen esperanza a quienes tienen situaciones de infertilidad, el no quedar embarazada o el experimentar una pérdida de embarazo luego de la intervención suelen ser factores desencadenantes de duelo y duelo prolongado tanto en la mujer como en su pareja (de Castro et al., 2021). Además, señalan que, aunque el duelo es algo natural y no patológico, puede llevar a reacciones de duelo complicado, donde los síntomas son más disruptivos, penetrantes o duraderos, comparados con el duelo normal (Kersting & Wagner, 2012 como citado en de Castro et al., 2021).

Para el estudio de Castro et al. (2021) realizaron búsquedas en las bases de datos de MEDLINE/PubMed, EMBASE, CINAHL, Scopus, ScienceDirect y Lilacs en busca de trabajos publicados hasta el 5 de marzo de 2021. Además, reportaron los resultados utilizando las recomendaciones del Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) y registrado en la International Prospective Register of Systematic Reviews. De Castro et al. (2021) utilizaron las siguientes definiciones.

Primeramente, para *factores psicosociales*, la definieron como las características o facetas que influyen psicológica y/o socialmente al individuo y actúan entre el nivel social e individual. En segunda, los autores definieron el *duelo* como un conjunto de respuestas emocionales y afectivas relacionadas a la pérdida (cognitivas, conductuales y de aspectos sociales). En tercera, definieron la infertilidad como primaria o secundaria. La fertilidad primaria es cuando una mujer no puede concebir un bebé ya sea porque no puede quedar embarazada o llevar a término el embarazo (aborto espontáneo o natimuerto). La fertilidad secundaria es cuando la mujer no puede concebir un bebé ya sea por la

inhabilidad de quedar embarazada o llevar a término el embarazo luego de un embarazo previo (Mascarenhas et al., 2012 como citado en de Castro et al., 2021). Por último, el *duelo gestacional* los autores lo definen como el duelo experimentado luego de una pérdida de embarazo o el no poder quedar embarazada, luego de recibir tratamiento de reproducción asistida.

Los resultados analizados por de Castro et al. (2021) fueron respuestas psicosociales negativas y positivas al duelo gestacional entre mujeres que sufren de infertilidad y se someten a tratamientos de reproducción humana asistida. Se incluyeron once estudios, que produjeron 316 mujeres que presentaban infertilidad y que estaban bajo tratamiento. Las manifestaciones psicosociales negativas de la respuesta al duelo informadas con mayor frecuencia fueron depresión (6/11, 54.5 %), desesperación o pérdida de esperanza de quedar embarazada y tener un hijo, culpa por no poder quedar embarazada, ira (5/11, 45.5 %), ansiedad (4/11, 36.4 %), frustración por el fracaso del tratamiento (3/11, 27.3%) y angustia, conmoción, ideas suicidas y aislamiento (2/11, 18.2%). Las manifestaciones psicosociales positivas incluyeron la esperanza de quedar embarazada (4/6, 66.6%) y la aceptación de la infertilidad después de intentar el tratamiento de la infertilidad (2/6, 33.3%; de Castro et al., 2021).

De Castro et al. (2021) concluyen en su estudio que el apoyo psicológico antes, durante y después del tratamiento de reproducción humana asistida es fundamental para el manejo de los aspectos psicosociales que caracterizan el proceso de duelo de las mujeres en situación de infertilidad que se embarazan y pierden el embarazo. Además, mencionan que sus resultados pueden ayudar a crear conciencia sobre el área del duelo entre las mujeres infértiles y promover el desarrollo de políticas para la salud mental de

las mujeres en duelo. Entre las fortalezas que mencionan de su estudio es que es la primera revisión sistemática en el tema investigado, se registró previamente el protocolo de revisión sistemática y que la estrategia de búsqueda fue comprensiva. Por otro lado, mencionan los autores que como limitación que dado a los estudios incluidos no fue factible realizar un metaanálisis, la mayoría de los estudios tenían calidad metodológica moderada o baja (e.g. pequeñas muestras) y algunos estudios no reportaron aprobación del comité de ética y posibles conflictos de interés.

Por otra parte, recibir o no un tratamiento tras experimentar un aborto espontáneo presenta sus diferencias. Ho y colegas (2022) realizaron una revisión sistemática con el propósito de identificar, evaluar y resumir los hallazgos de todos los estudios individuales relevantes sobre el tratamiento psicológico del aborto espontáneo y las experiencias de los pacientes en diversos entornos clínicos en los EE. UU. En los antecedentes del estudio destacaron los investigadores que el cuidado que suele proveerse varia de lugar en lugar. Por lo que, los investigadores buscaron artículos del 2010 al 2021 en las bases de datos de: PubMed y EBSCO. Los artículos buscados fueron aquellos en idioma inglés y bajo los términos de búsqueda de “miscarriage care” y “spontaneous abortion care”. Los datos fueron revisados de forma independiente por los autores, los calificaron según la calidad de la evidencia y evaluaron el riesgo de sesgo mediante la lista de verificación AMSTAR.

La estrategia de búsqueda de Ho y colegas (2022) arrojó 2,275 artículos, seis de los cuales cumplieron con los criterios de inclusión. Entre los tratamientos que se les brindó a las participantes de tales estudios, fue el manejo conservador, médico y quirúrgico, siendo el manejo quirúrgico más frecuente entre mujeres con mayor nivel educativo y nivel socioeconómico. Todos los estudios cualitativos informaron

insatisfacción con la atención brindada en el servicio de urgencias, en parte debido a la falta de apoyo emocional. Ho y colegas (2022) informaron que la intervención de duelo estructurado fue beneficiosa para las mujeres que experimentaron una pérdida temprana del embarazo y condujo a menos informes de desesperación. Los estudios cuantitativos hicieron referencia a intervenciones que ayudaron a las pacientes a sobrellevar la pérdida del embarazo e identificaron varios factores que influyen en el tipo de tratamiento recibido, así como en la capacidad de la paciente para sobrellevar la depresión que sigue a un aborto espontáneo (Ho et al., 2022).

Los autores concluyeron que el manejo psicológico no se aborda regularmente en el departamento de emergencias. Además, indicaron que los protocolos que incluyen educación sobre el duelo para los proveedores de atención médica, así como la participación del paciente en el manejo, podrían mejorar la experiencia general del paciente con la atención del aborto espontáneo. Entre las limitaciones del estudio fue la restricción geográfica de solamente USA y el que solo se consideraran las investigaciones que fueron sometidas por revisión de pares.

Delgado y colegas (2023) estudiaron el impacto inicial de las pérdidas perinatales en una muestra no seleccionada de parejas, centrándose en las diferencias de género. Para esto, los investigadores realizaron un estudio prospectivo longitudinal con 29 madres y 17 padres. Al alta del hospital, los participantes completaron la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS, por sus siglas en inglés) y la Escala de Duelo Perinatal (PGS, por sus siglas en inglés). Después de un mes desde de la pérdida, realizaron la EPDS y la PGS. Delgado y colegas (2023) utilizaron estadística descriptiva para la muestra y pruebas no paramétricas para la comparación de género.

Entre los resultados del estudio, los investigadores no encontraron diferencias de género en síntomas depresivos iniciales, ni en síntomas depresivos, síntomas de duelo perinatal o nivel de duelo (puntuaciones totales o duelo complicado) un mes después de la pérdida. Delgado y colegas (2023) hipotetizan que los estereotipos de género para la comunicación y expresión emocional puede estar cambiando a través de las generaciones y que los padres jóvenes pueden demostrar respuestas emocionales culturalmente aceptadas en comparación con generaciones pasadas. Los investigadores concluyeron que necesitan comprender mejor la evolución psicológica de las parejas en casos de pérdida perinatal sin caer en ideas preconcebidas sobre la influencia del género. Entre algunas limitaciones del estudio, los investigadores señalaron el tamaño de la muestra de participantes, las características de reclutamiento y la alta tasa de abandonos. Una de las fortalezas del estudio fue el diseño longitudinal y el análisis de género.

Cullen y colegas (2023) realizaron una revisión retrospectiva de historias clínicas utilizando datos anónimos, recopilados de los registros electrónicos de mujeres que asistieron a la Clínica Tender Loving Care durante un período de un año. Tal clínica es especializada para mujeres durante el primer trimestre de un embarazo después de abortos espontáneos recurrentes. Cullen y colegas (2023) definen el aborto espontáneo recurrente como tres pérdidas recurrentes de embarazo en el primer trimestre. Los investigadores utilizaron un diseño exploratorio descriptivo, cual involucraba una revisión retrospectiva de gráficos. Entre los resultados, los investigadores encontraron que asistieron un total de 103 mujeres durante el periodo de estudio. A la mayoría (90.3%) de las participantes se les prescribió medicación (progesterona, aspirina, heparina de bajo peso molecular y/o levotiroxina) durante la asistencia. Los resultados del

embarazo para las mujeres que asistieron a la clínica fueron buenos; el 69.2% de las mujeres llegó a tener un nacido vivo. Por lo que, Cullen y colegas (2023) concluyeron que la atención psicológica y la tranquilidad en un embarazo después de abortos espontáneos recurrentes es de gran importancia. Una de las limitaciones del estudio fue la pequeña muestra y la necesidad futura de investigar los tratamientos apropiados y las experiencias de las mujeres con abortos espontáneos recurrentes.

Comorbilidad con Otras Sintomatologías Psicológicas del Periparto

En el periodo del embarazo, parto y posparto pueden surgir síntomas depresivos, de ansiedad, entre otros tantos. Particularmente, cuando hay una pérdida perinatal además de la posibilidad de desarrollar un duelo complicado, la mujer puede experimentar tales sintomatologías y emociones negativas (Nelson et al., 2017; Ozgen et al., 2022; Volgsten et al., 2018). Esto es más probable cuando la mujer tiene un diagnóstico previo de ansiedad, depresión o ambos (Lee & Rowlands, 2015), el no tener hijos y/o estar insatisfecha con los servicios de atención médica (deMontigny et al., 2017).

Lee y Rowlands (2015) en su artículo tuvieron como objetivo el discutir un ejemplo de métodos mixtos en psicología de la salud. Para esto, utilizaron tanto estudios cuantitativos como estudios cualitativos de la salud mental de las mujeres en relación con el aborto espontáneo. Los autores observaron que los dos métodos produjeron resultados diferentes pero complementarios y consideraron las formas en que se pueden integrar los hallazgos. Por una parte, los autores describieron dos proyectos cuantitativos cuales implicaban el análisis estadístico de datos de 998 mujeres jóvenes que habían tenido abortos espontáneos y 8083 que no los habían tenido, a través de tres oleadas del Estudio Longitudinal Australiano sobre la Salud de la Mujer. Por otra parte, describieron un

proyecto cualitativo que involucra el análisis temático de entrevistas con nueve mujeres australianas que habían tenido abortos espontáneos.

Los análisis cuantitativos realizados por Lee y Rowlands (2015) indicaron que las principales diferencias entre las mujeres jóvenes que experimentan y no experimentan un aborto espontáneo se relacionan con la desventaja social (probabilidad de un embarazo relativamente temprano) y con un estilo de vida que hace que el embarazo sea probable. Lee y Rowlands (2015) indicaron que una vez que se toman en cuenta estos factores, no hay diferencias en salud mental. Además, el modelo longitudinal demuestra que las mujeres que han tenido abortos espontáneos muestran un aumento gradual de la salud mental con el tiempo, con la excepción de las mujeres con diagnósticos previos de ansiedad, depresión o ambos. Por el contrario, el análisis cualitativo de las entrevistas indicó que las mujeres que han tenido abortos espontáneos experimentan respuestas emocionales profundas y un proceso largo y difícil de aceptar su pérdida (Lee & Rowlands, 2015).

Lee y Rowlands (2015) concluyeron que un modelo contextual de resiliencia proporciona un posible marco para comprender estos resultados aparentemente dispares. Además, indicaron los autores que el considerar que la salud mental positiva incluye la capacidad de lidiar constructivamente con los eventos negativos de la vida y la consiguiente angustia emocional ofrece un modelo que distingue entre la mala salud mental y los procesos de afrontamiento de los principales eventos de la vida. En el contexto del aborto espontáneo, los esfuerzos de las mujeres para luchar con las emociones difíciles y buscar un significado pueden verse como caminos hacia la resiliencia en lugar de la angustia psicológica (Lee & Rowlands, 2015).

Ante una pérdida perinatal también pueden surgir síntomas depresivos.

deMontigny y colegas (2017) realizaron un estudio transversal con el fin de determinar si los síntomas depresivos y de duelo perinatal varían según el tiempo transcurrido desde el aborto espontáneo y probar también si la falta de hijos y la satisfacción con los servicios de atención médica influyen en la duración de los síntomas. El propósito de las autoras fue obtener mejor entendimiento de las condiciones bajo las cuales los síntomas de duelo perinatal y depresivos pueden reabsorberse más rápidos e identificar las áreas de vulnerabilidad donde la atención es necesaria para mitigar el efecto perjudicial del aborto espontáneo para la salud mental en la mujer. Para este estudio conducido en la provincia de Quebec, Canadá, participaron 245 mujeres quienes habían sufrido al menos un aborto espontáneo en los pasados 6 años. Las participantes respondieron un cuestionario de autoinforme en línea, indicando la fecha de su aborto espontáneo y evaluando su nivel de síntomas depresivos y de duelo perinatal actuales. También proporcionaron características sociodemográficas e indicaron su nivel de satisfacción con los servicios de salud. Los cuestionarios que utilizaron las investigadoras fueron: la versión francesa de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, la versión corta francesa de la Escala de Duelo Perinatal, una escala de 19 ítems creada para evaluar la satisfacción de las mujeres con los servicios del sistema de salud.

Al realizar los análisis de varianza de una vía, deMontigny y colegas (2017) encontraron que las mujeres que habían tenido un aborto espontáneo en los últimos 6 meses reportaron puntajes más altos para los síntomas depresivos que las mujeres que habían tenido un aborto espontáneo entre 7 y 12 meses atrás y hace más de 2 años. Sin embargo, al controlar la falta de hijos y la satisfacción con los servicios de atención

médica, esas diferencias se volvieron marginales y no significativas, respectivamente, lo que indica que los síntomas depresivos son similares a lo largo del tiempo durante más de 2 años después de la pérdida. Con respecto al duelo perinatal, los resultados del estudio revelaron que los síntomas disminuyeron significativamente con el tiempo solo para las mujeres con hijos y las mujeres que estaban satisfechas con los servicios de atención médica. Para las mujeres sin hijos y aquellas insatisfechas con los servicios de salud, los síntomas de duelo perinatal no variaron según el tiempo transcurrido desde el aborto espontáneo. Los resultados en el estudio de deMontigny y colegas (2017) sugieren que, particularmente para las mujeres que no tienen hijos y/o están insatisfechas con los servicios de atención médica, los síntomas depresivos y de duelo perinatal persisten mucho después de un aborto espontáneo. Las autoras resaltaron que tales resultados destacan la importancia de prestar especial atención a las mujeres más vulnerables y mejorar los servicios de atención médica después del aborto espontáneo.

Por otro lado, la investigación de Nelson y colegas (2017) se enfocó en encontrar el costo emocional de concebir luego de un aborto espontáneo a través de un acercamiento multi-método. En su revisión de literatura, Nelson y colegas (2017) destacan que el aborto espontáneo es una experiencia devastadora pero común, cual es compartida por las mujeres y sus parejas. Asimismo, mencionaron que los doctores suelen recomendar que las parejas que han tenido abortos espontáneos vuelvan a concebir. Por lo que, las autoras se plantearon dos preguntas de investigación: (1) ¿El experimentar un aborto espontáneo está asociado con un aumento en las emociones negativas, según expresadas en el auto reporte y en las respuestas abiertas, rodeado por los esfuerzos para concebir nuevamente?, (2) ¿Acaso el género modera la asociación

entre el aborto espontáneo y los relatos retrospectivos de las emociones que rodean los esfuerzos para concebir?

Nelson y colegas (2017) realizaron una muestra en línea de padres en todo Estados Unidos (N=429; 84.4% casados o conviviendo) quienes reportaron su número de abortos espontáneos previos y completaron cuestionarios en línea cuales evaluaban el ajuste psicológico recordado (ansiedad, rumiación, emociones positivas y negativas) durante sus esfuerzos para concebir a su niño menor. Asimismo, los participantes proveyeron respuestas escritas acerca de su experiencia durante ese tiempo. Las investigadoras analizaron cuantitativamente el uso de palabras de las respuestas de los participantes utilizando LIWC, un programa software de análisis de texto, para obtener un indicador observacional de emociones.

Entre los resultados, Nelson y colegas (2017) encontraron que, para las mujeres, pero no para los hombres, el aborto espontáneo estuvo asociado con ansiedad recordada, rumiación y emociones negativas alrededor de los esfuerzos para concebir a un niño, así como al uso de emociones más negativas, tristeza y palabras de ansiedad cuando describiera los esfuerzos para concebir. Por lo que, el aborto espontáneo al parecer corrompe la experiencia emocional de intentar en concebir nuevamente, y esta consecuencia parece particularmente conmovedora para las mujeres (Nelson et al., 2017). Algunas de las limitaciones del estudio fueron: la posibilidad de sesgo del relato de las experiencias de los participantes al tratar de concebir su hijo menor, los cambios biológicos que ocurren en el aborto espontáneo y la recuperación cuales pueden explicar incertidumbre para concebir nuevamente, la mayoría de los participantes estaban en relaciones heterosexuales, la muestra menor en análisis cualitativos versus cuantitativos y

no se pueden obtener conclusiones causales en las diferencias por género dado a la naturaleza correlacional del estudio (Nelson et al., 2017).

Ridaura y colegas (2017) realizaron un estudio en duelo perinatal donde se plantearon dos objetivos. Describieron la evolución del proceso de duelo y la sintomatología depresiva a lo largo del año que sigue a la pérdida perinatal y también estudiaron su asociación con factores socioeconómicos y obstétricos. Para su estudio, participaron 70 mujeres que habían sufrido un aborto médico o una muerte prenatal/postnatal. A las participantes les administraron tanto la Perinatal Grief Scale (PGS) para evaluar el duelo y el Beck Depression Inventory (BDI) para evaluar la sintomatología depresiva, tanto al mes del suceso, a los 6 meses y al año.

Entre los resultados, Ridaura y colegas (2017) observaron sintomatología de duelo y depresiva en el primer mes de la pérdida y una disminución significativa de las puntuaciones a lo largo de los dos seguimientos. Las investigadoras no observaron diferencias significativas en el duelo y la depresión en función del tipo de pérdida, ni encontraron asociaciones significativas con la edad de la madre y su nivel socioeconómico o los factores obstétricos (semana de gestación de la pérdida, tener un hijo o haber padecido un aborto previo). Por lo que, las investigadoras concluyeron que el duelo perinatal es un constructo complejo, con múltiples variables implicadas y que comporta un malestar emocional significativo. Algunas de las limitaciones del estudio lo fueron la dificultad del seguimiento a los seis meses y al año de la pérdida, así como el pequeño número de participantes incluidos.

Otra investigación que toma en consideración los síntomas depresivos es Volgsten y colegas (2018). En su estudio los autores buscaron determinar si la experiencia, los

síntomas depresivos o el duelo esta influenciado por la causa del aborto espontáneo y el tipo o duración de tratamiento. Las autoras definieron como aborto espontáneo de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (WHO, por sus siglas en inglés) como la expulsión de un embrión o la extracción de un feto que pesaba 500g (17.6oz) o menor y ocurriendo antes de la semana 22 de gestación. Por lo que, realizaron el estudio de tipo cohorte longitudinal prospectivo aleatorizado, donde incluyeron mujeres con aborto espontáneo (n = 35) y mujeres con aborto retenido (n = 67) para responder tres cuestionarios validados: Revised Impact of Miscarriage Scale, Perinatal Grief Scale, y el Montgomeryand Åsberg Depression Rating Scale. Tales cuestionarios son sobre la experiencia de aborto espontáneo, el bienestar psicológico y la salud mental una (1) semana y cuatro (4) meses después de finalizar el tratamiento.

Entre los resultados, Volgsten y colegas (2018) no encontraron diferencias entre los dos grupos de diagnóstico en los sentimientos como medidos por Revised Impact of Miscarriage Scale, Perinatal Grief Scale, y el Montgomeryand Åsberg Depression Rating Scale 1 semana después del aborto espontáneo. Sin embargo, indicaron que el bienestar psicológico mejoró significativamente 4 meses después del aborto espontáneo. Separadas por tratamiento, las mujeres tratadas solamente con misoprostol tuvieron más síntomas depresivos que las mujeres tratadas con misoprostol y posteriormente con aspiración por vacío. Volgsten y colegas (2018) concluyeron que el diagnóstico de aborto espontáneo tuvo una influencia limitada en las experiencias de aborto espontáneo, pero la duración más corta del tratamiento con misoprostol y la posterior aspiración por vacío resultaron en menos síntomas depresivos. Entre las limitaciones del estudio fue el índice bajo de respuesta luego de la exclusión por razones médicas y falta de destrezas en lenguaje.

Por otro lado, Ozgen y colegas (2022) en su estudio examinaron los efectos de la pérdida temprana del embarazo en emociones como lo son la depresión, el duelo o un sentido de desesperanza, mientras investigaban diferentes tipos de diagnósticos, estadias en el hospital y tratamientos. El método del estudio de los investigadores fue uno de cohorte prospectivo epidemiológico, llevado a cabo en Bursa Yuksek Ihtisas Hospital de Adiestramiento e Investigación, en Bursa, Turquía, en las fechas de enero a septiembre 2019. En la muestra los investigadores incluyeron mujeres diagnosticadas con pérdidas de embarazo tempranas clasificadas en tres grupos: aborto perdido, embarazo anembrionario y aborto espontáneo. Los investigadores les realizaron a las participantes un cernimiento con el Spielberger State-Anxiety Inventory (STAI-1) scale antes de iniciar el tratamiento. También, les administraron la Edinburgh postpartum depression scale (EPDS) y la Perinatal Grief Scale (PGS), durante la primera semana del alta hospitalaria.

En el estudio de Ozgen y colegas (2022) participaron 116 mujeres que experimentaron pérdida de embarazo. Las pacientes que sufrieron aborto perdido fueron 39.6%, aborto espontáneo 39.6% y embarazo anembrionario 20.7%. La edad promedio gestacional de los pacientes fue de 9 semanas, la estadía promedio en el hospital fue de dos días, y la dosis promedio de misoprostol fue de 800 mcg. El STAI-1 reveló que los valores promedios para las mujeres en todos los grupos indicaron ansiedad moderada. La EPDS demostró valores promedios positivos a depresión para mujeres en los tres grupos (EPDS>13). No obstante, no se encontraron diferencias significativas al comparar los tres grupos a propósito STAI-1, EPDS, y PGS (Ozgen et al., 2022).

Como conclusión, Ozgen y colegas (2022) encontraron ansiedad moderada, estado de ánimo depresivo y duelo perinatal en las mujeres diagnosticadas con pérdidas

tempranas de embarazo, independientemente del tipo de aborto. Por otro lado, el presente estudio determinó los factores que afectan los niveles de depresión en mujeres que experimentaron un aborto espontáneo: se encontró que edades más jóvenes, el nivel educativo más bajo, la semana gestacional avanzada, el estado civil, el número de abortos espontáneos previos y el embarazo obtenido mediante técnicas de reproducción asistida aumentan los niveles de depresión (Ozgen et al., 2022). A diferencia de otros estudios, las pacientes participantes en el estudio de Ozgen y colegas (2022) estaban todas casadas y vivían con maridos, y casi todos sus embarazos habían ocurrido espontáneamente. Una de las limitaciones del estudio lo fue el que no se examinaron los efectos a largo término, ya que las pacientes fueron evaluadas solamente en la primera semana del tratamiento.

Instrumento que Evalúa el Duelo Perinatal

Es complicado evaluar las necesidades de los padres ante una pérdida fetal ya que no suelen buscar ayuda profesional (Diamond & Diamond, 2016 como citado en Ruiz Segovia & Rodríguez Muñoz, 2019) y esto es fundamental para adaptar la intervención psicológica. Los investigadores Flach et al., (2022) encontraron que la Escala de Duelo Perinatal (Perinatal Grief Scale) es la más utilizada actualmente y se trata de un instrumento de evaluación compuesto por 33 ítems auto informados con un formato de respuesta tipo Likert, que están divididos en tres subescalas: (1) *duelo activo*, donde se contempla las reacciones normales de duelo, (2) *dificultades de afrontamiento*, con ítems relacionados con la dificultad de afrontar la pérdida, la sintomatología ansiosa/depresiva o los problemas de pareja y (3) *desesperanza*, cual hace referencia principalmente a la perduración de los síntomas en el tiempo (Potvin et al., 1989). Por otro lado, los autores que validaron la escala en la población hispanohablante sugieren diferencias culturales en

la expresión del duelo e indican que el instrumento podría acortarse a 19 ítems divididos en dos sub-escalas: duelo activo y dificultades de afrontamiento/desesperanza (Capítulo et al., 2010). Particularmente, esta escala se desarrolló para casos de pérdida fetal, con el objetivo de distinguir entre las mujeres que experimentan un proceso normal de duelo y las que tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones (Ruiz Segovia & Rodríguez, Muños, 2019). Lasker y Toedter (1991) sugirieron de su revisión de literatura que, para propósitos normativos, una puntuación por encima de 91 puntos puede ser considerada para reflejar un alto grado de duelo.

La primera versión de la Escala de Duelo Perinatal fue creada por Toedter et al. (1988) como la Perinatal Grief Scale (PGS), tras la necesidad de un instrumento que mida la diferencia existente entre el duelo normal y el perinatal. En el artículo donde describen la estrategia teórica que subyace el desarrollo de la PGS mencionan que es necesario presentar la parte empírica como una racional teórica. En cuanto a lo teórico, mencionan los autores que Sigmund Freud para el 1915 describió una de las tareas del luto como el involucrar la retirada de la energía psíquica del objeto perdido. Asimismo, refieren que la ausencia de algo visible y reconocido públicamente como el “objeto” a llorar, en muchos casos, en la pérdida perinatal puede hacer que el proceso sea más difícil y complejo.

En su revisión de literatura, Toedter et al. (1988) indican también que en la pérdida perinatal hay culpabilidad de la madre por la pérdida, hay reluctancia del sistema de apoyo cuales hace sentir soledad e incertidumbre en los padres, la causa de la muerte del bebé a menudo es desconocida y la necesidad percibida de cada miembro de la pareja a ser fuertes el uno con el otro y no permitirse experimentar el duelo. Por lo que, la PGS fue realizada a partir del Expanded Texas Grief Inventory (Zizook et al., 1982, como

citado en Toedter et al., 1988), de los seis signos clave de Kennell y colegas y de 21 dimensiones que los autores consideraron importantes en la pérdida perinatal basada en investigaciones previas

Según indican los autores, el PGS fue completado por 194 sujetos (138 mujeres y 56 de sus esposos o parejas) como parte de un estudio longitudinal (cual comenzó en 1984 con el Proyecto de Pérdida Perinatal) de factores que afectaban la resolución de duelo luego de ocurrir un aborto espontáneo ($N=63$), muerte fetal ($N=39$) o neonatal ($N=18$), o embarazo ectópico ($N=18$). La edad promedio gestacional al momento de la pérdida fue de 16.5 semanas de gestación. La consistencia interna del PGS arrojó un coeficiente alfa de 0.97, luego de eliminar unos ítems y con correlaciones corregidas del total de ítems en un rango de 0.22 a 0.78 (promedio corregido de correlación de total de ítems =0.52). Entre las variables que fueron predictores significativos de duelo, como medido por esta escala, fueron: la salud en general de la madre, la edad gestacional al momento de la pérdida, la calidad de la relación marital y la sintomatología de salud mental previo a la pérdida (Toedter et al., 1988; ver Figura 1).

En cuanto a la salud general de la madre, los autores indican que es una variable difícil de interpretar ya que, afecta indirectamente al duelo: la salud en general está negativamente relacionada a los síntomas de salud mental y relacionado positivamente a la calidad de la relación marital. Respecto a la edad gestacional al momento de la pérdida, aunque tiene una relación positiva al duelo no fue el predictor más importante de la puntuación total de la escala, sino de la subescala Duelo Activo (factor 1). Es así, juega un mayor rol en el corto termino y la reacción normal de duelo que a largo termino (dificultad de adaptación y desesperación). En cuanto a la calidad de la relación marital,

cuando la calidad es pobre suele relacionarse a síntomas de pobre salud mental. Por último, respecto a la sintomatología de salud mental previo a la pérdida, presentó una relación fuerte entre depresión (medida por una subescala de depresión del Symptom Checklist-90) y el factor de dificultad de adaptación ($r = 0.77$) y pobre relación entre depresión y desesperación ($r = 0.57$).

Para el 1989, Potvin y colegas informaron sobre los resultados del desarrollo de la versión corta de una escala de duelo para estudiar la pérdida perinatal. Asimismo, buscaron abordar las brechas como la falta de medidas adecuadas para evaluar duelo y la falta de capacidad para predecir las reacciones de duelo crónicas o patológicas. El instrumento es específico a las pérdidas perinatales (aborto espontáneo, embarazo ectópico, muerte fetal, muerte neonatal, aunque tiene el potencial de adaptarse a otros tipos de pérdidas.

Entre los análisis realizados por Potvin y colegas (1989), de las respuestas de 138 mujeres resultó en la reducción de la medida original de 104 a 33 ítems más manejables y casi igualmente completos y confiables. Los investigadores realizaron un análisis factorial cual produjo tres factores, dos de los cuales indican la posibilidad de reacciones de duelo más graves y a más largo plazo. El primer factor lo nombraron “duelo activo” (active grief) cual también puede llamarse duelo normal. Este incorpora las preguntas relacionadas a la tristeza, el extrañar al bebé y el llorar por el bebé. El segundo factor lo nombraron “dificultad de afrontamiento” (difficulty coping), cual incluye ítems que sugieren la dificultad de lidiar con las actividades y con otras personas. Este puede indicar una depresión más severa ya que Potvin y colegas (1989) tienen la impresión de que las personas altas en este factor suelen aislarse de los demás y tener problemas de

funcionamiento. El tercer factor lo llamaron “desesperación” (despair), cual sugiere el potencial para efectos serios y de largo plazo de la pérdida. La confiabilidad de la escala total fue de .95 en alfa de Cronbach y para cada subescala fue de .92 en duelo activo, .91 en dificultad de afrontamiento y .86 en desesperación. Los autores indicaron que debido a las sólidas cualidades psicométricas de la escala y su estructura factorial, tal instrumento promete ser útil para fines clínicos como investigativos.

Más adelante, para el 2001 Toedter y colegas realizaron un artículo donde describen 22 estudios de 4 países (Estados Unidos, Países Bajos, Gran Bretaña y Alemania) que utilizaron la Escala de Duelo Perinatal (PGS, por sus siglas en inglés) con un total de 2,485 participantes (1,803 mujeres y 654 hombres). Según mencionan los autores, la PGS se ha utilizado en muchos estudios de pérdida en el embarazo, incluido el aborto espontáneo, la muerte fetal, el aborto inducido, la muerte neonatal y la renuncia en adopción. También, mencionaron que la PGS fue desarrollada originalmente en conexión con el Estudio de Pérdida Perinatal en la Universidad de Lehigh y que ha sido utilizada actualmente en una variedad de proyectos de investigación en los Estados Unidos y en muchos otros países. Entre los objetivos para con el artículo son: (a) comparar la confiabilidad de la consistencia interna del PGS en muestras muy variadas y obtener más indicaciones de la validez de la medida; (b) desarrollar normas que permitan a los profesionales interpretar puntajes de PGS que podrían indicar personas que están especialmente preocupadas después de la pérdida y (c) comparar los resultados de diferentes tipos de muestras: hombres y mujeres, pérdida temprana y tardía, muestras reclutadas de prácticas médicas en comparación con las de grupos de apoyo y fuentes de

Internet, entrevistas versus cuestionarios enviados por correo y estudios en Europa en comparación con los de los Estados Unidos (Toedter et al., 2001).

El PGS fue construido para incorporar las dimensiones de duelo mencionado en la literatura (Toedter et al., 2001). La escala original consistía en 104 ítems tipo Likert cuales respuestas varían entre 1 (*totalmente de acuerdo*) a 5 (*totalmente en desacuerdo*). Según indicaron Toedter et al. (2001) la escala fue construida en base a los ítems utilizados por otros investigadores en duelo perinatal, algunas preguntas del Inventario de Duelo de Texas (Zisook, Devaul, & Click, 1982) e ítems adicionales contruidos para encajar las dimensiones del duelo perinatal que los autores consideraban, basados en la literatura e investigaciones previas. Entre los análisis realizados por los investigadores, la escala larga se redujo a 84 ítems ($\alpha=0.97$) y una versión corta de 33 ítems ($\alpha=0.95$; Potvin et al., 1989). A pesar de que la PGS se creó en las dimensiones teóricas de duelo como lo es la incredulidad, ira, soledad y culpabilidad, el análisis factorial de la data recolectada resultó en una estructura diferente de tres factores: duelo activo, dificultad para adaptarse y desesperación (Potvin et al., 1989). Las puntuaciones en las subescalas de Dificultad para Adaptarse y Desesperación al momento de la primera entrevista fueron los mejores predictores de duelo a largo término, como medido por la escala total (Lasker & Toedter, 1991, como citado en Toedter et al., 2001).

Toedter y colegas (2001) en su revisión de literatura, realizaron su búsqueda en PsycLIT utilizando las palabras clave relacionados a la pérdida de embarazo y duelo y en las bases de dato de SCISEARCH y SOCIAL SCISEARCH, para identificar los artículos donde uno de los principales investigadores fuera citado en las referencias (Lori J. Toedter y Judith N. Lasker). Entre los estudios, varían en su tamaño de muestra (10 a 363

participantes) y en la forma en que fueron reclutados los participantes (voluntarios en grupos de apoyo, propaganda en periódicos y revistas, en internet y otros en hospitales y/o prácticas de médicos). Entre los métodos de recolección de data fueron entrevistas presenciales y cuestionarios por correo. Algunos estudios fueron llevados a cabo tan pronto como 1 o 2 días luego de la pérdida y otros incluían personas que habían tenido la pérdida hace 22 años, siendo la mayoría a un año de la pérdida. Entre los 22 estudios, 12 fueron de abortos espontáneos, 9 mortinatos y 11 de recién nacidos (Toedter et al., 2001).

En cuanto a la confiabilidad de consistencia interna, independientemente del lenguaje del estudio, el tipo y tamaño de la muestra, o tipo de pérdida, el coeficiente para la puntuación total del PGS tuvo un rango entre .92 a .96 (Toedter et al, 2001). Esto indica una confiabilidad de consistencia interna muy alta. El promedio para los coeficientes de las subescalas fue de .92 para Duelo Activo, .89 para Dificultad de Adaptación y .88 para Desesperación. En cuanto a la confiabilidad test-retest, las correlaciones para los tres factores y para la escala total varió entre .59 a .66, todos a un nivel de significancia de $p < .001$. Los autores sugieren que, para propósitos normativos, una puntuación por encima de 91 puntos puede ser considerada para reflejar un alto grado de duelo. Asimismo, indican que, utilizando la misma lógica de la puntuación para las subescalas individuales, las puntuaciones altas se consideran cuando son 34 puntos para Duelo Activo, 30 para Dificultad de Adaptación y 27 para Desesperación. Por otro lado, en cuanto a la estabilidad de la estructura de factor, los autores señalan que en casi todos los estudios los puntajes de subescala muestran una disminución progresiva en los puntajes desde Duelo activo hasta Dificultad de afrontamiento y Desesperación. Además, señalan que este hallazgo es consistente con su hallazgo (Lasker & Toedter, 1991) de que

las subescalas representan respuestas cada vez más problemáticas a la pérdida, con menos personas experimentando los efectos más debilitantes de dificultad para afrontar y desesperación.

Entre los datos sociodemográficos Toedter y colegas (2001) resaltaron que la fuente de la muestra, con padres reclutados primordialmente de grupos de apoyo, anuncios e internet, son significativamente más altos en la puntuación total de duelo, que los padres que solicitaron participar por medio de su doctor o por el personal del hospital. Además, resaltaron también que, en cuanto al lugar de estudio, los participantes de Estados Unidos mostraron en promedio mayores puntuaciones que los participantes europeos. En cuanto a los patrones de duelo a través del tiempo, los autores mencionaron que las puntuaciones de duelo fueron disminuyendo luego de los 2 años de haber experimentado la pérdida y esto fue para la muestra total de los padres en duelo del estudio. Indicaron los autores que tal efecto se mantiene tanto para las pérdidas tempranas como para las tardías. Además, los autores mencionan que las puntuaciones del PGS disminuyen como resultado de un tratamiento exitoso. Por otro lado, Toedter et al. (2001) encontraron que la percepción de apoyo de parte de amistades y familiares fue relacionada consistentemente con bajas puntuaciones del PGS. De igual manera, la relación marital fuerte se encontró estar relacionada negativamente con la puntuación total del PGS, con correlaciones entre 0.20 a 0.30. Por último, aquellos estudios que incluyeron la salud mental como una variable encontraron relación entre la salud mental pobre y puntuaciones altas en el PGS. Por lo que, Toedter et al. (2001) resaltan que los resultados de su estudio sugieren fuertemente el valor del PGS como una medida tanto clínica como investigativa.

En el mismo año en que Toedter y colegas (2001) realizaron su revisión de literatura respecto al Perinatal Grief Scale, Capitulo et al. (2001) describen proceso científico de traducción al español de la escala. Según los autores, tenían como meta crear una medida en español que se pueda utilizar universalmente con varias poblaciones de habla español. El Short Version Perinatal Grief Scale (SVPGS; versión corta de la escala de duelo perinatal) es una herramienta en lenguaje en inglés que ha pasado por rigurosas pruebas psicométricas con sujetos que hablan inglés. Esta escala fue desarrollada en el 1988 por Toedter, Lasker y Ahadef y medía primordialmente los sentimientos y pensamientos experimentados por los padres luego de una pérdida en el embarazo o un natimuerto. También, mencionaron los autores que la cultura influye en la experiencia de dolor y duelo (Capitulo et al., 2001), por lo que no debe asumirse que el SVPGS sea apropiado para otras poblaciones, sin embargo, aún permanece como una pregunta empírica.

Capitulo et al. (2001) mencionaron que al traducir un instrumento de su lenguaje original a otro lenguaje debe enfocarse en mantener la validez y confiabilidad de contenido. Por lo que, los autores utilizaron tres tipos de métodos de traducción: traducción y traducción inversa, traducción por un comité utilizando la técnica de entrevista de grupo focal y la traducción de experto. Además, mencionaron que el SVPGS no tiene derechos de autor, a pesar de estar estandarizado y publicado. A pesar de esto, los autores obtuvieron permiso para utilizar y traducir la herramienta al español. Capitulo et al. (2001) indicaron que las traducciones incorrectas, cuales cambian el significado del instrumento original, a menudo tienen uno o varios errores como lo son: añadir palabras o frases que no aparecen originalmente, borrar palabras o frases del

original, alterar palabras o frases haciendo que ya no signifiquen lo mismo y utilizar pobre gramática y sintaxis cual afecta negativamente la claridad y el significado. Luego de las revisiones que realizaron los autores, la versión final del SVPGS en español tuvo consigo representación de varios subgrupos de habla española, así como fue diseñado tanto para hombres como para mujeres (Capitulo et al., 2001).

Para el año 2010, Capitulo y colegas realizaron un artículo donde informan sobre un estudio para acumular pruebas de la fiabilidad y validez de una nueva versión corta de La Escala de Duelo Perinatal en español (SpSVPGS, por sus siglas en ingles). Según mencionan los autores, el instrumento nunca se había usado para medir el duelo en padres y madres que hablan español. Por lo que, los autores indicaron que, dado que la cultura es un factor clave para la experiencia del duelo, el agrandar el estudio a padres y madres que hablan español es importante para aumentar el conocimiento y entendimiento del duelo perinatal en poblaciones hispanas. Capitulo et al. (2010) tuvieron como propósito en su estudio el estimar la fiabilidad y validez de constructo del SpSVPGS, cual es un instrumento de 33 ítems y cual mide el duelo perinatal en padres y madres que hablan español. Entre los métodos de traducción los investigadores incluyeron la traducción/ traducción en reversa, traducción de grupo focal y traducción de expertos (Capitulo et al., 2001).

El nuevo SpSVPGS fue administrado a 50 padres desconsolados (en duelo) y a un grupo control de 40 padres no desconsolados (Capitulo et al., 2010). Según indican los autores los datos resultaron a favor de la validez de constructo y la fiabilidad del nuevo instrumento al realizar análisis factorial y la metodología de grupo conocido. El estudio fue realizado en un centro médico académico del centro de la ciudad de Nueva York,

donde habita una población diversa de países de habla hispana, entre ellos de México, América Central y el Caribe. Los padres y madres en duelo fueron reclutados por el Equipo de Duelo Perinatal del hospital y los que no estaban en duelo fueron reclutados de prácticas ambulatorias pediátricas, ambas muestras por conveniencia. Las encuestas fueron distribuidas en persona y por correo (Capitulo et al., 2010).

Entre los resultados del análisis factorial reveló dos factores interpretables, Duelo Activo y Dificultad de Adaptación/Desesperación, cual representa el 35.1% y 7.6% de la varianza, respectivamente (Capitulo et al., 2010). Entre los factores, el primer factor retuvo 10 de los 11 ítems originales más tres ítems con correlaciones que varían entre 0.43 a 0.70, conservando su nombre original, Duelo Activo. Seis ítems correlacionaron con el factor 2 y tenía cargamentos que variaban entre 0.40 a 0.87. Estos ítems fueron tres de la escala original de Dificultad de Adaptación y tres de Desesperación, por lo que la nueva subescala se nombró Dificultad de Adaptación/Desesperación. Solo dos ítems se asociaron con el tercer factor (desesperación) y cinco ítems no cargo con ningún factor. El coeficiente de Alpha Cronbach para las dos nuevas escalas fue de 0.89 para Duelo Activo, 0.80 para Dificultad de Adaptación/Desesperación y 0.90 para la puntuación total para la escala (Capitulo et al., 2010). Por lo que, los autores encontraron que el instrumento mide un dominio, duelo perinatal, con dos subescalas: duelo activo y dificultad de adaptación/desesperación.

En cuanto a la validez de constructo concurrente, los autores la estimaron utilizando el acercamiento de grupos conocidos al administrar la escala a un grupo control (padres con un bebé saludable y sin haber experimentado una pérdida perinatal en ningún momento o pérdida mayor en su vida en el pasado año). Capitulo et al. (2010)

condujeron un análisis de varianza multivariante unidireccional (MANOVA, por sus siglas en ingles) para determinar el efecto de “miembro de grupo” en las dos subescalas (duelo activo y dificultad de adaptación/desesperación) y en la Escala de Duelo Perinatal en general. Según predicho, se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos, con Lambda Wilks = 0.32, $F(2, 87) = 90.58, p < .001$. La multivarianza Eta-squared basado en el Lambda Wilks fue bastante fuerte en 0.68. Luego los autores realizaron un análisis de varianza (ANOVA), como seguimiento al MANOVA. Para controlar el error Tipo 1, se utilizó un $p < .008$ para determinar la significancia. Todos los tres ANOVAs fueron estadísticamente significativos ($p < .001$) indicando que las puntuaciones del grupo fueron significativamente mayores que las puntuaciones del grupo control.

Los autores resaltaron que las muestras de conveniencia fueron similares en composición, permitiendo que el instrumento midiera el duelo perinatal y no otras variables confusas. Los sujetos en ambos grupos fueron primordialmente mujeres (85% grupo de estudio, 100% grupo control), de Puerto Rico, México y de Republica Dominicana (67% grupo de estudio, 70% grupo control) y la mayoría eran católicos (78% grupo de estudio, 84% grupo control). No hubo significancia en cuanto a edad $t(83) = -1.72, p = .09$. En promedio, los padres/madres en duelo tenían 31.6 ($DE = 6.8$) años y los padres/madres sin duelo tenían 28.7 ($DE = 8.8$) años. Entre los análisis de los rituales y las intervenciones del grupo (datos sociodemográficos) en duelo revelaron que la mayoría de los padres/madres vieron (66.7%), nombraron (74.4%), cargaron (52.4%) y tuvieron servicios religiosos para el bebé (59%). Por otro lado, los padres que participaron en grupos de apoyo y/o vieron su bebé tuvieron puntuaciones significativamente altas en la subescala de Duelo Activo. Aquellos que cargaron a su bebé tuvieron puntuaciones

significativamente mayores en la subescala de Dificultad de Adaptación/Desesperación (Capitulo et al., 2010).

Entre los análisis de cada uno de los 33 ítems, realizados por Capitulo et al. (2010), solo 19 correlacionaron con el duelo total en esta población. Según los autores, los resultados de este estudio identificaron solo dos dimensiones de duelo en padres/madres que hablan español indicando que puede haber diferencias culturales en la expresión del duelo en personas que hablan inglés y que hablan español. Por lo que, los autores mencionan que la medición de la pena en poblaciones que no hablan inglés es importante para aprender sobre los atributos culturales del duelo perinatal, incluyendo rituales que apoyan la curación de dolor y pena después de la pérdida de un embarazo o la muerte de un bebé. Asimismo, Capitulo et al. (2010) publicaron en su artículo el SpPVPGS para permitir a otros investigadores reproducir su trabajo, refinar el instrumento y estudiar el dolor y la pena en poblaciones latinas. Además, los autores recomendaron que, para estudios futuros, el instrumento debe acortarse a 19 ítems (ver Apéndice D) que correlacionen con el duelo perinatal, con dos subescalas.

Setubal y colegas (2021), por su parte, realizaron una revisión sistemática con síntesis crítica con el fin de identificar y sintetizar la literatura internacional publicada sobre los instrumentos existentes que miden específicamente el proceso de duelo después de cualquier pérdida perinatal. Además, los autores buscaron identificar los factores que podrían moderar las reacciones de duelo. Para esto, realizaron búsquedas en las bases de datos PUBMED, Cochrane y PsycINFO en artículos en idioma inglés utilizando las palabras clave "perinatal" AND ("grief" OR "bereavement" OR duelo) AND ("scale" OR "questionnaire" OR "measure" OR "assessment") hasta mayo de 2018. Setubal y colegas

(2021) utilizaron el registro prospectivo internacional de revisión sistemática (PROSPERO, por sus siglas en inglés) para guiar su estudio. Entre los criterios de elegibilidad incluyeron todos los estudios que usaron una medida para evaluar el duelo perinatal después de todo tipo de pérdidas perinatales, incluidas validaciones y traducciones a otros idiomas e intervenciones diseñadas para aliviar los síntomas del duelo.

Los autores encontraron que 67 artículos cumplían con los criterios de inclusión. En sus resultados, describen siete instrumentos de medición del duelo perinatal publicados entre 1984 y 2002. Todos los instrumentos median pérdidas perinatales que iban desde abortos espontáneos tempranos, abortos, interrupciones, pérdida de embarazo tardío hasta pérdida temprana neonatal. Setubal y colegas (2021) encontraron que el instrumento más utilizado fue la Escala de Duelo Perinatal (PGS, por sus siglas en inglés), encontrado en 53 de los estudios seleccionados. Los autores destacaron que la PGS es la medida estandarizada más utilizada para evaluar el duelo tras la pérdida perinatal. Por último, Setubal y colegas (2021) resaltan como la revisión puede ayudar a los profesionales a comprender mejor las reacciones de pérdida perinatal y ayudar así a guiar las expectativas y necesidades de los pacientes. Recomiendan también que todos los padres que viven algún tipo de pérdida perinatal deben ser evaluados para poder así identificar quienes presentan mayor necesidad de atención de salud mental.

Profesionales de la Salud y Aborto Espontáneo

La experiencia de duelo de la mujer que ha pasado por un aborto espontáneo es vivida típicamente junto a profesionales de la salud. Varias investigaciones señalan como los cuidados de salud que demuestren apoyo luego de que ocurre una muerte intrauterina

son importantes a la experiencia de la mujer en el hospital y beneficiosa al proceso de duelo (Cassidy, 2018; Figueredo-Borda et al., 2022; Sumarno et al., 2020), así como también el que los padres estén bien informados del proceso (Dennehy et al., 2022; Robinson, 2014; Galeotti et al., 2022). No obstante, se reconoce que tales cuidados varían según los países. Por ejemplo, cuando el cuidado prenatal es primordialmente llevado a cabo por parteras y se confía más en el cuerpo de la mujer para lograr un parto exitoso, mientras el que se enfoca más en ver el proceso de embarazo como uno médico, con más visitas obstétricas (Law, 2014). Por otro lado, algunas investigaciones resaltaron como el bienestar emocional de los padres y madres se ha visto afectado cuando tienen interacciones con los profesionales de salud negativas (Galeotti et al., 2022; Yang et al., 2022). Además, como el involucrar a los padres en la participación de la revisión de muerte perinatal ayuda a su proceso de duelo (Helps et al., 2023).

Law (2014) investigó las correlaciones que existen entre la relación clínica durante el embarazo medida por el Patient-Doctor Depth of Relationship Scale (PDDR) y los síntomas de duelo posteriores a la pérdida medidos por la Perinatal Grief Scale (PGS). Además, investigó una medida de apoyo social general medido por el Medical Outcomes Social Support Survey (MOS) en busca de cualquier correlación con los síntomas de duelo posteriores a la pérdida. En los antecedentes del estudio indicó que para que los médicos ayuden a los clientes a recuperarse de una pérdida traumática, como lo son la pérdida de un embarazo, la muerte fetal y la pérdida neonatal, primero es necesario la comprensión de las áreas de trauma emocional que pueden afectar a las mujeres embarazadas.

En los resultados, Law (2014) encontró que la medida de la relación médico-paciente no demostró significancia estadística en relación con los síntomas de duelo en este estudio. Dado que las participantes fueron reclutadas principalmente de grupos en línea que incluían grupos de madres que brindaban apoyo y grupos específicos a pérdida de embarazo, la muestra puede exhibir un sesgo a la necesidad de apoyo social. Además, el cuidado prenatal varía según los países, cual también pudo haber afectado la significancia estadística. Esto así ya que, en países como Reino Unido, el cuidado prenatal es primordialmente llevado a cabo por parteras y se confía más en el cuerpo de la mujer para lograr un parto exitoso, mientras que en los Estados Unidos se enfoca más en ver el proceso de embarazo como uno médico, con más visitas obstétricas (Law, 2014).

Por último, la investigadora encontró que tanto los ingresos del hogar como el apoyo social general si tuvieron un impacto predictivo en los síntomas de duelo. Esto así ya que aquellas que tienen un estatus socioeconómico alto pueden tener más recursos de ayuda como lo son el contratar una empleada doméstica u ordenar comida, cuestiones que se encontraban entre las preguntas del MOS. Law (2014) indico entre las aplicaciones de la investigación el que se utilice el MOS como medida de cernimiento y evaluación ya que el tener una línea base en información sobre apoyo social puede ayudar a identificar a mujeres que están en alto riesgo de experimentar más síntomas severos de duelo si hay una pérdida de embarazo.

Por otro lado, Robinson (2014) realizó una revisión sistemática dado a la aparente falta de acercamientos de cuidado cohesivos para las mujeres luego de haber tenido un aborto espontáneo temprano. Define en su estudio la pérdida de embarazo en etapa temprana como aquel ocurrido con menos de 20 semanas de gestación. Por lo que, tuvo

como objetivo el evaluar la importancia de la provisión de información y el apoyo a mujeres que han sufrido un aborto espontáneo temprano y determinar su impacto en su experiencia. Para esto utilizo las bases de datos de Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Medline, PsychInfo, Amed y Ovid. Entre los resultados, la investigadora encontró dos aspectos principales identificados como físicos y psicológico. En el aspecto físico incluye la sintomatología de dolor, sangrado, coágulos de sangre, productos de concepción, falta de un bebé/feto mientras que lo psicológico incluye la ansiedad, el miedo, la angustia, el duelo y la depresión.

Algunas deficiencias encontradas en las investigaciones fue el que se les informara a las mujeres de síntomas de abortos como normales cuando no lo eran, el que las mujeres no estuvieran conscientes de los procedimientos médicos, los profesionales de la salud que utilizaban terminología que no era entendida por las pacientes o presentada de manera insensible, falta de información, comentarios insensibles, falta de empatía y esperas largas. Además, las investigaciones presentaron la necesidad de apoyo en las mujeres, el buscar información como una de las estrategias más utilizadas, la falta de rituales formales o funerales como daño potencial al bienestar psicológico, la necesidad de buscar un significado, tener una explicación del porqué del suceso, buscar entendimiento, la habilidad de compartir la experiencia con otros y el apoyo de amistades y familiares. Por otro lado, Robinson (2014) señala que las investigaciones resaltan como es esencial la provisión de información tanto en los aspectos físicos como psicológicos del aborto espontáneo temprano.

En cuanto al apoyo, la investigadora encontró que las ceremonias / rituales son vistas como positivas ya que ayudan al bienestar psicológico ante la pérdida, el

reconocimiento de la pérdida es importante, aunque con frecuencia no ocurre. A pesar de que Robinson (2014) encontró que las mujeres desean y necesitan apoyo, con frecuencia no lo buscan activamente. Por otro lado, las investigaciones muestran también la importancia de tener interacciones con otras personas que han tenido la misma experiencia. Asimismo, se espera que los profesionales de la salud, amistades y familiares provean apoyo a la mujer que sufre de un aborto espontáneo temprano, así como el reconocimiento por parte de la sociedad, sin embargo, la literatura demuestra que esto no siempre ocurre.

Robinson (2014) mencionó que el conocimiento y el entendimiento de las cuestiones relacionadas con el aborto espontáneo temprano combinadas con buenas destrezas interpersonales y de comunicación son esenciales para que los profesionales de la salud estén dispuestos a ayudar efectivamente a las mujeres al promover control, conocimiento y entendimiento y mejorando las estrategias de afrontamiento y los altos estándares de cuidado. También, según indicó la investigadora, esto ayudaría a reducir la angustia, el miedo, la ansiedad y los factores de riesgo asociados con problemas psicológicos a largo término como lo es el duelo complicado y a la depresión. Por lo que, Robinson (2014) concluye que la provisión de información en aborto espontáneo debe hacerse disponibles a una etapa más temprana del embarazo, por ejemplo, al reservar la cita. Además, indicó que esta recomendación tiene como propósito el crear conciencia de los signos y síntomas del aborto y que realizar si surge cualquiera complicación, pero no con el fin de alarmar a las mujeres o desalentar la emoción de un nuevo embarazo.

Otro estudio que toma en cuenta los profesionales de la salud lo es Cassidy (2018) quien evaluó las prácticas de hospitales españoles luego de muerte intrauterina en

términos de cuidados médicos/técnicos y cuidado de apoyo en duelo. Según la revisión de literatura realizada por el investigador, la comunicación efectiva y la información basada en la evidencia son cruciales para las decisiones de cuidado médico y rituales relacionados con el bebé cuando están en el hospital (Royal College of Obstetricians & Gynaecologists, 2010 como citado en Cassidy, 2018; Williams, et al., 2008). Además, existen ciertos aspectos claves relacionados a rituales, cuales incluyen: apoyar a los padres para ver, sostener e interactuar con su bebé, independientemente de su edad gestacional o condición; ayudarlos a que se queden con objetos relacionados al bebé o al nacimiento; y proveerles opciones y apoyo para una disposición respetuosa (Kohner & Henley, 2001; Gold et al, 2007; Flenady et al., 2014; Pregnancy Loss and Infant Death Alliance, 2008 como citado en Cassidy, 2018). Además, un examen postmortem puede tener beneficios emocionales y ayudar a aliviar sentimientos de culpa ya que típicamente los padres buscan respuestas de la muerte inesperada (Rankin et al., 2002; Sullivan & Monagle, 2011 como citado en Cassidy, 2018). De igual manera, recientemente se ha comenzado a reconocer la necesidad de cuidado de apoyo especializado en duelo luego de la muerte intrauterina (26 como citado en Cassidy, 2018).

El estudio fue uno descriptivo transversal, utilizándose un cuestionario en línea autocompletado (Cassidy, 2018). Tal cuestionario se desarrolló de entrevistas cualitativas exploratorias, validación de contenido con panel de padres y profesionales de salud, entrevistas cognitivas y dos fases de prueba piloto. La población del estudio fueron 796 mujeres quienes experimentaron una muerte intrauterina fetal entre las seis semanas y el nacimiento (en los pasados 60 meses) ya fuera por aborto espontáneo tardío o mortinato, o terminación del embarazo por razones médicas. Estas fueron reclutadas a través de

anuncios en línea en una página web de caridad de muerte fetal y por redes sociales. Las mujeres fueron reclutadas por una muestra de conveniencia (bola de nieve), incluyendo anuncios en páginas web de asociaciones de apoyo. Para el análisis se utilizó la prueba de independencia de Pearson Chi-cuadrado ($p \leq 0.05$) para realizar análisis cruzado para asociaciones entre medidas objetivas de calidad de cuidado y variables independientes (detalles de la muerte, historial de embarazo, sociodemográficos y tipo de hospital; Cassidy, 2018).

Entre los resultados, se obtuvo que la mitad de las mujeres (52.9%) tuvieron contacto con su bebé muerto, 30.4% dejó el hospital con al menos un objeto o foto del bebé (Cassidy, 2018). En el 35.8% de los casos los padres no les dieron opción de recuperar los restos del cuerpo, el 22.9% de los nacimientos mayores a 26 semanas de gestación fueron por cesárea, con una diferencia significativa ($p < 0.001$) entre hospitales públicos (16.8%) y hospitales privados (41.5%). El 29.3% de las mujeres no fueron acompañadas durante el parto. El 48% de las mujeres recuerdan haberseles administrado sedantes al menos en una ocasión durante la estadía en el hospital. La tasa de autopsia en casos de mortinatos (≥ 20 semanas) fue de 70.5% y de 44.4% en casos de terminación del embarazo (todas las edades gestacionales). Diferencias consistentes significativas ($p < 0.05$) en prácticas de cuidado fueron encontradas basadas en la edad gestacional y el tipo de hospital (privado o público), pero no a otras variables relacionadas a cuestiones sociodemográficas, historial del embarazo o detalles de la pérdida/muerte. Las muertes intrauterinas a edades gestacionales tempranas recibieron calidad de cuidados pobres (Cassidy, 2018).

Los cuidados de salud que demuestren apoyo luego de que ocurre una muerte intrauterina son importantes a la experiencia de la mujer en el hospital y beneficiosa al proceso de duelo (Cassidy, 2018). El que se provea tal cuidado es un fenómeno relativamente nuevo en el sistema de salud de España, los resultados proveen un punto de referencia de calidad e identifica un número de áreas donde los hospitales pueden realizar mejoras a las prácticas de cuidado cuales deben tener beneficios psicológicos importantes tanto para la mujer como para sus familias (Cassidy, 2018). El contacto con el bebé muerto es considerado un componente de cuidado clave ya que ayuda al proceso de reconstrucción e integración a la red familiar y social, así como facilita la creación de memorias positivas acerca del nacimiento y les da la oportunidad a los padres de ejercer su paternidad con el hijo (Downe et al., 2013; Hunt et al., 2009; Säflund et al., 2004; Rådestad & Christoffersen, 2008 como citado en Cassidy, 2018). También, los autores mencionaron que tener objetos que se relacionen al bebé y fotografías juegan un rol crucial en el proceso de duelo al ayudar a crear memorias, reconstruir significados y continuar los lazos (Peelen, 2012; Murphy & Thomas, 2013 como citado en Cassidy, 2018). Además, el estar acompañado por la pareja, miembro familiar o amistad provee tanto apoyo durante la experiencia estresante y también involucra participación en la toma de decisiones de los rituales postmortem como lo es el contacto con él bebé (Cassidy, 2018).

Otra investigación es la de Sumarno y colegas (2020) quienes realizaron un estudio piloto donde exploraron los puntos de vista y las prácticas de los médicos generalistas para brindar apoyo emocional a las mujeres que experimentan un aborto espontáneo. Esto con el propósito de determinar la necesidad para investigaciones más

amplias y adiestramiento y recursos adicionales. En su revisión de literatura resaltaron que el aborto espontáneo puede causar una morbilidad psicológica significativa.

Asimismo, que las mujeres frecuentemente reportan insatisfacción con el apoyo de los profesionales de la salud después de un aborto espontáneo.

En el estudio participaron ocho médicos quienes ejercían su práctica en el estado de Victoria, Australia. Las autoras les realizaron entrevistas semiestructuradas a los participantes. Luego analizaron los datos utilizando un acercamiento general inductivo donde se leían y releían las transcripciones, se importaban los datos a N-Vivo y luego se codificaron los datos. Entre los resultados, Sumarno y colegas (2020) indicaron que los médicos generalistas consideraban que la atención física de las mujeres era su máxima prioridad en el momento del aborto espontáneo; sin embargo, el aborto espontáneo reconocido podría tener importantes secuelas emocionales. Además, la mayoría de los médicos generalistas sintieron que su función era brindar apoyo emocional, lo que incluía expresar empatía, escuchar y normalizar el aborto espontáneo para mitigar la culpa y la autoinculpación.

Por otro lado, los resultados reflejaron que los médicos generalistas preferían un enfoque individualizado del apoyo emocional y, en su mayoría, ofrecían citas de seguimiento si un paciente lo solicitaba o se consideraba de "alto riesgo" por problemas de salud mental (Sumarno et al., 2020). Algunos médicos creían que el apoyo al aborto espontáneo estaba dentro del alcance de la práctica de atención primaria; sin embargo, otros sintieron que era el papel de las redes sociales y las organizaciones de apoyo a la pérdida del embarazo. Además, los médicos identificaron varias barreras estructurales y externas que impedían un mayor apoyo emocional (Sumarno et al., 2020).

Las autoras mencionaron que otras herramientas y recursos para mejorar la atención de apoyo pueden ser de beneficio para algunos médicos de cabecera. También, Sumarno y colegas (2020) consideraron que la viabilidad de que los médicos de cabecera brinden apoyo de seguimiento sigue siendo incierta. Por lo que, sugirieron que se requerirá más investigaciones para determinar si el apoyo se ubica mejor dentro de la atención primaria o si se presta mejor a través de organizaciones externas. Por último, algunas de las limitaciones del estudio lo fueron que no se logra la saturación de los datos en todas las áreas y que las experiencias y las necesidades de apoyo pueden diferir culturalmente.

Por otra parte, Yang y colegas (2022) exploraron las opiniones de los profesionales de la salud sobre el impacto del aborto espontáneo temprano en la salud mental, la accesibilidad de los servicios y el apoyo disponibles para las mujeres. Para esto, los autores les realizaron entrevistas semiestructuradas a 10 profesionales de salud de un hospital terciario urbano y de ámbito comunitario, seguidas de análisis temático semi-inductivo. Los autores identificaron tres temas generales del estudio: (1) el alcance y la naturaleza del impacto psicológico, (2) las barreras para acceder al apoyo de salud mental y (3) los facilitadores del cambio o el mejoramiento.

Los participantes del estudio consideraban el aborto espontáneo como una “pérdida” que afectaba no solo a las mujeres sino también a sus parejas y otros miembros de la familia/whānau (concepto maorí que se traduce como familia). Además, consideraron importante establecer cómo se sentían las mujeres acerca del embarazo para dirigir tanto el alcance de la consulta como la guía posterior a los servicios de apoyo. Por otro lado, los autores identificaron el acceso desigual a los servicios y el apoyo. El costo del asesoramiento, la ubicación geográfica y el cuidado fragmentado se mencionaron

como barreras para acceder al apoyo (Yang et al., 2022). Además, las vías y canales clínicos mejorados para la comunicación interprofesional, así como un asesoramiento más accesible, se consideraron áreas clave para mejorar el servicio (Yang et al., 2022).

El estudio de Yang y colegas (2022) destaca que, aunque los profesionales de la salud reconocen apropiadamente el aborto espontáneo temprano como una pérdida significativa, el acceso al apoyo es inequitativo y fragmentado. Por lo que, los autores mencionaron que la atención del aborto espontáneo temprano es un área de necesidad insatisfecha y, dada la alta incidencia de aborto espontáneo temprano y su impacto en la salud mental, se necesita una acción urgente en torno a la prestación del servicio. Una de las limitaciones del estudio fue que la muestra no toma una representación comprensiva de todos los profesionales envueltos en el cuidado en aborto espontáneo.

Por otro lado, Figueredo-Borda et al. (2022) realizaron un estudio etnográfico, enfocado en la experiencia de las mujeres quienes perdieron a su hijo antes de las 20 semanas de gestación (aborto espontáneo) o que peso menos de 500 gramos al momento de la muerte; así como la experiencia de los profesionales de la salud. Según la revisión de literatura de los autores, el aborto espontáneo es un fenómeno que recibe poco reconocimiento público, a pesar de que ocurre con frecuencia. La manera en que el personal de salud comunica la pérdida a los padres afecta su experiencia y su bienestar psicológico (Murphy & Cacciatore, 2017 como citado en Figueredo-Borda et al., 2022). Además, ambos padres pueden presentar síntomas psicopatológicos, tanto a corto plazo (e.g. tristeza, irritabilidad; Badenhorst & Hughes, 2007 como citado en Figueredo-Borda et al., 2022) como a largo plazo (e.g. ansiedad acerca de la muerte, conductas obsesivas

compulsivas, ideación suicida, culpa, preocupación de embarazos futuros (como citado en Figueredo-Borda et al., 2022).

El estudio etnográfico involucró la recolección de información en creencias, estrategias de afrontamiento, actitudes y contenido del participante (Kuen et al., 2019 como citado en Figueredo-Borda et al., 2022). El muestreo fue de bola de nieve. El estudio ocurrió en dos etapas: contacto telefónico y entrevista. Asimismo, la entrevista se realizó en base de una guía cual fue validada por jueces expertos y pruebas piloto, fue realizada por miembros de la investigación con experiencia en un espacio seguro y privado. Por último, el análisis fue inductivo a través del análisis de contenido, con la clasificación y/o codificación de elementos en categorías definidas y el uso de ATLAS.ti 8.

Entre los resultados del estudio de Figueredo-Borda et al. (2022) emergieron 12 categorías, clasificadas en 4 categorías principales. Primeramente, está la categoría de la experiencia de la pérdida de un hijo: yo y mi dolor, cuales tiene las subcategorías: Duelo silenciado, El ambiente familiar antes de la Pérdida y Sobrevivencia. En esta categoría yacen el momento en que le mencionan a los padres sobre la muerte fetal y ser este momento uno de los más difíciles de su vida. Es además la sensación de vacío, de un proyecto de vida tronchado y la frustración acerca de la pérdida (Figueredo-Borda et al., 2022). La segunda categoría es acerca de la espiritualidad, con las subcategorías: religión, búsqueda de consuelo, resignación. En este se encuentra los elementos de fe y de aprender de personas que han sufrido lo mismo, la oportunidad de hablar del hijo que no vivió, poner en palabras la experiencia y ser parte de todo en armonía con uno, con otros, con Dios y la naturaleza (Figueredo-Borda et al., 2022).

La tercera categoría es el cuidado de salud, con las subcategorías: violencia-abuso en las relaciones de cuidado y el cuidado a la mujer, buenas prácticas, consecuencias para la salud mental y restricciones en el derecho de decidir del destino de los restos del hijo: desperdicio biológico. En esta se encuentran las experiencias con el personal de salud como una de violencia y abuso en las relaciones de cuidado y de falta de empatía. También, conductas como la duda de que la mujer sufriera un aborto espontáneo y realizar juicios de valor respecto al origen de la pérdida y cuestiones relacionadas a la equidad de género (Figueredo-Borda et al., 2022). Por último, surgió la categoría de necesidad de reconocer y mantener el hijo que no vivió, con las subcategorías: reconocer al hijo: ver el cuerpo y honrar el paso del hijo. En esta categoría es sobre la posibilidad de afligirse, ver el cuerpo para reconocerlo como hijo y reconocer su muerte (Figueredo-Borda et al., 2022).

Suele haber cierta convención de mantener en secreto el embarazo durante el primer trimestre y tal silencio se prolonga cuando las mujeres no se sienten empoderadas a revelar el dolor de su pérdida (Figueredo-Borda et al., 2022). Además, con la pérdida del embarazo las mujeres sienten soledad, exclusión, presión de su familia de seguir el rumbo normal de su vida, cuestiones que las llevan a no hablar de su duelo. Asimismo, hay carencia de empatía por parte del sistema de cuidado de salud. Por otra parte, las creencias religiosas y la fe juegan un rol importante en el consuelo de la pérdida. El estudio recomienda se orienten a los programas de preparación a atender estas situaciones con empatía, se ofrezca la posibilidad de ver los restos de la pérdida para un mejor proceso de duelo. Por último, una limitación del estudio fue el muestreo de bola de nieve.

Galeotti y colegas (2022) también toman en consideración el rol del profesional de salud ante la pérdida perinatal. En su estudio, los investigadores realizaron una revisión sistemática de la literatura con el propósito de sintetizar los resultados de los estudios de angustia emocional y bienestar entre las mujeres y hombres que experimentaron un aborto espontáneo en lugares hospitalarios. En su trasfondo destacan que el aborto espontáneo puede ser algo devastador para las mujeres y hombres y esto puede llevarlos a angustia emocional tanto a corto como largo término. La revisión sistemática de Galeotti y colegas (2022) fue realizada en octubre 2020 en tres bases de datos (CINAHL, MEDLINE y PsycInfo), y páginas web de organizaciones de caridad relevantes (Google y OpenGrey). Los investigadores utilizaron una herramienta de evaluación de métodos mixtos MMAT (por sus siglas en inglés) y la lista de cotejo AACODS para evaluar la calidad de los estudios primarios. Además, utilizaron la guía de Joanna Briggs Institute (JBI), las recomendaciones de Arksey y O'Malley's y la extensión de PRISMA para reportar los resultados.

Galeotti y colegas (2022) indicaron que se incluyeron treinta (30) estudios (21 cualitativos, 7 cuantitativos, 2 métodos mixtos) de once (11) países. Los resultados indicaron que el bienestar emocional tanto en mujeres como en hombres está influenciado por las interacciones con los profesionales de la salud, la provisión de información y el ambiente hospitalario. Además, resaltaron los autores que las experiencias de los padres en los hospitales se caracterizaron por una falta percibida de entendimiento entre los profesionales de la salud del significado de su pérdida y el apoyo emocional requerido. Los padres en la revisión de Galeotti y colegas (2022) reportaron que su angustia fue exacerbada por la falta de información, apoyo y sentimientos de aislamiento en las

secuelas del aborto espontáneo. También, los padres expresaron preocupaciones acerca del ambiente hospitalario, en particular de la falta de privacidad. Por lo que, Galeotti et al. (2022) concluyeron que las mujeres y los hombres estuvieron insatisfechos con el apoyo emocional recibidos en los centros hospitalarios y describieron un número de factores relacionados al hospital que exacerban la angustia emocional. Entre las limitaciones del estudio estuvieron que los artículos considerados solo fueron aquellos en inglés y publicados desde el 2009.

Una investigación semejante lo es la de Dennehy y colegas (2022) quienes exploraron los puntos de vista de mujeres y hombres con experiencias vividas de aborto espontáneo recurrente (RM, por sus siglas en inglés), y aquellos involucrados en la prestación/gestión de servicios y apoyos, sobre cómo se define y/o debería definirse el RM. Explican las autoras que el explorar estos puntos de vistas es necesario para que pueda ofrecerse un cuidado apropiado y como se define el RM es donde comienza tal cuidado. En los antecedentes del estudio, las autoras destacan que el RM afecta al 1%-3% de las mujeres/parejas en edad reproductiva según la definición utilizada, por ejemplo, si 2 o más abortos espontáneos. Asimismo, mencionaron que las opiniones de las partes interesadas sobre cómo se define RM han recibido una atención limitada hasta la fecha. Por lo que, indicaron que una definición refleja la evidencia médica y los valores de una sociedad en ese momento y, por lo tanto, justifica una revisión continua.

Dennehy y colegas (2022) adoptaron un diseño de estudio cualitativo, incorporando entrevistas semiestructuradas. Las autoras utilizaron un muestreo intencional para reclutar participantes en la República de Irlanda, asegurando que se incluyeran diversas perspectivas. Las investigadoras reclutaron mujeres y hombres con

experiencia vivida de 2 o más abortos espontáneos consecutivos en el primer trimestre a través de profesionales de la salud y las redes sociales; otros participantes a través de las redes del equipo de investigación. Las entrevistas fueron grabadas en audio, transcritas, pseudoanonimizadas y se analizaron mediante análisis temático reflexivo (Dennehy et al., 2022).

En total, participaron 42 profesionales de la salud/proveedores de servicios, 13 mujeres y 7 hombres con experiencia vivida de RM, entre las fechas de junio de 2020 a febrero de 2021. Dennehy y colegas (2022) generaron tres temas interrelacionados a partir de los datos: (1) la necesidad de una definición estandarizada de aborto espontáneo recurrente: encontrar un equilibrio entre la evidencia de la investigación, las necesidades individuales y los recursos de atención médica; (2) la definición es una ruta para encontrar una respuesta y/o validar la experiencia de pérdida de las mujeres/parejas; y (3) trabajar en torno a la definición—abogacía e impactos. Por lo que, las autoras concluyen que es justificado un enfoque matizado para definir la RM, uno que esté basado en evidencia, reconozca las necesidades individuales de las mujeres/parejas y considere los recursos de atención médica (Dennehy et al., 2022).

En línea con investigaciones anteriores, Dennehy y colegas (2022) encontraron que las mujeres/parejas pueden experimentar duelo y pérdida independientemente de la gestación de la pérdida del embarazo y de si tienen hijos vivos o no. Además, los médicos participantes del estudio destacaron la importancia de no medicalizar en exceso el RM. De acuerdo con la investigación existente, los participantes del estudio expresaron su frustración cuando se les negaron las investigaciones después de un segundo aborto espontáneo, particularmente en casos de edad materna avanzada y la falta de

reconocimiento de los impactos psicológicos del RM (Dennehy et al., 2022). Por último, una de las fortalezas del estudio fue el enfocarse tanto en los puntos de vista y experiencias de mujeres y hombres, así como los involucrados en la entrega/gestión de servicios. Además, una de las limitaciones del estudio es que no se pueden generalizar los resultados del estudio.

Helps y colegas (2023) evaluaron la percepción de los padres sobre cómo pueden participar adecuadamente en la revisión de la muerte perinatal del área de maternidad en el hospital, de manera que los beneficie a ellos y al proceso de revisión en sí. En su revisión de literatura habían encontrado que el involucrar a los padres en duelo en el cuidado de su bebé y en la revisión de la muerte perinatal en el hospital de maternidad puede ayudar a los padres a manejar su duelo y planificar para el futuro. Para el estudio, los investigadores invitaron a padres en duelo ($n = 20$; 80% madres) de Irlanda a participar en entrevistas semiestructuradas. De las entrevistas, realizaron un análisis temático de las transcripciones.

Entre los resultados, Helps y colegas (2023) identificaron cuatro temas principales basados en los puntos de vista y opiniones de los participantes sobre cómo experimentaron el proceso de revisión y cómo sienten que este proceso puede mejorarse. Los autores mencionaron que los temas reflejan el viaje de los padres a través de las diferentes etapas del proceso de revisión: a lo largo del proceso; al salir del hospital; interacción con el hospital ‘esperando en el limbo’; la revisión en sí mismo. Los subtemas identificados destacaron aspectos esenciales de este proceso y el cuidado brindado a los padres. Los investigadores encontraron que, para los padres, la comunicación abierta y honesta con el personal, además de tener un contacto clave en el hospital, era esencial.

Ellos encontraron que los padres deseaban brindar retroalimentación sobre su experiencia y querían ser incluidos en la revisión de la muerte de su bebé, de una manera que fuera sensible a sus necesidades y al horario del hospital. Además, para los padres es importante entender las circunstancias y la causa de la muerte de su bebé para ayudar con su proceso de duelo y planificar para futuros embarazos.

Helps y colegas (2023) concluyeron que es esencial un sistema respetuoso y flexible que permita la participación de los padres en duelo en la revisión de la muerte perinatal de su bebé y que se adapte a sus necesidades. Un proceso de colaboración entre el personal y los padres puede resaltar las áreas clínicas que necesitan cambios, mejorar las lecciones aprendidas, mejorar los servicios de duelo y puede prevenir muertes perinatales futuras (Helps et al., 2023). Entre algunas de las limitaciones del estudio fue la poca participación de hombres, las entrevistas fueron todas virtuales dado a la pandemia por COVID, y que solo participaron aquellos que hablaban inglés fluido.

CAPITULO III

MÉTODO

En el siguiente capítulo estaré presentando el diseño de investigación cual fue la base para realizar el estudio. Además, explicaré sobre la estrategia de búsqueda utilizada para obtener la literatura relevante. Expondré también, los criterios de inclusión y exclusión que se tomaron en consideración al seleccionar los artículos. Por último, detallaré el procedimiento realizado para la integración de los datos de los artículos obtenidos en las bases de datos.

Diseño de Investigación

La investigación utilizó una metodología de revisión integradora ya que se enfoca en sintetizar y resumir exhaustivamente la literatura pasada tanto empírica como teórica, con el propósito de proveer un entendimiento comprensivo de un fenómeno, teoría o problema de cuidado de salud (Whittemore & Knafl, 2005).

Estrategia de Búsqueda

Para la revisión integradora se utilizó las siguientes bases de datos: Academic Search Ultimate, APA PsycInfo, CINAHL with Full Text, MEDLINE with Full Text, Nursing & Allied Health Database, ProQuest One Psychology, PSICODOC, Psychology and Behavioral Sciences Collection y Psychology Database. Además, para obtener la literatura relevante al tema, se utilizaron los siguientes términos de búsqueda en las bases de datos: “perinatal grief scale” AND “miscarriage”, “perinatal grief scale” AND “abortion spontaneous”, “perinatal grief scale” AND “pregnancy loss”, “perinatal grief scale” AND “fetal loss”; “escala de duelo perinatal” AND “aborto espontáneo”, “escala

de duelo perinatal” AND “pérdida de embarazo”, “escala de duelo perinatal” AND “pérdida del feto”.

Características de la Muestra de Investigación

Los artículos que formaron parte del estudio tuvieron los siguientes criterios de inclusión: haya tenido al menos participantes biológicamente féminas, hayan tenido al menos un aborto espontáneo de un solo feto, la muestra sea principalmente entre las edades de 21 a 37 años de edad, el aborto espontáneo haya ocurrido principalmente entre 1 a 3 años de haber participado en el estudio, el artículo sea escrito en idioma español y/o inglés, artículos de los pasados diez (10) años (agosto 2013 a agosto 2023), artículos con texto completo y revisión de pares, y que tales artículos utilicen la versión corta del Perinatal Grief Scale (Escala de Duelo Perinatal), principalmente en su versión en inglés o español.

La delimitación de la edad fue teniendo en consideración que sean personas adultas y que se encuentren en su etapa óptima de fertilidad para así disminuir la posibilidad de abortos recurrentes en la muestra. Según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, por sus siglas en inglés, 2020), la fecundidad de las mujeres disminuye gradualmente, pero ocurre de forma significativa aproximadamente a edad de 32 años y disminuye más rápidamente luego de los 37 años. Asimismo, el ACOG mencionan que la fertilidad, cual está relacionada a la edad, también está acompañada con aumentos significativos en aborto espontáneo. Por lo que, es más probable que una mujer que intente quedar embarazada luego de la edad de 37 años tenga mayores probabilidades de tener múltiples abortos espontáneos.

La delimitación en el tiempo que transcurrió desde el aborto espontáneo fue tomando en consideración lo que sugieren las investigaciones como las de Capitulo et al. (2010) y la de Toedter et al. (2001) quienes notaron que la mayoría de las investigaciones median duelo al año de la pérdida. Además, Toedter et al. (2001) indicaron que puntuaciones de duelo van disminuyendo sobre los 2 años luego de experimentar la pérdida para la muestra total de los padres en duelo, típicamente luego de obtener un tratamiento exitoso para el duelo. También, la delimitación se debió al límite establecido por la Asociación Americana de Psiquiatría (2022) para el Trastorno de Duelo Prolongado de doce (12) meses desde transcurrido la pérdida.

Entre los criterios de exclusión se tomaron en consideración los siguientes: que las participantes fueran principalmente mujeres con aborto inducido, las participantes fueran mayormente quienes hayan recibido algún procedimiento de reproducción asistida por un médico como lo es la inseminación artificial o fertilización in vitro; artículos que estaban en idiomas distintos al español o inglés, artículos que solo ofrecían el resumen sin el texto completo y artículos no revisados por pares.

Instrumentos de Medición

El instrumento de medición que se estuvo buscando en la revisión integradora fue la Escala de Duelo Perinatal / Perinatal Grief Scale (PGS), principalmente las versiones en español como la versión corta en inglés. En la escala original, el Perinatal Grief Scale mide tres factores del duelo: Duelo Activo, Dificultad de Adaptación y Desesperación (Toedter et al., 1988). Según los autores, estos miden las reacciones normales de duelo, la dificultad de afrontar la pérdida, así como sintomatología ansiosa/depresiva o problemas de pareja y la perduración de los síntomas en el tiempo, respectivamente. Las estadísticas

de la escala son las siguientes. En su versión corta en inglés, la confiabilidad de consistencia interna, independientemente del lenguaje del estudio, el tipo y tamaño de la muestra, o tipo de pérdida fue de un coeficiente para la puntuación total del PGS con un rango entre .92 a .96 (Toedter et al, 2001). Esto indica una confiabilidad de consistencia interna muy alta. El promedio para los coeficientes de las subescalas fue de .92 para Duelo Activo, .89 para Dificultad de Adaptación y .88 para Desesperación. En cuanto a la confiabilidad test-retest, las correlaciones para los tres factores y para la escala total varió entre .59 a .66, todos a un nivel de significancia de $p < .001$. Los autores sugieren que, para propósitos normativos, una puntuación por encima de 91 puntos puede ser considerada para reflejar un alto grado de duelo.

Para la Versión Español de la Escala de Duelo Perinatal utilizada en Capitulo et al. (2010), el coeficiente de Alpha Cronbach para las dos nuevas escalas fue de 0.89 para Duelo Activo, 0.80 para Dificultad de Adaptación/Desesperación y 0.90 para la puntuación total para la escala. Los autores encontraron que el instrumento mide un dominio, duelo perinatal, con dos subescalas: duelo activo y dificultad de adaptación/desesperación. En cuanto a la validez de constructo concurrente, los autores la estimaron utilizando el acercamiento de grupos conocidos al administrar la escala a un grupo control (padres con un bebé saludable y sin haber experimentado una pérdida perinatal en ningún momento o pérdida mayor en su vida en el pasado año). Capitulo y colegas (2010) condujeron un análisis de varianza multivariante unidireccional (MANOVA, por sus siglas en ingles) para determinar el efecto de “miembro de grupo” en las dos subescalas (duelo activo y dificultad de adaptación/desesperación) y en la Escala de Duelo Perinatal en general. Según predicho, se encontraron diferencias significativas

entre los dos grupos, con Lambda Wilks = 0.32, $F(2, 87) = 90.58$, $p < .001$. La multivarianza Eta-squared basado en el Lambda Wilks fue bastante fuerte en 0.68. Luego los autores realizaron un análisis de varianza (ANOVA), como seguimiento al MANOVA. Para controlar el error Tipo 1, utilizaron un $p < .008$ para determinar la significancia. Todos los tres ANOVAs fueron estadísticamente significativos ($p < .001$) indicando que las puntuaciones del grupo fueron significativamente mayores que las puntuaciones del grupo control.

Procedimiento para la Revisión Integradora

En la revisión integradora se realizaron los pasos sugeridos por Whitemore y Knafl (2005). Primeramente, se desarrolló la pregunta de investigación, cual se presentó previamente en el capítulo de introducción. Luego, se realizó la búsqueda para estudios principales en las bases de datos, contabilizando la cantidad de artículos obtenidos en cada base de datos. Como tercer paso, se extrajeron los datos de los estudios. Para esto, se delimitó los artículos al realizar un análisis de los títulos y eliminación de los duplicados. De los artículos que restaron, se realizó una lectura cuidadosa de los títulos y resúmenes y se determinó si cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Para la selección final de los artículos, se realizó una lectura completa del estudio, para asegurar que los estudios escogidos tuvieran relevancia con la pregunta de investigación.

Por último, de los artículos seleccionados se analizaron y se realizó síntesis de los resultados. Para la recolección y análisis de los datos, se utilizó el instrumento empleado en Mesquita y Carvalho (2014), adaptado a la necesidad de la investigación y cual contuvo variables para guiar la pregunta de estudio. Estas fueron: título del estudio, autor/es, año de publicación, localización, revista profesional, objetivo, método, muestra

poblacional, versión del PGS, instrumentos adicionales al PGS, pérdida perinatal incluida, y resultados principales/conclusiones obtenidas.

Dado que no hubo estudios de corte experimental dentro de la muestra, no se utilizó la clasificación sugerida por Melnyk y Fineout-Overholt (como citados en Mesquita & Carvalho, 2014). Tales autores clasifican los estudios de diseño experimental en siete niveles: (1) revisión sistemática o metaanálisis de ensayos clínicos controlados aleatorios; (2) evidencia de al menos un ensayo controlado aleatorizado bien diseñado, (3) evidencia obtenida de ensayos clínicos no aleatorizados bien diseñados, (4) la evidencia se originó a partir de estudios de cohortes y de casos y controles bien diseñados, (5) evidencia proveniente de revisión sistemática de estudios descriptivos y cualitativos, (6) evidencia derivada de un único estudio descriptivo o cualitativo, (7) evidencia de la opinión de autoridades y/o informe de comités de expertos. Dado a esta clasificación, los niveles 1 y 2 son considerados fuertes, los niveles 3 y 4 son considerados moderados, y los niveles 5 al 7 como evidencias débiles (como citados en Mesquita & Carvalho, 2014).

CAPÍTULO IV

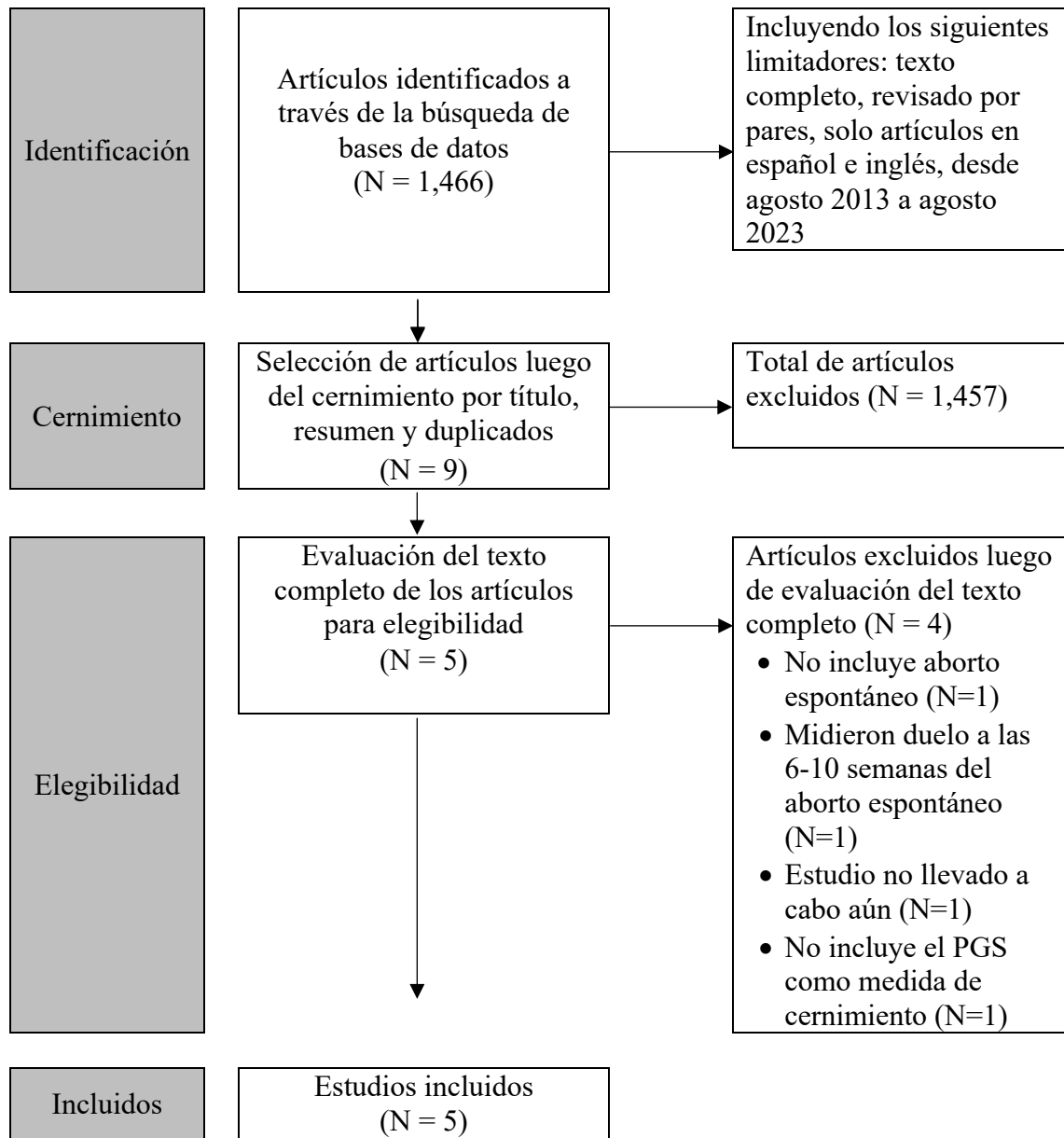
RESULTADOS

En el siguiente capítulo estaré presentando los resultados obtenidos en la búsqueda de los artículos que utilizaron la Escala de Duelo Perinatal para medir el duelo complicado en mujeres que han tenido un aborto espontáneo, para los pasados recientes diez años. Primeramente, se presentará el método de búsqueda utilizado, incluyendo los criterios de inclusión y exclusión. Luego, se presentarán los resultados de localización, método, muestra poblacional, instrumentos utilizados y pérdida perinatal incluida. Por último, se presentarán los objetivos y resultados principales de los estudios.

Para la búsqueda de artículos, se utilizaron las bases de datos de Academic Search Ultimate, APA PsycInfo, CINAHL with Full Text, MEDLINE with Full Text, Nursing & Allied Health Database, ProQuest One Psychology, PSICODOC, Psychology and Behavioral Sciences Collection y Psychology Database. Las mismas arrojaron un total de 1,466 artículos (ver Apéndice H). Luego de eliminar los duplicados, realizar el cernimiento por título y resumen, y realizar una lectura detallada de los artículos preseleccionados, se obtuvo un total de cinco (5) artículos que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión (ver Figura 2). Aquellos artículos excluidos en la evaluación del texto completo se debieron a que no incluían el aborto espontáneo (N=1) en su estudio, medían el duelo solo a las 6 a 10 semanas luego de ocurrir el aborto espontáneo (N=1), presentaron el estudio preliminar, no un estudio llevado a cabo en su totalidad (N=1) y no incluían la Escala de Duelo Perinatal (PGS, por sus siglas en inglés) como medida de duelo (N=1).

Figura 2

Diagrama que Demuestra el Método de Búsqueda Utilizado y los Criterios de Inclusión y Exclusión



De los artículos incluidos en los resultados, se realizaron en línea a mujeres que hablaran inglés (N=1), en Barcelona, España (N=1), en la Provincia de Quebec, Canadá (N=2) y en Reino Unido (N=1; ver Apéndice I). El método que utilizaron los artículos fueron de diseño transversal entre grupos (N=1), longitud prospectiva (N=1), estudio

transversal (N=2) y estudio longitudinal (N=1). Las versiones de la Escala de Duelo Perinatal que utilizaron en los artículos fueron la Perinatal Grief Scale Short Version (N=3; Potvin, Lasker, & Toedter, 1989; Toedter et al., 1988) y la versión francesa de la Perinatal Grief Scale – Short Version (N=2, de Tychey & Dollander, 2000). Los años de publicación de los estudios fueron en su mayoría entre el 2020 al 2022 (N=4).

Se obtuvo una muestra total de 687 madres que tuvieron un aborto espontáneo, cual variaba desde las tres (3) semanas de gestación hasta las veintidós (22) semanas de gestación, aproximadamente. Se excluyeron de este número las participantes de los estudios que tuvieron un niño nacido muerto o por la terminación médica del embarazo. Las edades de las mujeres variaron entre los 17 a 43 años, siendo la mayoría de las participantes entre sus 30 a 34 años. El tiempo desde la pérdida perinatal fue desde 1 mes hasta 4 años aproximadamente, contabilizado al momento en que participaron en los respectivos estudios. Entre los objetivos de los estudios, además de medir el duelo perinatal en las madres que tuvieron un aborto espontáneo, también midieron el crecimiento postraumático, la sintomatología depresiva, los factores de protección y de riesgo asociados a la salud mental y factores sociodemográficos o contextuales como el género, falta de hijos y satisfacción de los servicios médicos.

De los resultados principales y conclusiones de los estudios incluidos, se obtuvo lo siguiente. En el estudio de Ryninks y colegas (2022), los resultados indicaron que las madres que experimentaron un niño nacido muerto (SB, por sus siglas en inglés) tuvieron mayor crecimiento postraumático (PTG; $p=.002$, $d=0.58$), síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático (PTSD; $p=.034$, $d=0.39$) y duelo perinatal ($p<.001$, $d=0.62$) que las madres que experimentaron un aborto espontáneo temprano (EM, por sus siglas en

inglés). Los autores encontraron también que hubo un mayor desafío a las creencias supuestas ($p<.001$, $d=0.94$), la reflexión intrusiva ($p<.001$, $d=0.68$) y deliberada ($p=.043$, $d=0.38$), la necesidad de hablar ($p=.007$, $d=0.50$) y la revelación real de uno mismo ($p<.001$, $d=1.08$) en madres que tuvieron un SB comparadas con EM. Explicaron que las diferencias en los síntomas de PTSD entre SB y EM puede deberse a mayor trauma físico y riesgo percibido en SB, así como diferencias en apego prenatal y en la pérdida ser más tangible, según el tiempo del embarazo progresa. En el estudio más participantes del grupo EM (14.3%; $N=9$) comparado con SB (1.8%, $N=1$) experimentaron previamente un aborto espontáneo tardío ($p=0.13$).

Por otro lado, las participantes en el estudio de Ryninks y colegas (2022) reportaron niveles de duelo perinatal de moderado a alto, indicando que madres en duelo pueden experimentar el duelo por muchos años luego de la pérdida, siendo las puntuaciones más altas en el grupo SB. Más de la mitad de las madres en EM sintieron que no hablaron lo suficiente sobre su pérdida en el primer mes y año después del aborto espontáneo, lo que refleja informes anteriores de que la EM permanece envuelta en vergüenza y silencio, y la dificultad que tienen las madres para hablar sobre su pérdida. Las madres en SB revelaron una mayor necesidad de hablar y reportaron una mayor autorrevelación real que las madres en EM. Los autores encontraron diferencias significativas en la rumiación intrusiva y la rumiación deliberada entre los dos grupos y pueden ser el resultado de las diferencias en la visibilidad del embarazo, el tiempo que pasaron embarazadas y las expectativas que tienen las mujeres de experimentar SB en comparación con EM. En promedio, las madres que habían experimentado una EM revelaron niveles más altos de rumiación deliberada que de rumiación intrusiva.

Por otro lado, Ridaura y colegas (2017) encontraron síntomas de depresión a corto plazo después de la pérdida y estos síntomas disminuyeron entre el primer seguimiento y los posteriores sin que se realizara ninguna intervención terapéutica. Los autores observaron una disminución estadísticamente significativa de los síntomas del duelo a lo largo del año, tanto en la subescala de duelo activo como en la puntuación total de la escala PGS. Por el contrario, el tipo de pérdida no se relaciona con una mejor o peor evolución ni de las puntuaciones de duelo ni de las de depresión ya que no hubo diferencias en cuanto al tipo de pérdida.

Los autores observaron diferencias a los 6 meses entre las mujeres que decidieron una terminación médica del embarazo (MTP, por sus siglas en inglés) y las que no, presentando mayor angustia, aunque no hubo diferencias entre los grupos al año. Según los autores, parece que las puntuaciones del PGS no disminuyen tan progresivamente en el grupo de terminaciones; un aspecto que pensaron podría tener que ver con esa implicación más activa de la mujer en la interrupción del embarazo. Por último, ninguno de los factores socioeconómicos y obstétricos estudiados se ha asociado con una mayor o menor presencia de los síntomas de duelo y depresión, a excepción de las semanas de gestación en las que se produce la pérdida y las puntuaciones del Beck Depression Inventory al mes. Esto así ya que los resultados del estudio indicaron que un estado de gestación más avanzado en el momento de la pérdida se asocia con un mayor nivel de síntomas depresivos un mes después de la pérdida. Según los autores, inicialmente las semanas de gestación son un aspecto importante para aquellas medidas que evalúan aspectos relacionados con la tristeza, la depresión y el llanto del bebé, pero a largo plazo pierden relevancia.

DeMontigny y colegas (2017) también midieron depresión además del duelo. Los investigadores encontraron que los síntomas de depresión y de duelo perinatal pueden persistir mucho después de la pérdida. Los autores encontraron que las puntuaciones más altas de síntomas depresivos fueron entre las mujeres que habían abortado recientemente, y aquellas que habían abortado en los últimos 6 meses. Quienes habían abortado hace entre 7 y 12 meses o hace más de 2 años reflejaron puntuaciones más bajas. No obstante, hubo un aumento aparente de síntomas entre las mujeres que habían abortado entre hace uno (1) y dos (2) años. Además, los investigadores encontraron que los síntomas del duelo perinatal disminuyeron significativamente con el tiempo sólo para las mujeres con hijos y las mujeres que estaban satisfechas con los servicios de atención médica. Para las mujeres sin hijos y aquellas insatisfechas con los servicios de atención médica, los síntomas del duelo perinatal no variaron según el tiempo transcurrido desde el aborto espontáneo y se mantuvieron estables durante más de dos años después de la pérdida. Mencionaron los investigadores que los resultados resaltan la necesidad de optimizar los servicios de atención médica ofrecidos a las mujeres antes, durante y después de un aborto espontáneo. Esto así ya que la calidad de los servicios de atención médica para las mujeres que atraviesan un aborto espontáneo podría influir directamente en su salud mental en los siguientes meses e incluso años.

Para el 2020, en otro estudio realizado por deMontigny y colegas, demostraron un alto índice de depresión entre las mujeres (125 [55%] mujeres tuvieron una puntuación de depresión mayor o igual a 10, indicando posible depresión). También indicaron que las mujeres que habían sufrido un aborto natural en los últimos seis (6) meses presentaron una puntuación más alta de depresión que las que lo habían sufrido entre siete (7) y doce

(12) meses atrás. Sin embargo, en tal estudio, el nivel de ansiedad y el duelo perinatal no variaron según el tiempo transcurrido desde el aborto espontáneo (la puntuación media de ansiedad fue moderada; 62 [27.1% presentaron altas puntuaciones de duelo perinatal, >91]). Los resultados sugieren que, para algunas mujeres, los síntomas persisten mucho tiempo después de la pérdida. En lo que respecta a las características personales y contextuales, los resultados sugieren que las mujeres inmigrantes, así como las de baja condición socioeconómica y las mujeres sin hijos, son particularmente vulnerables a problemas de salud mental luego de sufrir un aborto espontáneo.

Por otra parte, la salud mental de las mujeres no difirió según la cantidad de abortos espontáneos. En cuanto a la calidad de la relación conyugal explicó significativamente la variación en la depresión, la ansiedad y el duelo perinatal, asociándose negativamente con estas variables incluso luego de que los autores controlaran la situación socioeconómica, el estado de inmigración y la falta de hijos al realizar la regresión lineal jerárquica. Por lo que, las mujeres que habían abortado naturalmente y estaban satisfechas con su relación presentaron mejor salud mental (42 [18.3%] participantes presentaron una baja calidad en lo que respecta a la relación conyugal [puntuación < 14]). Según los autores, esta asociación también podría ser bidireccional, de modo que la salud mental podría a su vez influir en la calidad de la relación conyugal. Por otro lado, la satisfacción con el cuidado de la salud (baja satisfacción) se sumó a la predicción de la depresión y del duelo perinatal, incluso después de controlar las variables sociodemográficas, la falta de hijos y la calidad de la relación conyugal.

Por último, los resultados del estudio de deMontigny y colegas (2020) indicaron que las tres variables de salud mental presentaron una fuerte correlación entre sí, lo que indicó un elevado riesgo de comorbilidad entre las mujeres que habían sufrido abortos espontáneos. Sin embargo, las variables personales y contextuales parecieron estar asociadas de manera diferente con esas tres variables. Por ejemplo: en el análisis de regresión jerárquica, la falta de hijos se asoció con mayor intensidad con el duelo perinatal que con la depresión y la ansiedad cuando se controlaron otros factores sociodemográficos. Los autores mencionaron que el hecho de que algunas mujeres puedan no presentar síntomas de ansiedad y depresión después de un aborto espontáneo no significa que no estén luchando con emociones difíciles y tratando de encontrar un sentido a su experiencia.

Por su parte, Johnson y Johnston (2021) observaron una disminución del duelo perinatal con el tiempo. Además, las parejas que experimentaron un aborto espontáneo posterior informaron un duelo elevado en comparación con las parejas que tuvieron un nacimiento vivo exitoso. También, las mujeres informaron un mayor duelo perinatal con el tiempo en comparación con los hombres. En general, las mujeres y los hombres tuvieron niveles similares de duelo perinatal después del primer índice de aborto espontáneo. Sin embargo, la experiencia de ese duelo, medida por las subescalas de PGS, fue muy diferente, ya que las mujeres experimentaron significativamente más duelo activo que los hombres. Las mujeres que experimentaron un segundo aborto espontáneo aumentaron su puntuación de duelo activo en comparación con las mujeres que tuvieron un nacido vivo y esta diferencia seguía siendo evidente un año después del resultado del segundo embarazo (Johnston y Johnston, 2021).

Por otro lado, en Johnston y Johnston (2021) los hombres obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en la subescala de dificultad para afrontar la situación comparado a las mujeres y los hombres que experimentaron un segundo aborto espontáneo aumentaron su puntuación a las seis semanas y seis meses del resultado del segundo embarazo. Un año después del resultado del segundo embarazo, ambos grupos de hombres eran equivalentes en esta subescala con sus puntuaciones de dificultad de afrontamiento en una trayectoria descendente. Es preocupante que después del primer aborto espontáneo, tanto hombres como mujeres obtuvieron puntuaciones altas en la subescala de desesperación, que es similar a la depresión. Tanto para los hombres como para las mujeres que sufrieron un segundo aborto espontáneo, su puntuación en la subescala de desesperación se mantuvo en un nivel alto, mientras que tanto las mujeres como los hombres que tuvieron un nacimiento vivo experimentaron una reducción en la desesperación.

Los hallazgos de Johnson y Johnston (2021) reflejaron la variabilidad de los resultados psicológicos en parejas que experimentan un aborto espontáneo. Los hallazgos de este estudio confirman la investigación actual sobre la intensidad del duelo perinatal, pero enfatizan la naturaleza única de las diferencias sexuales en la experiencia del duelo perinatal. Los resultados demostraron una disminución significativa en las puntuaciones de duelo perinatal para las parejas a lo largo del tiempo, pero la interacción del duelo activo, la desesperación y la dificultad para afrontarlo es diferente no solo entre mujeres y hombres, sino también entre diferentes resultados posteriores. En el estudio se reportaron mayores puntuaciones de duelo perinatal reportadas por parejas que habían experimentado un aborto espontáneo posterior a lo largo del tiempo en comparación con

las parejas que tuvieron un nacimiento vivo exitoso después de un aborto espontáneo. Esto fue particularmente relevante para las mujeres, donde el grupo de abortos espontáneos experimentó un aumento significativo en las puntuaciones de duelo perinatal durante el embarazo posterior y los doce (12) meses posnatales. Además, los hallazgos actuales mostraron una disminución en las puntuaciones de duelo perinatal para el grupo que tuvo un nacimiento vivo después de un aborto espontáneo. Según los autores, el investigar las implicaciones a corto y largo plazo proporcionaría una mayor comprensión de los momentos imperativos en los que el apoyo social y la intervención psicológica serían más eficaces para cada futuro padre.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

En este capítulo estaré presentando la discusión de los resultados obtenidos.

Estaré discutiendo los hallazgos principales en cuanto al duelo complicado en mujeres que han tenido un aborto espontáneo. Además, estaré presentando las implicaciones, las limitaciones y las conclusiones de este estudio.

Esta presente revisión integradora buscó investigar y evaluar las evidencias disponibles en la literatura respecto al uso de la Escala de Duelo Perinatal para medir el duelo complicado en las mujeres que han tenido un aborto espontáneo. De los estudios incluidos en la investigación, concuerdan en que los síntomas de duelo perinatal disminuyen con el tiempo, particularmente a lo largo del año (Johnson y Johnston, 2021; Ridaura, et al., 2017). No obstante, a pesar de que hay una disminución, reconocen que el duelo puede persistir mucho después de la pérdida, incluso por años (deMontigny, et al., 2017, 2020; Ryninks, et al., 2022). Cabe resaltar que, existen algunas diferencias o factores que, al estar presentes, pueden incidir en la manifestación de los síntomas. Por ejemplo, en Ryninks y colegas (2022) los niveles más altos de duelo lo presentaron el grupo de madres que tuvo el nacimiento de un niño muerto en comparación con las madres que habían experimentado un aborto espontáneo temprano. No obstante, Ridaura y colegas (2017) puntualizan que, inicialmente las semanas de gestación son un aspecto importante para aquellas medidas que evalúan aspectos relacionados con la tristeza, la depresión y el llanto del bebé, pero a largo plazo pierden relevancia.

De manera semejante, mencionaron tales autores que el tipo de pérdida, fuera terminación médica del embarazo o pérdida perinatal, no se relaciona con una mejor o

peor evolución ni de las puntuaciones de duelo ni de las de depresión ya que no hubo diferencias en cuanto al tipo de pérdida. Sin embargo, cabe señalar que en el estudio de Ridaura y colegas (2017) no hubo las diferencias en sintomatología de duelo al año de la pérdida en cuanto a puntuación total, pero si hubo mayores sentimientos de culpa personal o autorreproche en el grupo que realizó una terminación médica del embarazo. Otra de las diferencias en duelo fue la investigación de Johnson y Johnston (2021) quienes encontraron que, las parejas que experimentaron un aborto espontáneo posterior informaron un duelo elevado en comparación con las parejas que tuvieron un nacimiento vivo exitoso. Por lo que, tal investigación añade a la literatura de que, cuando hay abortos recurrentes la sintomatología de un duelo complicado es mayor a quienes luego tienen hijos vivos (Cullen, et al., 2023; Dennehy, et al., 2022; Kukulskienė y Žemaitienė, 2022; Mergl, et al., 2022).

Por el contrario, deMontigny y colegas (2017) encontraron que la salud mental de las mujeres no difirió según la cantidad de abortos espontáneos. No obstante, hallaron que la falta de hijos se asoció con mayor intensidad con el duelo perinatal que con la depresión y la ansiedad cuando se controlaron otros factores sociodemográficos. Tal hallazgo también lo validaron en su investigación para el 2020 donde encontraron que los síntomas del duelo perinatal disminuyeron significativamente con el tiempo sólo para las mujeres con hijos y las mujeres que estaban satisfechas con los servicios de atención médica. Para las mujeres sin hijos y aquellas insatisfechas con los servicios de atención médica, los síntomas del duelo perinatal no variaron según el tiempo transcurrido desde el aborto espontáneo y se mantuvieron estables durante más de dos años después de la pérdida.

Otro aspecto que resaltó la investigación de Johnson y Johnston (2021) fue el que las mujeres informaron un mayor duelo perinatal con el tiempo en comparación con los hombres. Tal dato difiere de la investigación de Delgado y colegas (2023) quienes no encontraron diferencias de género en síntomas de duelo o nivel de duelo. No obstante, en Delgado y colegas (2023) se midieron solo sintomatología al mes de la pérdida y no al año, lo que explica la diferencia en los resultados. Por otro lado, en Johnson y Johnston (2021) encontraron que la manifestación del duelo entre mujeres y hombres es distinta, teniendo las mujeres mayores puntuaciones en duelo activo y los hombres teniendo puntuaciones mayores en la dificultad para afrontar la situación, según las subescalas de la Escala de Duelo Perinatal. Tales datos pueden deberse a que, dado que la mujer es quien tiene el cambio fisiológico y hormonal al quedar embarazada, podrían explicar las puntuaciones altas en duelo activo. Los hombres, al no tener estos cambios, esa dificultad para procesar la pérdida es mayor.

Johnson y Johnston (2021) señalaron también que después del primer aborto espontáneo, tanto hombres como mujeres obtuvieron puntuaciones altas en la subescala de desesperación, que es similar a la depresión. Tanto para los hombres como para las mujeres que sufrieron un segundo aborto espontáneo, su puntuación en la subescala de desesperación se mantuvo en un nivel alto, mientras que tanto las mujeres como los hombres que tuvieron un nacimiento vivo experimentaron una reducción en la desesperación. Tal dato concuerda con las investigaciones de deMontigny y colegas (2017; 2020) quienes encontraron que el tener hijos adicionales disminuye las puntuaciones en duelo.

Por otro lado, deMontigny y colegas (2020) indicaron que las mujeres que habían abortado naturalmente estaban satisfechas con su relación conyugal presentaron mejor salud mental. Asimismo, la baja satisfacción con el cuidado de la salud se asoció a mayores puntuaciones de duelo perinatal, incluso después de controlar las variables sociodemográficas, la falta de hijos y la calidad de la relación conyugal. Por último, en Ryninks y colegas (2022) encontraron que más de la mitad de las madres que tuvieron un aborto espontáneo temprano sintieron que no hablaron lo suficiente sobre su pérdida en el primer mes y año después del aborto espontáneo, lo que refleja la dificultad que tienen estas madres para hablar sobre su pérdida.

Entre las implicaciones de la presente investigación se encuentran varias. Primeramente, las investigaciones resaltan la necesidad de optimizar los servicios de atención médica que están recibiendo los padres y sus familiares, particularmente las madres, ante la experiencia de un aborto espontáneo. Que la calidad de los servicios sea una que vaya a la par de la experiencia de duelo que puedan estar experimentando estas madres, ya que podría estar afectando en la manifestación de un posible duelo complicado o de otros aspectos de la salud mental de estas madres. Por otro lado, las investigaciones apuntan a la relevancia que tienen los cuestionarios para evaluar la sintomatología asociada al duelo complicado. En este caso la Escala de Duelo Perinatal cual ha sido la medida mejor establecida para evaluar el duelo perinatal (Wright & Carpenter, 2023). Por lo que, en la medida que se pueda integrar tal escala en servicios como lo son el seguimiento posparto con obstetra o partera, así como con los profesionales de salud mental como lo son los psicólogos, permitirá poder atender el posible duelo complicado en las madres que han tenido un aborto espontáneo.

Algunas de las limitaciones que tiene la presente revisión integradora lo son el que no hubo investigaciones experimentales entre los artículos incluidos. Esto no permite establecer posibles relaciones causales. Por otro lado, la revisión integradora se realizó con una poca cantidad de artículos. Esto demuestra la alta necesidad de estudiar el aborto espontáneo utilizando medidas de cernimiento como la Escala de Duelo Perinatal que permita evaluar el duelo complicado, tanto en madres como en padres. Otra limitación lo fue el utilizar artículos que fueran escritos solo en inglés o español, limitando así las investigaciones que incluyan otras traducciones de la escala estudiada. Por último, los artículos incluidos variaban en cuanto a los objetivos principales que estudiaron, enfocándose muchos de ellos más en la sintomatología depresiva o de trauma, y teniendo como secundario el duelo complicado.

En conclusión, la revisión integradora realizada permitió evaluar las investigaciones que se han realizado en los pasados diez años sobre el duelo complicado en madres que han experimentado un aborto espontáneo y que hayan utilizado la Escala de Duelo Perinatal como medida de cernimiento. Como resultado, se encontró que fueron escasas las investigaciones y que en su mayoría no tenían como objetivo principal estudiar el duelo complicado. Mas aún, ningún estudio evaluó el duelo complicado en la población latinoamericana y mucho menos con la población puertorriqueña. Esto resalta la gran necesidad que tienen las madres puertorriqueñas que experimentan un duelo complicado de poder ser evaluadas y atendidas sus situaciones en particulares. Principalmente teniendo en cuenta que, hay un componente cultural que media la presentación, así como la recuperación del duelo perinatal experimentado.

Especialmente, la presente investigación resalta la necesidad de que los profesionales de salud presten mayor atención a las madres que no tienen hijos, previos o posteriores al aborto espontáneo, quienes tienen poca satisfacción con los servicios de atención en salud, quienes tienen una relación conyugal insatisfactoria y quienes presentan sintomatología asociada a otros trastornos de salud mental. Además, existe una necesidad de mayor investigación en cuanto al duelo complicado perinatal, particularmente aquel que ocurre por aborto espontáneo y en la población puertorriqueña. Esto permitiría a los profesionales de la salud que atienden a los puertorriqueños en etapa perinatal el poder ser más efectivos en sus intervenciones.

REFERENCIAS

- Allahdadian, M., & Irajpour, A. (2015). The role of religious beliefs in pregnancy loss. *Journal of Education and Health Promotion, 4*(99).
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Female age-related fertility decline. Committee Opinion No. 589. *Obstet Gynecol, 123*:719–21. <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2014/03/female-age-related-fertility-decline.pdf>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed. text revision.). Washington, DC.
- Batool, S. S., & Azam, H. (2016). Miscarriage: Emotional burden and social suffering for women in Pakistan. *Death Studies, 40*(10), 638–647. <https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1203376>
- Bellhouse, C., Temple-Smith, M. J., & Bilardi, J. E. (2018). “It’s just one of those things people don’t seem to talk about...” women’s experiences of social support following miscarriage: A qualitative study. *BMC Women’s Health, 18*(1), 176. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0672-3>
- Branjerdporn, G., Meredith, P., Wilson, T., & Strong, J. (2021). Maternal-fetal attachment: Associations with maternal sensory processing, adult attachment, distress and perinatal loss. *Journal of Child and Family Studies, 30*, 528-541. <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01876-1>
- Capitulo K.L., Cornelio, M. A., & Lenz, E. R. (August, 2001). Translating the short version of the perinatal grief scale: Process and challenges. *Applied Nursing Research, 14*(3), 165-170. <https://doi.org/10.1053/apnr.2001.22377>

- Capitulo, K. L., Ramirez, M., Grigoroff-Aponte, B., & Vahey, D.C. (2010). Psychometric testing of the new Spanish Short Version of the Perinatal Grief Scale to measure perinatal grief in spanish-speaking parents. *Hispanic Health Care International*, 8(3). <https://doi:10.1891/1540-4153.8.3.125>
- Carolan, M., & Wright, R. J. (2017). Miscarriage at advanced maternal age and the search for meaning. *Death Studies*, 41(3), 144–153. <https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1233143>
- Cassidy, P. R. (2018). Care quality following intrauterine death in Spanish hospitals: Results from an online survey. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 18, 1–N.PAG. <https://doi-org.uprm.idm.oclc.org/10.1186/s12884-017-1630-z>
- Collins, C., Riggs, D. W., & Due, C. (2014). The impact of pregnancy loss on women's adult relationships. *Grief Matters: The Australian Journal of Grief & Bereavement*, 17(2), 44–50.
- Cullen, S., Seymour, V., Dwyer, I., Doyle, S., Crosby, D., & Allen, C. (2023). Tender loving care following recurrent miscarriages: A review of a dedicated antenatal clinic. *British Journal of Midwifery*, 31(5), 248–251. <https://doi-org.uprm.idm.oclc.org/10.12968/bjom.2023.31.5.248>
- de Castro, M. H. M., Mendonça, C. R., Noll, M., de Abreu Tacon, F. S., & do Amaral, W. N. (2021). Psychosocial aspects of gestational grief in women undergoing infertility treatment: A systematic review of qualitative and quantitative evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24). <https://doi.org/10.3390/ijerph182413143>

- Delgado, L., Cobo, J., Giménez, C., Fucho-Rius, G. F., Sammut, S., Martí, L., Lesmes, C., Puig, S., Obregón, N., Canet, Y., & Palao, D. J. (2023). Initial impact of perinatal loss on mothers and their partners. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2). <https://doi-org.uprm.idm.oclc.org/10.3390/ijerph20021304>
- 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>
- deMontigny, F., Verdon, C., Meunier, S., Gervais, C., & Côté, I. (2020). Factores de protección y de riesgo para la salud mental de las mujeres después de un aborto espontáneo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28:e3350. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3382.3350>
- Dennehy, R., Hennessy, M., Meaney, S., Matvienko-Sikar, K., O'Sullivan-Lago, R., Uí Dhubhgain, L., Lucey, C., & O'Donoghue, K. (2022). How we define recurrent miscarriage matters: A qualitative exploration of the views of people with professional or lived experience. *Health Expectations*, 25(6), 2992-3004. <https://doi.org/10.1111/hex.13607>
- Departamento de Salud Puerto Rico. (2015). Guía para completar el certificado de muerte fetal registro demográfico y estadísticas vitales. <https://www.salud.gov.pr/CMS/DOWNLOAD/3235>
- Diamond, R., Chou, J. L., & Bonis, S. (2021). Invisible loss: A Delphi approach to develop a term for individuals who experienced perinatal loss. *Journal of Feminist*

Family Therapy: An International Forum, 33(1), 81–100.

<https://doi.org/10.1080/08952833.2020.1848055f>

Dyer, E., Bell, R., Graham, R., & Rankin, J. (2019). Pregnancy decisions after fetal or perinatal death: Systematic review of qualitative research. *BMJ Open*, 9(12).

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029930>

Egesi, L. N. (2018). *The meaning of grief after perinatal loss to Nigerian women*

[Disertación doctoral, University of Washington]. Research Works Archive.

https://digital.lib.washington.edu/researchworks/bitstream/handle/1773/42138/Egesi_washington_0250E_18980.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Erato, G., Ciciolla, L., Shreffler, K. M., & Greil, A. L. (2022). Changes in importance of motherhood following pregnancy loss. *Journal of Family Issues*, 43(3), 741–751.

<https://doi.org/10.1177/0192513X21994138>

Escala de Duelo Perinatal – Versión Española para España (s.f.).

<https://judithlasker.files.wordpress.com/2018/04/perinatal-grief-scale-spanish-version-for-spain.pdf>

Fernández-Basanta, S., Van, P., Coronado, C., Torres, M., & Movilla-Fernández, M.-J.

(2021). Coping after involuntary pregnancy loss: Perspectives of spanish european women. *Omega – Journal of Death and Dying*, 83(2), 310–324.

<https://doi-org.uprm.idm.oclc.org/10.1177/0030222819852849>

Figueredo-Borda, N., Ramírez-Pereira, M., Gaudiano, P., Cracco, C., & Ramos, B.

(2022). Experiences of miscarriage: The voice of parents and health professionals.

OMEGA, *Journal of Death and Dying*, 0 (0).

<https://doi.org/10.1177/00302228221085188>

- Flach, K., Gewehr Gressler, N., Zago Marcolino, M.A. & Centenaro Levandowski, D. (2022). Complicated grief after the loss of a baby: A systematic review about risk and protective factors for bereaved women. *Trends in Psychology*.
<https://doi.org/10.1007/s43076-021-00112-z>
- Forte Camarneiro, A. P., Cardoso Maciel, J. C. S., & Garcia da Silveira, R. M. (2015). Experiences of spontaneous abortion in primigravidae during the first trimester of pregnancy: A phenomenological study. *Revista de Enfermagem Referência*, 5, 109–117. <https://doi.org/10.12707/RIV14064>
- Galeotti, M., Mitchell, G., Tomlinson, M., & Aventin, Á. (2022). Factors affecting the emotional wellbeing of women and men who experience miscarriage in hospital settings: A scoping review. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 22(1), 1–24.
<https://doi.org/10.1186/s12884-022-04585-3>
- Gozuyesil, E., Manav, A. I. yesilot, S. B., & Sucu, M. (2022). Grief and ruminative thought after perinatal loss among Turkish women: One-year cohort study. *Sao Paulo Medical Journal*, 140(2), 188–198. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2021.0148.R1.09062021>
- Helps, Ä., O'Donoghue, K., O'Connell, O., & Leitaó, S. (2023). Bereaved parents involvement in maternity hospital perinatal death review processes: ‘Nobody even thought to ask us anything’. *Health Expectations*, 26(1), 183-198.
<https://doi.org/10.1111/hex.13645>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014a). *Metodología de la investigación* (6ta ed.). Mc Graw Hill Education.

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014b). Capítulo 8: Análisis estadístico. Segunda parte, *Metodología de la investigación* (6ta ed.). Mc Graw Hill Education.
- https://highered.mheducation.com/sites/dl/free/1456223968/1016239/08_Hernandez.pdf
- Ho, A. L., Hernandez, A., Robb, J. M., Zeszutek, S., Luong, S., Okada, E., & Kumar, K. (2022). Spontaneous miscarriage management experience: A systematic review. *Cureus, 14*(4). <https://www.doi.org/10.7759/cureus.24269>
- Holden, J. M. & Sagovsky, R. (1987). Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburg. *British Journal of Psychiatry, 150*.
- https://www.nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf
- Iwanowicz-Palus, G., Mróz, M., & Bień, A. (2021a). Quality of life, social support and self-efficacy in women after a miscarriage. *Health and Quality of Life Outcomes, 19*(16). <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01662-z>
- Iwanowicz-Palus, G., Mróz, M., Bień, A., & Jurek, K. (2021b). Social support and subjective assessment of psychophysical condition, health, and satisfaction with quality of life among women after pregnancy loss. *BMC Pregnancy and Childbirth, 21*(750). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04093-w>
- Johnson, M. P., & Johnston, R. L. (2021). The psychological implications of a subsequent pregnancy outcome in couples with a history of miscarriage. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 39*(1), 16–29.
- <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1792427>

- Kalu, F. A. (2019). Women's experiences of utilizing religious and spiritual beliefs as coping resources after miscarriage. *Religions, 10*(3), 185.
<https://doi.org/10.3390/rel10030185>
- Kishimoto, M., Yamaguchi, A., Niimura, M., Mizumoto, M., Hikitsuchi, T., Ogawa, K., Ozawa, N., & Tachibana, Y. (2021). Factors affecting the grieving process after perinatal loss. *BMC Women's Health, 21*, 1-6. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01457-4>
- Kukulskienė, M., & Žemaitienė, N. (2022). Experience of late miscarriage and practical implications for post-natal health care: Qualitative study. *Healthcare, 10*(79).
<https://doi.org/10.3390/healthcare10010079>
- Kulathilaka, S., Hanwella, R., & de Silva, V. A. (2016). Depressive disorder and grief following spontaneous abortion. *BMC Psychiatry, 16*, 100. <https://doi-org.uprm.idm.oclc.org/10.1186/s12888-016-0812-y>
- Law, N. (2014). Delivery of loss: A study of the relationship between healthcare providers, patients, and perinatal grief. Disertación. ProQuest One Academic.
- Leach, S., Wojnar, D. M., & Pettinato, M. (2014). Lived experience of miscarriage for nine latina immigrant women. *Journal of Theory Construction & Testing, 18*(1), 11–16.
- Lee, C., & Rowlands, I. J. (2015). When mixed methods produce mixed results: Integrating disparate findings about miscarriage and women's wellbeing. *British Journal of Health Psychology, 20*(1), 36–44. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12121>
- 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.uprm.idm.oclc.org/10.1080/02646838.2016.1239249>

Ley 184 de 2016, Ley para el establecimiento y la elaboración del protocolo uniforme a ser implementado en las instituciones hospitalarias y de salud para el manejo de la pérdida de un embarazo en etapa temprana y, de una muerte fetal o neonatal. P. de la C. 2560 (2016 & rev. 2020).

<https://bvirtualogp.pr.gov/ogp/Bvirtual/leyesreferencia/PDF/2/0184-2016.pdf>

Littlemore, J., & Turner, S. (2020). Metaphors in communication about pregnancy loss.

Metaphor & the Social World, 10(1), 45–75.

<https://doi.org/10.1075/msw.18030.lit>

Miranda Portugués, Y. (2013). El aborto inducido y la salud mental: Estudio cualitativo sobre la incidencia del síndrome post aborto en Puerto Rico. Disertación.

ProQuest One Academic.

Mergl, R., Quaat, S. M., Edeler, L.M., & Allgaier, A.K. (2022). Grief in women with previous miscarriage or stillbirth: A systematic review of cross-sectional and longitudinal prospective studies. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2), 1–16. <https://doi-org.uprm.idm.oclc.org/10.1080/20008066.2022.2108578>

Meunier, S., Montigny, F. de, Zeghiche, S., Lalande, D., Verdon, C., da Costa, D., & Feeley, N. (2021). Workplace experience of parents coping with perinatal loss: A scoping review. *Work*, 1–11. <https://doi.org/10.3233/wor-213487>

Mesquita AC, Carvalho EC. (2014). A escuta terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: uma revisão integrativa [Therapeutic Listening as a health intervention

- strategy: An integrative review]. *Rev Esc Enferm USP*, 48(6), 1127-36.
<https://doi:10.1590/S0080-623420140000700022>. PMID: 25626514.
- Mota González, C., Calleja, N., Sánchez Bravo, C., Carreño Meléndez, J., & Balbuena Buendía, J. L. (2021). Resiliencia y apoyo social como predictores del duelo perinatal en mujeres mexicanas: Modelo explicativo. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 1(58), 35–46. <https://doi-org.uprm.idm.oclc.org/10.21865/RIDEP58.1.03>
- Mulvihill, A., & Walsh, T. (2014). Pregnancy loss in rural Ireland: An experience of disenfranchised grief. *British Journal of Social Work*, 44(8), 2290–2306.
<https://doi.org/10.1093/bjsw/bct078>
- Nelson, S. K., Robbins, M. L., Andrews, S. E., & Sweeny, K. (2017). Disrupted transition to parenthood: Gender moderates the association between miscarriage and uncertainty about conception. *Sex Roles*, 76(5–6), 380–392.
<https://doi.org/10.1007/s11199-015-0564-z>
- Ozgen, L., Ozgen, G., Simsek, D., Dincgez, B., Bayram, F., & Midikhan, A. N. (2022). Are women diagnosed with early pregnancy loss at risk for anxiety, depression, and perinatal grief? *Saudi Med J*, 43(9), 1046-1050.
<https://www.doi.org/10.15537/smj.2022.43.9.20220291>
- Porschitz, E. T., & Siler, E. A. (2017). Miscarriage in the workplace: An authoethnography. *Gender, Work & Organization*, 24(6), 565–578. <https://doi-org.uprm.idm.oclc.org/10.1111/gwao.12181>

- Potvin, L., Lasker, J. & Toedter, L. (1989). Measuring grief: A short version of the perinatal grief scale. *J Psychopathol Behav Assess* 11, 29–45.
<https://doi.org/10.1007/BF00962697>
- Richards, J., Graham, R., Embleton, N. D., Campbell, C., & Rankin, J. (2015). Mothers' perspectives on the perinatal loss of a co-twin: A qualitative study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 15(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0579-z>
- Ridaura, I., Penelo, E., & Raich, R. M. (2017). Depressive symptomatology and grief in Spanish women who have suffered a perinatal loss. *Psicothema*, 29(1), 43-48.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2016.151>
- Robinson, J. (2014). Provision of information and support to women who have suffered an early miscarriage. *British Journal of Midwifery*, 22(3), 175–180.
- Ruiz Segovia, N., & Rodríguez Muñoz, M. D. F. (2019). Pérdidas en el periodo perinatal. In M. D. F. Rodríguez Muñoz (Ed.), *Psicología perinatal: Teoría y práctica* (pp. 237-257). Ediciones Pirámide: España.
- Ryninks, K., Wilkinson-Tough, M., Stacey, S., & Horsch, A. (2022). Comparing posttraumatic growth in mothers after stillbirth or early miscarriage. *PLoS ONE*, 17(8): e0271314. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271314>
- Séjourné, N., Fagny, J., Got, F., Lacroix, P., Pauchet, C., & Combalbert, L. (2016). Internet forums following a miscarriage: A place for women in particular pain? *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 34(1), 28–34.
<https://doi.org/10.1080/02646838.2015.1079601>
- Setubal, M. S., Bolibio, R., Jesus, R. C., Benute, G. G., Gibelli, M. A., Bertolassi, N., Barbosa, T., Gomes, A., Figueiredo, F., Ferreira, R., Francisco, R., & L, S. B.

- (2021). A systematic review of instruments measuring grief after perinatal loss and factors associated with grief reactions. *Palliative & Supportive Care*, 19(2), 246-256. <https://doi.org/10.1017/S1478951520000826>
- Sohr-Preston, S. L., Morain, S., Chapman, A., Pardue, S., & Ford, S. (2018). Examining misperceptions about miscarriage in U.S. adults. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 32(2), 285-305.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Kroenke, K., et al. (s.f.). GAD-7. https://www.ons.org/sites/default/files/2017-06/GeneralAnxiety_Spanish_0.pdf
- Sumarno, V., Temple-Smith, M. J., & Bilardi, J. E. (2020). Whose role is it? Primary care and the provision of emotional support for women experiencing miscarriage: A pilot qualitative Australian study. *Australian Journal of Primary Health*, 26, 388-395. <https://doi.org/10.1071/PY20042>
- Tian, X., & Solomon, D. H. (2020). Grief and post-traumatic growth following miscarriage: The role of meaning reconstruction and partner supportive communication. *Death Studies*, 44(4), 237–247. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1539051>
- Toedter, L. J., Lasker, J. N., & Alhadeff, J. M. (1988). The Perinatal Grief Scale: Development and initial validation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58(3), 435–449. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1988.tb01604.x>
- Toedter, L.J., Lasker, J. N., Janssen, H.J.E.M (2001). International comparison of studies using the perinatal grief scale: A decade of research on pregnancy loss. *Death studies*, 25(3), 205-228. <https://doi.10.1080/07481180125971>

- Volgsten, H., Jansson, C., Darj, E., & Stavreus-Evers, A. (2018). Women's experiences of miscarriage related to diagnosis, duration, and type of treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 97, 1491-1498.
<https://www.doi.org/10.1111/aogs.13432>
- Watson, M. A., Jewell, V. D., Smith, S. L. (2018). Journey interrupted: A phenomenological exploration of miscarriage. *Open Journal of Occupational Therapy (OJOT)*, 6(3), 1–16. <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1439>
- Wheeler, L., Fragkiadaki, E., Clarke, V., & DiCaccavo, A. (2022). 'Sunshine', 'angels' and 'rainbows': Language developed by mothers bereaved by perinatal loss. *British Journal of Midwifery*, 30(7), 368–374.
<https://doi.org/10.12968/bjom.2022.30.7.368>
- Whittemore, R. & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553.
- Wright, P. M., & Carpenter, J. (2023). A review of the psychometrics of perinatal grief instruments. *Illness, Crisis & Loss*, 31(4), 655–670. <https://doi-org.uprm.idm.oclc.org/10.1177/10541373231163260>
- Yang, J., Dowell, A., & Filoche, S. (2022). Views of health professionals on the impact of early miscarriage on women's mental health and the accessibility of services and support. *New Zealand Medical Association*, 135(1548), 54-64.

APÉNDICE

Apéndice A. Certificación del Curso Básico Social Behavioral Research del CITI

Program

		Completion Date 13-Dec-2022 Expiration Date 13-Dec-2025 Record ID 51301642
This is to certify that:		
Marlin Soto-Valentin		
Has completed the following CITI Program course:		Not valid for renewal of certification through CME.
SOCIAL BEHAVIORAL RESEARCH (Curriculum Group) SOCIAL BEHAVIORAL RESEARCH (Course Learner Group) 2 - Refresher Course (Stage)		
Under requirements set by:		 Collaborative Institutional Training Initiative
Inter American University of Puerto Rico		
Verify at www.citiprogram.org/verify/?wa84e8c51-575d-47a7-8a8a-2cf8d3e8751b-51301642		

**Apéndice B. Certificación del Curso Responsible Conduct of Research for Graduate
Students del CITI Program**



Completion Date 10-Apr-2023
Expiration Date N/A
Record ID 33747919

This is to certify that:

Marlin Soto-Valentin

Has completed the following CITI Program course:

Not valid for renewal of
certification through CME.

Responsible Conduct of Research for Graduate Students

(Curriculum Group)

Responsible Conduct of Research for Graduate Students

(Course Learner Group)

1 - RCR

(Stage)

Under requirements set by:

Inter American University of Puerto Rico



101 NE 3rd Avenue, Suite 320
Fort Lauderdale, FL 33301 US
www.citiprogram.org

Verify at www.citiprogram.org/verify/?w0e9d7847-cfab-4beb-8d79-dcdb30d57555-33747919

Apéndice C. Perinatal Grief Scale – Versión de 33 Ítems (Potvin et al., 1989)

Subscale I. Active Grief

1. I feel depressed
2. I feel empty inside
3. I feel a need to talk about the baby
4. I am grieving for the baby
5. I am frightened
6. I very much miss the baby
7. It is painful to recall memories of the loss
8. I get upset when I think about the baby
9. I cry when I think about him/her
10. Time passess so slowly since the baby died
11. I feel so lonely since he/she died

Subscale II. Difficulty Coping

1. I find it hard to get along with certain people
2. I can't keep up with my usual activities
3. I have considered suicide since the loss
4. I feel I have adjusted well to the loss b
5. I have let people down since the baby died
6. I get cross at my friends & relatives more than I should
7. Sometimes I feel like I need a professional counselor to help me get my life
together again
8. I feel as though I am just existing and not really living since he/she died

9. I feel somewhat apart and remote even among friends
10. I find it difficult to make decisions since the baby died
11. It feels great to be alive

Subscale III. Despair

1. I take medicine for my nerves
2. I feel guilty when I think about the baby
3. I feel physically ill when I think about the baby
4. I feel unprotected in a dangerous world since he/she died
5. I try to laugh but nothing seems funny anymore
6. The best part of me died with the baby
7. I blame myself for the baby's death
8. I feel worthless since he/she died
9. It is safer not to love
10. I worry about what my future will be
11. Being a bereaved parent means being a second-class citizen

Nota: Los ítems presentados no están en orden en que se presentan al participante.

Apéndice D. Escala de Duelo Perinatal, Versión en Español (SpVPGS, por sus siglas en inglés) (Capitulo et al., 2010)

Apéndice D1. Información para Escala de Duelo (luto) Perinatal

Por favor conteste las siguientes preguntas. Toda información es confidencial.

1. Madre _____ Padre _____ 2. Edad: _____
3. La Fecha de Hoy: _____
4. Fecha de pérdida o muerte del bebé o niño/ña: _____
5. ¿Cuántos bebés del embarazo? 1 _____ más _____
6. Tiempo del embarazo (#de semanas) _____ o edad del bebé al morir días _____, semanas, _____ o meses _____
7. Religión: _____ Católico
 _____ Protestante
 _____ Judío
 _____ Testigo de Jehová
 _____ Musulmán
 _____ Otra (Especifique) _____
8. País o lugar de su origen: _____
9. ¿Cuántos otros embarazos han tenido?
 _____ Ninguno _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 o más
10. ¿Tiene otros hijos/hijas? Edad de otros hijos/hijas
 _____ No _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 o más
11. Marque una respuesta para cada pregunta

Después de morir su bebé:	Si	No, yo no quería	No me dieron la oportunidad
a. ¿Vio usted a su bebé?			
b. ¿Le puso usted nombre a su bebé?			
c. ¿Cargó usted a su bebé?			
d. ¿Tuvo usted un servicio religioso para su bebé después de que murió?			

e. ¿Se entrevistó con un profesional de salud mental después de su pérdida?			
f. ¿Asistió a reuniones de apoyo?			
g. ¿Recibió terapias psicológicas?			

12. Estado Civil

Casada(o) Soltera(o) Divorciada(o) Viuda(o) Separada(o) Conviviendo

Cuando tuvo su pérdida, estaba usted: _____

Su situación ahora: _____

13. Pérdidas anteriores:

¿Ha sufrido otras pérdidas, tales como abortos espontáneos, muerte del feto, o bebés quienes han muerto?

_____ Sí _____ No

Si le ha pasado, por favor anote las pérdidas según las semanas de embarazo o la edad del bebé y las fechas.

<i>Tiempo del embarazo (# de semanas)</i>	<i>Edad del bebe al morir días o meses</i>	<i>Fecha de pérdida o muerte del bebé</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

14. ¿Ha sufrido otras pérdidas este año tal como la muerte de un(a) amigo(a) íntimo(a), o muerte de un familiar, o un divorcio? _____ Sí _____ No

De contestar si, favor de especificar: _____

15. Previo a la pérdida del embarazo, ¿ha presentado sintomatología de depresión y/o ansiedad? _____ Sí _____ No

16. Previo a la pérdida del embarazo, ¿ha sido diagnosticada con algún trastorno psicológico del ánimo como depresión o ansiedad? _____ Sí _____ No

¿Cuál? _____ ¿Desde qué fecha? _____

Apéndice D2. Escala de Duelo (luto) Perinatal

PENSAMIENTOS Y SENTIMIENTOS ACTUALES ACERCA DE SU PÉRDIDA

Cada una de estas declaraciones representa los pensamientos y sentimientos de algunas personas que tienen una pérdida similar a la suya. En estas declaraciones, no hay respuestas correctas ni incorrectas. Para cada una de las declaraciones, marque el número que mayor indique hasta que grado está de acuerdo o en desacuerdo actualmente. Si usted no está segura, use la categoría Ni estoy de Acuerdo/Ni en desacuerdo. Por favor trate de usar esta categoría cuando verdaderamente no tenga una opinión.

	<i>Estoy Totalmente de Acuerdo</i>	<i>Estoy de Acuerdo</i>	<i>Ni estoy de Acuerdo/ Ni en Desacuerdo</i>	<i>No estoy de Acuerdo</i>	<i>Estoy Totalmente en Desacuerdo</i>
1. Me siento deprimida.	1	2	3	4	5
2. Se me hace difícil llevarme bien con ciertas personas.	1	2	3	4	5
3. Siento un vacío por dentro	1	2	3	4	5
4. No puedo mantener mis actividades normales	1	2	3	4	5
5. Siento la necesidad de hablar del bebe.	1	2	3	4	5
6. Estoy sufriendo la pérdida del bebé.	1	2	3	4	5
7. Tengo miedo	1	2	3	4	5
8. He considerado el suicidio desde la pérdida.	1	2	3	4	5
9. Tomo medicamentos para los nervios.	1	2	3	4	5
10. Extraño mucho al bebé.	1	2	3	4	5
11. Siento que me he adaptado bien a la pérdida del bebé.	1	2	3	4	5
12. Me es doloroso recordar la pérdida.	1	2	3	4	5
13. Me siento mal cuando pienso en el bebé.	1	2	3	4	5
14. Lloro cuando pienso en el bebé.	1	2	3	4	5
15. Me siento culpable cuando pienso en el bebé.	1	2	3	4	5
16. Me siento físicamente enferma cuando pienso en el bebé.	1	2	3	4	5

	<i>Estoy Totalmente de Acuerdo</i>	<i>Estoy de Acuerdo</i>	<i>Ni estoy de Acuerdo/ Ni en Desacuerdo</i>	<i>No estoy de Acuerdo</i>	<i>Estoy Totalmente en Desacuerdo</i>
17. Me siento sin protección en un mundo peligroso desde que él/ella murió.	1	2	3	4	5
18. Trato de reírme, pero ya nada me hace gracia.	1	2	3	4	5
19. El tiempo pasa tan lento desde que murió el bebé.	1	2	3	4	5
20. Lo mejor de mi murió con el bebé.	1	2	3	4	5
21. He decepcionado a la gente desde que murió bebé.	1	2	3	4	5
22. Me siento que no valgo nada desde que él/ella murió.	1	2	3	4	5
23. Me culpo de la muerte del bebé.	1	2	3	4	5
24. Me siento enojada con mis amistades y familiares más de lo debido.	1	2	3	4	5
25. Algunas veces siento que necesito una consejera profesional para que me ayude a rehacer mi vida.	1	2	3	4	5
26. Pienso que solamente estoy existiendo y no viviendo desde que él/ella murió.	1	2	3	4	5
27. Me siento tan sola desde que él/ella murió.	1	2	3	4	5
28. Me siento algo lejos y distante aun entre mis amistades.	1	2	3	4	5
29. Es más seguro no amar.	1	2	3	4	5
30. Se me hace difícil tomar decisiones desde que murió el bebé.	1	2	3	4	5
31. Me preocupa como será mi futuro.	1	2	3	4	5
32. Ser una madre con luto es ser un ciudadano de segunda clase.	1	2	3	4	5
33. ¡Qué bien se siente estar viva!	1	2	3	4	5

Apéndice E. Coeficientes Correlacionales de las Dimensiones del Duelo Perinatal

(Capítulo et al., 2010, p. 129), en inglés y español.

<i>Reactivos del Perinatal Grief Scale (ingles)</i>	<i>Reactivos de la Escala de Duelo Perinatal, versión español</i>
Active Grief ($n = 13$ items; $\alpha = .89$)	Duelo Activo
I feel depressed	Me siento deprimida.
I feel empty inside	Siento un vacío por dentro
I feel a need to talk about my baby	Siento la necesidad de hablar del bebe.
I am grieving for the baby	Estoy sufriendo la pérdida del bebé.
I am frightened	Tengo miedo
I very much miss the baby	Extraño mucho al bebé.
It is painful to recall memories of the loss	Me es doloroso recordar la pérdida.
I get upset when I think about my baby	Me siento mal cuando pienso en el bebé.
I cry when I think about him or her	Lloro cuando pienso en el bebé.
I feel so lonely	Me siento tan sola desde que él/ella murió.
I feel guilty when I think about the baby	Me siento culpable cuando pienso en el bebé.
I feel physically ill when I think about the baby	Me siento físicamente enferma cuando pienso en el bebé.
I worry about what my future will be like	Me preocupa como será mi futuro.
Difficulty Coping/Despair ($n = 6$ items; $\alpha = .80$)	Dificultad para Adaptación/Desesperación
I have considered suicide	He considerado el suicidio desde la pérdida.
I am just existing, not really living	Pienso que solamente estoy existiendo y no viviendo desde que él/ella murió.
It feels great to be alive	¡Qué bien se siente estar viva!
I take medicine for my nerves	Tomo medicamentos para los nervios.
I feel unprotected in a dangerous world	Me siento sin protección en un mundo peligroso desde que él/ella murió.
I try to laugh, nothing seems funny	Trato de reírme, pero ya nada me hace gracia.
Overall Perinatal Grief Score ($n = 19$ items; $\alpha = .90$)	

**Apéndice F. Reactivos (19) que Miden Duelo Perinatal, Sugeridos por los Autores
Capitulo et al. (2010), en el Orden que Aparecen en la Escala de Duelo Perinatal,**

Versión Español (SpVPGS, por sus siglas en inglés)

1. Me siento deprimida.
3. Siento un vacío por dentro
5. Siento la necesidad de hablar del bebe.
6. Estoy sufriendo la pérdida del bebé.
7. Tengo miedo
8. He considerado el suicidio desde la pérdida.
9. Tomo medicamentos para los nervios.
10. Extraño mucho al bebé.
12. Me es doloroso recordar la pérdida.
13. Me siento mal cuando pienso en el bebé.
14. Lloro cuando pienso en el bebé.
15. Me siento culpable cuando pienso en el bebé.
16. Me siento físicamente enferma cuando pienso en el bebé.
17. Me siento sin protección en un mundo peligroso desde que él/ella murió.
18. Trato de reírme, pero ya nada me hace gracia.
26. Pienso que solamente estoy existiendo y no viviendo desde que él/ella murió.
27. Me siento tan sola desde que él/ella murió.
31. Me preocupa como será mi futuro.
33. ¡Qué bien se siente estar viva!

Apéndice G. Escala de Duelo Perinatal – Versión Española para España

ANEXO III:

**ESCALA DE DUELO PERINATAL – VERSIÓN
ESPAÑOLA PARA ESPAÑA**

PERINATAL GRIEF SCALE - SPANISH VERSION FOR SPAIN (PGS-SV-SP)

		Puntuación				
1	Echo mucho de menos a mi bebé	1	2	3	4	5
2	Es doloroso recordar la pérdida de mi bebé	1	2	3	4	5
3	Me altero cuando pienso en mi bebé	1	2	3	4	5
4	Lloro cuando pienso en mi bebé	1	2	3	4	5
5	Se me hace difícil llevarme bien con ciertas personas	1	2	3	4	5
6	He pensado en suicidarme desde que perdí a mi bebé	1	2	3	4	5
7	He decepcionado a personas desde que murió mi bebé	1	2	3	4	5
8	Me siento apartada y aislada incluso cuando estoy con mis amigos	1	2	3	4	5
9	Se me hace difícil tomar decisiones desde que murió mi bebé	1	2	3	4	5
10	Me siento feliz por el simple hecho de estar viva	1	2	3	4	5
11	Tomo pastillas para los nervios	1	2	3	4	5
12	Me siento desprotegida en un entorno hostil desde que mi bebé murió	1	2	3	4	5
13	Siento que no valgo nada desde que mi bebé murió	1	2	3	4	5
14	Me culpo por la muerte de mi bebé	1	2	3	4	5
15	Siento que es mejor no querer a nadie	1	2	3	4	5
16	Me preocupa cómo será mi futuro	1	2	3	4	5

1 = Estoy totalmente en desacuerdo / 2 = No estoy de acuerdo / 3 = Ni estoy de acuerdo/ni en desacuerdo / 4 = Estoy de acuerdo / 5 = Estoy totalmente de acuerdo

INSTRUCCIONES PARA EL PROFESIONAL

Población diana

Mujeres españolas que hayan sufrido una pérdida perinatal en los últimos 5 años.

Administración

Se trata de una escala autoadministrada para la valoración de la intensidad y repercusión del duelo secundario a una pérdida perinatal. La paciente debe indicar del 1 al 5 su grado de acuerdo con las 16 afirmaciones propuestas.

Interpretación del resultado

Se considerará la presencia de:

- *Duelo Activo*: Cuando la suma de la puntuación obtenida en los ítems del 1 al 4 sea igual o mayor a 8 puntos.
- *Posible Duelo Complicado*: Cuando la suma de la puntuación obtenida en los ítems del 5 al 16 sea igual o mayor a 42 puntos.

Además se considerará que la paciente está experimentando un duelo de elevada intensidad cuando la suma de la puntuación total de la escala sea igual o mayor a 49 puntos, considerándose que a mayor puntuación mayor intensidad del mismo.

Apéndice H. Cantidades de Artículos Encontrados en Bases de Datos

Tabla 1

Cantidades de Artículos Encontrados en las Distintas Bases de Datos, por Términos de Búsqueda

Bases de datos	Términos de búsqueda						
	“perinatal grief scale” AND “miscarriage”	“perinatal grief scale” AND “abortion spontaneous”	“perinatal grief scale” AND “pregnancy loss”	“perinatal grief scale” AND “fetal loss”	“escala de duelo perinatal” AND “aborto espontáneo”	“escala de duelo perinatal” AND “pérdida de embarazo”	“escala de duelo perinatal” AND “pérdida del feto”
Academic Search Ultimate	5	3	3	1	2	1	0
APA PsycInfo	8	8	6	1	1	1	0
CINAHL with Full Text	4	2	1	1	0	0	0
MEDLINE with Full Text	12	7	3	1	0	0	0
Nursing & Allied Health Database	115	55	261	188	1	2	1

Bases de datos	Términos de búsqueda						
	“perinatal grief scale” AND “miscarriage”	“perinatal grief scale” AND “abortion spontaneous”	“perinatal grief scale” AND “pregnancy loss”	“perinatal grief scale” AND “fetal loss”	“escala de duelo perinatal” AND “aborto espontáneo”	“escala de duelo perinatal” AND “pérdida de embarazo”	“escala de duelo perinatal” AND “pérdida del feto”
PSICODOC	1	1	1	0	0	0	0
Psychology and Behavioral Sciences Collection	2	2	2	0	1	1	0
Psychology Database	66	34	161	96	2	2	1

Apéndice I. Estudios que Utilizaron la Escala de Duelo Perinatal para Medir el Duelo Complicado en Mujeres que han Tenido un Aborto Espontáneo

Tabla 2

Estudios que Utilizaron la Escala de Duelo Perinatal para Medir el Duelo Complicado en Mujeres que han Tenido un Aborto

Espontáneo

Título del estudio	Autores / Año de Publicación	Localización	Revista Profesional	Objetivo	Método	Muestra Poblacional
1. Comparing posttraumatic growth in mothers after stillbirth or early miscarriage	Ryninks, K., Wilkinson- Tough, M., Stacey, S., & Horsch, A. 2022	Cuestionario en línea a mujeres que hablaran inglés	PLoS ONE	El estudio investigó el crecimiento posttraumático en las madres que tuvieron el nacimiento de un niño muerto comparado con quienes tuvieron un aborto espontáneo temprano. También buscó comprender cómo las variables derivadas teóricamente del Modelo de Crecimiento en el Duelo (desafío a creencias supuestas y revelación) explicaban la variación única en el crecimiento	Diseño transversal entre grupos	119 madres (57 niños nacidos muertos [SB] y 63 abortos espontáneos tempranos [EM]); edad promedio 34.74 años, DE = 4.71 en SB, 36.71 años, DE = 5.36 en EM. La mayoría de las participantes fueron blancas británicas, casadas o conviviendo, y educadas con título de grado; tiempo promedio desde la pérdida perinatal fue

Título del estudio	Autores / Año de Publicación	Localización	Revista Profesional	Objetivo	Método	Muestra Poblacional
				postraumático cuando se controlaban factores clave.		de 3.23 años (DE=1.13) en SB y 3.19 (DE=1.09) en EM; 42.1% de los participantes en SB (N=24) y 57.1% en EM (N=36) tuvieron una pérdida perinatal previa a la reportada; el 96.5% en SB (N=55) y el 87.3% en EM (N=55) reportaron tener niños vivos.
2. Depressive symptomatology and grief in Spanish women who have suffered a perinatal loss	Ridaura, I., Penelo, E., & Raich, R. M. 2017	Hospital de cuidado maternal e infantil Vall d'Hebron en Barcelona, España	Psicothema	Describir la evolución del proceso de duelo y la sintomatología depresiva a lo largo del año que sigue a la pérdida perinatal y estudiar su asociación con factores socioeconómicos y obstétricos.	Longitud prospectiva	70 mujeres que habían sufrido una interrupción médica del embarazo (MTP, por sus siglas en inglés) o una muerte prenatal/posnatal. Edad promedio de 32.12 años (DE=4.68), con abortos espontáneos previos 0.54 (DE=1.03).

Título del estudio	Autores / Año de Publicación	Localización	Revista Profesional	Objetivo	Método	Muestra Poblacional
3. Factores de protección y de riesgo para la salud mental de las mujeres después de un aborto espontáneo	deMontigny, F., Verdon, C., Meunier, S., Gerbais, C., & Côté, I. 2020	Provincia de Quebec, Canadá	Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)	Examinar factores de protección y de riesgo personales y contextuales asociados a la salud mental de la mujer después de un aborto espontáneo.	Estudio transversal	231 mujeres. Edades entre 19 y 43 años al momento del último aborto espontáneo, mayormente entre 25 y 35 años (n = 170, 74%). Una minoría eran inmigrantes o tenían un bajo nivel socioeconómico. En la mitad de las mujeres, el aborto espontáneo había ocurrido hacía menos de 1 año, y el tiempo transcurrido desde el aborto espontáneo varió entre 1 mes y 4 años.
4. The psychological implications of a subsequent pregnancy outcome in couples with a	Johnson, M. P., & Johnston, R. L. 2021	Cirugías de práctica general que brindaron atención prenatal en Reino Unido	Journal of Reproductive and Infant Psychology	Para abordar la cuestión de si un nacimiento vivo exitoso mitiga el impacto negativo del aborto espontáneo.	Estudio longitudinal	128 parejas hombre/mujer (64 parejas que experimentaron dos abortos espontáneos consecutivos, y 64 parejas que experimentaron un

Título del estudio	Autores / Año de Publicación	Localización	Revista Profesional	Objetivo	Método	Muestra Poblacional
history of miscarriage						nacimiento vivo luego de una aborto espontáneo). Edad promedio de las mujeres fue de 28.1 (DE = 6.6) y de los hombres fue de 29.9 (DE = 7.0), con rango de 17-39 y 17-51, respectivamente.
5. Women's persistent depressive and perinatal grief symptoms following a miscarriage: the role of childlessness and satisfaction with healthcare services	deMontigny, F., Verdon, C., Meunier, S., & Dubeau, D. 2017	Provincia de Quebec, Canadá	Archives of Women's Mental Health	Determinar si los síntomas de duelo perinatal o de depresión varían según el tiempo transcurrido desde el aborto espontáneo y probar si la falta de hijos y la satisfacción con los servicios de atención médica influyen en la duración de los síntomas.	Estudio transversal	245 mujeres quienes tuvieron un aborto espontáneo (21 entre 18-24 años [8.57%], 167 entre 25-34 años [68.16%] y 55 de 35 años o más [22.45%]); 92 participantes (37.55%) sin hijos.

Título del estudio	Versión del PGS	Instrumentos Adicionales	Pérdida Perinatal Incluida	Resultados Principales / Conclusiones Obtenidas
1. Comparing posttraumatic growth in mothers after stillbirth or early miscarriage	Perinatal Grief Scale Short Version (PGS; Potvin, Lasker, & Toedter, 1989).	The Posttraumatic Growth Inventory (PTGI), The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5), The Core Beliefs Inventory (CBI), The Event Related Rumination Inventory (ERRI), The Disclosure of Trauma Questionnaire (DTQ).	Niño nacido muerto (SB) de 24 semanas de gestación o más y aborto espontáneo temprano (EM) de 13 semanas o menos.	Los resultados del estudio indicaron que las madres que experimentaron un SB tuvieron mayor crecimiento postraumático (PTG; $p=.002$, $d=0.58$), síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático (PTSD; $p=.034$, $d=0.39$) y duelo perinatal ($p<.001$, $d=0.62$) que las madres que experimentaron un EM. Los autores encontraron también que hubo un mayor desafío a las creencias supuestas ($p<.001$, $d=0.94$), la reflexión intrusiva ($p<.001$, $d=0.68$) y deliberada ($p=.043$, $d=0.38$), la necesidad de hablar ($p=.007$, $d=0.50$) y la revelación real de uno mismo ($p<.001$, $d=1.08$) en madres que tuvieron un SB comparadas con EM. Explicaron que las diferencias en los síntomas de PTSD entre SB y EM puede deberse a mayor trauma físico y riesgo percibido en SB, así como diferencias en apego prenatal y en la pérdida ser más tangible según el tiempo del embarazo progresa. Cabe señalar que en el estudio mas participantes del grupo EM (14.3%; $N=9$) comparado con SB (1.8%, $N=1$) experimentaron previamente un aborto espontáneo tardío ($p=0.13$). Por otro lado, las participantes reportaron niveles de duelo perinatal de moderado a alto, indicando que madres en duelo pueden experimentar el duelo por muchos años luego de la pérdida, siendo las puntuaciones más altas en el grupo SB. Más de la mitad de las madres en EM sintieron que no hablaron lo suficiente sobre su pérdida en el primer mes y año después del aborto espontáneo, lo que refleja informes anteriores de que la EM permanece envuelta en vergüenza y silencio, y la dificultad que tienen las madres

Título del estudio	Versión del PGS	Instrumentos Adicionales	Pérdida Perinatal Incluida	Resultados Principales / Conclusiones Obtenidas
				para hablar sobre su pérdida. Las madres en SB revelaron una mayor necesidad de hablar y reportaron una mayor autorrevelación real que las madres en EM. Los autores encontraron diferencias significativas en la rumiación intrusiva y la rumiación deliberada entre los dos grupos y pueden ser el resultado de las diferencias en la visibilidad del embarazo, el tiempo que pasaron embarazadas y las expectativas que tienen las mujeres de experimentar SB en comparación con EM. En promedio, las madres que habían experimentado una EM revelaron niveles más altos de rumiación deliberada que de rumiación intrusiva.
2. Depressive symptomatology and grief in Spanish women who have suffered a perinatal loss	Perinatal Grief Scale - reduced version (PGS; Potvin, Lasker, & Toedter, 1989).	Forma creada para recolectar historial obstétrico e información sociodemográfica. Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979).	Terminación médica del embarazo (MTP, por sus siglas en inglés, $n=50$, 71.4%), muerte prenatal/posnatal ($n=20$, 28.6%); 22.40 semanas de gestación en promedio ($DE=5.61$).	Los autores encontraron síntomas de depresión a corto plazo después de la pérdida y estos síntomas disminuyeron entre el primer seguimiento y los posteriores sin que se realizara ninguna intervención terapéutica. Por otro lado, se observó una disminución estadísticamente significativa de los síntomas del duelo a lo largo del año, tanto en la subescala de duelo activo como en la puntuación total de la escala PGS. Por el contrario, el tipo de pérdida no se relaciona con una mejor o peor evolución ni de las puntuaciones de duelo ni de las de depresión ya que no hubo diferencias en cuanto al tipo de pérdida. Los autores observaron diferencias a los 6 meses entre las mujeres que decidieron un MTP y las que no, presentando mayor angustia, aunque no hubo diferencias entre los grupos al año. Según los autores, parece que las puntuaciones del

Título del estudio	Versión del PGS	Instrumentos Adicionales	Pérdida Perinatal Incluida	Resultados Principales / Conclusiones Obtenidas
				PGS no disminuyen tan progresivamente en el grupo de terminaciones; un aspecto que pensaron podría tener que ver con esa implicación más activa de la mujer en la interrupción del embarazo. Por último, ninguno de los factores socioeconómicos y obstétricos estudiados se ha asociado con una mayor o menor presencia de los síntomas de duelo y depresión, a excepción de las semanas de gestación en las que se produce la pérdida y las puntuaciones del BDI al mes. Esto así ya que los resultados del estudio indicaron que un estado de gestación más avanzado en el momento de la pérdida se asocia con un mayor nivel de síntomas depresivos un mes después de la pérdida. Según los autores, inicialmente las semanas de gestación son un aspecto importante para aquellas medidas que evalúan aspectos relacionados con la tristeza, la depresión y el llanto del bebé, pero a largo plazo pierden relevancia.
3. Factores de protección y de riesgo para la salud mental de las mujeres después de un aborto espontáneo	versión francesa de Escala de Duelo Perinatal	La versión francesa de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, la subescala de estado de ansiedad de la versión	Abortos espontáneos. La edad gestacional del feto al momento del aborto espontáneo varió entre 3 y 20 semanas ($M=9.35$,	Los resultados del estudio demostraron un alto índice de depresión entre las mujeres (125 [55%] mujeres tuvieron una puntuación de depresión mayor o igual a 10, indicando posible depresión). Los resultados también indicaron que las mujeres que habían sufrido un aborto natural en los últimos 6 meses presentaron una puntuación más alta de depresión que las que lo habían sufrido entre 7 y 12 meses atrás. Sin embargo, en el presente estudio, el nivel de ansiedad y el duelo perinatal no variaron según el tiempo transcurrido desde el aborto espontáneo (la puntuación media de ansiedad

Título del estudio	Versión del PGS	Instrumentos Adicionales	Pérdida Perinatal Incluida	Resultados Principales / Conclusiones Obtenidas
		francesa del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI-S), variables personales y contextuales, 4 ítems de la versión francesa de la Escala de Ajuste Diádico, y la Escala de Evaluación de Apoyo Institucional.	<i>DE</i> =3.35). La cantidad de abortos espontáneos varió entre 1 y 11, y la mayoría de las mujeres había sufrido 1 o 2 abortos espontáneos.	fue moderada; 62 [27.1% presentaron altas puntuaciones de duelo perinatal, >91]). Los resultados sugieren que, para algunas mujeres, los síntomas persisten mucho tiempo después de la pérdida. En lo que respecta a las características personales y contextuales, los resultados sugieren que las mujeres inmigrantes, así como las de baja condición socioeconómica y las mujeres sin hijos, son particularmente vulnerables a problemas de salud mental luego de sufrir un aborto espontáneo. Por otra parte, la salud mental de las mujeres no difirió según la cantidad de abortos espontáneos. En cuanto a la calidad de la relación conyugal explicó significativamente la variación en la depresión, la ansiedad y el duelo perinatal, asociándose negativamente con estas variables incluso luego de que los autores controlaran la situación socioeconómica, el estado de inmigración y la falta de hijos al realizar la regresión lineal jerárquica. Por lo que, las mujeres que habían abortado naturalmente y estaban satisfechas con su relación presentaron mejor salud mental (42 [18.3%] participantes presentaron una baja calidad en lo que respecta a la relación conyugal [puntuación < 14]). Según los autores, esta asociación también podría ser bidireccional, de modo que la salud mental podría a su vez influir en la calidad de la relación conyugal. Por otro lado, la satisfacción con el cuidado de la salud (baja satisfacción) se sumó a la predicción de la depresión y del duelo perinatal, incluso después de controlar las variables sociodemográficas, la falta de hijos y la calidad de la relación conyugal. Por último, los resultados del estudio

Título del estudio	Versión del PGS	Instrumentos Adicionales	Pérdida Perinatal Incluida	Resultados Principales / Conclusiones Obtenidas
				indicaron que las tres variables de salud mental presentaron una fuerte correlación entre sí, lo que indicó un elevado riesgo de comorbilidad entre las mujeres que habían sufrido abortos espontáneos. Sin embargo, las variables personales y contextuales parecieron estar asociadas de manera diferente con esas tres variables. Por ejemplo: en el análisis de regresión jerárquica, la falta de hijos se asoció con mayor intensidad con el duelo perinatal que con la depresión y la ansiedad cuando se controlaron otros factores sociodemográficos. Los autores mencionaron que el hecho de que algunas mujeres puedan no presentar síntomas de ansiedad y depresión después de un aborto espontáneo no significa que no estén luchando con emociones difíciles y tratando de encontrar un sentido a su experiencia.
4. The psychological implications of a subsequent pregnancy outcome in couples with a history of miscarriage	Perinatal Grief Scale (PGS; Toedter et al., 1988).	Información sociodemográfica solamente	Aborto espontáneo de 10.67 ($DE=3.00$) y 9.97 ($DE=3.41$) semanas de gestación, en primer y segundo aborto espontáneo, respectivamente.	Los autores observaron una disminución del duelo perinatal con el tiempo. Además, las parejas que experimentaron un aborto espontáneo posterior informaron un duelo elevado en comparación con las parejas que tuvieron un nacimiento vivo exitoso. También, las mujeres informaron un mayor duelo perinatal con el tiempo en comparación con los hombres. En general, las mujeres y los hombres tuvieron niveles similares de duelo perinatal después del primer índice de aborto espontáneo. Sin embargo, la experiencia de ese duelo, medida por las subescalas de PGS, fue muy diferente, ya que las mujeres experimentaron significativamente más duelo activo que los hombres. Las mujeres que experimentaron un segundo aborto espontáneo

Título del estudio	Versión del PGS	Instrumentos Adicionales	Pérdida Perinatal Incluida	Resultados Principales / Conclusiones Obtenidas
				aumentaron su puntuación de duelo activo en comparación con las mujeres que tuvieron un nacido vivo y esta diferencia seguía siendo evidente un año después del resultado del segundo embarazo. Por otro lado, los hombres obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en la subescala de dificultad para afrontar la situación comparado a las mujeres y los hombres que experimentaron un segundo aborto espontáneo aumentaron su puntuación a las seis semanas y seis meses del resultado del segundo embarazo. Un año después del resultado del segundo embarazo, ambos grupos de hombres eran equivalentes en esta subescala con sus puntuaciones de dificultad de afrontamiento en una trayectoria descendente. Es preocupante que después del primer aborto espontáneo, tanto hombres como mujeres obtuvieron puntuaciones altas en la subescala de desesperación, que es similar a la depresión. Tanto para los hombres como para las mujeres que sufrieron un segundo aborto espontáneo, su puntuación en la subescala de desesperación se mantuvo en un nivel alto, mientras que tanto las mujeres como los hombres que tuvieron un nacimiento vivo experimentaron una reducción en la desesperación. Los hallazgos del presente estudio reflejan la variabilidad de los resultados psicológicos en parejas que experimentan un aborto espontáneo. Los hallazgos de este estudio confirman la investigación actual sobre la intensidad del duelo perinatal, pero enfatizan la naturaleza única de las diferencias sexuales en la experiencia del duelo perinatal. Los resultados demostraron una

Título del estudio	Versión del PGS	Instrumentos Adicionales	Pérdida Perinatal Incluida	Resultados Principales / Conclusiones Obtenidas
				disminución significativa en las puntuaciones de duelo perinatal para las parejas a lo largo del tiempo, pero la interacción del duelo activo, la desesperación y la dificultad para afrontarlo es diferente no solo entre mujeres y hombres, sino también entre diferentes resultados posteriores. En el estudio se reportaron mayores puntuaciones de duelo perinatal reportadas por parejas que habían experimentado un aborto espontáneo posterior a lo largo del tiempo en comparación con las parejas que tuvieron un nacimiento vivo exitoso después de un aborto espontáneo. Esto fue particularmente relevante para las mujeres, donde el grupo de abortos espontáneos experimentó un aumento significativo en las puntuaciones de duelo perinatal durante el embarazo posterior y los 12 meses posnatales. Además, los hallazgos actuales muestran una disminución en las puntuaciones de duelo perinatal para el grupo que tuvo un nacimiento vivo después de un aborto espontáneo. Según los autores, el investigar implicaciones a corto y largo plazo, proporcionaría una mayor comprensión de los momentos imperativos en los que el apoyo social y la intervención psicológica serían más eficaces para cada futuro padre.
5. Women's persistent depressive and perinatal grief symptoms	Versión francesa de Perinatal Grief	Versión francesa del Edinburgh Postnatal Depression Scale (Cox et al.,	Aborto espontáneo; tiempo desde el aborto espontáneo 0-6	Los investigadores encontraron que los síntomas de depresión y de duelo perinatal pueden persistir mucho después de la pérdida. Los autores encontraron que las puntuaciones más altas de síntomas depresivos fueron entre las mujeres que habían abortado recientemente, y aquellas

Título del estudio	Versión del PGS	Instrumentos Adicionales	Pérdida Perinatal Incluida	Resultados Principales / Conclusiones Obtenidas
following a miscarriage: the role of childlessness and satisfaction with healthcare services	Scale - Short Version (Potvin et al., 1989; de Tyche & Dollander, 2000)	1987), escala de 19 ítems creada por autores sobre la satisfacción de los servicios de cuidado de salud, variables sociodemográficas y de falta de hijos.	meses ($N=65$, $DE=26.53$), 7–12 meses ($N=58$, $DE=23.67$), 1–2 años ($N=64$, $DE=26.51$) y mayor a 2 años ($N=58$, $DE=23.67$).	que habían abortado en los últimos 6 meses. Quienes habían abortado hace entre 7 y 12 meses o hace más de 2 años reflejaron puntuaciones más bajas. No obstante, hubo un aumento aparente de síntomas entre las mujeres que habían abortado hace entre 1 y 2 años. Además, los investigadores encontraron que los síntomas del duelo perinatal disminuyeron significativamente con el tiempo sólo para las mujeres con hijos y las mujeres que estaban satisfechas con los servicios de atención médica. Para las mujeres sin hijos y aquellas insatisfechas con los servicios de atención médica, los síntomas del duelo perinatal no variaron según el tiempo transcurrido desde el aborto espontáneo y se mantuvieron estables durante más de dos años después de la pérdida. Mencionaron los investigadores que los resultados resaltan la necesidad de optimizar los servicios de atención médica ofrecidos a las mujeres antes, durante y después de un aborto espontáneo. Esto así ya que la calidad de los servicios de atención médica para las mujeres que atraviesan un aborto espontáneo podría influir directamente en su salud mental en los siguientes meses e incluso años.

Apéndice J. Anuncio de Defensa de la Disertación Doctoral



La Junta de Síndicos de la Universidad Interamericana
de Puerto Rico, el Presidente de la Institución,
la Rectora Interina del Recinto de San Germán,
la dirección de la Escuela de Estudios Graduados e Investigación
la dirección del Departamento de Ciencias Sociales, Educación y Humanidades
y la coordinación del Programa Graduado de Psicología

INVITAN A LA DEFENSA ORAL DE LA DISERTACIÓN DOCTORAL

***El Uso de la Escala de Duelo Perinatal para Medir el
Duelo Complicado en las Mujeres que han Tenido un
Aborto Espontáneo: Una Revisión Integradora***

por

Marlin Soto Valentín

Fecha: 28 de noviembre de 2023

Lugar: Salón Fellowship

Hora: 4:30pm

Comité de Defensa Oral

Directora: Dra. Osmay Olivencia Sánchez

Codirectora: Dra. Jomaira Ross Casiano