



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA GENERAL EXPERIMENTAL

“DUELO PERINATAL Y ACTITUD HACIA LA MATERNIDAD
EN MUJERES CON PÉRDIDA GESTACIONAL”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA GENERAL EXPERIMENTAL

PRESENTA:

CECILIA MOTA GONZÁLEZ

DIRECTORA DE TESIS:

MTRA. NAZIRA CALLEJA BELLO

MIEMBROS DEL COMITÉ:

DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

DRA. MARÍA E. MONTERO Y LÓPEZ LENA

DRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN



CIUDAD UNIVERSITARIA,

ABRIL 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a La Universidad Nacional Autónoma de México
mi Alma Máter.

Gracias al Instituto Nacional de Perinatología y al Departamento de Psicología, en especial al Dr. Francisco Morales Carmona, por las facilidades y apoyo brindado para la realización de este trabajo.

A todas las mujeres que fueron protagonistas sin querer serlo, y que a pesar de su dolor, compartieron conmigo su experiencia.

Gracias.

A mi Directora de Tesis, por que me enseñaste que el dirigir una tesis puede ser un arte que involucra conocimiento, paciencia, entusiasmo y creatividad.

Gracias Nazira.

A mis compañeros y amigos, por su valiosa ayuda, apoyo y comprensión.

Gracias Eva, Maru, Memo y Marco.

DEDICATORIAS

Dedico este trabajo a mi FAMILIA,
quienes me han dado las bases y le dan sentido a mi vida

A ti que con tu fortaleza y
tu apoyo incondicional
me has enseñado a ser una
mejor persona.

Te quiero Papá.

A ti que con tu ejemplo me demuestras
día con día, que con dedicación, trabajo,
esfuerzo y sacrificio, se puede llegar hasta
donde uno quiera.

Te quiero Mamá

A mis hermanos Pupis y Manuel, por que ustedes han sido mi ejemplo y me han enseñado
lo maravilloso que es ser un buen profesionalista.

Los quiero mucho.

A mi esposo, por que contigo
he aprendido que el amor no
es una palabra, sino algo que se
vive día con día.

Te amo Renato.

A mis hijos Ceci y Renatito, que con su
alegría y dulzura, iluminan todos los días
de mi vida.

Los amo chiquitos.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
I. CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS DEL EMBARAZO	
1.1 Embarazo normal	4
1.1.1 Diagnóstico del embarazo.	5
1.1.2 Características del desarrollo fetal y cambios en la madre.	6
1.1.3 Atención médica al embarazo normal.	9
1.2 Embarazo de alto riesgo.	10
1.2.1 Características del embarazo de alto riesgo.	11
1.2.2 Atención medica al embarazo de alto riesgo.	13
1.3 Embarazo con defecto congénito.	13
1.3.1 Causas de los defectos congénitos.	16
1.3.2 Atención médica al embarazo con defecto congénito.	17
II. FACTORES EMOCIONALES EN EL EMBARAZO	
2.1 Embarazo normal.	20
2.1.1 Factores psicológicos involucrados.	20
2.1.2 Manifestaciones emocionales.	21
2.2 Depresión y ansiedad.	23
2.2.1 Depresión.	23
2.2.2 Ansiedad.	24
2.2.3 Prevalencia de depresión y ansiedad.	27
2.2.4 Factores predisponentes.	28
2.2.5 Consecuencias para la madre y el feto.	28
2.3 Embarazo de alto riesgo.	29
2.3.1 Características psicológicas.	30
2.3.2 Respuesta emocional de la madre.	34

III. LA MATERNIDAD

3.1	Concepto de maternidad.	36
3.1.1	La maternidad y sus orígenes.	36
3.1.2	La maternidad en la mitología y la cultura griega.	37
3.1.3	La maternidad Judeo Cristiana.	37
3.1.4	La maternidad en la Edad Media.	38
3.1.5	La maternidad en la Era Romántica.	38
3.1.6	La maternidad en la Era Moderna.	39
3.1.7	La maternidad en la Época Actual.	40
3.1.8	La maternidad en México.	41
3.2	Representación de la maternidad.	42
3.2.1	Representación de la maternidad en la sociedad.	42
3.2.2	Representación de la maternidad en la mujer.	45
3.3	Actitudes hacia la maternidad.	47

IV. DUELO

4.1	Concepto de duelo.	50
4.2	Teorías sobre el duelo.	51
4.2.1	Teoría psicoanalítica.	52
4.2.2	Teoría del vínculo.	53
4.2.3	Teoría sistémica.	54
4.2.4	Teoría constructivista.	54
4.3	Proceso de duelo.	55
4.3.1	Etapas del duelo.	56
4.4	Duelo anticipado.	58
4.5	Duelo patológico.	59
4.6	Duelo perinatal.	59
4.6.1	Respuesta emocional ante la pérdida perinatal.	61
4.6.2	Intervención en el duelo perinatal.	62
4.6.3	Medición del duelo perinatal.	64

MÉTODO	69
RESULTADOS	77
DISCUSIÓN	99
CONCLUSIONES	106
REFERENCIAS	107
ANEXOS	118

RESUMEN

Cuando una mujer pierde un hijo en el periodo de la gestación inicia un proceso de duelo. Con el propósito de determinar el efecto de las variables sociodemográficas, de las relativas a la pérdida perinatal, de las relacionadas con otras pérdidas y de las actitudes hacia la maternidad sobre la intensidad del duelo perinatal, fueron entrevistadas 200 mujeres que habían experimentado una pérdida perinatal y que asistían al Instituto Nacional de Perinatología. Se tradujo, aplicó y validó la Perinatal Grief Scale (Escala de Duelo Perinatal) y se construyó una escala de actitud hacia la maternidad. Los resultados mostraron que la baja escolaridad, el nivel socioeconómico bajo y la edad por arriba de los 35 años, se asociaron con duelos más intensos y con una actitud favorable hacia la maternidad, considerándola como única fuente de realización personal y social para la mujer. Asimismo, se observó que las pacientes que perdieron a su bebé durante el segundo y el tercer trimestres del embarazo y aquellas cuyo bebé murió en la etapa neonatal sufrieron duelos de mayor intensidad. Los hallazgos obtenidos mostraron también que mientras más favorable era la actitud hacia la maternidad, se experimentaban duelos más intensos. Se propone que estas variables sean consideradas en la práctica clínica durante las intervenciones de apoyo a mujeres con duelo perinatal, para facilitar su recuperación emocional.

INTRODUCCIÓN

En nuestra cultura, tener un hijo posee un alto valor, tanto en términos personales como sociales. La necesidad que tienen muchas mujeres de ser madres las lleva a realizar numerosos intentos de embarazo, incluso exponiendo su salud física a consecuencia de gestaciones de alto riesgo, así como su salud mental ante la vivencia de los duelos por las muertes fetales. Parecería que su bienestar físico y mental no son razones suficientes para que ellas declinen en su empeño de ser madres, ya que consideran que su valía está en función de su maternidad.

La experiencia de la pérdida del hijo en la etapa perinatal tiene una gran repercusión en la esfera emocional y en el ámbito social. Generalmente, ante la muerte del hijo esperado, la mujer se enfrenta con la difícil tarea de modificar sus emociones, y en lugar de sentir y manifestar alegría, experimenta el dolor de la pérdida, lo que la coloca en un proceso de duelo que, de no resolverse adecuadamente, podría volverse crónico e inclusive evolucionar hacia estados patológicos.

En investigaciones dirigidas al conocimiento del proceso de duelo perinatal se ha encontrado que variables como: la edad de la mujer, la pérdida durante el primer trimestre de gestación, el apoyo social y de la pareja, lo facilitan, en tanto que el experimentar más de una pérdida gestacional o el experimentar otro tipo de pérdidas, así como el contar con pocas redes de apoyo emocional, lo complican. Aunque las actitudes hacia la maternidad parecen afectar significativamente el comportamiento de las mujeres, no se encontraron estudios que señalen su impacto sobre el duelo perinatal.

En México, el estudio del duelo perinatal ha recibido poca atención, a pesar de que, anualmente, cientos de mujeres sufren la pérdida de su hijo semanas antes del nacimiento o inmediatamente después. Se requiere, por tanto, contar con instrumentos de evaluación del

fenómeno, confiables y válidos, así como explorar, con investigaciones sistemáticas, las variables que están relacionadas con dicho duelo.

El objetivo del presente trabajo fue conocer las variables que impactan el duelo y la actitud hacia la maternidad, en mujeres que han sufrido una pérdida perinatal, así como conocer la relación existente entre esta actitud y la intensidad de su duelo.

En la primera parte se presenta una revisión de los principales hallazgos de investigación relacionados con la pérdida perinatal, sus antecedentes biológicos y las variables psicosociales relacionadas. En el capítulo I se expone el proceso biológico y los aspectos físicos involucrados tanto en el embarazo normal como en el de alto riesgo. En el segundo capítulo se presentan los aspectos emocionales involucrados en la gestación normal y en la de alto riesgo. En el tercer capítulo se analiza la evolución del concepto de maternidad y la representación que de ella se tiene en nuestra cultura. El capítulo cuarto plantea el concepto de duelo y las etapas que lo conforman, en especial del duelo perinatal, sus manifestaciones emocionales y sus repercusiones para la mujer que lo experimenta.

La segunda parte del trabajo corresponde al informe de la investigación realizada, en la cual se estudió, en una muestra de mujeres que habían sufrido una o más pérdidas perinatales, el efecto de variables socioeconómicas, de variables relativas a la pérdida de su bebé y de variables relacionadas con la experiencia de otras pérdidas, sobre las reacciones y la intensidad de su proceso de duelo. Asimismo, se examinaron las consecuencias de las actitudes que las mujeres tienen hacia la maternidad. Al analizar los resultados obtenidos, se planteó la necesidad de ampliar el estudio del duelo perinatal, ya que una mejor comprensión de este proceso permitirá implementar formas de intervención más eficaces que apoyen la recuperación emocional de estas pacientes y eviten estados emocionales patológicos.

CAPÍTULO I

CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS DEL EMBARAZO

La gestación es el estado materno que consiste en desarrollar un feto dentro del cuerpo (Cortés, 2006). En el presente capítulo se describen las características biológicas de tal estado, las etapas de su desarrollo, su diagnóstico, así como los aspectos médicos en cuanto a la atención y manejo del embarazo normal. En ocasiones, pueden llegar a presentarse complicaciones maternas y fetales durante el transcurso de la gestación. A tales embarazos se les denominan de alto riesgo, ya que involucran una mayor probabilidad de que ocurra alguna morbilidad o mortalidad materno-fetal (Faneite, Delgado, Soblane, Faneite, Guedez y Fagundez, 2003). Las características de este tipo de embarazos, los factores que lo causan y la atención médica que requiere se describen en la segunda parte del capítulo. Finalmente, se tratan las causas, la prevalencia, la clasificación, el diagnóstico y el manejo médico del embarazo cursado con defecto congénito, que constituye uno de los principales factores que convierten al embarazo normal en un embarazo de alto riesgo.

1.1 Embarazo normal

A partir del momento en que el óvulo es fecundado por un espermatozoide, en el cuerpo de la mujer comienzan a producirse cambios físicos y psicológicos destinados a adaptarse a la nueva situación, el embarazo, que continuará durante los nueve meses siguientes (Del Álamo, 1999).

El embarazo comienza con la fecundación y culmina con el parto o interrupción de la concepción por medio del aborto. Algunos autores, como Valderrama (1988) lo conciben como un estado temporal de cambios fisiológicos, ligado a molestias y dolores, y en el que es recuperada la homeostasis después del parto.

Maroto, García y Mateo (2003) señalan que el período de la gestación es un tiempo vulnerable para la salud de las mujeres, en el que ejercen una influencia significativa el entorno y el acceso al control prenatal. El contacto frecuente con el sistema de elemento de apoyo en una etapa de gran incertidumbre. Sin embargo, en ocasiones resulta una situación aversiva, ya que la mujer puede verse sometida a múltiples pruebas médicas, incluso desde el momento mismo en que decide tener un hijo. Con frecuencia, los problemas de concepción van ligados a muchas vicisitudes y a largos procesos de intervención acompañados de ansiedad, en los que se llegan a aplicar técnicas variadas y a menudo agresivas.

La reproducción humana es un proceso social, bioquímico y fisiológico complejo que no siempre resulta exitoso. Cortés (2006) señala que cerca de la mitad de todas las concepciones se pierden incluso antes de que se reconozca el embarazo; entre 15 y 40% se pierden durante el primer trimestre.

1.1.1 Diagnóstico del embarazo

Se debe sospechar de embarazo siempre que exista retraso menstrual en la mujer de edad fértil, con vida sexual activa y sin uso o uso incorrecto de algún método anticonceptivo.

La confirmación diagnóstica se puede realizar en la semana 9 o 10 escuchando el corazón fetal con un detector (Dopthone), o mediante ultrasonido abdominal a partir de la sexta semana (Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 1998).

DeCherney y Nathan (2003) indican que los síntomas y signos más frecuentes que se presentan a partir de la concepción son:

- Náuseas matutinas
- Hipersomnolia (presencia excesiva de somnolencia)
- Reblandecimiento del tejido cervical
- Cambio en la coloración de las paredes de la vagina

- Mastodinia (dolor de las mamas)
- Poliaquiuria (aumento en el número de micciones)

1.1.2 Características del desarrollo fetal y cambios en la madre

Para fines obstétricos, la duración del embarazo se basa en la *edad gestacional*, es decir, la edad estimada del feto calculada a partir del primer día del último periodo menstrual, si se supone un ciclo de 28 días. La edad gestacional, la cual se expresa en semanas cumplidas, se diferencia de la *edad de desarrollo* (edad fetal), que es la edad calculada a partir del momento de la implantación del huevo (DeCherney y Nathan, 2003).

El periodo gestacional normal tiene una duración aproximada de 40 semanas fragmentadas en tres trimestres, cada uno marcado con características y cambios físicos propios, los cuales se describen a continuación.

Primer trimestre

El primer trimestre comprende desde el primer día de la concepción hasta los tres meses. Es el período de la organogénesis del nuevo ser, que en su primera época se llama embrión y alcanza a medir aproximadamente 10 centímetros. Del Álamo (1999) indica que durante este trimestre se observan los siguientes cambios:

En el bebé. Al cuarto día después de la fecundación el huevo llega al útero; inicia su implantación en la cavidad uterina alrededor del día siete, se forma el tubo neural, que es la médula espinal primitiva, se abulta una extremidad formando la cabeza y, para el día 25, el corazón empieza a latir. Para el segundo mes, se perfila su cara, se forman los ojos, aparecen los párpados y crecen brazos y piernas. Para el tercer mes el bebé puede orinar y mover sus extremidades superiores e inferiores y toma el nombre de feto.

En la madre. Durante los primeros dos meses de gestación, la pared uterina aumenta su espesor y vascularización, se forma la placenta y el cordón umbilical. Para el tercer mes, la cavidad uterina se llena de líquido amniótico y la placenta cumple su función de intercambio de nutrientes y desechos, así como de secreción de estrógenos y progesterona. La mamá experimenta signos más observables del embarazo, como mareos y vómitos, cansancio, molestias a nivel de la pelvis, necesidad de orinar con mayor frecuencia y cambios en la imagen corporal por el aumento en el tamaño de los senos y el color de la areola.

Segundo trimestre

Del Álamo (1999) se refiere al segundo trimestre de la gestación como el más ligero. De manera específica puede decirse que se experimentan los siguientes cambios:

En el bebé. Al inicio de este segundo trimestre, la piel del bebé es transparente y fina, su intestino se llena de meconio, traga líquido amniótico, sus dedos tienen uñas y huellas dactilares. Más adelante, en el quinto mes, su piel se cubre de lanugo (vello muy fino), tiene pelo, pestañas y cejas, duerme de 18 a 20 horas al día, pero cuando está despierto se mueve mucho, abre sus ojos. Al final del mes sexto, el feto mide aproximadamente 30 centímetros y pesa 640 gramos.

En la madre. El fondo del útero alcanza el hueso del pubis y tiene el tamaño de un coco. La placenta cumple las funciones de nutrición, respiración y secreción hormonal y el líquido amniótico aumenta. Para el sexto mes, el útero alcanza el tamaño de una sandía, han desaparecido las náuseas y los vómitos y la madre puede sentir los movimientos del feto. Su peso aumenta de 250 a 500 gramos a la semana.

Tercer trimestre

En el bebé. Para el tercer trimestre, que es la última etapa de la gestación, los movimientos del feto son más constantes y fuertes, cambia constantemente de posición dentro del útero materno, responde a los ruidos exteriores con movimientos y comienza a colocarse cabeza abajo. Durante el octavo mes se acumula la mayor parte de grasa y su piel toma la coloración que tendrá al nacer. En el noveno mes, el lanugo se ha caído por completo y los pulmones están preparados para funcionar en el exterior. Alcanza aproximadamente 50 centímetros de longitud y un peso entre 2,500 y 3,000 gramos (Del Álamo, 1999).

En la madre. La mujer experimenta un incremento en las molestias físicas (insomnio, fatiga, ansiedad, retención de líquidos), ya que el útero aumenta notablemente su tamaño y disminuye la cantidad de líquido amniótico. La musculatura uterina comienza a contraerse para prepararse para el parto (Papalia y Olds, 1988).

Parto

El parto es el proceso mediante el cual el feto, la placenta y las membranas dejan el útero, cruzan por el canal de parto y salen al exterior.

En condiciones normales, cuando el embarazo alcanza las 39 o 40 semanas, la madre y el feto entran en la fase de preparación para el trabajo de parto. El feto ha crecido y madurado lo suficiente para sobrevivir y adaptarse a la vida en el medio externo. El organismo de la madre, por su parte, ha experimentado numerosos cambios durante la gestación que la preparan para el parto y la maternidad.

El parto se divide en tres etapas: La primera consta de tres fases (temprana, activa, y de transición) y termina con la dilatación completa del cuello del útero. La segunda etapa consiste en la de expulsión y finaliza con el nacimiento del bebé. La tercera implica la expulsión de la placenta. Las características de cada etapa se resumen en el cuadro 1.

Cuadro 1. Etapas del parto

<i>Primera etapa</i>	<i>Segunda etapa</i>	<i>Tercera etapa</i>
<i>Fase temprana</i> Tiene una duración aproximada de ocho horas y está caracterizada por contracciones lentas, constantes y suaves, dilatación del cuello del útero (2-5 cm) y el descenso de la cabeza del bebé en la pelvis.	Durante esta etapa se presenta una intensa sensación de presión y estiramiento de las paredes de la vagina debida a la coronación (posición de la cabeza en la boca de la vagina). Las contracciones uterinas se vuelven más lentas en promedio cada 3 a 5 minutos. Una vez que se da la salida de la cabeza del bebé el resto del cuerpo le sigue fácilmente.	Esta etapa es corta, con una duración aproximada de 20 minutos. Comienza después de que el bebé ha nacido y termina cuando la placenta se separa de la pared del útero y es expulsada por la vagina.
<i>Fase activa</i> Dura entre tres y cuatro horas y se caracteriza por contracciones de mayor intensidad, frecuencia y duración. El cuello del útero alcanza entre 5 y 8 cm de dilatación y un descenso completo de la cabeza del bebé.		
<i>Fase de transición</i> Es la más corta; tiene una duración de entre 15 y 90 minutos. Se caracteriza por contracciones más fuertes con intervalos de 1 a 3 minutos. Se puede experimentar la combinación de algunos síntomas físicos como náusea, vómito, temblor, irritabilidad, sudoración y frío. El cuello del útero completa su dilatación (10 cm), y la cabeza del bebé comienza a moverse hacia el canal del parto.		

Fuente: Del Alamo, 1999

1.1.3 Atención médica al embarazo normal

Cortés (2006) señala que es conveniente que en cuanto se diagnostique el embarazo la mujer acuda a consulta médica cada mes durante los primeros seis meses; cada quince días en el séptimo y el octavo mes, y cada siete días durante el noveno. La embarazada de bajo riesgo debe recibir por lo menos cinco consultas durante la etapa prenatal.

A todas las embarazadas se les debe realizar, en cada consulta, la medición del fondo uterino, la toma de presión arterial y el control de peso, se les debe aplicar el toxoide tetánico y prescribirles la toma de hierro y ácido fólico de manera profiláctica; también deben ser solicitados exámenes de laboratorio básicos, toma de Papanicolaou y prueba de VIH (DeCherney y Nathan, 2003).

1.2 Embarazo de alto riesgo

El riesgo obstétrico se entiende como la presencia de factores externos e internos a la mujer que pueden propiciar alguna complicación durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto o el puerperio, o bien, que alteran de alguna forma el desarrollo normal o la supervivencia del nuevo ser (Cortés, 2006).

Según Nazar (2004), el embarazo de alto riesgo es aquel que tiene más probabilidades de complicaciones maternas y fetales, durante el transcurso de la gestación y el parto, y que precisa de un control médico estricto. En este tipo de embarazo existe una mayor probabilidad de sufrir un daño o alguna morbilidad o mortalidad materno-fetal (Faneite et al. 2003).

La identificación precoz del embarazo de riesgo es un recurso útil, ya que hace posible prestar mayor vigilancia y cuidado a estas gestantes. Para Salazar, Martínez y Hernández (2001), es necesario efectuar la medición del riesgo obstétrico, es decir, la evaluación de los factores externos e internos a la mujer que pueden propiciar complicaciones, antes del embarazo, durante la evolución del mismo y en el trabajo de parto.

La presencia de uno o más de los siguientes factores permite clasificar al embarazo como de alto riesgo:

- Edad materna adolescente
- Edad materna mayor a los 35 años
- Intervalo entre una gestación y otra, menor de dos años.
- Multigravidez
- Abortos previos
- Preclamsia-eclampsia (hipertensión inducida por la gestación)
- Hemorragia en la segunda mitad del embarazo
- Cesárea previa
- Malformaciones congénitas
- Muerte fetal
- Prematurez
- Hipertensión arterial
- Diabetes Mellitus
- Cardiopatía congénita o adquirida
- Neuropatía (epilepsia)

1.2.1 Características del embarazo de alto riesgo

Las situaciones que hacen que un embarazo sea catalogado como de alto riesgo son múltiples. Estas pueden clasificarse en tres grupos, los cuales se resumen en el cuadro 2.

Cuadro 2. Situaciones de riesgo en el embarazo

<i>Patología materna previa al embarazo</i>	<i>Antecedentes obstétricos desfavorables</i>	<i>Embarazo cursado con defecto congénito</i>
Diabetes	Retardo en el crecimiento del feto	Cualquier defecto congénito en el feto propio de esa gestación
Hipertensión	Preeclampsia-Eclampsia	
Epilepsia.	Diabetes gestacional	
Obesidad	Malformaciones fetales anteriores	
Alteraciones endocrinas	Parto prematuro	
Bajo peso	Muerte <i>in-útero</i>	
Edad materna	Post-madurez	

Fuente: Cortés, 2003

Patología previa al embarazo

Un primer grupo de situaciones de riesgo lo constituye la patología previa al embarazo, como hipertensión, diabetes, coagulopatias, epilepsia, obesidad, bajo peso materno, alteraciones endocrinológicas y edad de la madre.

Respecto de la edad materna avanzada y el embarazo adolescente, Molina (1988) señala que la fecundidad presenta mayores riesgos asociados, tanto para la madre como para su hijo, cuando se ejerce en las edades extremas de la vida reproductiva de la mujer. Se presentan tasas más altas de mortalidad relacionada con la reproducción (materna, fetal tardía, neonatal e infantil) en las madres menores de 20 y en las mayores de 35 años.

En cuanto al embarazo adolescente, diversas investigaciones (Elster y Lamb, 1987; Villaseca, 1989) reportan que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (de 73% a 93%). El primer embarazo plantea riesgos específicos que se suman a los

derivados de la inmadurez fisiológica en la adolescente embarazada; por ejemplo, la preeclampsia o hipertensión inducida por la gestación, la cual es más frecuente en embarazadas jóvenes, de bajo nivel socioeconómico y en el primer embarazo, condiciones que reúnen con frecuencia las adolescentes embarazadas. En el desarrollo de este cuadro clínico se invoca una posible falla en el mecanismo inmunológico adaptativo que permite el desarrollo de la estrecha interrelación entre el organismo materno y su huésped. El feto, por tener 50% de su estructura antigénica de origen paterno, constituye una especie de injerto. El fallo de este mecanismo se ha relacionado con factores como la inmadurez del sistema inmunológico materno, o con una alteración funcional, que en parte podría estar asociada con una condición de mala nutrición materna, muy común en gestantes adolescentes.

Antecedentes obstétricos desfavorables

Un segundo grupo lo forman las gestantes con antecedentes obstétricos desfavorables, es decir, mujeres con embarazos anteriores y con patología materna o fetal asociada, tal como crecimiento intrauterino retardado, preeclampsia o eclampsia, diabetes gestacional, malformaciones fetales anteriores, parto prematuro o muerte fetal *in útero* y postmadurez (Nazar, 2004). De estos antecedentes, el que se presenta con mayor frecuencia es la diabetes gestacional, que es definida como la alteración del metabolismo de los hidratos de carbono, de severidad variable, que comienza o se reconoce por primera vez durante el embarazo (Kim, Newton y Knopp, 2002). El diagnóstico de diabetes gestacional se asocia con un mayor riesgo de desarrollar posteriormente diabetes tipo II. Las complicaciones obstétricas asociadas incluyen: hipertensión, infecciones, ruptura prematura de membranas, amenaza de parto pretérmino y parto distócico (cesárea). Las complicaciones fetales son macrosomía (peso del bebé mayor a 3,600 gramos), sufrimiento fetal, muerte intrauterina, y traumatismo obstétrico. Las neonatales más frecuentes son: prematuridad, inmadurez pulmonar e hipoglucemia.

Un antecedente menos frecuente, pero no por ello de menor riesgo, se refiere a la postmadurez, que implica la prolongación del embarazo más allá de su duración normal, de tal forma que se ha definido como aquella gestación que alcanza los 294 días o más a partir del primer día de la última fecha menstrual. Si el embarazo avanza más allá de las 42 semanas el riesgo aumenta, presentando una alta mortalidad perinatal (Balestena, Fernández y Hernández, 2003).

1.2.2 Atención médica al embarazo de alto riesgo

La vigilancia médica debe iniciarse en cuanto se confirme el embarazo y el alto riesgo obstétrico. Jasso (1997) afirma que la frecuencia de las consultas médicas debe establecerse con el mismo criterio del embarazo normal y se modificará de acuerdo con las complicaciones y los factores de riesgo presentes en cada caso en particular. La paciente debe referirse a los especialistas correspondientes cuando presente datos de complicación mayor que ameriten vigilancia y atención especializada.

1.2 Embarazo con defecto congénito

Uno de los factores que convierten al embarazo normal en un embarazo de alto riesgo es la presencia de defectos congénitos en el feto. Estos defectos pueden ser alteraciones estructurales y cromosómicas, la mayoría de ellas se presentan sólo durante ese embarazo y están asociadas a una no disyunción durante la meiosis ovular, es decir, la división celular adecuada durante la formación de ese óvulo (Piloto, Sanabria y Menéndez, 2001). La edad materna es el factor predisponente más importante, ya que a mayor edad, el riesgo de no disyunción aumenta. Durante los últimos años las tasas de embarazo en relación con la edad materna se han modificado considerablemente, de tal manera que el número de embarazos en mujeres de más de 30 años aumenta cada día.

La Fundación para los Defectos del Nacimiento March of Dimes (2007) señala que un defecto congénito es una anomalía en la estructura, funcionamiento o metabolismo (procesos químicos del organismo) presente desde el nacimiento, que provoca una discapacidad física o mental, o incluso la muerte durante el primer año de vida del bebé.

Piloto et al. (2001) definen los defectos congénitos como toda condición presente al momento de nacer, en forma notoria o latente, que interfiera con el proceso de adaptación a la vida extrauterina, causando la muerte u ocasionando en el sujeto alteraciones biológicas, psicológicas y/o sociales que condicionan su calidad de vida, incluyendo la discapacidad.

Existen malformaciones mayores y menores. Las mayores representan un peligro para la vida del paciente, requieren tratamiento quirúrgico o estético y pueden producir la muerte; mientras que las malformaciones menores corresponden a pequeños defectos morfológicos que no tienen repercusiones serias para la vida desde el punto de vista médico quirúrgico y estético (Bojorge, 2003).

En general, la mayoría de los defectos congénitos se distribuyen de manera homogénea a nivel mundial; sin embargo, algunos de ellos varían en su frecuencia en diferentes países o regiones del mundo, debido a factores genéticos, biológicos y ambientales propios de cada región. Así, la frecuencia promedio de las malformaciones congénitas mayores y menores en el mundo, presentes al nacimiento es de 3 a 5%, considerando sólo los recién nacidos vivos. Si se toman en cuenta a los fetos que fallecen a partir de la semana 20 de gestación hasta antes del término de la misma (óbitos) y abortos, la cifra llega a ser de 15% de las muertes que se producen durante el primer año de vida a causa de defectos congénitos mayores (Ulloa, 2004).

En Estados Unidos, cada año nacen 120,000 niños; 3 de cada 100 padece uno o más defectos congénitos (Caelli, Downie, Letendre, 2002). En países latinoamericanos como Cuba, la prevalencia de malformaciones congénitas en su forma aislada es de 2-3% (Alonso, Cendón, Ferrero, Roca, y Soler, 2002). En Chile la prevalencia de defectos congénitos es de 3.1% (Nazar, 2004).

En México, entre las diez principales causas de mortalidad infantil (INEGI, SSA, 2001) se encuentran los defectos congénitos (véase tabla 1). Este fenómeno tiene repercusiones no sólo en el ámbito de la salud física sino también en el ámbito social y en el psicológico.

Tabla 1. Principales causas de mortalidad infantil en México

	<i>Causa</i>	<i>Defunciones</i>	<i>Tasa por 100,000 nacimientos estimados</i>	<i>%</i>
1 ^a	Afecciones originadas en el período perinatal*	18,192	855.02	50.7
2 ^a	Infecciones respiratorias agudas bajas	2,819	132.49	7.9
3 ^a	Malformaciones congénitas del corazón*	2,564	120.51	7.1
4 ^a	Enfermedades infecciosas intestinales	1,577	74.12	4.4
5 ^a	Desnutrición calórico-proteica	708	33.28	2.0
6 ^a	Anencefalia y malformaciones similares*	299	14.05	0.8
7 ^a	Infecciones respiratorias agudas altas	243	11.42	0.7
8 ^a	Síndrome de Down*	223	10.48	0.6
9 ^a	Defectos de la pared abdominal*	205	9.63	0.6
10 ^a	Espina bífida*	197	9.26	0.6
11 ^a	Enfermedad cerebro vascular	125	5.87	0.4
12 ^a	Nefritis y nefrosis	121	5.69	0.3
13 ^a	Meningitis	107	5.03	0.3
14 ^a	Fístula traqueo esofágica, atresia y estenosis esofágica	107	5.03	0.3
15 ^a	Anemia	92	4.32	0.3
16 ^a	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	84	3.95	0.2
17 ^a	Agresiones (homicidios)	80	3.76	0.2
18 ^a	Epilepsia	63	2.96	0.2
19 ^a	Asma	51	2.40	0.1
20 ^a	Enfermedades inflamatorias del corazón	48	2.26	0.1
21 ^a	Causas mal definidas	521	24.49	1.5
22 ^a	Otras causas	7,463	350.76	20.8
Total		35,889	1,686.78	100.0

*Defectos congénitos.
 Fuente: INEGI, 2001.

En nuestro país, según datos del Grupo de Estudios del Nacimiento de México (GEN), la prevalencia general de malformaciones congénitas es de 2.33% recién nacidos, predominando los defectos de cierre de tubo neural, el síndrome de Down, el labio y paladar hendido y la polidactilia, mientras que en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPerIER), la prevalencia es de 2 a 3% en recién nacidos vivos, y de 12% en nacidos muertos (Mota, 2007).

1.3.1 Causas de los defectos congénitos

Los defectos congénitos constituyen la manifestación más notoria de las enfermedades genéticas y desde siempre el hombre ha tratado de encontrarle una explicación, la cual ha incluido poderes sobrenaturales, hibridación con animales, efectos mecánicos, conductas de la madre durante el embarazo, etc. En la actualidad, el énfasis en el estudio etiológico de las malformaciones congénitas se encuentra en la interacción de factores genéticos y ambientales y en las bases moleculares del desarrollo embrionario (Cortés, 2006). Ahora se sabe que las malformaciones congénitas se deben tanto a factores genéticos como ambientales, o a una combinación de ambos. No obstante, en aproximadamente 70% de los casos se desconocen las causas (Mota, 2007).

Existen distintos tipos de afecciones genéticas o defectos congénitos: Defectos por mutación de un solo gen, defectos cromosómicos, defectos por factores ambientales, defectos por causas multifactoriales (véase cuadro 3). Finalmente, una enfermedad genética será el resultado de la expresión de uno o más genes anormales.

Cuadro 3. Tipos de afecciones genéticas.

<i>Defectos por mutación de un solo gen</i>	<i>Defectos cromosómicos</i>	<i>Defectos por factores ambientales</i>	<i>Defectos por causas multifactoriales</i>
<i>Herencia dominante</i> Uno de los padres trasmite un gen anormal; por ejemplo, la acondroplasia (enanismo)	Se producen cuando hay anomalías en el desarrollo de un óvulo o un espermatozoide y dan como consecuencia alteraciones en la cantidad o estructura de los cromosomas; por ejemplo, el síndrome de Down (trisomía 21).	Son originados por sustancias llamadas teratógenos, entre los que se encuentran: el alcohol, las drogas ilícitas, ciertos medicamentos como los que contienen iotretinoína y algunas infecciones como las producidas por citomegalovirus.	Son producidos por la combinación de uno o más factores genéticos y ambientales, como en los defectos de tubo neural (espina bífida) y algunos defectos cardíacos.
<i>Herencia recesiva</i> Ambos padres son portadores del mismo gen anormal, como en la fibrosis quística.			
<i>Herencia ligada al cromosoma X</i> La madre es portadora del gen y lo hereda a los hijos varones; por ejemplo, la hemofilia.			

Fuente: Cortes, 2003

1.3.2 Atención médica al embarazo con defecto congénito

Para mejorar el manejo de los casos de enfermedad o alteración fetal es necesario efectuar el diagnóstico prenatal, el cual comprende todas aquellas acciones diagnósticas encaminadas a descubrir intraútero cualquier tipo de defecto congénito. El diagnóstico prenatal es todo evento, técnica o herramienta de diagnóstico, sea clínica, imagenológica o bioquímica, que se aplica durante la vida embrionaria-fetal y que permite conocer el estado de salud del producto y diagnosticar un defecto congénito (Tena et al. 2004).

Existen herramientas de vigilancia para la salud fetal que permiten identificar a las pacientes con riesgo de defecto congénito. Tales herramientas son clínicas (historia clínica), bioquímicas (triple marcador) e imagenológicas (ultraecsonograma). Con base en ellas se pueden realizar estudios diagnósticos más específicos, pero de mayor riesgo y costo.

Una vez corroborada la sospecha de defecto congénito, es conveniente practicar otros estudios de mayor especificidad, como son los métodos invasivos de diagnóstico prenatal (véase cuadro 4), que se utilizan también como vía de administración en la terapia prenatal (Tena et al. 2004).

Cuadro 4. Procedimientos invasivos de diagnóstico

<i>Amniocentesis</i>	Se extrae una pequeña muestra del líquido amniótico que rodea al bebé. Se realiza entre la semana 15 y la 18 de gestación.
<i>Cordocentesis</i>	Consiste en extraer sangre del cordón umbilical del feto a través del abdomen de la madre. Esta prueba se puede realizar a partir de la semana 19 de gestación.
<i>Biopsia de vellosidades coriónicas</i>	Es la extirpación de un pequeño trozo de tejido del útero. Se puede tomar a través del cuello uterino o a través del abdomen. Generalmente se realiza en las primeras etapas del embarazo.

Fuente: Tena et al, 2004

El manejo de este tipo de embarazo dependerá del tipo de defecto y el pronóstico que se tenga. Para el caso de los defectos congénitos compatibles con la vida, es necesaria una estricta vigilancia médica especializada en medicina fetal. Dentro de la vigilancia del desarrollo fetal y de la condición del defecto se incluyen los ultrasonidos especializados (ultrasonografía de segundo nivel) en las diferentes etapas de la gestación, los cuales permiten tomar decisiones con respecto a la resolución del embarazo y al manejo del recién nacido, así como al asesoramiento genético (Mota, 2007).

En relación con los embarazos en los que los defectos congénitos son incompatibles con la vida, existe la posibilidad de la interrupción de la gestación. Sin embargo, Karchmer (2003) plantea que en el aborto terapéutico por indicación médica o genética deben tomarse en cuenta los siguientes factores:

a) Factores objetivos:

- ◆ Morbilidad y mortalidad materna a corto plazo.
- ◆ Morbilidad y mortalidad materna a largo plazo.
- ◆ Reducción de la tasa de morbi-mortalidad materna, a corto y largo plazo, como consecuencia de la interrupción del embarazo.
- ◆ Aumento de los riesgos maternos con el embarazo.

b) Factores subjetivos:

- ◆ Calidad del cuidado médico (médico e institucional).
- ◆ Aceptación de la paciente.
- ◆ Consideraciones financieras.
- ◆ Consideraciones sociales.

CAPÍTULO II

FACTORES EMOCIONALES EN EL EMBARAZO

Los eventos críticos conducen al individuo a poner en acción los recursos que posee para afrontarlos y darle solución. Dentro de estos recursos se encuentran los componentes emocionales como la tristeza, la frustración, el miedo y la angustia, los cuales son comunes a todos los seres humanos. Dependiendo de la estructura psicológica de la persona se planteará una manera distinta de enfrentar tales situaciones (Morales, 2002); es decir, las emociones constituyen la manifestación de la respuesta a un estímulo, pero la forma en que cada individuo la expresa puede variar y con ello se facilitará u obstaculizará la solución.

La gestación es un periodo especial en la vida de una mujer y es considerado crítico, ya que durante el mismo se manifiestan un gran número de emociones –entre ellas, ansiedad, depresión e inestabilidad emocional- que pueden contribuir a que la mujer tenga un parto más largo y más complicado. En el presente capítulo se tratan los aspectos emocionales involucrados en el embarazo normal, así como aquellas reacciones (en particular la ansiedad y la depresión), que se presentan cuando el embarazo se complica, convirtiéndose en un embarazo de alto riesgo; se concluye con los aspectos emocionales involucrados en una condición particular del embarazo de alto riesgo, esto es, el embarazo con defecto congénito, que en muchas ocasiones lleva a la pérdida del bebé.

2.1 Embarazo normal

2.1.1 Factores psicológicos involucrados

Desde el punto de vista psicológico, la gestación se considera una crisis maduracional, ya que pone en juego la estabilidad emocional de la mujer y su capacidad para adaptarse a las demandas de un nuevo rol, además de que revive conflictos psicológicos de fases del desarrollo previas al embarazo (Martínez, 2002.) Para García-Dié (2001) constituye el inicio de lo que se podría entender como proceso de *maternización*, que incluye gestación, parto y crianza, considerados como un todo.

La maternidad representa uno de los acontecimientos más importantes en la vida de una mujer. La sociedad y la cultura le han dado un lugar especial y han establecido lo que se espera de ella en esta etapa y cómo debe actuar para ser una “buena madre”.

El embarazo plantea un cambio en la vida de toda mujer; ideológicamente representa una condición especial en su rol, es decir, al saberse embarazada cambia la percepción que tiene de ella misma y modifica su autoestima, su auto-concepto, su estatus; se transforma también su entorno y la manera en que los demás la perciben (Salvatierra, 1989). Además, la gestación plantea la aparición de un nuevo ser que significa un tercero en la relación diádica hombre-mujer, transformaciones en su papel social, modificaciones anatómicas que alteran su imagen corporal, y cambios biológicos que afectan el funcionamiento de su organismo y que tienen un impacto en su esfera emocional.

2.1.2 Manifestaciones emocionales

Gómez y Aldana (2007) describen una serie de manifestaciones emocionales transitorias que se presentan con frecuencia en las embarazadas como reacciones de ajuste a su nueva condición. Dentro de estas manifestaciones se encuentran:

- Mayor labilidad e hipersensibilidad emocional.
- Pesimismo.
- Preocupación e interés significativo por la salud (que se ve reflejado en quejas somáticas.)
- Sentimientos de tristeza por la pérdida del estado anterior, por la independencia y por el atractivo personal.
- Sentimientos de ansiedad que pueden aparecer más por la presión social que por el mismo embarazo.
- Temor a la pérdida del bebé.
- Miedo al nuevo rol de madre.

Estas autoras observan también que paradójicamente se ve elevada la autoestima de la futura madre, quien vive el embarazo como un logro.

De igual manera, Díaz, Aguilar y Santillán (1999) señalan que, debido a que el embarazo demanda de la mujer adaptaciones que pueden ser desequilibrantes, se presenta ambivalencia y angustia ante el cambio de vida, debido a que se mezclan la ansiedad, la impulsividad y una feliz espera, los cuales hacen que la mujer embarazada se sienta tanto deprimida y aturdida, como ilusionada y esperanzada (Armengol, Chamarro, García-Dié, 2007.)

Morales et al. (2004) afirman que durante la gestación entran en juego aspectos tanto internos como externos a la mujer que pueden combinarse o predominar uno sobre otro y dar origen a conflictos psicológicos que aparecen en esta etapa.

En la última década, algunos autores como Lederman (1996) y García-Dié (2001) han estudiado los procesos psicológicos y conflictos que las mujeres experimentan en relación con su embarazo a través de entrevistas realizadas con mujeres embarazadas, y reportaron que todas experimentaban algún conflicto respecto de su estado gestacional y que sus patrones de respuesta podían ser adaptativos o no adaptativos. De sus estudios, Lederman concluye que los patrones de respuesta adaptativos son progresivos en la manera en que las gestantes avanzan hacia una orientación para su rol materno. Cuando las respuestas no son adaptativas, las mujeres elaboran una ambivalencia acerca del embarazo y la maternidad y se estancan la clarificación de su rol.

Por tanto la salud emocional de la mujer embarazada se evalúa a partir de su capacidad para enfrentar este suceso y para adaptarse a los cambios que conlleva. (Gómez y Aldana, 2007)

2.2 Depresión y ansiedad

Otras sensaciones inevitables durante el embarazo son los síntomas depresivos y ansiosos, sin embargo cuando los recursos psicológicos son insuficientes para enfrentar y adaptarse a esta nueva condición de vida (el embarazo) las manifestaciones emocionales normales pueden evolucionar hacia trastornos tanto depresivos como ansiosos (Mota 2007)

2.2.1 Depresión

Desde hace muchos siglos la depresión es uno de los padecimientos más importantes que se han identificado en el hombre. Todos los seres humanos en algún momento de nuestra vida, nos hemos sentido melancólicos o deprimidos.

Hipócrates (Siglo IV a.c.) describió un estado que llamó melancolía, y fue la primera alusión científica a esta enfermedad, le concedía un origen natural en el que predominaba la bilis negra. Posteriormente, Aristóteles propuso música y vino como terapia para la melancolía. (Lederman, 1996)

Freud, el creador del psicoanálisis publica en 1917 su artículo “Duelo y Melancolía” en el que hace una descripción tanto del duelo como de la melancolía resaltando sus diferencias. Según Freud, en la melancolía el yo empobrece y se siente vacío, y se caracteriza en lo anímico por una decepción y pesadumbre profundamente dolorosa, además de una cancelación del interés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar, inhibición de toda productividad, y una rebaja en el sentimiento de sí mismo que se manifiesta en autorreproches y auto denigraciones. (Freud, 1917)

Como se puede observar en el siglo XX los grandes avances en la medicina hicieron crecer el entendimiento sobre la etiología biológica y psicológica de la depresión; hoy en día se sabe que la depresión es un trastorno multifactorial en el que influyen factores genéticos, biológicos, conductuales y psicosociales.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastorno mentales en su cuarta edición (Asociación Psiquiátrica Americana, 1995) la depresión es definida como la pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, además de que las personas que la padecen experimentan cambios al menos en cuatro de los siguientes áreas: en el apetito o en el peso; en el sueño o en la actividad psicomotora; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones; y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, planes o intentos suicidas. Tales cambios se mantienen la mayor parte del día, casi cada día durante un periodo de por lo menos dos semanas consecutivas.

Los síntomas depresivos que se presentan durante la gestación y el post-parto son:

- Dificultad para conciliar el sueño.
- Falta de energía.
- Cambios en el peso corporal.
- Irritabilidad.
- Tristeza.
- Hipersensibilidad.

Como se puede observar estos síntomas son similares a los presentados en depresiones que se dan durante otras etapas de la vida; sin embargo, en esta etapa es más difícil diferenciarlos de los síntomas físicos y de las fluctuaciones del estado de ánimo que se presentan normalmente por el embarazo o por los cuidados al recién nacido. No es raro encontrar que la sintomatología depresiva esté relacionada con pensamientos acerca del embarazo y el parto, así como la salud y cuidado del bebé. (Stewart, 2005)

2.2.2 *Ansiedad*

La ansiedad se deriva del miedo, que es una reacción adaptativa de urgencia ante una situación inmediata de peligro, permitiendo al organismo aumentar sus probabilidades de supervivencia a través de conductas de ataque o de huida. (Klein, Gittelman, Quitkin y Rifkins, 1980) La ansiedad como estado normal, consiste en una respuesta fisiológica,

vivencial, conductual y cognitiva, que se caracteriza por un estado de alerta ante una señal de peligro o amenaza. Sin embargo el término también sirve para nombrar a los síntomas que se presentan en algunas entidades psiquiátricas y médicas. (Díaz, 1999)

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales en su cuarta edición (Asociación Psiquiátrica Americana, 1995) la ansiedad se refiere a la presencia de crisis de angustia inesperadas y recidivantes, seguidas de la aparición durante un periodo como mínimo de un mes, de preocupaciones persistentes por la posibilidad de presentar nuevas crisis de angustia y por sus posibles complicaciones o consecuencias. Una crisis de angustia se caracteriza, por la aparición repentina de una sensación de aprensión intensa, miedo o terror a menudo asociada con sentimientos de catástrofe inminente con una duración habitual de varios minutos y más rara vez de horas.

Los síntomas de ansiedad comprenden:

Síntomas somáticos

- Cardiocirculatorios: Palpitaciones o taquicardia, opresión o malestar precordial, sensación de paro cardíaco e hipertensión episódica.
- Respiratorios: Disnea, sensación de ahogo o paro respiratorio.
- Parasimpáticos: debilidad física o desfallecimiento, diarrea, náuseas, urgencia defecatoria, micción imperiosa, rinorrea, hipo y visión borrosa.
- Centrales: sensación de sofocación o agobio, mareo, inestabilidad o vahído, así como oleadas de calor o escalofríos.
- Neurológicos focales: temblor, entumecimientos, parestesias, torpeza, pesadez física, cefalea y nudo u opresión en la garganta.

Síntomas psíquicos

- Vivencias de extrañeza: despersonalización y desrealización sensación de muerte inminente, sensación de volverse loco o de perder el control sobre uno mismo.
- Expectación aprensiva.
- Fenómenos mnésicos.

La ansiedad y la depresión varían dependiendo del trimestre de gestación en el que se encuentre la mujer:

- En el primer trimestre de gestación, los niveles tanto de depresión como de ansiedad son más bajos que durante el segundo trimestre, lo cual se puede deber a que en el primer trimestre el embarazo es apenas perceptible para la futura madre. (Bernazzani, Saucier, Davis y Borgeat, 1997). Según Arceluz y Fernández, (1988) durante el primer trimestre la mujer puede sentirse ansiosa por la responsabilidad que implica el gestar un nuevo ser, así como por dudar de su capacidad para sobrellevar todo el embarazo (temor ante la posibilidad de un aborto) y manejar adecuadamente las demandas de un recién nacido.
- Durante el segundo trimestre comienzan a ocurrir los cambios físicos como consecuencia del embarazo y la mujer debe afrontar la nueva situación; ese afrontamiento suele ir acompañado de respuestas de ansiedad. Una vez habituada al nuevo estado, las respuestas de ansiedad y depresión disminuyen. (Condon y Corkindale, 1997)
- En el último trimestre vuelven a incrementarse tanto los síntomas de ansiedad como los de depresión a medida que se aproxima el parto. Estos síntomas giran alrededor de la intensidad del dolor físico y de la capacidad de la mujer para controlarlo durante el trabajo de parto, al malestar físico posterior, y al estado de salud de su futuro hijo. Sin embargo la capacidad de la mujer para manejar estas tensiones, va a depender de la estructura de personalidad, del tipo de presiones reales que rodean al embarazo y de la calidad de apoyo que reciba. (Martínez, 2002)

2.2.3 Prevalencia de depresión y de ansiedad.

Algunos autores estiman que la prevalencia de depresión en mujeres embarazadas es de 7.4% durante el primer trimestre, de 12.8% en el segundo y de 12.0% en el último trimestre (Bennett, Einarson, Taddio, Koren y Einarson, 2004; Andersson et al. 2003).

Los estudios de Lara, Acevedo y Berenzon (2004) indican que, en México, la depresión es el problema de salud mental más común en la población femenina, con una razón de 2:1 en comparación con la masculina, ya que en la prevalencia de depresión entre las mujeres es de 4.1% y para los hombres de 1.6%.

En el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPerIER) se realizó un estudio sobre la incidencia de padecimientos psiquiátricos en 46 pacientes obstétricas y se encontró que la muestra se caracterizó por una mayor proporción de trastornos afectivos (63.7%), en particular de tipo depresivo. (42.5%) (Espíndola et al 2006).

Bernazzani, Saucier, David y Borgeat (1997) realizaron un estudio en el que observaron la presencia principalmente de dos alteraciones emocionales en las mujeres embarazadas: por una parte, la sintomatología depresiva y, por otra, la presencia de ansiedad manifestada por miedos relacionados con el embarazo. Estas alteraciones se asociaron con diferentes estresores, factores sociodemográficos, relaciones interpersonales conflictivas y una historia de inestabilidad familiar. Otro estudio reciente con 8,323 mujeres embarazadas de una comunidad de Inglaterra, mostró que el 11% de ellas sufría ansiedad y 13%, depresión durante el embarazo. También durante el post-parto, 13% de ellas sufrieron ansiedad y otro 13%, depresión. La mayoría de los casos de depresión y de ansiedad post-parto ya habían tenido depresión y ansiedad antes del parto, por lo que la ansiedad prenatal es un factor de predicción de la depresión post-parto. (Miller, 2001).

2.2.4 Factores predisponentes

Dentro de los factores predisponentes tanto para la depresión como para la ansiedad se encuentra la combinación de factores sociales (empleo, condición económica), fisiológicos (enfermedades crónicas) y psicológicos (eventos de vida, aislamiento social, estrés por conflictos de pareja, insatisfacción con respecto al embarazo y apoyo social.) Glazier, Elgar, Goel y Holzapfel (2004) mencionan que tales factores tienen un impacto en el estado emocional de la mujer embarazada generando manifestaciones ansiosas o depresivas.

Lara, et al. (2006) destacan los factores psicosociales como significativos en la depresión durante el embarazo. Entre éstos los más significativos son:

- Poseer una historia previa de depresión.
- Haber sufrido en la infancia la separación de los padres.
- Ser madre soltera.
- Tener un embarazo no deseado.
- Carecer de apoyo social.
- Contar con una baja escolaridad.

Por otra parte, Rojas (2005) menciona que la actitud negativa de la madre tiende a incrementar y a intensificar los sentimientos de angustia, y la lleva a percibir negativamente los cambios que se producen naturalmente durante la gestación, además de tener mayor sensibilidad ante los eventos que ocurren en la vida cotidiana.

2.2.5 Consecuencias para la madre y el feto

Se sabe que la depresión en la etapa gestacional tiene consecuencias serias en diferentes ámbitos, por ejemplo, lleva a conductas poco saludables como: no buscar atención prenatal temprana, conductas de riesgo (tabaquismo, alcoholismo y adicciones), preeclampsia, partos prematuros, bajo peso al nacer y un incremento significativo en la depresión post-parto (Langer, 2002).

En otro estudio realizado por Alvarado, Medina y Aranda (2004) se concluyó que la depresión durante la gestación, inducida por factores psicosociales como el embarazo no planeado, la muerte o enfermedad de algún familiar cercano y la insatisfacción con el apoyo familiar, está relacionada con la prematurez y el bajo peso del recién nacido.

Las mujeres embarazadas deprimidas están menos dispuestas a alimentarse y a dormir bien y más propensas a descuidar su higiene personal y a fumar o beber alcohol, así como a desatender su control prenatal o la adherencia a las recomendaciones médicas. Además, el sufrimiento personal y su incapacidad para sentirse bien, contribuye a incrementar el riesgo de agresión contra ellas mismas o incluso de suicidio.

En cuanto a la ansiedad durante el embarazo se sabe que cuando una mujer embarazada está en una situación de estrés prolongado, los vasos sanguíneos del útero se contraen, el feto recibe menor cantidad de sangre, y por lo tanto, menos oxígeno y sustancias nutritivas. (Sorenson y Schuelke, 1999). Además las mujeres que sufren largos periodos de ansiedad presentan una mayor incidencia de complicaciones tales como abortos espontáneos, parto prolongado y recién nacidos prematuros con bajo peso al nacer.

Por otro lado, algunos estudios (Berthiaume, David, Saucier y Borgeat, 1998; Grush y Cohen, 1998; y Callito y Cantalejo, 1995), indican que las mujeres con mayor apoyo social y altos niveles de autoestima, son las que presentan niveles más bajos de ansiedad pre-parto.

2.3 Embarazo de alto riesgo

Cuando las mujeres experimentan a lo largo de la gestación, complicaciones relacionadas con la salud materna o la salud fetal que ponen en riesgo el curso normal del embarazo, se enfrentan con la expectativa de dar a luz a un hijo en medio de dificultades médicas, de tener un hijo con malformaciones o con reducidas posibilidades de vida y de desarrollo, lo que implica que vivan una ruptura del proceso psicológico normal del embarazo (Torres, 2004).

La presencia de un embarazo de alto riesgo crea estrés adicional al generado por un embarazo normal, que aumenta de forma significativa los niveles de ansiedad y el miedo de la mujer, ya que se siente responsable de la vida de su hijo. (Carreño, Morales, López, Sánchez y Aldana, 2002) En este tipo de embarazos es común que la respuesta emocional tenga manifestaciones clínicas denominadas malestar psicológico, que se caracteriza por cambios emocionales agudos de permanencia temporal y que son reactivos a un evento determinado (Morales et al, 2005). Estas manifestaciones provocan una inhibición transitoria de las funciones psicológicas experimentada con incomodidad subjetiva. En menor proporción, en estos embarazos pueden presentarse alteraciones psicopatológicas, las cuales tienen que ver con una personalidad premorbida (Morales et al, 2006).

2.3.1 Características psicológicas

Valenzuela, Ahumada, González, Quezada, Valenzuela y Sougarret (2003) detectaron que en general los síntomas principales que presentan las madres ante el embarazo de alto riesgo son:

- Alto nivel de angustia.
- Reacción inicial de shock emocional.
- Disonancia cognitivo-afectiva entre la realidad sentida y la estructurada cognitivamente.
- Sensación de estar atrapados.
- Reacciones depresivas intensas.

Sougarret y Martínez (2003) estudiaron los factores de riesgo psicosociales en mujeres embarazadas diagnosticadas con complicaciones perinatales causadas por problemas de hipertensión y encontraron que las gestantes presentaban ansiedad severa y tenían la percepción de no apoyo de la familia y el compañero.

Aguilar y Morales (1995) afirman que en las pacientes que cursan un embarazo de alto riesgo asociado con diabetes se pueden identificar puntajes elevados en la ansiedad-estado principalmente en aquellas cuyo diagnóstico fue de diabetes mellitus no insulino dependientes-, y que esto tiene un impacto en el autoconcepto en las áreas personal y social. Asimismo, las reacciones depresivas en las mujeres diabéticas, se asocian con la pérdida de la función endocrina y con las limitaciones que enfrentan en su vida familiar y social (Aguilar, Morales y Barranco, 1998).

Otras alteraciones emocionales que se presentan en mujeres que cursan embarazos de alto riesgo por endocrinopatías como la diabetes mellitus, la diabetes gestacional y la hipertensión arterial son: ambivalencia o rechazo hacia el embarazo, independientemente de si éste fue planeado o no; culpa, ya que la mujer puede sentirse responsable de las complicaciones que presenta; inadecuación social y ansiedad intensificada durante el segundo trimestre de la gestación, en donde normalmente la ansiedad tiende a disminuir (Pimentel, 2007).

En general, las mujeres que experimentan complicaciones de salud durante la gestación como la diabetes, la hipertensión y la preeclampsia, además de compartir las fluctuaciones en el estado de ánimo que presentan todas las mujeres embarazadas, presentan niveles altos de depresión y ansiedad debido a las hospitalizaciones prolongadas, la medicación y los continuos chequeos médicos. (Salvatierra, 1989)

Otra de las complicaciones que convierten al embarazo normal en embarazo de alto riesgo es el diagnóstico de uno o varios defectos congénitos en el feto. El nacimiento de un niño malformado siempre ha causado consternación. Las explicaciones que se le han dado a este fenómeno han variado en las diferentes épocas, de acuerdo con los conceptos mágico-religiosos o filosóficos prevalecientes (Ulloa, 2004).

El diagnóstico prenatal de un defecto congénito desencadena comúnmente una problemática emocional que afecta tanto a la mujer y a su pareja, como a los demás integrantes de la familia. En la mujer, el estrés se intensifica al requerir procedimientos médicos adicionales dirigidos al control y la vigilancia más estrictos del embarazo (Hernández, 2002). Halliday, Warren, McDonald, Rice, Bell y Watson (2001) mencionan que la mujer que experimenta un embarazo con diagnóstico de defecto congénito entra en ambivalencia con respecto al embarazo y a su hijo; tal ambivalencia también provoca un estado de constante estrés con altos niveles de ansiedad que condicionan un desajuste emocional. Valencia (2004) define estas reacciones como una actitud de conmoción o shock debido al diagnóstico que frecuentemente no tiene esperanzas de mejoría.

En la actualidad, el diagnóstico del estado de la salud fetal tiene incidencia en el manejo perinatal y, en algunos casos, en la realización de un tratamiento médico o quirúrgico prenatal e inclusive in-útero. Sin embargo, la mayoría de estas técnicas (amniocentesis, biopsia de corion, etc.), son procedimientos invasivos que generan en la pareja –y en especial en la madre– un grado elevado de ansiedad.

Este estado de ansiedad está relacionado con dos situaciones: la primera tiene que ver con los riesgos propios de los procedimientos, como podrían ser la ruptura prematura de membranas o el inicio prematuro del trabajo de parto, lo que pone en riesgo al embarazo y al producto; la segunda se relaciona con el miedo de que se confirme el defecto congénito en el bebé, lo que implica, a su vez, por un lado, preocupación por la salud y calidad de vida del hijo, y por otro, el temor a que no se cumplan las expectativas y los proyectos que se generaron alrededor del embarazo.

Con frecuencia, la mujer que enfrenta esta condición debe tomar una importante decisión con respecto a su embarazo: continuarlo o interrumpirlo (Mulder, et al. 2002), lo que la coloca inminentemente en una condición de duelo en donde pueden sentirse solas, abandonadas y desorientadas ante una situación crítica e inesperada y manifestar en mayor proporción los síntomas depresivos y ansiosos (Mota, 2007).

Rosenthal, Biesecker y Biesecker (2001) señalan que comúnmente se observa en las mujeres que viven esta situación, la incompreensión y la negación del problema cuando son informadas del diagnóstico prenatal de un defecto en su futuro hijo. Al principio, esta negación las protege del impacto emocional de esta adversidad; sin embargo, cuando inhibe la capacidad de resolver los problemas y limita la posibilidad de tomar acciones efectivas, la negación se vuelve desadaptativa. En segundo lugar, aparecen los sentimientos de tristeza y desilusión por la imposibilidad de ver concretados los proyectos alrededor de la maternidad; aparecen también los sentimientos de culpa como resultado de la percepción que tiene la mujer de ser totalmente responsables del bienestar del feto, así como el miedo frente a la posibilidad de fallecimiento del hijo y ante las fantasías generadas alrededor de su aspecto físico, calidad de vida, cuidados especiales y rechazo social (Tena et al. 2004).

Parte del problema psicológico de la mujer portadora de un feto con defecto congénito deriva de que tiene la sensación de enfrentarse con algo “irreal”, ya que le es difícil imaginar a su hijo malformado; la impresión de que alberga un niño “defectuoso” es fuente de gran angustia (Fernández, 1988). Al respecto, Savage (1992) menciona que las mujeres tienen unión afectiva con su hijo desde que se enteran de su embarazo por medio de la proyección. En su mente, se empiezan a formar imágenes del hijo con caracteres genéticos suyos, es decir, piensan en un hijo que tenga el cabello del mismo color que el del padre, los ojos de la madre, etc. En su gran mayoría estas imágenes son idealizaciones y representan niños saludables, lo que provoca una disonancia con la realidad.

Las investigaciones sobre el vínculo afectivo durante el embarazo mencionan que éste es un proceso iniciado antes del nacimiento, y que es esencial para garantizar la futura salud mental del niño. Este proceso se centra en el afecto y cuidado que se recibe, y es el producto de la activación de una serie de comportamientos tanto del niño como de la madre.(Cuadros, Mejía y Ocampo, 1987). Por tanto, en las mujeres que cursan un embarazo diagnosticado con defecto congénito es posible que se vea afectado el establecimiento de este vínculo afectivo con su bebé, ya que la futura madre cancela la conexión emocional con el feto por temor a perderlo (Caso, Grinblat y Fermepin, 2001).

Otro aspecto que genera alteraciones emocionales en las futuras madres de bebés con defectos congénitos es el someterse a las técnicas de diagnóstico prenatal, ya que se intensifica el nivel de estrés por tales procedimientos (invasivos o no invasivos); además, al desvanecerse las expectativas de tener un hijo sano y la imposibilidad de concretar los proyectos generados alrededor del futuro hijo, surgen síntomas depresivos así como sentimientos de temor relacionados con la capacidad para ejercer el rol materno de un hijo con discapacidades o limitaciones físicas (Rosenthal et al. 2001).

2.3.2 Respuesta emocional de la madre

Klaus y Kennell (1978) describieron cinco etapas emocionales que experimentan las mujeres ante el diagnóstico prenatal (véase cuadro 5).

Cuadro 5. Etapas emocionales ante el diagnóstico prenatal

Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3	Etapa 4	Etapa 5
Conmoción, llanto, sensación de impotencia, deseos de escapar de la situación.	Negación, incredulidad y minimización del impacto.	Tristeza, furia y ansiedad.	Disminución gradual de la ansiedad y cierta acomodación a la realidad.	Reorganización; es decir comienza a asumir la realidad.

Fuente: Klaus y Kenell (1978).

La evolución de las diferentes emociones es variable; es decir, algunos individuos no expresan reacción alguna y tienden a intelectualizar la situación, mientras que otros presentan estas reacciones de manera violenta y permanecen en un estado de pesadumbre por mucho tiempo. Al respecto, Mota (2007) señala que la forma y la intensidad con la que se manifiesta la sintomatología emocional en cada mujer depende de su estructura psicológica, de su historia de vida, del contexto que rodea a su embarazo y de otras pérdidas significativas.

Los resultados de varios estudios (McNeil y Gun, 1998; Ralston, Wertz, Chelmos, Craig y Bianchi, 2001; Geerinck- Vercammen y Kanhai, 2003) han mostrado que las reacciones emocionales de las madres ante el conocimiento prenatal del defecto congénito del feto, les permite asimilar, aceptar y prepararse para recibir a un niño con una malformación y, en los casos de defectos letales, elaborar el duelo. En 1993, Hunfel, Wladimiroff, Passchier, Venema-Van Uden y Frets, iniciaron el estudio de las reacciones emocionales presentadas en mujeres que tenían un embarazo avanzado (24 semanas de gestación o más) a las cuales se les había informado que sus bebés eran portadores de diversas malformaciones letales. Observaron que, si bien se incrementaron sus niveles de ansiedad y depresión durante la gestación, a los tres meses posteriores al parto estos niveles habían disminuido considerablemente, en contraste con mujeres que no habían sido informadas prenatalmente, quienes tuvieron dificultades para elaborar el duelo.

Cederholm, Sjoden y Axelsson, (2001) estudiaron el estrés psicológico en mujeres antes y después de someterse al estudio prenatal de cariotipo y concluyeron que una alta proporción de mujeres reportan estrés y ansiedad ante el procedimiento, por lo cual deben ser atendidas por profesionales relacionados con los procedimientos fetales invasivos.

La intensidad en las reacciones de angustia varía dependiendo de la etapa de la gestación en la que se realicen las pruebas de diagnóstico prenatal, siendo el segundo trimestre en el que se genera mayor malestar psicológico. (Tedgaard, Ljung y McNeil, 1999).

CAPÍTULO III

LA MATERNIDAD

A lo largo de la historia, la maternidad se muestra como un conjunto de creencias y significados en constante evolución, influidas por factores culturales y sociales, que se han apoyado en ideas en torno a la mujer, a la procreación y a la crianza. En el presente capítulo se revisarán primeramente los aspectos históricos que han influido en las diferentes definiciones el concepto de maternidad y a continuación se expondrán algunas consideraciones con respecto a la representación de la maternidad desde la perspectiva de la sociedad y desde la perspectiva de la mujer. Finalmente se presentan estudios relacionados con la medición de la actitud hacia la maternidad.

3.1 Concepto de maternidad

La maternidad es un concepto muy significativo tanto para las mujeres como para los hombres, y ha sido por largo tiempo uno de los elementos más poderosos para la autodefinition y autoevaluación de cada mujer, aun de aquellas que no han sido madres (Molina, 2006).

Para abordar el concepto de maternidad es necesario hacer la distinción entre la reproducción, como un hecho biológico y la maternidad como un hecho cultural y no instintivo; prueba de ello son las diferencias en la manera de llevar a cabo la maternidad y la crianza de los hijos en las diferentes culturas y épocas (Valladares, 1994).

3.1.1 La maternidad en sus orígenes

En un periodo inicial de la humanidad apareció como preponderante la presencia de la deidad hembra. Según Salamovich (2000), al observar que la vida emergía del cuerpo de una mujer, nuestros ancestros buscaron las respuestas a preguntas centrales acerca de la vida y la muerte en esta deidad. Desde esta perspectiva, se vio al universo como una madre bondadosa

que todo lo daba y en donde la tierra, en su fertilidad, representaba a la mujer. Se ignoraba la participación del padre en la procreación, mientras que era evidente la de la mujer, quien conservaba y nutría el germen en su seno y propagaba la vida de su clan en un mundo visible.

3.1.2 La maternidad en la mitología y la cultura griega.

En Grecia, la cultura arcaica prehelénica fue superada por la invasión de pueblos guerreros que impusieron un modelo patriarcal. La diosa se convirtió entonces en una esposa subordinada que dividió sus cualidades en múltiples diosas: las diosas vírgenes (Artemisa, Atenea y Hestia) que ampliaron los atributos femeninos, la competencia y la autosuficiencia, mientras que las diosas vulnerables (Hera, Demeter y Perséfone) mostraron papeles de esposa, madre e hija y expresaban necesidades de vinculación con los dioses masculinos (Devereux, 1989). Los griegos transformaron la visión original de la procreación sosteniendo que era el padre quien engendraba, mientras la madre sólo cumplía una función de cuidadora del germen depositado en sus entrañas.

3.1.3 La maternidad judeo cristiana

La teología cristiana, con sus raíces en el judaísmo, tuvo consecuencias en la historia de la mujer y de la maternidad. La primera raíz proviene del Génesis, en el que se muestra una imagen de Eva susceptible a la tentación y culpable de la desventura de Adán.

El nacimiento de Eva no fue autónomo, Dios no eligió espontáneamente crearla, sino que la destinó al hombre para salvarlo de su soledad. Ella encarna la carencia del hombre, por lo que el lugar de la mujer en la sociedad sería asignado por él. La segunda raíz corresponde al Nuevo Testamento, en donde una mujer induce con su pregunta al apóstol San Pedro a la negación de Cristo (Hays, 1998). La imagen de la mujer tuvo que ser revalorizada a través de la maternidad (la virgen María), la cual fue vista como una especie de expiación para que la mujer pudiera ser integrada a la sociedad, ya sea como virgen consagrada o como esposa dócil, con una vida de devoción al hijo.

3.1.4 *La maternidad en la Edad Media*

Según Duby y Perrot (1992), la Edad Media en Europa, entre los siglos IX y XIV, constituye uno de los periodos más misóginos de la historia, en donde se rompería el puente entre Eva y María, es decir, una María inaccesible se impone a una Eva no nombrada, alejándola como modelo cercano a las mujeres por su maternidad virginal. En esta valorización extrema de la virginidad, la mujer casada o viuda sólo podía ser una buena mujer a través del arrepentimiento y la penitencia.

En esta época se define a la maternidad en términos de los aspectos más fisiológicos de la función: procreación, gestación, parto y amamantamiento, lo que reafirma el papel que la naturaleza le ha asignado a la mujer. Su obligación respecto de los hijos era traerlos al mundo, pero la educación constituía una responsabilidad paterna, por ser considerada una actividad que requería sabiduría (Molina, 2006). Además, la esterilidad era vivida como condenación y como punto de ruptura de la unión de la pareja (Duby y Perrot, 1992).

3.1.5 *La maternidad en la Era Romántica*

Antes de la Revolución Francesa, la maternidad era entendida en términos de procreación, no como un compromiso con las necesidades de afecto del niño. Los niños eran considerados seres extraños y animalescos, demoniacos, capaces de lastimar a otros y a sí mismos. El castigo a los niños era válido como disciplina y su cuidado se encargaba a terceros, generalmente a mujeres, por considerarlas inferiores (Molina, 2006).

Este autor menciona también que entre los siglos XVII y XVIII ciertos grupos de la burguesía empezaron a considerar al niño como inocente y necesitado de protección. Entonces los criterios de crianza pasaron a ser responsabilidad del padre, la iglesia y la comunidad, no de la madre, quien sólo era valorada por su fertilidad, no por su capacidad de criar.

El filósofo suizo Rousseau (1762) señala a la maternidad como un objetivo central en la vida de las mujeres, apoyando la teoría biológica instintiva de la maternidad.

Ya durante la revolución industrial, los hombres se asociaron a la vida pública, mientras que las mujeres permanecieron en el dominio privado del hogar, quedando a cargo de la crianza de los hijos y de proveer los cuidados a la familia (Hays, 1998).

3.1.6 La maternidad en la Era Moderna

La función materna adquiere nuevas formas y contenidos a lo largo de los siglos XIX y XX, a medida que se van consolidando los procesos de industrialización, urbanización y el liberalismo político y económico (Brullet, 2004).

Las mujeres postmodernas, definidas como aquellas que asumen más directamente la orientación de su propia vida y que constituyen la vanguardia en términos de estilos de vida y de preparación cultural, son las que están contribuyendo de manera más directa a la transformación del sentido social de la maternidad y a la aparición de formas de maternidad menos convencionales como tener hijos a una edad más avanzada, al margen de la estabilidad de la pareja, y menos maternidades de tiempo completo (Solé y Parella, 2004).

Hacia fines del siglo XIX impera la idea de la razón y la lógica, y el desarrollo científico empieza a dominar la medicina, la administración pública y la crianza. Las mujeres, que eran vistas como incompetentes para el cuidado de los niños, tenían que aprender los aspectos relacionados con la crianza.

En el siglo XX se le da un mayor valor al hogar y a la maternidad. Las madres tenían la tarea de dar apoyo moral y emocional a su esposo e hijos. En este periodo, la maternidad es vista como una posición social por su contribución al bienestar social (Hays, 1998).

La maternidad pasa a ser una tarea constante, donde la madre es irremplazable para proporcionar una experiencia temprana constructiva. Es considerada también como un compromiso que requiere dedicación total, gran inversión de energía y recursos, conocimientos, capacidad de amor y subordinación de los propios deseos (Fonagy, 2001).

En la época moderna, las creencias llevan implícita la identificación entre mujer y madre. La maternidad es el objetivo central en la vida de las mujeres y la naturaleza femenina es condición de la maternidad (Hays, 1998).

3.1.7 La maternidad en la época actual

De acuerdo con Ehrenberg (2000), la sociedad actual ha ido dejando los criterios de la primera mitad del siglo XX, ampliando la libertad de elección de las mujeres y fomentando la realización personal, de tal manera que la maternidad empieza a ser considerada contraria a ésta. Poco a poco va aceptándose la idea de que la mujer postergue la maternidad para darle prioridad a otros aspectos de su vida.

Los conceptos relativos a la maternidad en la época actual están inmersos en las características sociales y culturales propias de la actualidad (igualdad de género, avances tecnológicos y científicos), lo que ha llevado a disminuir el número de hijos y a incrementar las oportunidades laborales para las mujeres y sus actividades fuera del hogar.

Los roles y las funciones que conformaban la identidad de la mujer ya no están claramente delimitados, y se han creado nuevos espacios de relación que la llevan a distintas formas de concepción de sí misma (Ehrenberg, 2000).

3.1.8 La maternidad en México

En México, la figura de la madre toma formas específicas. Una de ellas está muy relacionada con la religiosidad popular. Antes de la conquista, las culturas prehispánicas existentes no difirieron mucho en cuanto a la vivencia de la maternidad. Castelazo y Calderón (1970) señalan que los mexicas, al igual que los mayas, veneraban a algunas deidades relacionadas con el proceso de la procreación y la maternidad. Para los mexicas, Xochiquétzal (diosa de la fertilidad); Xoloti (diosa de los gemelos, los fetos “monstruosos” y el aborto) Tlazoltéotl (diosa del parto) y Metlacuéyeltl (diosa del puerperio) eran muy veneradas. Entre los mayas, Ixchel (la abogada o protectora de la maternidad) e Ixquic (diosa

de la fecundidad) eran diosas muy importantes. En estos pueblos, el matrimonio ocurría a edad temprana (entre los 14 y los 16 años), y la mujer al quedar embarazada era sumamente cuidada y protegida.

Ya en la época colonial, la virgen católica fue también una madre (Guadalupe-Tonantzin), cuyo atributo personal no era velar por la fertilidad de la tierra sino ser el refugio de los “desamparados”. En este periodo, el rol asignado a las mujeres era principalmente el de cuidadora de la familia y educadora de los hijos.

En la segunda mitad del siglo XIX, este rol entró en contradicción con el desarrollo industrial del país, que requirió de la mano de obra femenina y alejó a la mujer del hogar (Gutiérrez, 2000).

Arranz, Blum, Saucedo y Gutiérrez (2001) señalan que en la actualidad socialmente se espera que la mujer mexicana sea profundamente afectuosa, tierna y sobreprotectora de los hijos y que, con sus actitudes, sea la fuente de toda ternura y sentimientos. Díaz-Guerrero (1991) afirma que el patrón psicocultural de la familia mexicana está basado en dos premisas: la supremacía indiscutible del padre, y el absoluto auto sacrificio de la madre, de tal forma que las prácticas de la maternidad en nuestro país pasan por un lugar común que es el sentimiento de abnegación y victimización, acompañados por un tipo especial de pareja y una forma peculiar de educación a los hijos. Otro aspecto importante de la maternidad que fue explicado por Ramírez (1954), y que al parecer sigue vigente, es la sustitución que se hace en nuestra cultura de la sexualidad por la maternidad, es decir, la mujer mexicana acepta pasivamente el papel en el que la sexualidad le queda vedada y se premia la procreación.

Valladares (1997) señala que a través de la idea “mujer = madre”, la sociedad organiza el mito de la maternidad, y con él una serie de prescripciones que guían las diferentes acciones en el concebir, parir y criar a los hijos, así como los posibles proyectos para las mujeres. Esto coloca a la maternidad primordialmente como un hecho cultural y aprendido, y no como un proceso natural o instintivo.

3.2 Representación de la maternidad

Toda sociedad produce y reproduce un universo de significaciones imaginarias (construcciones que están dadas por la sociedad, que orientan y dirigen la vida de la propia sociedad y de los individuos que la integran), que dictaminan lo que es femenino y masculino y que forman parte no sólo de los valores de la sociedad sino también de las subjetividades de hombres y mujeres (Arranz, Blum y Morales, 2001). Estos autores refieren que existe en nuestra sociedad un discurso genérico sobre la mujer, así como un conjunto de significaciones posibles que cada grupo social va a jerarquizar y que va a ser interiorizado por los individuos dentro de una realidad posible, determinando sus actitudes hacia ésta.

3.2.1 Representación de la maternidad en la sociedad

La maternidad tiene lugar en contextos sociales, económicos y étnicos distintos y, en consecuencia, está sujeta a prácticas y manifestaciones diversas. Desde una dimensión social, no es posible hablar de un patrón único de maternidad, sino que es preciso identificar distintas maternidades (Soto, 2000).

Cuando se habla de la maternidad como experiencia universal se está aludiendo al instinto materno. Si se niega la influencia de las características socio-demográficas, históricas y culturales en la experiencia materna, ésta se sitúa claramente en el terreno de la biología. Este enfoque ignora las circunstancias, las relaciones de poder y los intereses que convierten a las mujeres en las principales responsables de la maternidad, en nombre de “habilidades” que se consideran inherentes a la condición biológica de ser mujer y que, por ende, nadie más puede asumir (Hays, 1998).

Partir de modelos “ideales” o “normales” puede provocar efectos negativos en la salud física y mental de las mujeres que no pueden o no quieren ajustarse a estos patrones. Estos imaginarios refuerzan la inseguridad y el sentimiento de culpa de muchas madres jóvenes, sobre todo las que tienen una vida diaria más complicada y difícil de sobrellevar.

Estudios como el de Soto, (2000) muestran que en las representaciones sociales de los latinos, la maternidad ha tenido un alto reconocimiento, aun cuando la forma de asumirla varía según el estrato social y la región cultural. A la madre se le rinde culto; a ella se le encargan las principales funciones de socialización y crianza de los hijos y el forjar hombres y mujeres que sean íntegros, productivos y funcionales a la sociedad. Una gran proporción de mujeres asumen solas la crianza de los hijos por varios factores: abandono del cónyuge, viudez o porque así consideran que podrían alcanzar una realización afectiva. La sacralización de la maternidad en los imaginarios sociales no corresponde a las demandas que la sociedad le hace a la mujer, por lo que se generan grandes paradojas entre el ideal y la realidad.

Para Paterna, Yago y Martínez (2004), la maternidad es un rol a partir del cual el género se hace notar, debido a que a la mujer se le conceptualiza como miembro de un grupo social; es decir, las madres puede percibirse como un grupo cuyos miembros comparten características comunes, como el hecho de tener hijos (aspecto que las diferencia respecto de los hombres), y al cual se ha asignado una identidad social positiva. Alvarado (2005) afirma que a través de la maternidad, la mujer adquiere ante la sociedad un reconocimiento, debido a que se le asigna el rol de cuidadora de los hijos, del marido y de los demás. Sin embargo, las circunstancias a las que se enfrenta producen contradicciones en la vivencia de la maternidad; la mujer se encuentra ante la función idealizada de la madre, pero también ante incontables barreras que le impiden sentirse satisfecha en ella o en otras formas de realización femenina. En otras palabras, los conceptos de mujer, madre e hija son asignados por la sociedad, estableciendo mitos para que quienes los encarnan cumplan con el encargo.

Paterna et al. (2004) afirman que socialmente la mujer es definida a partir de su función materna y de su función de esposa, es decir, desde fuera de sí misma. Esto somete a las mujeres a un proceso sistemático de desconocimiento de sí. El proyecto de vida de la mujer se dirige, como única salida, a la realización de la maternidad, reafirmado el mito “mujer = madre”.

Según Fernández (1982), la eficacia de este mito se estructura a partir de tres supuestos:

1. **La ilusión de naturalidad.** Se considera natural que la mujer sea madre. Se describe a la maternidad como un fenómeno de la naturaleza y no de la cultura, puesto que la mujer posee un aparato reproductor y un “instinto materno”.
2. **La ilusión de atemporalidad.** Dado que la función maternal se apunta en el orden de la naturaleza y no en el de la cultura, la maternidad fue “siempre así” y “siempre será así”. Esto impide pensar que la función materna cambia con el tiempo y hace invisibles los cambios en cuanto a las necesidades sociales respecto de sus individuos en general y de las mujeres en particular.
3. **A menos hijos más mito.** En siglos pasados, las mujeres estaban dedicadas a procrear desde su menarca hasta su menopausia. En la actualidad, el paradigma de maternidad en que se mueve dicha práctica ha cambiado y la mujer dedica menos tiempo de su vida a su función social reproductora (solo tiene dos o tres hijos), pero prolonga la crianza y el cuidado de los hijos durante casi toda su vida, es decir, al tener menos hijos y siendo la maternidad su función, su misión es dedicarse completamente a esos pocos hijos.

La representación social del mito “mujer = madre” organiza las conductas de las mujeres y sus aspiraciones, así como el conjunto de decisiones a partir de las cuales éstas transitan por sus vidas. De esta forma, las mujeres adquieren un reconocimiento social en tanto ocupen el imaginario que se les asigna: cuidadoras de hijos(as), del marido y de los demás (Alvarado, 2005).

Arranz et al. (2001) señalan que el deseo de la maternidad se va conformando a través de la historia personal de la mujer, en donde intervienen tanto su estructura subjetiva como su entorno sociocultural. Tales factores se manifiestan cuando una mujer decide y no logra ser madre. Este deseo es reforzado, desde afuera, por un entorno social que valora predominantemente a la mujer como madre en detrimento de otras identificaciones.

Sin embargo, a pesar de que tanto el papel de la mujer en la sociedad como sus expectativas han ido cambiando, el mito de la maternidad intensiva sigue estando arraigado en el imaginario colectivo, pese a que en la práctica cotidiana no siempre es operativo. Este dilema ante aspiraciones incompatibles genera un fuerte sentimiento de frustración, estrés, angustia y culpabilidad, y es que continúa creyéndose que la crianza de los hijos es una responsabilidad privada que, en un contexto óptimo, con suficientes recursos económicos, se tendría que llevar a cabo dentro del hogar, a cargo de la madre, de tiempo completo, sin contar con apoyo social externo.

El arraigo de este modelo social de maternidad ideal es incompatible con el hecho de que las madres trabajen fuera de casa, lo cual refuerza la inseguridad y el sentimiento de culpa de muchas de ellas, sobre todo de las que tienen una vida profesional, afectiva o cotidiana complicada o atípica. Esta falta de correspondencia entre prescripciones ideológicas y la vivencia de la maternidad genera insatisfacción, estrés, renunciaciones y sacrificios (Solé y Parella, 2004).

3.2.2 Representación de la maternidad en la mujer

Si bien en nuestra cultura occidental la maternidad es el principal organizador de la vida de la mujer, las pautas que transmite cada sociedad, por ejemplo, en cuanto al momento para ser madre o al número de hijos, varían en los diferentes estratos socioculturales.

Según Marcús (2006), la forma en que la mujer percibe y vive la maternidad es diferente en función de su generación (adolescente, joven o adulta), el lugar de nacimiento (urbano, rural o extranjero), y el estrato socioeconómico (bajo, clase media, o alto). Romero (2002) señala que la maternidad en los sectores populares es vivida por las mujeres como un atributo de la esencia femenina, como algo natural que le otorga sentido a su vida. Para ellas, los hijos tienen un valor simbólico, que les permiten afirmar su identidad y constituyen una fuente de legitimidad social, de autoridad moral y de gratificación emocional (Turbet, 1991).

La maternidad en estos sectores también es vista como una fuente de poder, ya que las reivindica frente a su comunidad al mismo tiempo que les permite ejercer un control sobre sus hijos. La precariedad material en la que viven y las pocas posibilidades de realización laboral, sumados a que son expulsadas tempranamente del círculo educativo, terminan imponiéndose y establecen que la maternidad sea la única vía de afirmación y realización personal. Así, las pautas culturales refuerzan el sentido positivo de la maternidad (Marcús, 2006). En un estudio realizado en población mexicana, Sollova (2001) encontró que para las mujeres que se caracterizaban por poseer ingresos económicos bajos, un pobre nivel educacional y baja calificación profesional, los hijos constituían el sentido de su vida; su identidad estaba basada en ser madres y esposas.

En estos estratos, la incorporación al trabajo fuera del hogar se encuentra motivada principalmente por el bienestar de los hijos; sin embargo, como lo menciona Fagetti (1999), el enfrentamiento de este modelo cultural tradicional, que señala a la maternidad como el eje de la identidad femenina, se enfrenta con la realidad laboral, provocando un choque en la formación de la identidad femenina.

En cuanto a los sectores medios y altos, Marcús (2006) plantea que mientras más jóvenes, instruidas y activas son las mujeres, asocian en menor grado el logro y la felicidad femeninos con la maternidad. En ellas persiste el deseo de desarrollarse en el mundo del estudio y el trabajo. La maternidad se posterga hasta alrededor de los treinta años, planificándola en relación con otros aspectos de la vida.

En un estudio llevado a cabo por Calderón, Dávila y Ortiz (1996) con mujeres embarazadas de diferentes niveles socioeconómicos, se encontró que quienes tienen un nivel educativo superior y además un estrato socioeconómico alto no perciben a la maternidad como única fuente de realización, sino que poseen otras fuentes importantes, como el placer sexual, el éxito profesional y el éxito laboral.

Los resultados de la investigación de Beck (2003) sobre las mujeres jóvenes con un nivel educativo elevado en España ponen de manifiesto una paradoja en donde la maternidad deja de ser el único elemento central del proyecto vital y de las trayectorias biográficas de las mujeres, y pasa a ser un complemento de su profesión, la cual se coloca, en algunos casos, en primer lugar en su escala de valores. La maternidad se percibe como obstáculo para el éxito profesional; de manera que tener un hijo se asocia con la reducción de libertad, la incompatibilidad con una vida profesional intensa y la carencia de control sobre el propio proyecto de vida.

En consecuencia, la imagen que tiene la mujer de sí misma ha ido modificándose; ya no se ve sólo como madre y, como resultado de su cada vez mayor conocimiento sobre planificación familiar y de los avances tecnológicos en el control de la fertilidad y la infertilidad, ejerce más control sobre su maternidad, de tal manera que se retrasa la llegada del primer hijo y reduce el número de ellos (Soto, 2000). Sin embargo, este cambio no ha ido acompañado de una transformación en la imagen que la sociedad tiene de la maternidad, pues se mantiene el arquetipo de que la mujer debe ocuparse directamente del cuidado de los hijos. Es decir, los cambios estructurales que han permitido que la mujer se incorpore a las esferas laboral y profesional no necesariamente han conducido a cambios simbólicos alrededor de la maternidad “ideal”, ya que continúa vigente la influencia del modelo tradicional de la maternidad de tiempo completo. Este hecho puede explicar la discordancia entre los deseos y la realidad de la mujer profesionista o que trabaja fuera del hogar.

3.3 Actitudes hacia la maternidad

Las actitudes hacia la maternidad no han cambiado al mismo ritmo que lo han hecho las actitudes hacia otros aspectos que involucran diferentes roles en la mujer, lo cual ha provocado ideas contradictorias que han formado parte del mito de la maternidad (Astbury, 1994).

Hare-Mustin y Broderick (1979) realizaron un estudio sobre las actitudes hacia la maternidad en mujeres y hombres norteamericanos, para el cual desarrollaron el Motherhood Inventory (MI), un cuestionario de 40 reactivos con preguntas acerca de la anticoncepción, el aborto, la adopción, las madres solteras, la relación de pareja y las actitudes hacia la maternidad “ideal” y hacia la “mala” maternidad. Las autoras concluyen que las mujeres poseían actitudes liberales hacia la maternidad y que las de los hombres eran más conservadoras.

Warner, Appleby, Whitton y Faragher (1997) estudiaron la relación entre las actitudes hacia la maternidad y la depresión posparto en mujeres puérperas, utilizando el Maternal Attitude Questionary (MAQ). Sus resultados indicaron que las actitudes desfavorables hacia el rol de madre están relacionadas con la sensación de rechazo social y síntomas depresivos en el posparto. El estudio de Hart y McMahon (2006) mostró que los síntomas elevados de ansiedad se relacionaban con una integración materno-fetal pobre y con actitudes negativas hacia la maternidad y hacia la idea de ser madre.

En otro estudio sobre actitudes hacia la maternidad realizado por Bankart (1989) en población japonesa, se utilizó el Inventario para la maternidad (MI) y se encontró que las mujeres japonesas jóvenes de 20 a 26 años tuvieron actitudes menos favorables hacia la maternidad, mientras que las mujeres mayores de 45 a 65 años manifestaron la idea de que la maternidad es el medio por el cual la mujer se realiza completamente. Además, al igual que en el estudio de Hare-Mustin y Broderick, (1979), los hombres japoneses tuvieron actitudes hacia la maternidad más conservadoras que las mujeres.

En Rusia la maternidad es vista como un deber de la mujer y poco se relaciona con la satisfacción de ser madre, lo que ha generado un conflicto para las mujeres rusas modernas quienes ejercen la maternidad como una exigencia social y no como parte de una realización personal (Isupova, 2002).

Cote y Arsenau (2007) utilizaron el MAQ para comparar las actitudes de mujeres que habían sufrido un aborto con las de quienes habían llegado con éxito al término de su embarazo. Encontraron que las primeras valoraban más la maternidad que estas últimas.

En suma, los hallazgos de investigación respecto de la medición de las actitudes hacia la maternidad muestran que las actitudes de las mujeres han ido transformándose y las de los hombres permanecen sin mayor cambio. Se observa, además, que las mujeres jóvenes, las que poseen un alto nivel educativo, quienes son profesionales, y aquéllas con nivel socioeconómico medio o alto tienden a tener actitudes desfavorables hacia la maternidad.

CAPÍTULO IV

EL DUELO

En la mayoría de las culturas, la muerte ha sido temida por el ser humano, ya que le parece inconcebible imaginar un verdadero final de la vida aquí en la Tierra y generalmente se atribuye a una intervención del mal (Kubler-Ross, 1997). Por tanto, constituye un acontecimiento aterrador.

En el presente capítulo se expone el estudio del proceso psicológico que sufren las personas que enfrentan la muerte de un ser querido. En la primera parte del capítulo se expone el concepto de duelo y su proceso; a continuación se abordan las principales teorías que lo explican, así como las diferentes etapas que comprende; posteriormente, se describe el duelo patológico y el perinatal. En la última sección del capítulo se expone la intervención psicológica para el duelo perinatal, y se concluye con los instrumentos desarrollados para medir este tipo de duelo.

4.1 Concepto de duelo

Aunque el duelo se presenta como una reacción adaptativa normal ante la pérdida de un ser querido o de una circunstancia significativa, es un acontecimiento vital estresante de primera magnitud, que tarde o temprano hemos de afrontar casi todos los seres humanos (Landa y García, 2004).

La palabra "duelo" proviene del término latino *dolus* que significa dolor y es la respuesta a una pérdida o separación. En su escrito "Duelo y melancolía" (1917), Freud se refirió al duelo como un afecto normal que se presenta en los seres humanos como reacción a la pérdida de una persona amada o de una abstracción como la patria, la libertad o un ideal. En este sentido, el duelo no sólo se presenta frente a la muerte de un ser querido, sino también en situaciones que impliquen para la persona la evidencia de una falta de algo que ha dejado atrás y que no volverá a recuperar, pero del cual permanece un recuerdo.

Al duelo se le puede definir como el proceso doloroso por el que pasa una persona que sufre una pérdida y que involucra sus pensamientos, sentimientos (incluyendo los síntomas físicos y emocionales) y acciones (Soler y Jordá, 1996).

Éste es un proceso normal, para el que todas las personas están capacitadas; es único e irrepetible, dinámico, cambiante momento a momento y variable de persona a persona, y ocurre entre familias, sociedades y culturas. (Kubler-Ross, 1997). Para recuperar el estado de equilibrio, tanto en la esfera de lo psicológico como en la de lo fisiológico se requiere de un periodo de tiempo (Worden, 1997). Kübler-Ross, menciona que el duelo tiene la finalidad de emancipar los lazos afectivos de cariño y lealtad hacia la persona fallecida, así como readaptarse al ambiente y a la creciente formación de relaciones nuevas.

El duelo, en suma, es el proceso de adaptación que sigue a las pérdidas, sean éstas simbólicas o físicas (Rando, 1991), y comprende tanto las repercusiones directas de las pérdidas como las acciones que se emprenden para manejar estas consecuencias y adaptarse a la ausencia de la persona.

La intensidad y las alteraciones que ocurren en el doliente durante este proceso dependen de los siguientes factores (Parkes, 1998):

- La relación emocional y de dependencia con el ser perdido.
- Las circunstancias de la muerte.
- El tiempo de preparación para la pérdida.

4.2 Teorías sobre el duelo

Las teorías más importantes que han explicado el proceso de duelo son: la psicoanalítica, la del vínculo, la sistémica, la cognitivo conductual y la constructivista.

4.2.1 Teoría psicoanalítica

En su obra “Duelo y melancolía” (1917), Freud señala que, ante la pérdida real o simbólica, el aparato psíquico tiene un objetivo muy preciso: desligar al deudo del objeto perdido. Desde esta teoría, el resultado normal del duelo consiste en quitar la libido de ese objeto y desplazarla a uno nuevo. Esta tarea se ejecuta bajo el mandato de la prueba de realidad; el sujeto es renuente a abandonar la posición libidinal ganada, pero finalmente, arrastrado por las satisfacciones narcisistas del vivir, la abandona.

Para este modelo, el desenlace normal o patológico del duelo es algo que se determina dentro del aparato mental, al desplazar la energía libidinal a un nuevo objeto o al quedar “fijada” a la persona perdida (Fernández y Rodríguez, 2002)

Otro modelo de duelo de base psicoanalítica que ha influido significativamente en la comprensión del duelo es el desarrollado por Enrich Lindemann (1944), ya que sirvió de base a toda la estrategia de prevención primaria mediante la intervención en crisis. Según Lindemann, el duelo agudo constituye un síndrome que se caracteriza por:

- a) Malestar somático (síntomas respiratorios, debilidad y síntomas digestivos).
- b) Preocupación por el difunto.
- c) Culpa.
- d) Reacciones hostiles.
- e) Desestructuración de la conducta, que puede acompañarse de la aparición de rasgos o características del fallecido en el comportamiento del doliente.

Lindemann (1944) describe el curso del duelo normal y las posibles intervenciones de salud mental que lo facilitan. Identifica también reacciones patológicas de duelo (duelo diferido, diversas formas de duelo distorsionado) que pueden aparecer si el proceso no se lleva a cabo por completo.

4.2.2 Teoría del vínculo

John Bowlby (1980) fue el creador de la teoría del apego, la cual constituyó un nuevo paradigma. Bowlby abandonó la metapsicología económica y el modelo pulsional, incluida la noción de libido.

En su teoría, es central el concepto de información inspirado en el evolucionismo darwiniano. Para Bowlby (1980) el individuo no es una fuente energética en sí misma sino un sistema abierto que intercambia información con su ambiente. A las motivaciones sexuales y de nutrición postuladas por Freud, Bowlby agregaría el apego, cuya función es brindar protección y seguridad a la cría, humana o animal. El apego satisfecho se convierte en un lazo de amor entre cuidador y apegado. La importancia adjudicada al vínculo de apego se articula con la importancia psicopatológica atribuida a la ansiedad de separación y a la pérdida y el duelo. Este autor, no atribuyó al psiquismo la tarea de control y descarga de los estímulos (modelo económico), sino la de procesamiento de información con la función de sostener el vínculo.

Tales cambios implicaron una modificación parcial en la teorización del trabajo de duelo. En este marco conceptual, el supuesto de que el deudo debe separarse categóricamente del objeto pierde su fuerza. Bajo este modelo, el núcleo del trabajo de duelo no consiste en el retiro de la energía libidinal de la representación del objeto perdido, sino en la imperiosa necesidad del sobreviviente de llamar y buscar a la figura perdida. En el deudo coexisten la creencia y la incredulidad de que ha ocurrido la muerte, que impulsa la búsqueda del fallecido. Se acepta la amarga realidad sólo después de que el sobreviviente fracasa, una y otra vez, en sus intentos imaginarios de recuperarla, lo que le lleva a una reorganización de sí mismo y de los otros. Lo central del proceso es la búsqueda y recuperación de la figura de apego, lo que el sobreviviente intenta por todos los medios. Las alucinaciones, ilusiones, sueños, identificaciones, intentos de suicidio y hasta conductas de deambulación y fugas del pensamiento son síntomas de la búsqueda no consciente del fallecido (Bowlby, 1980). Según él, esta necesidad de búsqueda tiene raíces primitivas.

4.2.3 Teoría sistémica

Desde el punto de vista de esta teoría, la pérdida o amenaza de pérdida de un miembro es la mayor crisis que afronta un sistema. Ante la crisis, si el sistema tiene suficientes recursos, reaccionará con un cambio adaptativo. Si no los tiene, el sistema puede desaparecer (Bowen, 1976). La reorganización del sistema familiar requiere tiempo. Es necesario entonces adoptar una conducta defensiva de su integridad. La familia pone en marcha mecanismos de defensa, reforzados socioculturalmente, que tienen como objetivo su mantenimiento: reagrupamiento de la familia nuclear, intensificación del contacto con la familia extensa o con personas cercanas afectivamente a la familia, disminución de la comunicación con el medio externo, apoyo sociocultural a la continuidad de la familia, exigencia de tregua en los conflictos familiares y conductas de debilidad con reclamo de protección (Lang, Gottlieb y Amsel, 1996).

4.2.4 Teoría constructivista

El constructivismo ve a los seres humanos como constructores de significados organizados alrededor de un conjunto de creencias nucleares que determinan la percepción que tenemos de los acontecimientos vitales y que orientan nuestra conducta (Neimeyer y Mahoney, 1995).

Desde el punto de vista del constructivismo social (Averill y Nunley, 1993), el duelo es un proceso emocional y como tal tiene que ver con la manera en que las personas construyen los acontecimientos que ocurren alrededor suyo. Dicha construcción depende de creencias y valores propios de la cultura, ya que se asume que no existe un "programa de conducta" innato, independiente de dichos valores culturales. Además, el propio estado emotivo refuerza las creencias culturales y éstas, a su vez, modelan la forma en la que se expresa la emoción. El duelo es el proceso por medio del cual una persona que ha perdido algo o a alguien significativo es capaz de reconstruir su mundo y a sí mismo. Se trata de dotar de un nuevo sentido a los elementos con los que el sujeto debe construir su realidad.

Neimeyer (2002) señala que el proceso fundamental del duelo es el intento de reconstruir el propio mundo de significados. Desde esta teoría, las emociones se ven como parte de nuestro proceso de construcción de significados, como manifestaciones externas de procesos de construcción difíciles de observar, es decir, cada sentimiento cumple una función y debemos respetarlo como parte del proceso de reconstrucción de significados.

Dentro de este modelo constructivista, Viney (1991) señala que el duelo posee las siguientes características:

1. No tiene un carácter universal, es decir las personas que sufren una pérdida no manifiestan respuestas emocionales semejantes; por el contrario, no existen dos personas que experimenten el mismo dolor ante la misma pérdida.
2. El duelo es un proceso activo, que empuja a los supervivientes a entrar en un periodo de toma acelerada de decisiones.
3. Los procesos de reconstrucción de significados que acompañan a la elaboración del duelo no pueden entenderse separados del entorno social del superviviente.

4.3 Proceso de duelo

La muerte de un ser querido es uno de los eventos más difíciles que afrontan los seres humanos. Cuando esto sucede, se activan mecanismos psíquicos que se encargan de ayudarlo a enfrentar y a superar el acontecimiento. Bonanno (2001) afirma que la forma en que las personas expresan el duelo está estrechamente relacionada con la cultura a la que pertenecen (por ejemplo, vestirse de negro), a las situaciones que rodean dicha pérdida, a la edad de la persona que fallece y si dicha muerte fue anticipada (por ejemplo, en personas enfermas) o repentina (por ejemplo, las muertes violentas).

Las personas que sufren pérdidas afectivas atraviesan un proceso de duelo y es inevitable sentir tristeza ante semejante acontecimiento. En el duelo, la pérdida es real, se pierde un objeto del mundo externo y se sabe cuál es. La persona comienza a mostrar conductas anormales (no patológicas), que va superando con el paso del tiempo. Hay una menor productividad y el mundo queda pobre y vacío (Vargas, 2003).

El trabajo psicológico del duelo es un proceso complejo que implica deshacer los lazos contraídos con el ser querido para enfrentarse al dolor de la pérdida.

3.3.1 Etapas del duelo

Casado (2001) señala que el duelo se inicia inmediatamente después o en los meses siguientes a la muerte de un ser querido y está limitado a un período de tiempo que varía de persona en persona.

Para su estudio, el proceso de duelo se ha dividido en varias etapas (Horowitz, Wilner, Marmar & Krupnick1, 1980; Kubler-Ross, 1997;). Bowlby (1980) describe cuatro fases:

1. **Embotamiento de la sensibilidad.** Comienza cuando el familiar muere. Su duración oscila desde unas horas hasta una semana. Los deudos se sienten aturdidos e incapaces de aceptar la realidad. Suelen continuar con sus actividades cotidianas en forma automática. En esta etapa aparecen sentimientos de rabia y dolor muy intensos.

2. **Anhelo y búsqueda de la figura perdida.** Comienza días después de la muerte y puede durar algunos meses o hasta un año. A medida que comienza a hacerse realidad la pérdida, surgen pensamientos obsesivos respecto de la persona perdida. En esta fase se mezclan el dolor, la rabia y la búsqueda desesperada.

3. **Desorganización y desesperanza.** Algún tiempo después de la pérdida, al imponerse la realidad, se intensifican los sentimientos de soledad y desesperanza. La persona acepta finalmente la pérdida y cae en depresión y apatía.

4. **Reorganización.** Es la última fase, que se inicia más o menos al año de la pérdida. El deudo se encuentra en condiciones de aceptar la nueva situación y es capaz de redefinirse a sí mismo y al nuevo contexto el cual no incluye a la persona perdida.

A diferencia de la mayoría de los autores que dividen al proceso de duelo en etapas, Worden (1997) señala que, debido a que el duelo es un proceso y no un estado, la persona en duelo tiene que realizar un “trabajo de duelo”, el cual implica un esfuerzo y no sólo transitar “pasivamente” por las fases. Por tanto, no propone fases sino tareas del duelo:

1. **Aceptar la realidad de la pérdida:** El deudo tiene que afrontar plenamente que la persona ha muerto, que se ha marchado y no volverá, asumiendo que el reencuentro es imposible. Esta tarea lleva tiempo porque implica no sólo una aceptación intelectual sino también emocional.

2. **Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida:** Es necesario que la persona reconozca su dolor, lo sienta y lo exprese; de lo contrario, éste puede manifestarse mediante síntomas físicos o conductas disfuncionales.

3. **Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente:** Implica desarrollar nuevas habilidades y asumir nuevos roles.

4. **Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo:** Consiste en retirar la energía emocional del fallecido y reinvertirla en otra relación, es decir, es encontrarle al fallecido un lugar adecuado en la vida emocional del deudo, un lugar que le permita continuar viviendo de manera eficaz en el mundo.

Bonano y Kaltman (2001) describen el proceso de duelo normal a través de los síntomas que va presentando el deudo. Indican que desde unas pocas horas hasta una semana después del deceso se cursa tanto con embotamiento como con liberación emocional intensa, no siendo consciente de lo sucedido y mostrando una conducta semiautomática. La ansiedad es la emoción predominante que produce igualmente un estrechamiento del campo de la conciencia. Después de varias semanas o meses, se inicia la sintomatología depresiva inhibida, seguida de irritación y aislamiento. Dentro de los siguientes seis meses a un año aproximadamente, la persona retoma su nivel de funcionamiento previo, y es capaz de establecer nuevos lazos afectivos.

4.4 Duelo anticipado

El duelo no siempre es consecutivo al fallecimiento. En múltiples casos el carácter previsible de la muerte del ser querido provoca una reacción emocional que se denomina "duelo anticipado". Esta situación puede atenuar el choque emocional frente al deceso y facilitar la resolución del duelo posterior, o bien, estrechar la relación entre el moribundo y el doliente, intensificando el posterior sentimiento de pérdida y complicando la evolución normal del duelo (Vargas, 2003).

El duelo anticipado es un fenómeno que abarca diferentes procesos: interactuar, afrontar, planear, elaborar el duelo y organizarse psicosocialmente. Estas acciones se estimulan a raíz de estar consciente de la pérdida inminente de un ser querido y del reconocimiento de otras pérdidas en el pasado, presente y futuro (Bejarano y Jaramillo, 1992). Ortiz (1998) se refiere al duelo anticipatorio como el trabajo de duelo que se efectúa antes de haber perdido al ser amado.

Worden (1997) menciona que los factores relativos a la identidad del moribundo, su personalidad, las características de sus relaciones familiares preexistentes y los recursos económicos, son variables que determinan el proceso de duelo anticipatorio de los familiares al conocer el pronóstico letal.

4.5 Duelo patológico

El duelo patológico se ha descrito como aquel en el que se presentan alteraciones tanto en el curso como en la intensidad del duelo. Tanto Bowlby (1980) como Parkes (1998) describen dos tipos de duelo patológico: crónico y evitativo.

En el duelo crónico, las respuestas emocionales que siguen a la pérdida perduran por largo tiempo y generalmente con mucha intensidad. Estas respuestas son, por lo general: pena, accesos de cólera y auto reproches. El síntoma principal que aparece es la depresión, la cual a menudo se combina con ansiedad. El individuo es incapaz de replanificar su vida, apareciendo una desorganización psicológica. Este tipo de duelo, según Parkes, suele desarrollarse cuando la relación existente con la figura perdida se caracterizaba por la dependencia.

El duelo evitativo se refiere a aquél en el que el sujeto es incapaz de elaborar el duelo; por el contrario, mantiene la organización de su vida de manera muy similar a como era antes. Sin embargo, aparecen dolencias psicológicas y fisiológicas y la persona llega repentinamente a un estado de depresión aguda. Este tipo de duelo puede ocurrir frente a una pérdida inesperada y en pérdidas en las que el deudo ha tenido una relación ambivalente, es decir, personas por las que se experimentan al mismo tiempo sentimientos opuestos.

4.6 Duelo perinatal

La muerte de un hijo al inicio de la vida es una gran ruptura en el proceso natural de la vida, ya que rompe con las expectativas y procesos biológicos (Noppe, 2000). El dolor experimentado por la pérdida de un hijo está considerado como uno de los estresores emocionales más intensos que puede experimentar un ser humano a lo largo de su vida (Janssen, Cuisinier, Graauw y Hoogduin, 1996). Algunos autores (Defey, 1995; Hughes y Riches, 2003; Turton, Hughes y Evans, 2002) han descrito la pérdida de un hijo como una experiencia especialmente traumática, que mina la capacidad de reflexión emocional y

limita la disponibilidad de los padres con sus otros hijos. Al respecto, Roitman, Armus y Szwarc (2002) mencionan que el que no exista nominación alguna para quien ha experimentado la muerte de un hijo, a diferencia de la persona que pierde al cónyuge, a quien se le denomina viudo(a), o a quien tempranamente pierde a los padres, al cual se le llama huérfano (a), refleja algo del enorme sufrimiento que esta situación conlleva.

Según González (2002), la muerte perinatal gnoseológicamente tiene dos vertientes: por un lado, el llamado aborto habitual, que se refiere a la interrupción espontánea de la gestación antes de las 16 semanas, y el parto prematuro, cuando hay una interrupción después de la semana 16. Dentro de la muerte perinatal están incluidos también el óbito (muerte intrauterina del feto) y la muerte neonatal (que comprende el periodo que va desde el momento de nacimiento hasta el primer mes de vida).

El duelo perinatal es una situación única de luto en la que las expectativas y la elaboración de planes para una nueva vida se cambia por desesperación y dolor (Radestad, Steineck, Nordin y Sjogren, 1996). La muerte perinatal es quizá la única situación en donde una mujer experimenta literalmente la muerte de otro dentro de ella misma (Clark, 2006).

Adolfsson, Larsson, Wijma y Bertero (2004) señalan que la muerte intrauterina representa una pérdida significativa de la percepción que tiene la madre del funcionamiento adecuado de su cuerpo y que se asocia además con la autoimagen y con sus sentimientos de valía.

En la pérdida perinatal está incluida también la pérdida de la creación de una nueva vida, la pérdida de la esperanza, de los sueños, del hacer planes y la pérdida de trascendencia de ambos padres. La muerte de un bebé no es parte del orden natural de la vida, ya que no se espera que los hijos mueran antes que sus padres (Swanson, 1999).

Sin embargo, a pesar de que la pérdida perinatal es una experiencia muy dolorosa para los padres, frecuentemente es poco reconocida socialmente, es decir, las acciones sociales ante la pérdida, tales como el funeral y las tradiciones asociadas, están ausentes (Clark, 2006).

4.6.1 Respuesta emocional ante la pérdida perinatal

La muerte perinatal coloca a la mujer inevitablemente en un proceso de duelo que genera un gran número de comportamientos y reacciones emocionales. Por principio, el estado de ánimo depresivo, la ansiedad, la irritabilidad, los trastornos de la alimentación y del sueño son parte de esta reacción (Forrest, Standish y Baum, 1982). También se ha reportado que el 20% de las mujeres que sufren una pérdida perinatal manifiestan trastorno de estrés post-traumático (Turton, et al. 2002).

Aunados a estos factores emocionales existen también componentes de tipo social que contribuyen a modificar en mayor o menor grado las reacciones de duelo e incluso, en algunos casos, la complican. Al respecto, Statham (1992) encontró que las escasas redes de apoyo de la pareja y la falta de otros apoyos sociales de familiares y amistades, así como una historia de problemática emocional o mental y una personalidad premórbida neurótica, intensifican y prolongan el proceso de duelo. Otros factores que matizan la respuesta ante la pérdida tienen que ver con las condiciones particulares de vida y con la historia personal, como las circunstancias en las que se dio el embarazo, el número de embarazos, las condiciones económicas y una historia de pérdidas (Brier, 2004).

Hughes y Riches (2002) han estudiado los efectos del tipo de contacto con el niño fallecido sobre la sintomatología psiquiátrica (depresión, ansiedad, síndrome por estrés postraumático, etc.) y otras variables de efecto a largo plazo, como la calidad del vínculo con el siguiente hijo. Sugieren que las madres que optaron por no ver y tocar a su hijo muerto, obtenían mejores resultados, como índices de depresión más bajos en su siguiente embarazo, que las que se acercaron y tocaron a su hijo. Guardar fotos y realizar un funeral no mejoró las variables estudiadas. Sin embargo, la satisfacción con la atención recibida por el personal de salud se asoció con un contacto posterior por un asistente social, con aceptar material explicativo acerca del duelo y con guardar un objeto que recordara a su hijo.

Cordero, Palacios, Mena y Medina (2004) afirman que las etapas inmediatas de duelo en los padres frente a la muerte del recién nacido son semejantes a las que se tienen frente a la muerte de un adulto: shock, negación, ira, depresión, negociación y aceptación, y que tienen que realizar el proceso de duelo para resolverlo.

4.6.2 *Intervención en el duelo perinatal*

Debido al impacto emocional que sufren las mujeres ante la muerte de su hijo durante el periodo perinatal es importante considerar dos aspectos en el manejo psicológico: el primero se refiere al manejo cuando se da la noticia del fallecimiento, y el segundo al apoyo psicológico en el duelo (Tena, et al, 2004).

En cuanto al manejo al comunicarle a la madre la noticia del fallecimiento, estos autores recomiendan:

- a) Crear por parte del equipo de salud, un clima adecuado que proporcione seguridad y confianza, manteniendo una actitud de cercanía, respeto y empatía con la mujer.
- b) Procurar que la información que se brinde sea clara y verdadera con respecto al fallecimiento del bebé.
- c) Comprobar la comprensión de la información, así como fomentar la expresión de dudas y temores.
- d) Permitir la expresión de los sentimientos.
- e) No minimizar la pérdida por tratarse de un feto.

En cuanto al apoyo psicológico en el proceso de duelo, Sánchez (2007) menciona que luego de una pérdida perinatal las áreas más deterioradas que requieren de una intervención psicoterapéutica son: el autoconcepto, la autoestima, la autoimagen y los sentimientos de culpa. Estos aspectos, que se ven matizados por la ideología y la cultura, orientan la intervención hacia el concepto de mujer, promoviendo la búsqueda de alternativas para orientar su autoimagen y su valía en otros ámbitos a parte del de la maternidad (Mota, 2007).

En el año 2000, Lasker y Toedter compararon un total de 22 investigaciones en las que se había utilizado la Escala de Duelo Perinatal para determinar la intensidad del duelo. Encontraron que los puntajes bajos en la escala total de duelo se relacionaban consistentemente con el género masculino, con edades mayores, edades gestacionales tempranas, mayor tiempo transcurrido desde la pérdida, salud mental, buena relación marital y apoyo social.

Siguiendo el enfoque de la teoría del duelo propuesto por Worden (1997), la intervención psicológica durante el proceso de duelo va encaminada al cumplimiento de los siguientes objetivos:

1. Aceptación de la muerte del bebé mediante la confrontación con la realidad.
2. Exteriorizar emociones, ya que es muy común que las madres bloqueen el afecto negando el dolor que está presente.
3. La mujer no solo debe adaptarse a la pérdida de su hijo, sino que también debe enfrentarse a la pérdida de su rol de madre. Zaiger (1985) a partir de sus estudios sobre el proceso de duelo ante la pérdida de un hijo, postula que para las mujeres que definen su identidad a través de su relación y el cuidado a sus hijos, el duelo representa también la pérdida de sí mismas.
4. Reorganizar los sentimientos hacía el bebé muerto, lo que implica emanciparse del apego con su hijo.

Al igual que en otros duelos, en el perinatal existen factores que pueden transformar el proceso normal en un duelo complicado. Estos factores son: pérdidas significativas previas que no pudieron resolverse en su momento y que vuelven a cobrar significado a la luz de la pérdida perinatal, una estructura emocional fragilizada y un padecimiento de patología emocional (trastornos de ansiedad, depresivos, de personalidad, etc.) previo a la pérdida (Forrest et al., 1982), para lo cual se requieren tratamientos tanto psicológicos como psiquiátricos.

4.6.3 Medición del duelo perinatal

Con el objetivo de evaluar el proceso de duelo perinatal, se han desarrollado escalas psicométricas. Una de ellas es la Perinatal Bereavement Grief Scale (PBGS), construida por Ritsher y Neugebauer (2000), la cual consta de 38 afirmaciones que miden tanto la sintomatología del duelo como el anhelo por el bebé fallecido. Esta escala fue probada en 304 mujeres quienes habían sufrido un aborto, obteniendo un índice de confiabilidad (α de Cronbach) de .68, así como una validez test- retest alta también.

Otra escala es la Perinatal Grief Scale (PGS), creada por Toedter, Lasker y Alhadeff (1988). Esta escala consta de 84 afirmaciones con cinco opciones de respuesta, tiene como propósito evaluar el grado de duelo en la pérdida perinatal, incluyendo aborto, embarazo ectópico, muerte fetal y muerte neonatal. Fue aplicada a 194 mujeres que habían sufrido una pérdida perinatal como parte de un estudio longitudinal sobre los factores que afectan la resolución del duelo, posteriormente se elaboró una versión corta de la escala, la cual se probó en 138 mujeres que habían sufrido también una muerte perinatal, quedando un total de 33 reactivos. En cuanto a la confiabilidad y validez obtuvieron puntajes de confiabilidad (α de Cronbach) para la prueba de .84 a .95 (Potvin, Lasker y Toedter, 1989).

Theut et al. (1989) utilizaron la PGS para estudiar mujeres de clase media que habían experimentado una pérdida perinatal o una pérdida neonatal en los dos años posteriores al fallecimiento de sus hijos. Los resultados indicaron que las mujeres cuyos bebés habían fallecido en el periodo neonatal, presentaron duelos más intensos que aquellas que los habían perdido en el transcurso de la gestación. Otro estudio con la PGS, realizado por Engler y Lasker en el 2000, mostró que la percepción de apoyo social así como el afrontamiento focalizado en las emociones son dos variables que juntas pueden predecir la intensidad del duelo materno.

Burgoine et al, (2005) utilizaron también esta escala, por sus altos índices de confiabilidad y validez, para comparar un grupo de mujeres (49) que eligieron la interrupción de su embarazo a causa de defectos congénitos en el feto, contra un grupo que sufrieron un aborto espontáneo, con el fin de buscar diferencias en la intensidad y resolución del duelo, concluyendo que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

En el 2006, la escala fue traducida al sueco y probada en una muestra de mujeres (112) obteniéndose altos índices de confiabilidad y validez (Adolfsson y Larsson, 2006). De esta escala se deriva la Munich Grief Scale (MGS), que consta también de los 33 reactivos de la PGS traducidos al alemán y adaptados a población alemana. La MGS, fue probada en 125 mujeres que habían tenido un aborto, y su validación incluyó comparaciones con escalas estandarizadas de depresión, ansiedad y síntomas físicos (Beutel, Will, Völkl, Von Rad y Weiner, 1995). De este estudio los autores concluyen que la intensidad en el duelo está relacionada con una historia previa de depresión, falta de redes de apoyo sociales y una actitud ambivalente hacia el feto muerto.

INVESTIGACIÓN

JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pérdida de un hijo representa uno de los fenómenos de estrés emocional más intensos que puede experimentar una persona a lo largo de la vida, con grandes implicaciones para el rol social, la vida de la pareja y los vínculos sociales inmediatos (Cordero et al., 2004). Es por esto que desde hace algunas décadas los profesionales de la salud mental se interesaron en medir las reacciones emocionales presentadas ante el duelo por la muerte de un hijo.

La mayoría de los estudios que abordan aspectos psicológicos y sociales del proceso de duelo hacen referencia a la problemática que se suscita en el contexto familiar, económico y social, y ponen de manifiesto que el grado de impacto de este proceso depende de una combinación de factores, entre los que se encuentran características de personalidad, redes de apoyo social, estilos personales de afrontamiento, así como actitudes y creencias hacia el rol materno (Ritsher y Neugebauer, 2000).

La muerte en la etapa perinatal es un suceso que requiere cada vez más atención en la práctica clínica cotidiana tanto médica como psicológica. Una gran parte de mujeres que han experimentado una pérdida gestacional presentan síntomas tanto depresivos como ansiosos que forman parte del proceso normal de duelo. Sin embargo este proceso también se ve afectado por factores sociodemográficos, factores relacionados con la experiencia de pérdida gestacional y con las actitudes y valores que se desarrollan a partir del contexto sociocultural. Entre éstas, las actitudes hacia la maternidad influyen de manera decisiva en la forma de enfrentar el duelo. Por tanto es necesario conocer en qué medida estas variables pueden complicar el proceso de duelo, de tal manera que los profesionales de la salud tengan herramientas para comprender mejor este suceso e implementar intervenciones más eficaces que prevengan una problemática emocional mayor.

OBJETIVOS

1. Determinar las características psicométricas en población mexicana, de la Perinatal Grief Scale de Potvin et al. (1989), que mide la intensidad del duelo perinatal,
2. Determinar el efecto de las variables sociodemográficas (edad, ocupación, nivel socioeconómico, escolaridad y presencia de pareja), las relacionadas con la pérdida perinatal y las relacionadas con otras pérdidas, sobre la intensidad del duelo.
3. Construir un instrumento válido y confiable que permita evaluar la actitud hacia la maternidad en mujeres mexicanas.
4. Determinar las variables sociodemográficas que afectan la actitud hacia la maternidad.
5. Determinar la relación existente entre la actitud hacia la maternidad y la intensidad del duelo.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Se ve afectada la intensidad del duelo de las mujeres que han sufrido muertes perinatales por las variables sociodemográficas (edad, ocupación, nivel socioeconómico, escolaridad y presencia de la pareja), los factores relacionadas con la pérdida gestacional (número de embarazos, número de pérdidas perinatales y neonatales, edad gestacional del bebé fallecido y tiempo transcurrido desde la pérdida actual) y las variables relacionadas con otras pérdidas (muerte de familiares y parentesco)?
2. ¿Se ve afectada la actitud hacia la maternidad de las mujeres que han sufrido pérdidas perinatales por las variables sociodemográficas (edad, ocupación, nivel socioeconómico, y presencia de la pareja)?
3. ¿Se ve afectada la intensidad del duelo de las mujeres que han sufrido pérdidas perinatales por su actitud hacia la maternidad?

HIPÓTESIS DE TRABAJO

1. Los puntajes de duelo (depresión, duelo activo, culpa y aceptación) de las mujeres que han sufrido pérdida perinatal estarán relacionados con sus características sociodemográficas (edad, ocupación, nivel socioeconómico, escolaridad y presencia de la pareja), con los factores de su pérdida gestacional (número de embarazos, número de pérdidas perinatales, trimestre de gestación en el que ocurrió la pérdida, tipo de muerte (neonatal o perinatal) y tiempo transcurrido desde la pérdida, y con otras pérdidas (número de familiares fallecidos y parentesco).
2. Los puntajes de actitud personal y social hacia la maternidad de las mujeres que han sufrido pérdida perinatal estarán relacionados con sus características sociodemográficas (edad, ocupación, nivel socioeconómico, escolaridad y presencia de la pareja).
3. Las mujeres que obtengan puntajes altos (actitud más favorable) en actitud hacia la maternidad personal así como en la norma social hacia la maternidad obtendrán puntajes altos (mayor intensidad) en el duelo perinatal.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Participaron en el estudio 200 mujeres que habían experimentado una o más pérdidas perinatales, y que asistían a la clínica de riesgo pregestacional de una Institución Médica Ginecobstétrica de tercer nivel en la Ciudad de México. Las pacientes accedieron voluntariamente a participar en el estudio y firmaron una carta de consentimiento informado (véase anexo A).

La muestra fue no probabilística, intencional por cuota. Se cumplieron los siguientes criterios de inclusión, exclusión y eliminación:

Criterios de inclusión

- 1 Mujeres que hubieran experimentado de una a cinco pérdidas perinatales en los últimos cinco años.
- 2 Mujeres que tuvieran un nivel de escolaridad mínima de primaria.

Criterios de exclusión

- 1 Mujeres que no aceptaron participar en el estudio.
- 2 Mujeres que contaban con un diagnóstico psiquiátrico previo a su ingreso a la clínica.
- 3 Mujeres que se encontraran embarazadas al momento del estudio.

Criterios de eliminación

- 1 Mujeres que no completaron los instrumentos.

Características sociodemográficas

La edad de las participantes, osciló entre los 17 y los 48 años, con una media de edad de 30.4 años. Casi la mitad de ellas (45%) estaban hospitalizadas al momento de la aplicación y el resto asistía a consulta externa.

En cuanto a su escolaridad, 36% de ellas tenía un nivel de estudios básico, 38%, media superior y 26%, superior.

El nivel socioeconómico de la mitad de las participantes (52%) era medio y el de una tercera parte (34%), bajo; 14% pertenecían un nivel socioeconómico alto.

La mayoría de ellas (79%) se dedicaban al hogar y el resto tenía un trabajo fuera de casa.

Más de la mitad de las participantes (59.5%) estaban casadas, 29% vivían en unión libre y 11.5% eran solteras.

Presencia de pareja

Casi todas las pacientes de la muestra (94.5%) reportaron que actualmente convivían con su pareja. El número promedio de años de convivencia con su pareja fue de 5.8, oscilando entre uno y 20 años.

Número de embarazos

Hasta el momento en que se efectuó el estudio, las entrevistadas habían tenido, en promedio, 2.8 embarazos, con un rango de 1 a 8 (véase Figura 1).

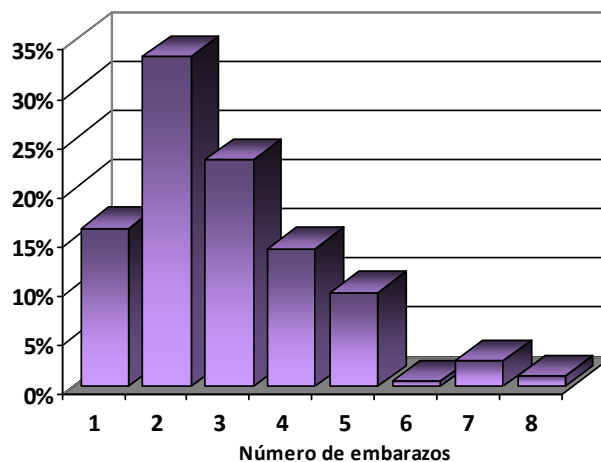


Figura 1. Número de embarazos de las pacientes de la muestra.

Pérdida de embarazos

Las entrevistadas reportaron que tuvieron muerte perinatal, con excepción de dos casos, cuyo bebé falleció después del nacimiento. Como se observa en la gráfica 2, la mayoría de las pacientes habían perdido uno o dos bebés (61%).

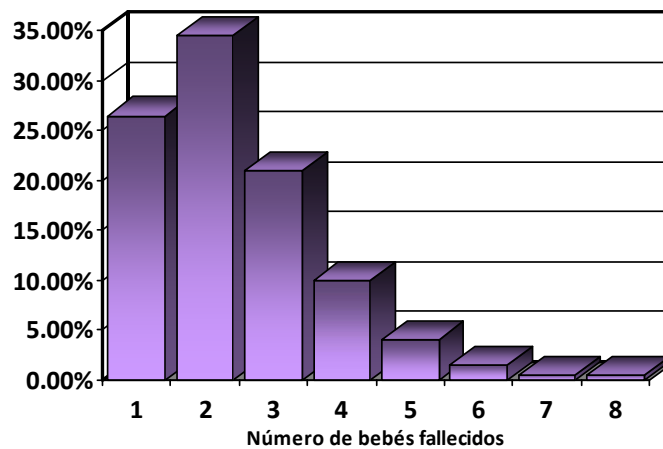


Figura 2. Número de bebés que fallecieron durante la gestación

Edad gestacional al momento de la muerte

De las participantes que tuvieron muerte perinatal, en 48.5% de los casos la muerte ocurrió durante el primer trimestre de gestación (semana 4 a la 12), en 38.7%, durante el segundo trimestre (semana 13 a la 25), y en 12.8% durante el tercer trimestre (semana 26 a la 40). En promedio, la muerte fetal ocurrió a las 16.1 semanas de edad gestacional.

Año de la pérdida perinatal

En cuanto al año en el que ocurrió la última pérdida perinatal de las pacientes entrevistadas, se encontró que en la mayoría de ellas (71%) había ocurrido en el año 2007, 17.5% en el 2006, 13.5% en el 2005, y el resto (8%) entre 1991 y 2004.

Tiempo transcurrido entre la pérdida perinatal y la aplicación de las escalas

La gráfica 6 muestra el tiempo que tenían las mujeres participantes de haber perdido a su último bebé, cuando se les aplicaron los instrumentos del estudio.

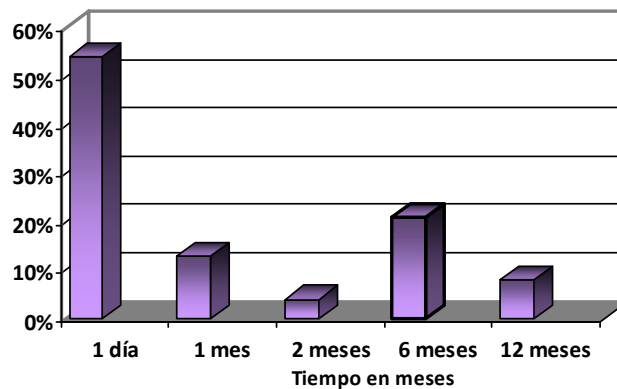


Figura 3. Tiempo transcurrido desde la más reciente pérdida del bebé.

Muerte neonatal

Del total de las mujeres incluidas en la muestra, 9% tuvieron además de una muerte perinatal, un bebé que falleció después de haber nacido. En la gráfica 4 se muestra la edad de vida extrauterina que tenían estos bebés al momento de fallecer. Con respecto al año de fallecimiento de estos bebés, se encontró que en casi la mitad de la muestra (46.7%) la muerte ocurrió entre el 2007 y 2006, en 20% entre el 2005, y en el resto (33.4%) del 2004 hacia atrás.

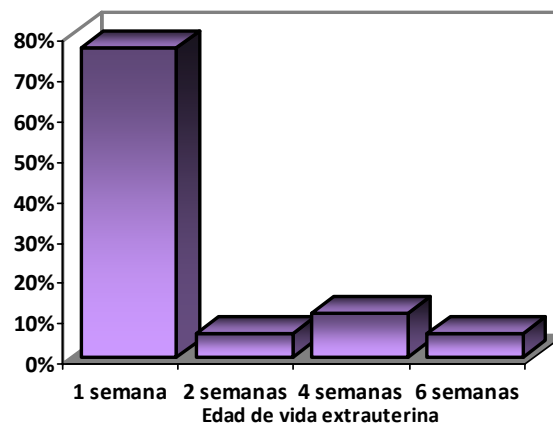


Figura 4. edad de vida extrauterina de los bebés que fallecieron después del nacimiento.

Familiares fallecidos y año del fallecimiento.

Una tercera parte de las participantes (36%) había sufrido, además de la muerte de su bebé, el fallecimiento de un familiar. En cuanto al año de fallecimiento, más de la mitad (59.6%) habían fallecido hace más de tres años y el resto en el transcurso de los tres años pasados (véase tabla 1)

Tabla 1. Porcentajes en cuanto al año de fallecimiento del familiar

Año del fallecimiento	Porcentaje
Entre el 1993 y 2004	59.6
Entre el 2006 y 2007	40.3
2005	18.1

VARIABLES

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

- 1 Edad. Número de años vividos.
- 2 Presencia de pareja: con pareja y sin pareja.
- 3 Escolaridad. Educación básica (primaria), media (secundaria y preparatoria), técnica y superior (licenciatura y posgrado).
- 4 Nivel socioeconómico. Alto, medio y bajo (clasificación empleada por el departamento de trabajo social del hospital en el cual las mujeres participantes eran pacientes).
- 5 Ocupación. Ama de casa o trabajo fuera de casa.

VARIABLES RELACIONADAS CON LA MUERTE PERINATAL

- 1 Número de embarazos. Total de embarazos que había tenido la paciente hasta el momento del estudio
- 2 Número de pérdidas perinatales. Total de pérdidas ocurridas durante el tiempo de gestación (40 semanas), al momento del parto o minutos después.
- 3 Número de pérdidas neonatales. Total de muertes ocurridas durante las primeras horas de nacimiento del bebé, días, meses o años después.
- 4 Edad gestacional al momento de la pérdida. Número de semanas de gestación (1-40) transcurridas hasta el momento de la muerte.
- 5 Tiempo trascurrido desde la muerte perinatal. Número de semanas transcurrido desde que falleció el bebé hasta el momento del estudio.

VARIABLES RELACIONADAS CON OTRAS PÉRDIDAS

- 1 Familiares fallecidos. existencia de familiares de la paciente que fallecieron durante los últimos cinco años.
- 2 Parentesco con el familiar fallecido: se tomaron los siguientes parentescos: padres, hermanos, abuelos, tíos y pareja.

DUELO PERINATAL

Definición conceptual. Proceso psicológico por el que pasan los padres que sufren la pérdida de su hijo durante el embarazo, al momento del parto o pocas horas o días después del nacimiento (Potvin, et al. 1989).

Definición operacional. Puntajes obtenidos en cada una de las subescalas de la Escala de Duelo Perinatal, traducida al español y validada en población mexicana.

ACTITUD HACIA LA MATERNIDAD

Definición conceptual. Reacción afectiva de una mujer hacia la condición de tener un hijo, compuesta por la actitud personal (lo que la mujer cree que debe hacer en torno a la maternidad) y por la norma social (percepción que la mujer tiene de lo que los demás piensan que ella debe hacer en relación con la maternidad) (Fishbein,

Definición operacional. Puntajes obtenidos en la Escala de Actitud hacia la Maternidad, en sus dos subescalas: actitud personal y la norma social.

TIPO DE ESTUDIO

El estudio realizado fue de tipo ex post facto, transversal.

INSTRUMENTOS

1. Encuesta socioeconómica

Cuestionario de preguntas abiertas y cerradas, que incluyó la siguiente información: edad, escolaridad, nivel socioeconómico, presencia de pareja, ocupación, número de embarazos, número de pérdidas perinatales, número de pérdidas neonatales, semanas de gestación en las que ocurrieron las pérdidas, edad de los hijos que fallecieron, número de familiares fallecidos, año del fallecimiento de los familiares y parentesco con los familiares fallecidos (véase anexo B)

2. Escala de Actitud hacia la Maternidad

Se construyó una escala tipo Likert que constó de afirmaciones con cuatro opciones de respuesta (Totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo) Después de ser validada y confiabilizada (véase la sección de Resultados), la escala quedó conformada por 20 reactivos agrupados en dos subescalas: actitud hacia la maternidad personal, y norma social hacia la maternidad (véase anexo C). Los índices obtenidos fueron los siguientes: se obtuvo un alfa de Cronbach de .90 y en cuanto a la validez los factores explicaron el 49.12% de la varianza.

3. Escala de Duelo Perinatal (PGS)

La Escala de Duelo Perinatal de Potvin et al., (1989) fue traducida del inglés al español y retraducida del español al inglés. El proceso de obtención de validez y confiabilidad en población mexicana se describe en la sección de resultados. Finalmente, quedó conformada por un total de 27 reactivos agrupados en cuatro subescalas: depresión, duelo activo, culpa y aceptación (véase anexo D), con cuatro opciones de respuesta (definitivamente si, probablemente si, probablemente no y definitivamente no). La prueba obtuvo un alfa de Cronbach de .95 y una varianza explicada de 59.3%.

PROCEDIMIENTO

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo tanto en la consulta externa del hospital, como en el servicio de hospitalización del mismo; una vez que las pacientes aceptaron participar en el estudio y firmaron la carta de consentimiento informado (véase anexo A), explicándoles el objetivo del estudio.

La aplicación se realizó de forma individual y en una sola sesión, observándose el siguiente orden: Cuestionario sociodemográfico, Escala de Actitud hacia la Maternidad y Escala de Duelo Perinatal. Al concluir, se agradecía a las pacientes su participación y se les extendía una invitación para que acudieran al Departamento de Psicología con el propósito de recibir apoyo psicológico.

RESULTADOS

ANÁLISIS PSICOMÉTRICO DE LAS ESCALAS

1. ESCALA DE DUELO PERINATAL (GPS)

La escala de Duelo Perinatal fue creada por Toedter et al., en 1988 en Bethlehem, Pennsylvania en el idioma inglés. En 1989, Potvin, et al., desarrollaron la versión corta de la escala, la cual consta de 33 reactivos.

Para su validación en México con pacientes del Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes” (INPerIER), la escala fue sometida al proceso de traducción y retraducción, el cual fue efectuado por dos traductores profesionales y dos psicólogos expertos en reproducción humana. Los reactivos 23 y 33 fueron adaptados a fin de que conservaran en español el sentido del original.

La escala fue piloteada en una muestra de 15 mujeres que habían sufrido la muerte de sus bebés antes de terminar el periodo de gestación. Se les aplicó la escala de forma individual y, una vez que terminaron de contestarla, se les entrevistó con el propósito de conocer sus reacciones e impresiones respecto de las instrucciones del instrumento, las afirmaciones y las opciones de respuesta.

Como resultado del piloteo, se modificaron las opciones de respuesta “Totalmente de acuerdo”, “De acuerdo”, “En desacuerdo” y “Totalmente en desacuerdo” de la escala original a “Definitivamente si”, “Probablemente si”, “Probablemente no” y “Definitivamente no”; ya que durante el piloteo se observó que por el tipo de afirmaciones que contienen la escala, a algunas de las entrevistadas se les dificultaba contestar utilizando las opciones de respuesta originales.

Asimismo, con base en la experiencia clínica de los psicólogos del programa de pérdidas perinatales del INPerIER, se agregaron tres reactivos, dos en relación con la aceptación de la pérdida, ya que se ha observado que un rasgo distintivo de las mujeres que transitan por un proceso de duelo normal es la manifestación de aceptación, la cual no estaba suficientemente explorada en la escala original; y uno más referente al dolor de haber experimentado la muerte del bebé, ya que el reactivo 10 que explora este dolor se tuvo que modificar en su traducción puesto que utilizaba una expresión que en México es poco frecuente que se utilice.

1.1. ANÁLISIS DE FRECUENCIAS

La distribución de frecuencias de los 36 reactivos que conformaron la escala que se aplicó a las 200 pacientes con pérdida perinatal que conformaron la muestra del presente estudio se presenta en la tabla 2. Debido a que en los reactivos 19, 32 y 36 se concentraron frecuencias mayores de 55% en la opción “Definitivamente sí” y en los reactivos 3, 8, 27 y 33 en la opción “Definitivamente no”, éstos fueron eliminados.

Tabla 2. Porcentajes de respuesta por reactivo de la Escala de Duelo Perinatal

<i>Reactivos</i>	<i>Opciones de respuesta</i>			
	<i>Definitiva-mente sí</i>	<i>Probable-mente sí</i>	<i>Probable-mente no</i>	<i>Definitiva-mente no</i>
1. Me siento deprimida	48.0	31.5	13.0	7.5
2. Se me hace difícil llevarme bien con algunas personas	16.0	27.0	26.0	31.0
3. Tomo medicina para los nervios	4.5	2.0	10.5	83.0
4. Me siento vacía	30.5	27.5	15.5	26.5
5. Puedo realizar mis actividades cotidianas	6.5	9.5	36.5	47.5
6. Me siento culpable cuando pienso en mi bebé	34.0	26.5	16.5	23.0
7. Siento la necesidad de hablar de mi bebé	28.0	34.5	16.5	21.0
8. He pensado en el suicidio desde que perdí a mi bebé	5.5	15.5	13.0	66.0
9. Me siento enferma cuando pienso en mi bebé	12.0	25.5	27.0	35.5
10. Me lamento por la pérdida de mi bebé	49.0	32.5	9.5	9.0
11. Intento reír pero ya nada me parece gracioso	13.5	22.5	27.5	36.5
12. Me siento desprotegida en un mundo peligroso desde que perdí a mi bebé	11.0	14.0	28.5	46.0
13. Estoy asustada	29.0	37.0	15.0	19.0
14. Siento que decepcioné a la gente por la pérdida de mi bebé	24.0	24.0	16.5	35.5
15. Siento que estoy retomando de nuevo mi vida	12.0	16.0	45.5	26.5
16. Extraño mucho a mi bebé	48.5	27.5	12.0	12.0
17. Necesito justificarme ante algunas personas por la pérdida de mi bebé	15.0	20.5	19.5	45.5
18. La mejor parte de mi se perdió con mi bebé	18.5	17.0	29.0	35.5
19. Es doloroso recordar la pérdida de mi bebé	64.0	22.5	8.5	5.5
20. Siento que necesito ayuda profesional para que mi vida funcione otra vez	23.5	36.0	19.5	45.5
21. Me siento culpable por la pérdida de mi bebé	31.0	22.5	17.5	29.0
22. Me enojo cuando pienso en mi bebé	10.5	15.0	26.0	48.5
23. Me siento como muerta en vida	12.5	16.0	19.0	52.5
24. Siento que no valgo nada desde que perdí a mi bebé	11.5	17.0	21.0	50.5
25. Llora cuando pienso en mi bebé	48.0	28.0	10.0	14.0
26. Me siento apartada y sola aunque esté con amigos	23.5	22.5	18.0	36.0
27. Siento que es mejor no amar	7.0	9.5	20.5	63.0
28. El tiempo pasa muy lentamente desde que perdí a mi bebé.	20.5	23.5	20.5	36.0
29. Desde que perdí a mi bebé se me hace difícil tomar decisiones	14.0	21.0	23.5	41.5
30. El futuro me preocupa	34.5	31.0	13.5	21.0
31. Me siento muy sola desde que perdí a mi bebé	25.0	17.5	22.0	35.5
32. Es maravilloso estar vivo	61.5	21.0	10.0	7.5
33. Una madre desolada por la pérdida de un bebé es menos que otra	10.0	14.0	22.0	57.0
34. Siento que me estoy adaptando bien a la pérdida de mi bebé	11.0	16.0	42.0	31.0
35. Estoy aceptando la pérdida de mi bebé	11.0	13.0	40.0	36.0
36. Siento un gran dolor por la pérdida de mi bebé	62.5	23.0	10.5	4.0

1.2 COMPARACIÓN DE GRUPOS EXTREMOS

Se efectuó la comparación de los grupos extremos (alto: >cuartil 3, y bajo <cuartil 1) efectuando pruebas t para cada uno de los 29 reactivos que fueron conservados. Se encontró que todos reactivos discriminaron significativamente ($p < .05$) entre ambos grupos (véase tabla 3).

Tabla 3. Diferencias entre grupos extremos de los reactivos de la Escala de Duelo Perinatal

<i>Reactivos</i>	<i>Medias del grupo bajo (<cuartil 1)</i>	<i>Medias del grupo alto (>cuartil 3)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
1. Me siento deprimida	2.31	3.88	-12.51	.000
4. Me siento vacía	1.43	3.88	-21.60	.000
6. Me siento culpable cuando pienso en mi bebé	1.59	3.72	-7.44	.000
7. Siento la necesidad de hablar de mi bebé	1.63	3.41	-12.04	.000
9. Me siento enferma cuando pienso en mi bebé	1.25	3.11	-9.15	.000
10. Me lamento por la pérdida de mi bebé	2.33	3.82	-11.03	.000
11. Intento reír pero ya nada me parece gracioso	1.14	3.18	-15.81	.000
12. Me siento desprotegida desde que perdí a mi bebé	1.12	2.96	-12.81	.000
13. Estoy asustada	1.73	3.61	-7.35	.000
14. Siento que decepcioné a la gente por la pérdida de mi bebé	1.27	3.50	-8.39	.000
15. Siento que estoy retomando de nuevo mi vida	4.0	1.98	-12.98	.000
16. Extraño mucho a mi bebé	2.07	3.84	-13.15	.000
17. Necesito justificarme ante algunas personas por la pérdida de mi bebé	1.14	3.11	-8.97	.000
18. La mejor parte de mi se perdió con mi bebé	1.22	3.29	-13.96	.000
20. Siento que necesito ayuda profesional para que mi vida funcione otra vez	1.51	3.43	-10.31	.000
21. Me siento culpable por la pérdida de mi bebé	1.27	3.76	-11.48	.000
22. Me enojo cuando pienso en mi bebé	1.09	2.66	-10.12	.000
23. Me siento como muerta en vida	1.00	3.20	-19.41	.000
24. Siento que no valgo nada desde que perdí a mi bebé	1.02	3.02	-17.04	.000
26. Me siento apartada y sola aunque esté con amigos	1.21	3.55	-20.61	.000
28. El tiempo pasa muy lentamente desde que perdí a mi bebé	1.21	3.50	-18.40	.000
29. Desde que perdí a mi bebé se me hace difícil tomar decisiones	1.16	3.27	-17.12	.000
30. El futuro me preocupa	1.82	3.67	-5.82	.000
31. Me siento muy sola desde que perdí a mi bebé	1.16	3.66	-24.21	.000
34. Siento que me estoy adaptando bien a la pérdida de mi bebé	4.0	1.84	-13.81	.000
35. Estoy aceptando la pérdida de mi bebé	4.0	1.82	-14.63	.000

$p < .05$

1.3 CONFIABILIDAD

Se calculó el coeficiente alfa de Cronbach para la escala. La eliminación de los reactivos 2 y 5 incrementó el índice de confiabilidad de la escala total (véase tabla 4).

Tabla 4. Puntajes de consistencia interna para la Escala de Duelo Perinatal obtenidos al eliminar el reactivo correspondiente.

<i>Reactivos</i>	<i>Alfa si se elimina el reactivo</i>
1. Me siento deprimida	.9495
2. Se me hace difícil llevarme bien con algunas personas	.9528
4. Me siento vacía	.9488
5. Puedo realizar mis actividades cotidianas	.9529
6. Me siento culpable cuando pienso en mi bebé	.9496
7. Siento la necesidad de hablar de mi bebé	.9503
9. Me siento enferma cuando pienso en mi bebé	.9492
10. Me lamento por la pérdida de mi bebé.	.9496
11. Intento reír pero ya nada me parece gracioso	.9484
12. Me siento desprotegida en un mundo peligroso desde que perdí a mi bebé	.9490
13. Estoy asustada	.9498
14. Siento que decepcioné a la gente por la pérdida de mi bebé	.9494
15. Siento que estoy retomando de nuevo mi vida	.9513
16. Extraño mucho a mi bebé	.9501
17. Necesito justificarme ante algunas personas por la pérdida de mi bebé	.9494
18. La mejor parte de mi se perdió con mi bebé	.9482
20. Siento que necesito ayuda profesional para que mi vida funcione otra vez	.9489
21. Me siento culpable por la pérdida de mi bebé	.9481
22. Me enoja cuando pienso en mi bebé	.9495
23. Me siento como muerta en vida	.9475
24. Siento que no valgo nada desde que perdí a mi bebé	.9481
25. Lloro cuando pienso en mi bebé	.9496
26. Me siento apartada y sola aunque esté con amigos	.9476
28. El tiempo pasa lentamente desde que perdí a mi bebé	.9479
29. Desde que perdí a mi bebé se me hace difícil tomar decisiones	.9498
30. El futuro me preocupa	.9505
31. Me siento muy sola desde que perdí a mi bebé	.9475
34. Siento que me estoy adaptando bien a la pérdida de mi bebé	.9493
35. Estoy aceptando la pérdida de mi bebé	.9499

1.3 ANÁLISIS FACTORIAL

Se efectuó un análisis factorial con rotación ortogonal (varimax) con los 27 reactivos restantes de la escala, el cual arrojó cuatro factores con valores *eigen* ≥ 1 y con cargas factoriales $\geq .40$. Tales factores explicaron 59.30% de la varianza total (ver tabla 5).

Tabla 5. Subescalas y cargas factoriales obtenidas para los reactivos de la *Escala de Duelo Perinatal*

Reactivos	Factores				
	Depresión	Culpa	Duelo activo	Aceptación	
11. Intento reír pero ya nada me parece gracioso	.630				
12. Me siento desprotegida en un mundo peligroso desde que	.618				
18. La mejor parte de mi se perdió con mi bebé	.551				
22. Me enojo cuando pienso en mi bebé	.481				
23. Me siento como muerta en vida	.666				
24. Siento que no valgo nada desde que perdí a mi bebé	.720				
26. Me siento apartada y sola aunque este con amigos	.642				
28. El tiempo pasa muy lentamente desde que perdí a mi bebé	.609				
29. Desde que perdí a mi bebé se me hace difícil tomar decisiones	.735				
31. Me siento muy sola desde que perdí a mi bebé	.652				
6. Me siento culpable cuando pienso en mi bebé		.595			
9. Me siento enferma cuando pienso en mi bebé		.469			
13. Estoy asustada		.639			
14. Siento que decepcione a la gente por la pérdida de mi bebé		.658			
17. Necesito justificarme ante algunos por la pérdida de mi bebé		.581			
20. Necesito ayuda profesional para que mi vida funcione otra vez		.519			
21. Me siento culpable por la pérdida de mi bebé		.615			
30. El futuro me preocupa		.605			
1. Me siento deprimida			.598		
4. Me siento vacía			.540		
7. Siento la necesidad de hablar de mi bebé			.552		
10. Me lamento por la pérdida de mi bebé			.518		
16. Extraño mucho a mi bebé			.757		
25. Lloro cuando pienso en mi bebé			.693		
15. Siento que estoy retomando de nuevo mi vida				.654	
34. Siento que me estoy adaptando bien a la pérdida de mi bebé				.743	
35. Estoy aceptando la pérdida de mi bebé				.790	
<i>Total</i>	27	10	8	6	3
<i>Varianza explicada</i>	59.31	44.54	5.88	4.68	4.20
<i>Alpha de Cronbach</i>	0.95	0.93	0.86	0.81	0.76

Esta conformación factorial fue diferente a la encontrada por Potvin et al, (1989), autoras de la escala original, quienes obtuvieron tres factores:

- A) duelo activo: contiene los reactivos que en la presente validación correspondieron a las subescalas de duelo activo y depresión
- B) solución de dificultades –que contiene los reactivos 2, 5, 8 y 32 que fueron eliminados; los reactivos 11, 23, 26 y 29 que se ubicaron en la subescala de depresión; y los reactivos 14, 17 y 20 en la de culpa.
- C) Desesperanza –que contiene los reactivos que se agruparon en el factor de culpa y en el de aceptación.

1.4 CORRELACIÓN ENTRE SUBESCALAS

Como se muestra en la tabla 6, las subescalas de depresión, duelo activo y culpa correlacionaron positiva y significativamente entre sí, y negativamente con la subescala de aceptación.

Tabla 6. Índices de correlación entre los factores De la Escala de Duelo Perinatal.

	Depresión	Duelo activo	Culpa	Aceptación
Depresión	1.000			
Duelo activo	.715*	1.000		
Culpa	.761*	.709*	1.000	
Aceptación	-.613*	-.442*	-.496*	1.000

*p < .000

2. ESCALA DE ACTITUD HACIA LA MATERNIDAD

Esta escala fue construida con base en dos tipos de consideraciones: las teóricas, que señalan a la actitud y a las creencias que las mujeres tienen acerca de la maternidad como una condición que les da un valor especial en términos personales y sociales, y las clínicas, obtenidas en entrevista con las pacientes que asisten al INPerIER para la atención de su embarazo. La escala constó de 27 afirmaciones, 22 en sentido positivo hacia la maternidad y 5 en sentido negativo, con cuatro opciones de respuesta. (Totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo)(Véase anexo B).

Al igual que la Escala de Duelo Perinatal, la Escala de Valor de la Maternidad fue piloteada con 15 mujeres que habían experimentado la muerte de su bebé en el transcurso de la gestación. Se efectuaron los ajustes pertinentes en algunas de las afirmaciones.

2.1 ANÁLISIS DE FRECUENCIAS

De los 27 reactivos que conformaron la escala inicial se obtuvo la siguiente distribución de frecuencias, teniendo porcentajes iguales o menores a 55% en todos los reactivos, por lo que no se eliminó ninguno por frecuencias. (Véase tabla 7)

Tabla 7. Porcentajes de frecuencia por reactivo de la Escala de Actitud hacia la Maternidad

<i>Reactivos</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Totalmente en desacuerdo</i>
1. El valor de una mujer depende de que sea madre	20.2	32.0	20.2	27.5
2. La vida vale la pena si tienes hijos	20.2	32.0	20.2	27.5
3. A mi familia le importa mucho que tenga hijos	15.2	29.2	21.9	32.6
4. Mi vida no tendría sentido sin hijos	19.7	21.3	25.3	32.6
5. Lo que más deseo es tener uno o más hijos	46.6	34.8	8.4	10.1
6. Tener hijos no lo es todo en la vida de una mujer	14.6	21.3	33.1	30.9
7. La relación con mi esposo se arruinaría si no tuviera hijos	9.0	6.7	33.7	50.6
8. Para una mujer ningún logro se compara con ser madre	33.7	20.8	28.7	16.9
9. La vida es mejor sin hijos	52.8	42.7	2.2	2.2
10. No sabría que hacer con mi vida si no tuviera hijos	12.9	15.2	45.5	26.4
11. La sociedad rechaza a las mujeres que no tienen hijos	5.6	14.6	34.3	45.5
12. Una mujer no está completa hasta que es madre	20.8	20.8	27.0	31.5
13. El deber de una mujer es tener hijos	5.6	10.7	33.1	50.6
14. Una mujer es más feliz si es madre	41.0	27.5	18.5	12.9
15. A fin de cuentas, es mejor no tener hijos	55.1	41.6	1.1	2.2
16. Los hombres respetan más a la mujer cuando es madre	10.1	18.5	32.6	38.8
17. para sentirme feliz necesito tener un hijo	22.5	26.4	30.3	28.8
18. tener o no tener hijos no es tan importante	23.6	43.3	24.7	8.4
19. Un hombre quiere más a su esposa si tiene hijos	11.2	22.5	32.0	34.3
20. Una mujer no está realizada hasta que tiene un hijo	19.1	21.9	32.0	27.0
21. Lo mas importante para mi, es ser madre	37.1	33.1	18.0	11.8
22. Las mujeres cuando tienen hijos pierden su libertad	44.4	43.8	7.9	3.9
23. Si una mujer no tiene hijos merece el rechazo de los demás	2.2	1.7	21.3	74.7
24. Las personas admiran a las mujeres que tienen hijos	18.0	34.8	29.2	18.0
25. El trabajo de una mujer es tan importante como los hijos	13.5	19.1	36.0	31.5
26. Para una mujer vale la pena vivir solo si tiene hijos	6.2	3.9	35.4	54.5
27. La vida en pareja carece de sentido si faltan los hijos	13.5	11.8	32.6	42.1

2.2 COMPARACIÓN DE GRUPOS EXTREMOS

Se efectuó la comparación de los grupos extremos (alto: >cuartil 3, y bajo <cuartil 1) efectuando pruebas t para cada uno de los 27 reactivos que fueron conservados. Se encontró que todos discriminaron significativamente ($p < .05$) entre ambos grupos, menos los reactivos 6, 9, 11, 15, 18, 22 y 25, por lo que se tuvieron que eliminar (Véase tabla 8).

Tabla 8. Diferencias entre grupos extremos de los factores de la Escala Valor de la Maternidad.

Reactivos	Medias de GPO. Bajo (< cuartil 1)	Medias de Gpo. alto (> cuartil 3)	t	p
1. El valor de una mujer depende de que sea madre	1.09	2.65	-9.86	.000*
2. La vida vale la pena si tienes hijos	1.34	3.48	-16.31	.000*
3. A mi familia le importa mucho que tenga hijos	1.47	3.08	-10.85	.000*
4. Mi vida no tendría sentido sin hijos	1.30	3.47	-14.61	.000*
5. Lo que más deseo es uno o más hijos	2.49	3.78	-7.39	.000*
6. Tener hijos no lo es todo en la vida de una mujer	1.86	2.66	-12.70	.116
7. La relación con mi esposo se arruinaría si no tuviera hijos	1.16	2.33	-7.32	.000*
8. Para una mujer ningún logro se compara con ser madre	1.74	3.72	-12.08	.000*
9. La vida es mejor sin hijos	3.23	3.70	-3.51	.112
10. No sabría que hacer con mi vida si no tuviera hijos	1.36	3.13	-10.96	.000*
11. La sociedad rechaza a las mujeres que no tienen hijos	1.55	2.07	-2.69	.036
12. Una mujer no está completa hasta que es madre	1.36	3.59	-16.17	.000*
13. El deber de una mujer es tener hijos	1.07	2.50	-9.24	.000*
14. Una mujer es más feliz si es madre	1.90	3.87	-13.82	.000*
15. A fin de cuentas, es mejor no tener hijos	3.43	3.61	-1.26	.296
16. Los hombres respetan más a la mujer cuando es madre	1.22	2.94	-12.08	.000*
17. Para sentirme feliz necesito tener un hijo	1.50	3.54	-14.31	.000*
18. Tener o no tener hijos no es tan importante	2.50	3.23	-3.65	.002
19. Un hombre quiere más a su esposa si tiene hijos	1.22	3.02	-11.38	.000*
20. Una mujer no está realizada hasta que tiene un hijo	1.30	3.59	-19.29	.000*
21. Lo más importante para mi es ser madre	1.96	3.74	-11.20	.000*
22. Las mujeres cuando tienen hijos pierden su libertad	3.57	3.25	1.83	.049
23. Si una mujer no tiene hijos merece el rechazo de los demás	1.02	1.83	-6.07	.000*
24. Las personas admiran a las mujeres que tienen hijos	1.78	3.35	-9.45	.000*
25. El trabajo de una mujer es tan importante como los hijos	2.05	2.23	-.742	.187
26. Para una mujer, vale la pena vivir solo si tiene hijos	1.13	2.33	-7.25	.000*
27. La vida en pareja carece de sentido si faltan los hijos	1.11	3.00	-12.22	.000*

p < .05

2.3 CONFIABILIDAD

Se calculó el coeficiente alfa de Cronbach, para la escala. La eliminación de los reactivos 5, 8, 11, 18 ,22 y 25; incrementó el índice de confiabilidad de la escala total que fue de .9091.

La escala quedó conformada por un total de 20 reactivos (véase tabla 9).

Tabla 9. Puntajes de consistencia interna para la Escala de actitud hacia la Maternidad, obtenidos al eliminar el reactivo correspondiente

<i>Reactivos</i>	<i>Alfa si se Elimina el reactivo</i>
1. El valor de una mujer depende de que sea madre	.9275
2. La vida vale la pena si tienes hijos	.9267
3. A mi familia le importa mucho que tenga hijos	.9317
4. Mi vida no tendría sentido sin hijos	.9275
5. Lo que más deseo es tener uno o más hijos	.9308
7. La relación con mi esposo se arruinaría si no tuviera hijos	.9322
8. Para una mujer ningún logro se compara con ser madre	.9288
10. No sabría que hacer con mi vida si no tuviera hijos	.9279
12. Una mujer no esta completa hasta que es madre	.9261
13. El deber de una mujer es tener hijos	.9281
14. Una mujer es más feliz si es madre	.9275
16. Los hombres respetan más a la mujer cuando es madre	.9291
17. para sentirme feliz necesito tener un hijo	.9264
19. Un hombre quiere más a su esposa si tiene hijos	.9281
20. Una mujer no está realizada hasta que tiene un hijo	.9250
21. Lo mas importante para mi, es ser madre	.9274
23. Si una mujer no tiene hijos merece el rechazo de los demás	.9307
24. Las personas admiran a las mujeres que tienen hijos	.9310
26. Para una mujer vale la pena vivir solo si tiene hijos	.9284
27. La vida en pareja carece de sentido si faltan los hijos	.9267

2.4 ANÁLISIS FACTORIAL

Se efectuó un análisis factorial con rotación ortogonal (varimax) con los 20 reactivos restantes de la escala, el cual arrojó dos factores con valores *eigen* ≥ 1 y con cargas factoriales $\geq .40$. Tales factores explicaron el 61.29% de la varianza total. (Véase tabla 10).

Tabla 10. Subescalas y cargas factoriales obtenidos para La Escala de Actitud hacia la Maternidad.

REACTIVOS	Actitud hacia la maternidad personal.	Actitud hacia la norma social en relación a la maternidad
2. La vida vale la pena si tienes hijos	.622	
4. Mi vida no tendría sentido sin hijos	.560	
5. Lo que más deseo es tener uno o más hijos	.647	
8. Para una mujer ningún logro se compara con ser madre	.738	
10. No sabría que hacer con mi vida si no tuviera hijos	.606	
12. Una mujer no está completa hasta que no es madre	.627	
14. Una mujer es más feliz si es madre	.759	
17. Para sentirme feliz necesito tener un hijo	.675	
20. Una mujer no está realizada hasta que tiene un hijo	.683	
21. Lo más importante para mí es ser madre	.751	
1. El valor de una mujer depende de que sea madre		.736
3. A mi familia le importa mucho que tenga hijos		.437
7. La relación con mi esposo se arruinaría si no tuviera hijos		.405
13. El deber de una mujer es tener hijos		.718
16. Los hombres respetan más a la mujer cuando es madre		.650
19. Un hombre quiere más a su esposa si tiene hijos		.622
23. Si una mujer no tiene hijos merece el rechazo de los demás		.772
24. Las personas admiran a las mujeres que tienen hijos		.527
26. Para una mujer vale la pena vivir sólo si tiene hijos		.670
27. La vida en pareja carece de sentido si faltan los hijos		.548
TOTAL		
<i>Reactivos</i> 20	10	10
<i>Varianza explicada</i> 49.12	41.75	7.37
<i>Alfa de Cronbach</i> .931	.893	.852

2.5 CORRELACIONES

Las subescalas del instrumento correlacionaron positiva y significativamente ($r = .708, p < .000$).

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Variables socio demográficas

Con el propósito de probar la hipótesis que planteaban relación de los puntajes de las subescalas de depresión, duelo activo, culpa y aceptación con las variables socio-demográficas de las participantes (edad, estado civil, ocupación, nivel socioeconómico y escolaridad), se realizaron análisis de varianza y pruebas t, cuyos resultados se muestran en la tabla 11.

Cabe resaltar que para la subescalas de depresión y aceptación, todas las medias se encuentran por debajo de la media teórica.

El nivel socioeconómico de las pacientes, influyo en el duelo perinatal en los puntajes de depresión, duelo activo y aceptación de las mujeres de nivel socioeconómico bajo, que fueron significativamente mayores que las de nivel medio y alto.

En cuanto a la escolaridad, las participantes de nivel básico mostraron puntajes de aceptación más bajos que las que cuentan con niveles mayores (escolaridad media y superior).

Se observó una significancia marginal para la variable edad en la subescala de culpa: las pacientes más jóvenes (de 17 a 22 años) tendieron a sentirse menos culpables por la pérdida que las de 23 a 35 y las mayores de 35 años.

Las variables estado civil y ocupación no tuvieron efecto diferencial sobre los puntajes de ninguna de las subescalas de duelo.

Tabla 11. Análisis de las subescalas de depresión, duelo activo, culpa y aceptación por las variables sociodemográficas.

DEPRESIÓN						
<i>Variable</i>	<i>Grupos</i>	<i>Medias</i>	<i>Media teórica</i>	<i>Prueba</i>	<i>gl</i>	<i>sig.</i>
Edad	17-22 años	1.64	2.5	F= 1.24	2,1	ns
	23-35 años	2.11				
	>35 años	2.10				
Estado civil	Con pareja	2.07	2.5	t= -0.65	198	ns
	Sin pareja	2.20				
Ocupación	Hogar	2.11	2.5	t= 0.94	198	ns
	Fuera de casa	1.97				
Nivel socio económico	Alto	1.88	2.5	F= 3.29	2,1	.039
	Medio	2.00				
	Bajo	2.29				
Escolaridad	Básica	2.26	2.5	F= 2.40	2,1	ns
	Media	2.02				
	Superior	1.94				
DUELO ACTIVO						
Edad	17-22 años	2.70	2.5	F= 0.718	2,1	ns
	23-35 años	3.01				
	>35 años	2.98				
Estado civil	Con pareja	2.99	2.5	t= -0.099	198	ns
	Sin pareja	3.00				
Ocupación	Hogar	3.02	2.5	t= 1.23	198	ns
	Fuera de casa	2.86				
Nivel socio económico	Alto	2.69	2.5	F= 4.47	2,1	.013
	Medio	2.95				
	Bajo	3.17				
Escolaridad	Básica	3.09	2.5	F= 2.29	2,1	ns
	Medio	3.01				
	Superior	2.81				
CULPA						
Edad	17-22 años	1.87	2.5	F= 2.91	2,1	.073
	23-35 años	2.53				
	>35 años	2.51				
Estado civil	Con pareja	2.50	2.5	t =.302	198	ns
	Sin pareja	2.45				
Ocupación	Hogar	2.51	2.5	t = .302	198	ns
	Fuera de casa	2.43				
Nivel socio económico	Alto	2.32	2.5	F= 1.21	2,1	ns
	Medio	2.47				
	Bajo	2.59				
Escolaridad	Básica	2.61	2.5	F= 1.24	2,1	ns
	Medio	2.42				
	Superior	2.43				

ACEPTACIÓN						
Edad	17-22 años	1.59	2.5	F= 1.70	2,1	ns
	23-35 años	2.08				
	>35 años	2.08				
Estado civil	Con pareja	2.04	2.5	t =-1.17	198	ns
	Sin pareja	2.24				
Ocupación	Hogar	2.07	2.5	t= .453	198	ns
	Fuera de casa	2.01				
Nivel socio económico	Alto	1.95	2.5	F= 3.38	2,1	.036
	Medio	1.96				
	Bajo	2.26				
Escolaridad	Básica	2.49	2.5	F= 3.99	2,1	.020
	Medio	2.35				
	Superior	2.80				

Pérdidas gestacionales

Para probar las hipótesis que planteaban diferencias en los puntajes de las cuatro subescalas de la Escala de duelo perinatal y el número de pérdidas gestacionales, el trimestre del embarazo al momento del fallecimiento, el tiempo que había pasado desde la muerte del bebé y si el bebé había muerto durante la gestación o después del nacimiento, se aplicaron también análisis de varianza y pruebas t.

El trimestre del embarazo en el que ocurrió la pérdida afectó la depresión y el duelo activo. Las mujeres del grupo cuyos bebés fallecieron durante el primer trimestre de embarazo difirieron en cuanto a depresión ($p= .05$) y duelo activo ($p= .00$) de las del grupo cuyos bebés fallecieron en el segundo y tercer trimestre del embarazo. Cabe mencionar que todas las medias se encontraron por debajo de la media teórica.

En relación con el tipo de muerte, es decir si la muerte fue perinatal (durante la gestación) o neonatal (al nacimiento o pocas horas o días después), quienes tuvieron muerte perinatal presentan más duelo activo y culpa que quienes experimentaron muerte neonatal. Cabe mencionar que todas las medias para el duelo activo se encuentran por arriba de la media teórica. (Véase tabla 12).

Se observó una significancia marginal en el efecto del número de pérdidas sobre el duelo activo: quienes solo han tenido una pérdida mostraron más duelo activo, que quienes han tenido dos o más pérdidas, cabe mencionar que la media teórica fue de 2.5

El tiempo transcurrido desde la muerte del bebé no tuvo efecto sobre el duelo de las madres.

Tabla 12. ANOVA y t para el número de pérdidas y el tiempo transcurrido desde la pérdida en relación a depresión, duelo activo, culpa y aceptación.

DEPRESIÓN						
<i>variables</i>	<i>grupos</i>	<i>medias</i>	<i>media teórica</i>	<i>prueba</i>	<i>gl.</i>	<i>Sig.</i>
Número de pérdidas	Una	2.48	2.5	t= .066	196	ns
	Dos ó más	2.50				
Tiempo desde la muerte del bebé	1-30 días	2.44	2.5	F= .105	4,1	ns
	30-90 días	2.59				
	90-180 d.	2.69				
	180-365 d.	2.53				
	>365 días	2.53				
Trimestre de la pérdida	primero	1.92	2.5	F= 3.98	2,1	.050
	segundo	2.27				
	tercero	2.24				
Tipo de muerte	Perinatal	2.36	2.5	t= 1.42	198	ns
	neonatal	2.06				
DUELO ACTIVO						
Número de pérdidas	Una	3.15	2.5	t= 1.77	196	.077
	Dos ó más	2.93				
Tiempo desde la muerte del bebé	1-30 días	3.03	2.5	F= .410	4,1	ns
	30-90 días	2.92				
	90-180 d.	3.16				
	180-365 d.	2.89				
	>365 días	2.95				
Trimestre de la pérdida	primero	2.75	2.5	F= 7.77	3,1	.000
	segundo	3.27				
	tercero	3.15				
Tipo de muerte	Perinatal	3.40	2.5	t= 2.47	198	.014
	neonatal	2.95				

CULPA						
Número de pérdidas	Una	2.48	2.5	t= -1.16	196	ns
	Dos ó más	2.50				
Tiempo desde la muerte del bebé	1-30 días	2.44	2.5	F= .331	4,1	ns
	30-90 días	2.59				
	90-180 d.	2.69				
	180-365 d.	2.53				
	>365 días	2.53				
Trimestre de la pérdida	primero	2.41	2.5	F= 1.24	3,1	ns
	segundo	2.61				
	tercero	2.54				
Tipo de muerte	Perinatal	2.83	2.5	t= 1.86	198	.063
	neonatal	2.46				
ACEPTACIÓN						
Número de pérdidas	Una	2.02	2.5	t= -.434	196	ns
	Dos ó más	2.08				
Tiempo desde la muerte del bebé	1-30 días	2.44	2.5	F= 1.25	4,1	ns
	30-90 días	2.84				
	90-180 d.	2.33				
	180-365 d.	2.50				
	>365 días	2.68				
Trimestre de la pérdida	primero	1.96	2.5	F= 1.27	3,1	ns
	segundo	2.14				
	tercero	2.25				
Tipo de muerte	Perinatal	2.24	2.5	t= .990	198	ns
	neonatal	2.04				

DIFERENCIAS EN ACTITUD HACIA LA MATERNIDAD Y LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Con el propósito de probar la hipótesis que planteaba diferencias en los puntajes de las subescalas de actitud hacia la maternidad con respecto a las variables socio demográficas de las participantes (edad, escolaridad, nivel socioeconómico, ocupación y estado civil) se efectuaron análisis de varianza y pruebas t.

Los resultados obtenidos indican que las variables escolaridad y nivel socioeconómico mostraron diferencias significativas en la subescala de actitud hacia la maternidad personal. Las mujeres de educación básica diferían de las de educación media (Scheffé $p = .035$) y de las de educación superior (Scheffé $p = .001$), pero no se encontraron diferencias entre éstas dos últimas (Scheffé $p = .262$). A medida que la escolaridad es más baja la actitud hacia la maternidad personal y la norma social es más positiva. Cabe mencionar que la media teórica fue de 2.5. Los hallazgos fueron similares para el nivel socioeconómico: las mujeres de nivel bajo difirieron de las de nivel medio (Scheffé $p = .060$) y de las de nivel alto (Scheffé $p = .002$), pero no se observaron diferencias entre las de nivel medio y las de alto (Scheffé $p = .133$). En cuanto a las variables: edad, estado civil y ocupación no se observaron diferencias estadísticamente significativas (véase tabla 13).

Tabla 13. ANOVA y pruebas t para las variables sociodemográficas y la subescala de Actitud hacia la maternidad personal

<i>Variable</i>	<i>Grupos</i>	<i>Media</i>	<i>Media teórica</i>	<i>Prueba</i>	<i>gl</i>	<i>Sig.</i>
Edad	17 a 22 años	2.48	2.5	F= .417	2, 175	ns
	23 a 35 años	2.51				
	> 36 años	2.62				
Escolaridad	Básica	2.82	2.5	F = 8.097	2, 175	.000
	Media	2.49				
	Superior	2.26				
Nivel socioeconómico	Bajo	2.79	2.5	F = 6.889	2, 175	.001
	Medio	2.50				
	Alto	2.18				
Ocupación	Hogar	2.62	2.5	t= 2.43	176	.016
	Fuera del hogar	2.29				
Estado civil	Con pareja	2.58	2.5	t= 1.44	176	ns
	Sin pareja	2.32				

En la subescala de actitud hacia la norma social, para el nivel de escolaridad se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres de escolaridad básica (primaria y secundaria) con respecto a las de educación media (bachillerato o carrera técnica) (Scheffé $p= .051$) y a las de educación superior (licenciatura y posgrado) (Scheffé $p=.015$), en lo que respecta al nivel socioeconómico, el grupo de mujeres de nivel bajo no mostraron diferencias estadísticamente significativas con las de nivel medio (Scheffé $p=.064$), pero sí con las de nivel alto (Scheffé $p=.047$) (véase tabla 14).

Los resultados obtenidos para las variables edad, estado civil y ocupación en relación con la actitud hacia la maternidad social no mostraron diferencias significativas.

Tabla 14. ANOVA y pruebas t para las variables sociodemográficas y la subescala de Actitud hacia la norma social de la maternidad.

<i>Variable</i>	<i>Grupos</i>	<i>Medias</i>	<i>Media teórica</i>	<i>Prueba</i>	<i>gl</i>	<i>Sig.</i>
Edad	17 a 22 años	1.81	2.5	F= .463	2,1	.630
	23 a 35 años	1.83				
	> 36 años	1.92				
Escolaridad	Básica	2.13	2.5	F = 5.06	2,2	.007
	Media	1.87				
	Superior	1.78				
Nivel socioeconómico	Bajo	2.12	2.5	F = 4.11	2,1	.018
	Medio	1.88				
	Alto	1.76				
Ocupación	Hogar	1.96	2.5	t= .853	176	.395
	Fuera del hogar	1.86				
Estado civil	Con pareja	1.95	2.5	t= .644	176	.647
	Sin pareja	1.88				

RELACIÓN DUELO – ACTITUD HACIA LA MATERNIDAD

Los puntajes de duelo perinatal y la escala de actitud hacia la maternidad social y personal correlacionaron significativamente, es decir mientras la actitud tanto personal como social hacia la maternidad sea más positiva, experimentarán mayor sensación de duelo, culpa y sintomatología depresiva y aceptarán menos la idea de la pérdida de su bebé (véase tabla 15).

Tabla 15. Correlación entre las escalas de actitud hacia la maternidad y las escalas de duelo perinatal

	Actitud hacia la norma social.	Actitud personal hacia la maternidad
Escala de depresión	.581*	.615*
Escala de culpa	.511*	.526*
Escala de duelo activo	.383*	.542*
Escala de aceptación	-.401*	-.421*

* $p < .000$

Para probar las hipótesis que planteaban un efecto de la actitud personal y de la actitud social hacia la maternidad, las participantes fueron agrupadas de acuerdo con sus puntajes de actitud, el grupo bajo quedó conformado por quienes obtuvieron puntajes $\leq Q_1$, el grupo medio por las pacientes con puntajes $> Q_1 < Q_3$, y el grupo alto por las de puntajes $\geq Q_3$.

Las participantes del grupo de actitud hacia la maternidad personal y social baja difirieron de las del grupo medio y alto en todas las subescalas de duelo: depresión, duelo activo, culpa y aceptación (véase tabla 16).

Tabla 16. ANOVA para las subescalas de actitud hacia la maternidad personal y actitud hacia la maternidad social en relación con las subescalas de la Escala de duelo perinatal.

DEPRESIÓN					
<i>Variable</i>	<i>Grupos</i>	<i>Medias</i>	<i>Prueba</i>	<i>gl</i>	<i>sig.</i>
Actitud hacia la maternidad personal	Alto	2.76	F= 37.2	2,175	.00
	Medio	2.05			
	bajo	1.45			
Actitud hacia la norma social.	Alto	2.80	F= 29.9	2,175	.00
	Medio	1.92			
	Bajo	1.60			

DUELO ACTIVO					
<i>Variable</i>	<i>Grupos</i>	<i>Medias</i>	<i>Prueba</i>	<i>gl</i>	<i>sig.</i>
Actitud hacia la maternidad personal	Alto	2.98	F= 23.8	2,175	.00
	Medio	2.50			
	bajo	1.98			
Actitud hacia la norma social.	Alto	3.06	F= 11.5	2,175	.00
	Medio	2.40			
	Bajo	2.05			

CULPA					
<i>Variable</i>	<i>Grupos</i>	<i>Medias</i>	<i>Prueba</i>	<i>gl</i>	<i>sig.</i>
Actitud hacia la maternidad personal	Alto	3.47	F= 22.5	2,175	.00
	Medio	3.00			
	bajo	2.51			
Actitud hacia la norma social	Alto	3.41	F= 12.4	2,175	.00
	Medio	2.91			
	Bajo	2.71			

ACEPTACIÓN					
<i>Variable</i>	<i>Grupos</i>	<i>Medias</i>	<i>Prueba</i>	<i>gl</i>	<i>sig.</i>
Actitud hacia la maternidad personal	Alto	2.53	F= 18.6	2,175	.00
	Medio	1.84			
	bajo	1.75			
Actitud hacia la norma social.	Alto	2.47	F= 13.1	2,175	.00
	Medio	1.87			
	Bajo	1.77			

El grupo de mujeres con puntajes altos en la escala de actitud personal hacia la maternidad mostraron diferencias con las de puntajes bajos y medios ($p=.00$), mientras que entre estos dos grupos no hubo diferencias (véase fig. 5).

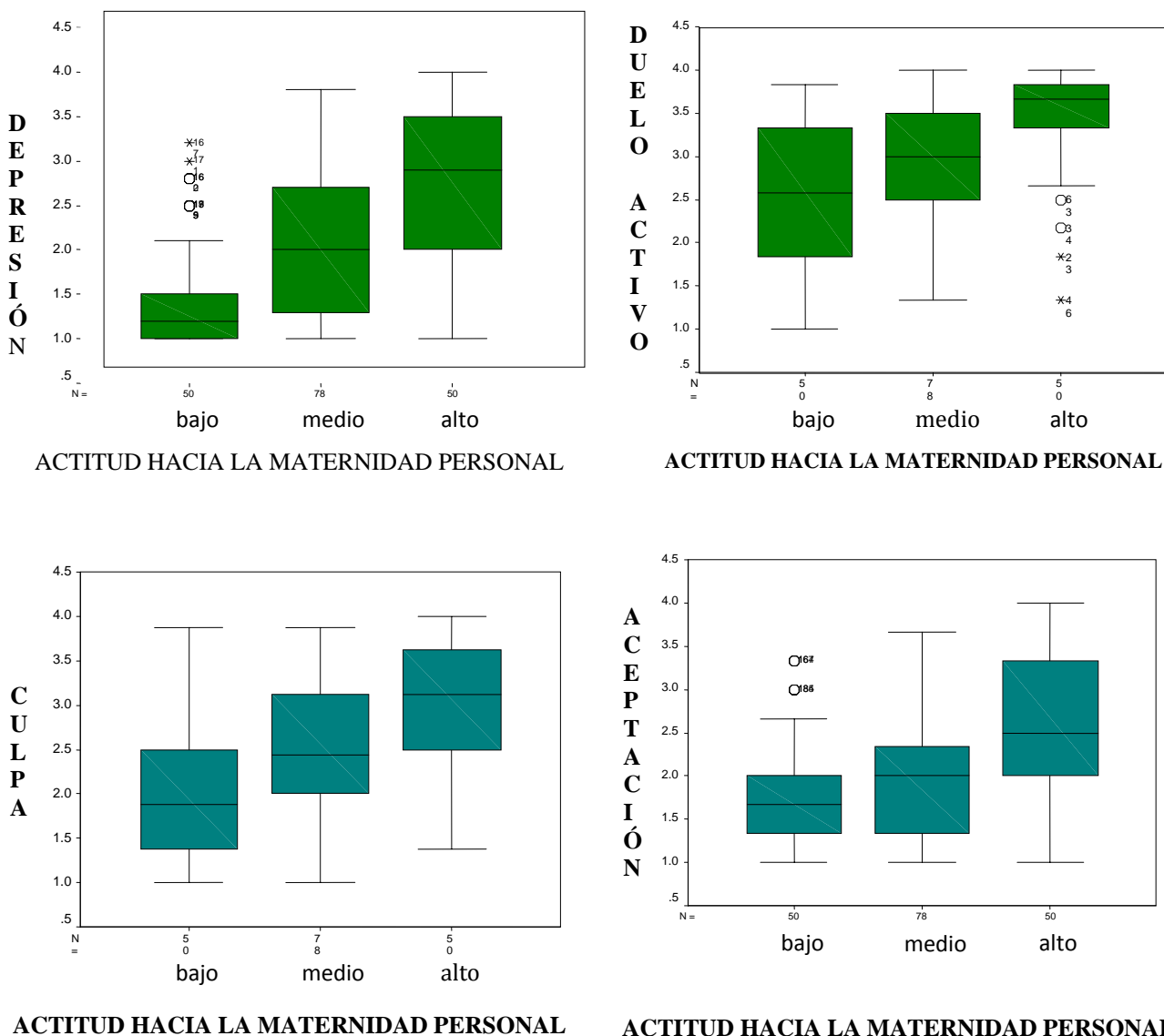


Figura 5. Puntajes de las subescalas de la Escala de duelo perinatal en los tres grupos de mujeres con actitud hacia la maternidad personal.

El grupo con puntajes altos en la actitud hacia la norma social en cuanto a la maternidad, difirió del grupo con puntajes bajos ($p=.00$), pero no hubo diferencias con el grupo que obtuvo puntajes medios en cuanto a la culpa el grupo con puntajes bajos difirió del medio ($P=.03$) y del alto ($p=.00$); para el duelo activo el grupo de mujeres con puntajes bajos mostró diferencias con el grupo de mujeres con puntajes altos ($p=.00$), pero no con el grupo de mujeres con puntajes medios ($p= .42$), sin embargo entre los grupos con puntajes medios y altos si se observaron diferencias ($P=.001$). Finalmente en lo que respecta a la escala de aceptación los tres grupos difirieron entre si ($p=.00$), (véase fig. 6)

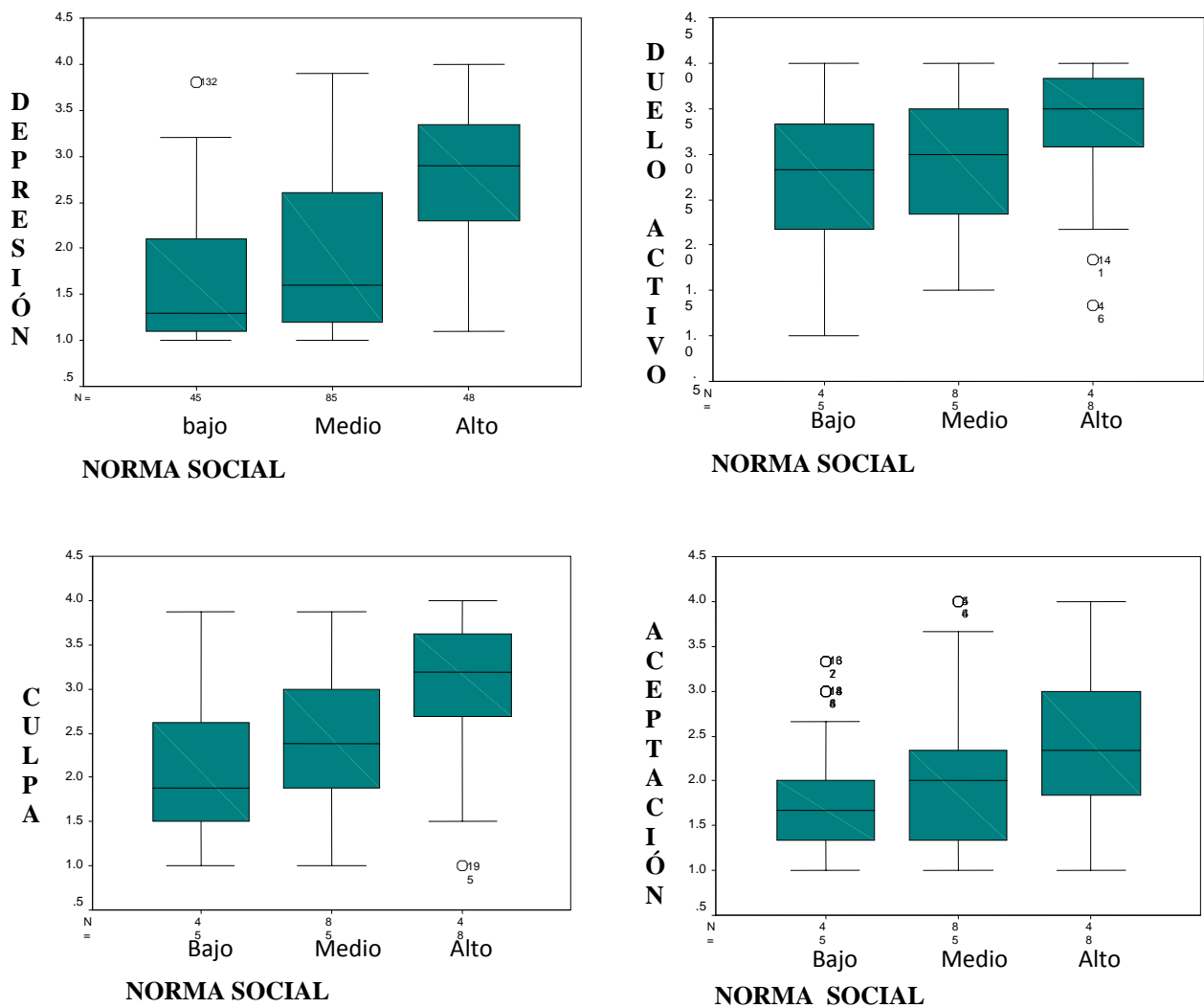


Figura 6. Puntajes de las subescalas de la Escala de duelo perinatal en los tres grupos de mujeres con la norma social.

DISCUSIÓN

La muerte durante el periodo perinatal provoca duelos completos en los padres debido al vínculo prenatal existente desde las primeras semanas de embarazo, a los lazos afectivos creados antes del nacimiento y a las expectativas sociales. Como señalan Cordero et al., (2004), el dolor por la muerte de un niño alrededor del nacimiento se registra en el aparato psíquico y puede convertirse en un evento traumático. Incluso, 20 a 30% de las mujeres que han experimentado una pérdida perinatal sufren alteraciones psiquiátricas durante el primer año de la pérdida (Herz, 1993). Uno de los hallazgos de la presente investigación, que concuerda con lo encontrado en otras investigaciones sobre duelo perinatal (Feeley y Gottlieb, (1989); Franche y Nikail, 1999; Hughes y Riches, 2003; Badenhorst, Riches, Turton y Hughes, 2007), fue que, a pesar de no haber tenido un contacto externo con su bebé o haberlo tenido por un corto tiempo, todas las mujeres que sufrieron la muerte de uno o más de sus hijos en la etapa perinatal o neonatal experimentaron algún tipo de duelo.

Algunos factores sociodemográficos afectaron la intensidad del duelo. Se observó que mientras más bajo era el nivel escolar de las mujeres participantes, mayor dificultad tenían para aceptar la muerte de su hijo. Las mujeres de nivel socioeconómico bajo mostraron más sintomatología depresiva así como los síntomas propios del duelo. Tal situación podría explicarse por el hecho de que las mujeres que pertenecen a estratos socioeconómicos bajos y que poseen también una escolaridad baja encuentran menos oportunidades para realizarse en otras áreas de su vida, por lo que la maternidad constituye la posibilidad de su realización y, en muchos casos, la vía para ser valoradas y tomadas en cuenta por la sociedad. Tales resultados son consistentes con lo señalado por Arranz et al. (2001), quienes afirman que en el deseo de la maternidad interviene fuertemente su entorno sociocultural que valora a la mujer predominantemente a través del ser madre. Sollova (2001) señala que para estas mujeres, los hijos constituyen su identidad y el sentido de su vida.

La edad tuvo un efecto marginal específicamente en los sentimientos de culpa relacionados con la muerte del bebé. Las mujeres que tenían entre 17 y 22 años de edad manifestaron menos culpa que las que eran mayores de 22 años. Al respecto, Marcus (2006) señala que las mujeres jóvenes que viven en sitios urbanos y que tienen un estrato socioeconómico alto, perciben y viven la maternidad más como una elección que como una forma única de realización personal.

Aunque estudios como el de Kenell, Slyter y Klaus (1970) y el de de Woolley (1997) sobre las perspectivas y actitudes de las parejas ante la muerte de un hijo sugieren que el apoyo del padre del bebé tiene un impacto positivo en el proceso de duelo de las madres que experimentan una pérdida perinatal, disminuyendo los síntomas ansiosos, depresivos y de culpa, en la presente investigación el que las participantes contaran o no con pareja, no afectó su duelo. Tampoco lo hizo su ocupación, hallazgo que fue diferente a lo encontrado por investigadores como Vance, Boyle, Najman y Thearle (2002) que reportaron que las mujeres que trabajan tienen procesos de duelo más cortos que aquellas que se dedican al cuidado de sus hijos y al hogar.

En cuanto a las variables relacionadas con las pérdidas perinatales, los resultados mostraron, en concordancia con lo que han reportado otros investigadores (Defey, 1995; Statham, 1992; Hughes y Riches, 2002), que la intensidad del duelo estuvo relacionada con el trimestre del embarazo en el que ocurrió el fallecimiento del feto, de tal forma que las pérdidas ocurridas durante el segundo y el tercer trimestres provocaron duelos más intensos, que las ocurridas durante el primero. Al respecto, Hughes y Riches, señalan que en las etapas tempranas del embarazo, la mujer tiene la sensación de que el embrión es más una parte de ella misma que un ser distinto, y que el proceso de individuación comienza con la percepción de los movimientos fetales que van siendo más intensos durante el resto del embarazo, por lo que, a medida que éste avanza, se incrementa la fuerza del vínculo y, por consiguiente, las reacciones de duelo se intensifican en caso de una pérdida. Ya Lorenzen y Holzgreve en 1995 habían reportado que las reacciones de duelo se presentan con mayor intensidad cuando la pérdida ocurre después de la semana 28 de gestación, lo

cual concuerda también con los resultados obtenidos en el presente estudio con respecto al tipo de pérdida y la intensidad en el duelo. Las mujeres cuyos bebés fallecieron a las pocas horas o días después del nacimiento (muerte neonatal) presentaron más reacciones de duelo activo y mayor sensación de culpa, que aquellas que perdieron a su bebé durante el embarazo (muerte perinatal).

Con respecto a la edad que tiene la mujer cuando sufre la pérdida, se ha observado que ha sido poco tomada en cuenta en las investigaciones, sin embargo en este estudio se observó que existe una tendencia a intensificar el duelo, es decir las mujeres mayores de 35 años que sufren la muerte de su bebé, tienden a experimentar duelos más intensos, que las más jóvenes.

En diversas investigaciones sobre duelo perinatal (Janssen et al., 1996; Franche y Nikail, 1999; Mulder, et al, 2003; Gold, Dalton y Shwenk, 2007) se ha encontrado que a mayor número de pérdidas y a menor tiempo transcurrido desde que ocurrió la pérdida, existe mayor predisposición a presentar duelos complicados. Sin embargo, en la presente investigación dichas variables no tuvieron efecto significativo sobre las reacciones ni sobre la intensidad en el duelo, ya que sólo se observó una significancia marginal del número de pérdidas sobre los síntomas de duelo activo, pero en un sentido opuesto; es decir, quienes habían tenido más de una pérdida perinatal presentaron duelos menos intensos, mientras que las mujeres que experimentaron su primera pérdida mostraron mayor intensidad en su duelo. En lo que respecta al tiempo transcurrido desde la pérdida, no se encontraron diferencias significativas.

La actitud hacia la maternidad, la cual según Valladares (1997) está matizada por el mito social de “mujer igual a madre”, constituye más un hecho cultural y aprendido que un proceso biológico e instintivo. Tal aseveración concuerda con los resultados obtenidos en la presente investigación, los cuales mostraron que las mujeres cuyo nivel de escolaridad máximo fue de primaria o secundaria y que pertenecían a un nivel socioeconómico bajo tuvieron una actitud positiva hacia la maternidad tanto en el aspecto personal como en el

social, mientras que las mujeres que tenían niveles escolares de bachillerato o licenciatura no consideraron a la maternidad como la fuente única de realización y el medio por el cual podían ser valoradas tanto individual como socialmente. Marcus (2006) ha señalado que en los sectores populares de estratos socioeconómicos y culturales bajos, se potencia el valor la maternidad como el principal proyecto de vida y como símbolo de la identidad femenina.

En México, como en la mayoría de los países en los que la sociedad experimenta cambios vertiginosos, éstos afectan el funcionamiento económico y social, así como la forma de vida de la población, en particular, la de las mujeres, lo cual repercute en el proceso de afrontamiento de la maternidad (Álvarez, Linares y García, 2007). La competencia laboral, la lucha por obtener una posición social, la búsqueda del bienestar, así como el deseo de lograr una mejor calidad de vida, se contraponen con la necesidad biológica y psicológica de la maternidad, así como con las expectativas socioculturales en torno a ella. Elu y Santos (2004) afirman que esta situación provoca que muchas mujeres expongan a grandes riesgos tanto su salud física y mental como su vida, a fin de cubrir las expectativas sociales en torno a la maternidad.

Cuando una mujer enfrenta la imposibilidad de ser madre, específicamente por la pérdida de un hijo en su etapa embrionaria, fetal o de recién nacido, sufre fuertes repercusiones emocionales, sobre todo cuando el fallecimiento es debido a defectos congénitos en el bebé, ya que el proceso de duelo en cualquiera de estas etapas implica, como lo señala Alvarado (2003), no sólo la pérdida física del bebé, sino también la muerte del futuro y la mutilación del proceso de maternidad. Aunque el duelo no constituye una enfermedad en sí mismo, su evolución puede dirigirse hacia la patología. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 1995) lo clasifica en la sección de trastornos adicionales que pueden requerir atención clínica.

El duelo perinatal se asocia con mayor vulnerabilidad a enfermar y el aumento de riesgo de mortalidad materna durante los dos años siguientes a la pérdida (Van Ommeran y Levav, (2003). Se incrementa también la probabilidad de desarrollar trastornos depresivos y

síndrome por estrés postraumático, que requieren de fármacos (Biondi y Picardi, 1996). En la esfera de lo psicológico, se presentan conflictos en la identidad, barreras para establecer una comunicación efectiva con la pareja o núcleo familiar cercano (Franché, 2001), así como dificultades para establecer vínculos con un nuevo hijo (Zeanah, 1995).

Un hallazgo del presente estudio, ligado a estas posibles complicaciones en el estado físico y mental de las mujeres, es que la actitud hacia la maternidad está fuertemente relacionada con la intensidad del duelo perinatal que se experimenta. Entre más positiva fue la actitud hacia la maternidad de las participantes, se observaron más síntomas depresivos, mayor sensación de duelo, más culpa y menos aceptación de la muerte del hijo. Estos resultados muestran que la severidad del proceso de duelo por la pérdida de un hijo en el periodo perinatal depende en gran medida de aspectos sociales y culturales en torno a la concepción que tienen las mujeres de la maternidad, la cual se conforma con las expectativas sociales y culturales en torno al “deber ser” del rol de la mujer.

Al igual que en las investigaciones de Turton, Hughes y Evans (2006), Ritsher y Neugebauer (2002), Cordero et al. (2004); en este estudio, en entrevista informal con las participantes, se observó que la gran mayoría de ellas, a pesar de que habían experimentado la pérdida de uno o más hijos, se sometían una y otra vez a estudios médicos, tratamientos o intervenciones invasivas la mayoría de ellas dolorosas y costosas, con el objetivo de cumplir con lo que “se espera de ellas”, así como sentirse realizadas y obtener valor ante sí mismas y ante los demás a través de gestar y parir un hijo.

Si bien es cierto que no se puede negar la importancia de los aspectos biológicos involucrados en la maternidad, tampoco se puede dejar de lado el componente psicológico y social que gira en torno a ella, y que muestra que más que instintiva o inherente al género femenino, la maternidad es cultural y aprendida, y se construye a lo largo de la historia, según el contexto social en el que se vive.

Aunque el significado social de la maternidad tiene diferentes características dependiendo la clase social, la instrucción que se tenga, el momento histórico que se viva y/o la cultura en la que se está inmerso (Marcus, 2006), parece que el mandato social de “ser madre” recae sobre toda mujer, provocando un conflicto interno en quienes, por decisión propia u obligadas por determinadas circunstancias (biológicas, médicas o incluso sociales), no tienen hijos y se alejan de las expectativas determinadas por la cultura y el medio social que les rodea.

Otra de las aportaciones del presente estudio fue la validación de un instrumento, la Perinatal Grief Scale, originalmente construida por Potvin et al., (1989) en Pensilvania; que permite evaluar los factores involucrados en el duelo perinatal en mujeres mexicanas que pasan por esta experiencia.

A diferencia de la escala original que consta de 34 afirmaciones tipo Likert, la versión mexicana quedó conformada por 27. Cuatro reactivos fueron eliminados por razones culturales, ya que el significado que la población mexicana da a las palabras “duelo” y “luto” difiere de la conceptualización que se tiene en Estados Unidos, en donde se utilizan como sinónimos las palabras “grief” y “bereavement. También fue necesario tomar en cuenta las actitudes y las costumbres que se tienen en ambas culturas, con respecto al fallecimiento de un ser querido.

En la versión mexicana de la Escala de Duelo Perinatal también se modificaron las opciones de respuesta. En la escala original éstas son: totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni en acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo; en la mexicana se suprimió la opción intermedia y se utilizaron las siguientes: definitivamente sí, probablemente sí, probablemente no y definitivamente no, ya que en el piloteo se observó que las originales resultaban confusas para las participantes.

La escala original está integrada por tres subescalas: duelo activo (referente a los síntomas propios del duelo), desesperanza (en el que se agrupan las características del duelo que hablan de una complicación en el mismo) y afrontamiento (en el que se encuentran los reactivos que hablan de las dificultades para afrontar el duelo). El análisis factorial del instrumento aplicado en este estudio arrojó cuatro factores: a) duelo activo, en el que se agruparon los reactivos relacionados con los síntomas que aparecen ante cualquier duelo; b) depresión, que contiene los reactivos relacionados con síntomas que sugieren posibles complicaciones en el proceso de duelo; c) culpa, que incluyó las afirmaciones relativas a los sentimientos de responsabilidad por la muerte del bebé, y d) aceptación, en donde se concentraron los reactivos relacionados con sentimientos de aceptación de la muerte del bebé.

Asimismo, la investigación aporta la construcción de una escala que mide la actitud que tienen las mujeres hacia la maternidad, tanto desde un punto de vista personal como de la norma social.

Esta escala, también de tipo Likert, quedó conformada por 20 afirmaciones divididas en dos subescalas: a) actitud hacia la maternidad personal, en donde se encuentran los reactivos relacionados con lo que la mujer piensa de su propia maternidad, y b) la norma social, que contiene afirmaciones relativas a lo que la mujer piensa que los demás consideran que debe ser la maternidad.

CONCLUSIONES

En suma, y retomando las hipótesis de investigación que fueron planteadas para este estudio, puede concluirse que:

- 1) La escolaridad, el nivel socioeconómico y la edad de las mujeres que conformaron la muestra, así como la edad gestacional del bebé al momento del fallecimiento, el número de pérdidas y el tipo de muerte (neonatal o perinatal), son variables que influyen en el duelo y deben ser consideradas como factores que pueden generar un riesgo de complicación en el desarrollo del mismo.
- 2) Una actitud favorable hacia la maternidad y ponderada sobre otros aspectos en la vida de estas mujeres, se asocia a niveles escolares y socioeconómicos bajos.
- 3) La actitud hacia la maternidad como única fuente de realización personal constituyó otro factor que se relacionó con un duelo más intenso en la experiencia de pérdida perinatal.

Otras variables a considerar en futuros estudios sobre duelo perinatal son los estilos de afrontamiento de la mujer que experimenta una pérdida perinatal, así como su personalidad, auto concepto, autoestima y relación emocional con su pareja ya que en algunas investigaciones se han visto relacionadas con la intensidad en el duelo (Badenhorst y Hughes, 2007). Se propone, asimismo, estudiar el duelo en hombres que hayan sufrido la pérdida de un hijo en el periodo perinatal y los factores que lo determinan, con el fin de conocer si existen diferencias de género.

La realización de investigaciones sistemáticas que, como la presente, estudien el efecto de las variables psicosociales sobre el proceso del duelo permitirá en primer lugar, tener una mejor comprensión del fenómeno, que haga posible una orientación más eficaz de la intervención psicológica institucional con las mujeres con pérdida perinatal, a fin de prevenir el desarrollo de una conflictiva mayor y de una patología emocional severa; en segundo lugar disminuir los altos costos sanitarios provocados por la alta demanda de los servicios de salud institucionales y en tercer lugar, modificar las pautas de actuación de los equipos de salud, hacia formas más sensibles y empáticas, que faciliten el manejo y el proceso de acompañamiento de estas mujeres.

REFERENCIAS

- Adolfsson, A. y Larsson, P.G. (2006). Translation of the short version of the PGS into Swedish. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 20(3),269-73.
- Adolfsson, A., Larsson, P.G., Wijma, B. & Bertero, C. (2004). Guilt and emptiness: women's experiences of miscarriage. *Health Care for Women International*. 25(6), 543-560.
- Aguilar, F.V. y Morales, C.F. (1995). Ansiedad y autoconcepto en pacientes embarazadas diabéticas. *Perinatología y Reproducción Humana*. 9 (2),99-105.
- Aguilar, F.V., Morales, C.F. y Barranco, A. (1998) Depresión y pérdidas perinatales en pacientes diabéticas del Instituto Nacional de Perinatología. *Perinatología y Reproducción Humana*. 12, 210-217.
- Alonso, L.F., Cendán, M.I., Ferrero, O.M.T, Roca, O. J., Soler, S. D., Bertot, M.T. et al. (2002). Comportamiento de los defectos congénitos aislados más frecuentes en Cuba. *Revista Cubana de Pediatría* (Revista electrónica) 72(2), 87-93. (En red) Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol72_2_00/ped04200.htm (Consultado el día 30 de octubre).
- Alvarado, C.K. (2005). Concepciones acerca de la maternidad en la educación formal e informal. *Actualidades investigativas en Educación*. 5 (1), 1-27.
- Alvarado, M.R., Medina, L.E. y Aranda, C.H.W. (2004) El efecto de variables psicosociales durante el embarazo en el peso y la edad gestacional del recién nacido. *Revista Médica Chilena*. 130 (5), 81-87.
- Alvarado, G.R. (2003). Muerte perinatal y el proceso de duelo. *Acta Pediátrica Mexicana*. 24(5),304-11.
- Álvarez, N.C., Linares, A. M. y García, C. M. (2007). Actitud de las parejas hacia la maternidad y la desendencia. *Revista de Estudios sobre Sierra Mágica*. 24, 187-200.
- American Psychiatric Association.(1995).*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV*. Barcelona España, Masson.
- Andersson, L., Sundstrom, P.I., Bixo ,M., Wulff , M. Bondestam, K. & Astrom, M. (2003) Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimestre of pregnancy: A population based study. *American Journal of obstetrics and Gynecology*. 189 (1), 148-154.
- Arceluz, M. y Fernández, A. (1988). Aspectos psicológicos durante el embarazo, parto y puerperio. En Atkin L. *La psicología en el ámbito perinatal*, Instituto Nacional de Perinatología.
- Armengol, A.R., Chamarro, L.A. y García- Dié, M. T. (2007). Aspectos Psicosociales en la gestación: El cuestionario de evaluación prenatal. *Anales de psicología* 23 (1),25-32
- Arranz, L.L., Blum, G.B., Morales, C.F. (2001).El deseo de maternidad en mujeres sujetas a tratamiento de reproducción asistida: una propuesta de psicoterapia. *Perinatología y Reproducción Humana*. 15,133-138.
- Arranz, L.L., Blum, G.B., Saucedo, G.L. y Gutierrez, A.L. (2001). El deseo de la maternidad en pacinetes sujetas a tratamientos de reproducción asistida, en una Institución de salud pública. *Ginecología y Obstetricia de México*. 69,56-61.

- Astbury, J. (1994). Making motherhood visible: The experience of motherhood questionnaire. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 12(2),79-88.
- Averill, J.R. y Nunley, E.P. (1993). Grief as an emotion and as a disease. A social constructivist perspective. *Handbook of bereavement*. Cambridge University press, New York.
- Badenhorst, W., Riches, S., Turton, P. & Hughes, P. (2007). Perinatal death and fathers. *Journal of Psychosomatic Obstetric & Gynecology*. 28(4),193-198.
- Balestena, J., Fernández, R. y Hernández, A. (2001). Comportamiento de la Preclampsia Grave. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*.27(3), 226-32.
- Balestena, S.J., Del Pino, M.E., Suárez, B.C. y Soto, U.M. (2003). Características maternas y resultados perinatales en el embarazo prolongado. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 28(1),125-33.
- Bankart, B. (1989). Japanese perception of motherhood. *Psychology of Woman Quarterly*. 13 (1),59-76.
- Beck-Gernsheim, E. (2003), *La reinención de la familia*, Barcelona, Paidós.
- Bejarano, P. y Jaramillo, I. (1992). *Morir con dignidad*. Bogotá, Colombia. Fundación Omega.
- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G. & Einarson, T.R. (2004) Depresión during pregnancy. *Clinical Drug Investigation*. 24 (3), 157-179.
- Bernazzani, O., Saucier, J. F., David, H. y Borgeat, F. (1997). Psychosocial factors related to emotional disturbances during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 391-402.
- Berthiaume, M., David, H., Saucier, J. y Borgeat, F. (1998). Correlates of pre-partum depressive symptomatology: A multivariate analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16, 45-56.
- Beutel, M., Will, H., Volkl, K., Van Rad, M. y Weiner, H. (1995). Assessment of grief exemplified pregnancy loss: Development and initial results on the validity of the Munich Grief Scale. *Psychotherapy and Psychosomatic Medicine Psychology*. 45(9), 295-302.
- Biondi, M. & Picardi, A. (1996). Clinical and biological aspects of bereavement and loss induced depression. *Psychotherapy Psychosomatic*. 65,229-45.
- Bojorge, E.E. (2003). Prevalencia y factores asociados a los defectos congénitos en el Servicio de Neonatología del Hospital Fernando Vélez Paiz, del 01 de enero al 31 de diciembre del. Tesis Universidad. Nacional. Autónoma de Nicaragua. Facultad de Medicina.
- Bonano GA y Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 20, 1-30.
- Bonano, G.A. (2001). The crucial importance of empirical evidence in the development of bereavement theory: Reply to Archer (2001). *Psychological bulletin*. 127(4), 561-564.
- Bowen, M. (1976). *Family reactions to death*. En Guerin P. *Family therapy*. Theory and practice. Gardner Press, Lakeworth, Florida.
- Bowlby, J. (1980). *La pérdida afectiva*. Paidós. Barcelona, España.

- Brier, N. (2004). Anxiety after miscarriage: A review of empirical literatura and implications for clinical practice. *Birth*, 2(31),138-145.
- Brullet, C. (2004). Reflexiones sobre la maternidad en Occidente y sus condiciones de posibilidad en el siglo XXI. En de la Concha, M. A. y Osborne, R. *La función materna en los discursos culturales y en la organización Social*. Barcelona, España, Paidós.
- Burgoine, G., Van Kirk, S., Romm, j., Edelman, A., Jacobson, S. & Jensen, J. (2005) Comparison of perinatal grief after dilation and evacuation or labor induction, in second trimester terminations for fetal anomalies. *American Journal of obstetrics and Gynecology*. 192(6),1928-1932.
- Caelli, K., Downie, J. & Letendre, A. (2002). Psrents' experiences of midwife-managed care following the loss of a baby in a previous pregnancy. *Journal of advanced Nursing*. 2(39), 127-136.
- Calderón, D.R., Dávila, S.A. y Ortíz, C. R. (1996). Percepciones y actitudes frente al embarazo en gestantes de estrato socioeconómico alto. Tesis de Licenciatura en enfermería de la Universidad Peruana, Cayetano Heredia. Lima Peru.
- Callico y Cantalejo, G. (1995). Factores psicológicos de la gestación y su incidencia en las posteriores dificultades durante el parto y el puerperio. *Psicopatología*, 15, 70-74.
- Carreño, M.J., Morales, C.F., López, C.R., Sánchez, B.C. y Aldana, C.E. (2002). Padecimientos crónicos maternos (Diabetes o cardiopatías) y desarrollo infantil Perinatología y Reproducción Humana. 16 (2),80-87.
- Casado, V. (2001). Aceptar la pérdida: el proceso de duelo y sus fases. Buenos Aires: Paidós.
- Caso, B., Grinblat, S. y Fermepin, E. (2001). Incidencias de lo prenatal en el vínculo materno- filial. Reflexiones en torno a la adopción y a la fertilización asistida. *Psicoanálisis*. Asociación psicoanalítica de Buenos Aires. 23(3),10-16.
- Castelazo, L. y Calderón, J. (1970). *Historia de la Obstetricia y la Ginecología en Latinoamérica*. Bogota: Colombia Distrital.
- Cederholm, M., Sjoden, P.O. & Axelsson, O. (2001). Psychological distress before and after prenatal invasive karyotyping. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 80 (6), 539-545.
- Clark, J. A. (2006). The experience of losing a child through death. *American Journal of Nursing* 106(9),59-64.
- Condon, J. T. y Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 359-372.
- Cordero, V. M., Palacios, B.P., Mena, N.P., y Medina, H. L.(2004) Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento de un recién nacido. *Revista chilena de Pediatría*. 75(1),67-74.
- Cortés, Ch.J. (2006). Diez principales causas de embarazo de alto riesgo en el Hospital general de zona No. 1 de la ciudad de Colima en el año 2004. Tesis de Especialidad de Medicina Familiar. Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Colima, Colima, México.
- Cote- Arsenault, D. (2007). Treat, appraisal, coping and emotions across pregnancy subsequent. *Nursing Research*. 56(2), 108-116.

- Cuadros, M.I., Mejía, S. y Ocampo, L. (1987) *Deprivación psicoafectiva*. Bogota, Colombia. Ed. Presencia.
- DeCherney, A. & Nathan, L. (2003). *Diagnóstico y tratamiento ginecobstétricos*. 8ª Ed. México: Manual Moderno.
- Defey, D. (1995). Helping health care staff. Deal with perinatal loss. *Infant Mental Health Journal* 16(2),102-110.
- Del Alamo, A. (1999). Control prenatal del embarazo normal. En: Doval JL, Del Alamo, A., Menéndez, C. y Blanco, S. (Eds.) *Protocolos de ginecología y obstetricia para atención primaria* 2ª Ed. Madrid, España: Grupo Aula Médica S. A.
- Devereux, G. (1989). *Mujer y Mito*. Fondo de cultura económica. México.
- Díaz, R.R., Aguilar, F.V., y Santillan, G.R. (1999). Estrés y embarazo. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*. 44 (1), 27-31.
- Díaz-Guerrero, R. (1991). El problema de la definición operante de la identidad mexicana. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 7, 23-61.
- Duby, G. y Perrot, M. (1992). *Historia de las mujeres en occidente*. Madrid:Taurus.
- Ehrenberg, A (2000). La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad. Buenos Aires, Nueva visión
- Elster, A.B. & Lamb, M.E. (1987). The medical and psychosocial impact of a comprehensive care on adolescent pregnancy and parenthood. *JAMA*. 258, 1187-92
- Elu, M.C. y Santos, P.E. (2004). Mortalidad materna, una tragedia evitable. *Perinatología y Reproducción Humana*. 18(1),44-52.
- Engler, JA. Y Lasker, NJ. (2000) Predictors of maternal grief in the year after a Newborn death. *Illness, Crisis and Loss*. 8(3),227-243.
- Espíndola ,H.G., Morales, C.F., Díaz, F.E., Meza, R.P., Sánchez, R.C., Carreño, M.J. (2006). Estudio descriptivo de un grupo psicoterapéutico de pacientes obstétricas con diagnóstico de trastorno mental. *Perinatología y Reproducción Humana*. 20, 91-7.
- Fagetti, A. (1999). *Los cambiantes significados de la maternidad en el México rural*. En Relación de genero y transformación agraria. El colegio de México, México.
- Faneite, P., Delgado, P., Soblane, S., Faneite, J., Guedez, J. y Fagundez, M. (2003). *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. 63(2), 61-66.
- Feeley, N. & Gottlieb, L. (1989). Parents' coping on communication following their infants death. *Journal of Death and Dying*. 19(1),51-67.
- Fernandez, A.M. (1982). Los mitos sociales de la maternidad. *Revista del Centro de estudios de la mujer de Buenos Aires*. 39,132-139.
- Fernández, L.A. y Rodriguez, V. B. (2002). Intervención sobre problemas relacionados con el duelo, para profesionales de atención primaria. *Medifam* 12 (3),20-8.
- Fernández, M. (1988). Reacciones emocionales ante la pérdida perinatal. En Atkin L, Arcelus, M., Fernandez, A y Tolbert, K. *La psicología en el ámbito perinatal*. México Insituto Nacional de Perinatología. 247-264.
- Fishbein, M y Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An introduction to theory and research*. Reading MA: Addison Wesley. England.
- Fonagy , P. (2001). The human genome and the representation of the world: the role of early mother-infant interaction in creating an interpersonal interpretive mechanism. *Bulletin of Menninger Clinic*. 63 (3), 427-448.

- Forrest, G.C., Standish, E. & Baum, J.D. (1982). Support after perinatal death: a study of support and counseling alter perinatal bereavement. *British Medical Journal*. 20(285),1475-9.
- Franché, R.L. (2001). Psychologic and Obstetric predictors of couples'grief during pregnancy after miscarriage or perinatal death. *Obstetrics and Gynecology*, 97,597-602.
- Franché, R.L. & Mikail, S. (1999). The impact of perinatal los son adjustment to subsequent pregnancy. *Social Science Medicine*. 41(11),1613-23.
- Freud, S. (1917). Duelo y Melancolia. Obras Completas, Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fundación para los defectos del nacimiento March of Dimes. (en red).Disponible en <http://www.nacersano.org/centr/9260.asp>. Consulta 15-03-2007.
- García – Dié, M. T. (2001). Intervención prenatal. En Pérez C, *La familia: nuevas aportaciones*. Barcelona: Edebép. 135-149.
- Geerinck- Vercammen, C.R. & Kanhai, H.H. (2003). Coping with termination of pregnancy for fetal abnormality in a supportive enviroment. *Prenatal Diagnosis* 23 (7),543-8.
- Glazier, R.H., Elgar, F.J., Goel, V. & Holzapfel, S. (2004). Stress, social support, and emocional distress in a community simple of pregnant women. En Gómez, L.ME y Aldana, C.E. (2007) Alteraciones psicosociales en la mujer con embarazo de alto riesgo. *Psicología y salud* 17 (1),53-57
- Gold, K., Dalton, V. & Shwenk, T. (2007). Hospital Care for parents after perinatal death. *Obstetrics and Gynecology*. 109, 1156-1166.
- Gómez, L.M.E. y Aldana, C.E. (2007). Alteraciones Psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo. *Psicología y salud*. 17 (1),53-61.
- González, C.G. (2002) Pérdidas perinatales.en Instituto Nacional de perinatología (Eds). *Psicología de la Reproducción Humana*. Un Enfoque Integral. México D. F. Trillas
- Grush, L.R. y Cohen, L. S. (1998). Treatment of depression during pregnancy: Balancing the risks. *Harvard Review of Psychiatry*, 6, 105-109.
- Gutierrez, A.S. (2000). De la mujer ideal a la mujer real. Las contradicciones del estereotipo femenino en el siglo XIX. *Cuicuilco, Nueva Epoca*. 7 (18).
- Halliday, J.L., Warren, R., McDonald, G., Rice, P.L., Bell, R.J. & Watson, L.F. (2001). Prenatal diagnosis for women aged 37 years and over: to have or not to have. *Prenatal Diagnosis*. 21,842-847
- Hare- Mustin, R. y Broderick, P. (1979). The Myth of motherhood. A study of attitudes toward motherhood. *Psychology of Woman Quarterly*. 4(1),114-128.
- Hart, R y McMahon, C. (2006) Mood state and psychological adjustment to pregnancy of women´s. *Archives of Mental Health*. 9, 329-337.
- Hays, Sh. (1998). Las contradicciones culturales de la maternidad. Barcelona, Paidós.
- Hernández, A.E. (2002). Diagnóstico prenatal en el primer trimestre, ¿a quién y cómo?. *Ginecología y Obstetricia de México*, 70, 607.
- Herz, E. (1993). Psychological repercussions of pregnancy loss. *Psychological Health*, 8, 369-81.
- Horowitz, MJ., Wilner, N., Marmar, C. y Krupnick, J. (1980) Pathological grief and the activation of latent self image. *American Journal of Psychiatry*. 137, 1157-62

- Hughes, P. & Riches, S. (2003). Psychological Aspects of perinatal loss. *Current Opinion Obstetric and Gynecology*. 15, 107-11
- Hughes, P.M., Turton, P. & Evans, C.D.H. (1999). Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy. Cohort Study. *British Medical Journal*, 318, 1721-4
- Hunfeld, J.A., Wladimiroff, J.W., Passchier, J., Venema- Van Uden, M.V., Frets, P.G. et al. (1993). Emotional reactions in women in late pregnancy following the ultrasound diagnosis of a several or lethal fetal malformations. *Prenatal Diagnosis*. 13 (7),603-12
- INEGI/SSA. (2001) Dirección General de Evaluación del Desempeño. México.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (1998). Atención prenatal en medicina familiar. Guía diagnóstica- terapéutica. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 36(1), 45-60.
- Isupova, O.G. (2002). The social meaning of motherhood in Russia today. *Russian education Archives*. 80, 55-64.
- Jansen, H., Cuisinier, M., Hoogduin, K. & Graauw, K. (1996). Controlled perspective study on the mental health of women following pregnancy loss. *American Journal of Psychiatry*. 153, 226-230.
- Jasso, G.L. (1997). Relevancia de la salud perinatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*. 54(1), 54-8.
- Karchmer, K.S. (2003). Consideraciones sobre las indicaciones médicas para la interrupción del embarazo. *Gaceta Médica de México*. 139 (1),37-46
- Kennell, J.H., Slyter, H. & Klaus, M.H. (1970). The mourning response of parents to the death of newborn infant. *New England Journal Medicine*, 283,344-349.
- Kim, C., Newton, K. & Knopp, R. (2002). Gestacional diabetes and the incident of type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 25, 1862-1868.
- Klaus, M.H., Kennell, J.H. (1978). Asistencia de los padres del niño con malformaciones congénitas. En *La relación madre- hijo*. Buenos Aires, Panamericana.
- Klein, D.F., Gittelman, R., Quitkin, F. & Rifkins, A. (1980). *Diagnosis and drug treatment of psychiatric disorders: Adult and children* (2nd ed.) Baltimore, William and Wilkins.
- Korenamp, M.J., Page, G.C., Bout, J., Mulder E.J. & Visser, G.H.(2006). Is there pressure from society to terminate pregnancy in case of a fetal anomaly?. *Prenatal Diagnosis*. 26,85-6.
- Kubler- Ross, E. (1997). *Sobre la muerte y los moribundos*. México, Random-House.
- Landa, P.V. y García, G.J. (2004). Guías clínicas. *Revista Chilena de Medicina*. 4 (40),122-130.
- Lang, A., Gottlieb, L. & Amsel, R. (1996). Predictors of husbands' and wives' grief reactions following infant death. The rol of marital intimacy. *Death studies* 20 (1),118-23.
- Langer, A. (2002). El embarazo no deseado: Impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 11 (3),33-8.
- Lara, M.A., Acevedo, M. y Berenzon, S. (2004) La depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres. *Salud Pública*. 20 (3), 818-929.

- Lara, M.A., Navarro, C., Navarrete, L., Cabrera, A., Almanza, J., Morales, F. et al. (2006). Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados en pacientes de tres Instituciones de salud de la Cd. De México. *Salud Mental*. 29 (4), 55-62.
- Lasker, J.N. & Toedter, L.J. (2000). Predicting outcomes after pregnancy loss: Results from studies using the Perinatal Grief Scale. *Illness, Crisis and Loss*. 8(4),350-372.
- Lederman, R.P. (1996). Psychosocial adaptation in pregnancy: asesessment of seven dimension of maternal development. New York: Springer Publishing Company.
- Lidemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry* (reimpreso en American Journal of Psychiatry (1994).151 (6), 155-60.
- Lorenzen, J. & Holzgreve, W. (1995). Helping parents to grieve after second trimester termination of pregnancy for fetophatic reasons. *Fetal Diagnosis and Therapy*.10(3),147-156.
- Marcús, J. (2006). Ser madre en los sectores populares: Una aproximación al sentido que las mujeres le otorgan a la maternidad. *Revista Argentina de Sociología*. 4 (7),100-11.
- Maroto-Navarro, G., García-Calvente, M del M y Mateo-Rodríguez, I.(2003). El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias. *Gac Sanit.*, Barcelona (En red)Disponible en<http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500004&lng=es&nrm=iso>. (Consultado el día 08 Jun 2007).
- Martínez, R.S. (2002). Cap. 4 Embarazo, En Instituto Nacional de Perinatología. *Psicología de la reproducción humana*. Ed. Trillas, México.
- Mc.Neil, F.T. & Gun T.N. (1998). Anomalies and the mental health professional. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 847,10-20
- Miller, L.J. (2001).Psychiatric disorders during pregnancy. En: Stotland, N.L., Stewart. D.E., (Eds). *Psychological aspects of women's health care: the interface between psychiatry and obstetrics and gynecology*. 2aed.Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Molina, M.E. (2006). Transformaciones histórico culturales del conceptpo de maternidad y sus repercusiones en la identidad de la mujer. *Psykhé* 15 (2), 93-103.
- Molina, R. (1988). *Sistemas de atención para adolescentes embarazadas. La salud del adolescente en Chile*. Santiago de Chile: Florenzano, Magdalena y Bobadilla.
- Morales, C.F. (2002) Cap. 1 Reproducción Humana. En Instituto Nacional de Perinatología.(2002) *Psicología de la reproducción humana*. Ed. Trillas, México.
- Morales, C.F., Díaz, F.E., Espíndola, H.G., Henales, A.C., Meza, R.P., Mota, G.C. et al. (2005). Concepto de salud psicológica. En: *Temas selectos de Orientación Psicológica Creando alternativas*. V1, 49-62. Ed. Manual moderno: Universidad Iberoamericana.- The University of Scanton.
- Morales, C.F., Díaz, F.E., Espíndola, H.G., Henales, A.C., Meza, R.P., Mota, G.C. et al. (2006). Concepto de salud psicológica. En: *Temas selectos de Orientación Psicológica Creando alternativas*. V1:.,57-67. Ed. Manual moderno: Universidad Iberoamericana.- The University of Scanton.

- Morales, C.F., Díaz, F.E., Espíndola, H.J.G., Henales, A.C., Meza, R.M.P., Mota, G.C. et al. (2004). Concepto de salud psicológica. En Universidad Iberoamericana. Temas selectos en orientación psicológica. Creando alternativas. México: El Manual Moderno.
- Mota, G.C. (2007). Guía de intervención psicológica de la paciente que cursa con un embarazo con defecto congénito. *Perinatología y Reproducción Humana* 21 (2),81-87
- Mulder, E., Robles de Medina, P., Huizink, A., Van den Bergh, B., Buitelaar, J., & Visser, G. (2003). Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the unborn child. *Early Human Development*. 3, 3-14.
- Nazar, H.J. (2004). Prevención primaria de los defectos congénitos. *Revista Médica de Chile*. 132 (4), 501-508.
- Neimeyer, R.A. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.
- Neimeyer, R.A. & Mahoney, M.J. (1995). Constructivism in psychotherapy. Washington DC: American Psychological Association,
- Noppe, I. (2000). Beyond broken bonds and broken hearts: The bonding of theories of attachment and grief. *Development Review*. 20,514-38.
- Ortiz, F.A. (1998). El self y el proceso de duelo. *Psicoanálisis*. 2 (20), 353-378.
- Papalia, D.E. y Olds, S.W. (1988). Desarrollo humano. México: McGraw Hill.
- Parkes, C.M. (1998). Bereavement in adult life. *British Medicine Journal*. 316,856-859.
- Paterna, C., Yago, C., y Martínez, C. (2004). El sesgo lingüístico y los estereotipos de género: la maternidad para las mujeres no madres. *Revista Interamericana de Psicología*. 38(2),241-252.
- Piloto MM, Sanabria MI y Menéndez R. (2001) Diagnóstico prenatal y atención de las malformaciones congénitas y otras enfermedades genéticas. *Revista cubana de Obstetricia y Ginecología* 3(27), 233-40.
- Pimentel, N.D. (2007). Guía clínica para la intervención psicológica de mujeres embarazadas con endocrinopatías. *Perinatología y Reproducción Humana* 25(1),55-64.
- Potvin, L., Lasker, J.N. & Toedter, L.J. (1989). Measuring Grief: A short Version of Perinatal Grief Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 11, 29-45.
- Radestad, I., Steineck, G., Nordin, C. & Sjogren, B. (1996). Psychological complications after stillbirth influence of memories and immediate management: Population based study. *British Medical Journal*. 312(7045), 1505-1508.
- Ralston, S.J., Wertz, D., Chelmow, D. Craigo, S.D. & Bianchi, D.W. (2001). Pregnancy outcomes after prenatal diagnosis of aneuploidy. *Obstetric and Gynecology*. 97, 729-733.
- Ramírez, Santiago. (1954).El mexicano, psicología de sus motivaciones. Grijalbo, México.
- Rando, T.A. (1991). Parental adjustment to the loss of a child. En Papadotou, D. & Papadatos, C. (Eds), Children and death. Washington DC: Hemisphere Publishing.

- Ritsher, J.B. y Neugebauer, R. (2000). Perinatal Bereavement Grief Scale: Distinguishing grief from depres. *Journal of Psychopatology and Behavioral Assessment*. 91 (1),31-41.
- Roitman, F.A., Armus, M. y Szwarc, N. (2002). El duelo por la muerte de un hijo. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista de Psicoanálisis*. 12.
- Rojas, J. (2005). Características psicosociales y de salud de gestantes que desean o no su embarazo. *Revista comportamiento*. 7(2),35-44.
- Romero , M.NR. (2002). Representación social de las técnicas de reproducción asistida. *Revista de la Facultad de Medicina de Caracas*. 25 (2).
- Rosenthal, E.T., Biesecker, L.G. & Biesecker, B.B. (2001). Parental attitudes toward a diagnosis in children with unidentified multiple congenital anomaly syndromes. *American Journal of Medical Genetic*.10, 106-114.
- Rousseau, Jean-Jacques (1762). *Emilio o De la educación*. Madrid: Alianza, 1990
- Salamovich, S. (2000). Identidad Femenina y mitología. Santiago de Chile: A. Daskal.
- Salazar, H., Martínez, T. y Hernández, M. (2001). Mortalidad neonatal en un hospital general de zona. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 39 (4), 359.
- Salvatierra, V. (1989). Psicología del embarazo y sus trastornos. Barcelona: Martínez Roca.
- Sánchez, P.MA. (2007) Guía de intervención psicológica para mujeres embarazadas con pérdidas perinatales. *Perinatología y Reproducción Humana*. 21,147-150.
- Savage, J. (1992). Duelo por las vidas no vividas. Barcelona: Luciérnaga.
- Solé, C. y Parella, S. (2004). Nuevas expresiones de la maternidad. Las madres con carreras profesionales exitosas. *Revista Española de Salud*. 4,67-92.
- Soler, M.C. y Jordá, E. (1996) El duelo: manejo y prevención de complicaciones. *Medicina paliativa*. 3(2), 66-75.
- Sollova, M. V. (2001). El significado de la participación femenina en el trabajo extradomestico y su relación con la fecundidad en la zona metropolitana de la Ciudad de Toluca. *Papeles de Población*. 29, 127-141.
- Sorenson, D.S. & Schuelke, P. (1999). Fantasies of the unborn among pregnant Women. *American journal of maternal child nursing* 24(2),92-97.
- Soto, P. (2000). Las representaciones de la maternidad. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid .
- Sougarret, A.N. y Martínez, M.L. (2003). Asistencia a padres de embarazos con recién nacidos con problemas vitales. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 68(7), 214-220.
- Statham, H. (1992). Professional understanding and parent's experience of termination. En Brock, D. Rodeck, C.H. & Ferguson, S. *Prenatal Diagnosis and Screening*. London, Livingstone: SMA.
- Stewart, D. (2005) Depresión during pregnancy. *Canadian Family Physician* 51 (8), 1061-1063
- Swanson, K.M. (1999) Research-based Practice with women who have had miscarriages. *Journal of Nursing Scholarship* 31(4), 339-345.
- Tedgaard, V., Ljung, R. y Mc Neil, T.F. (1999). Long-Term psychological effects of carrier testing and prenatal diagnosis of haemophilia. *Prenatal Diagnosis* 19(5), 411-417.

- Tena, T.C., Lee, G.M., Sánchez, G.J., Hernández, G.L., Campos, C.M. Ochoa, R. et al. (2004). Recomendaciones específicas para mejorar la atención médica en el Theut. SK., Pedersen, FA., Zaslów, MJ., Cain, RL., Ravinovich, BA. Y Morihisa JM. (1989). Perinatal loss and parental bereavement. *American Journal of Psychiatry* 146 (5), 635-9.
- Theut, S.K., Pederson, F.A., Zaslów, M.J., Cain, R. L., Ravnovich, B. A. & Morihisa, J. M. (1989). Perinatal loss and parental bereavement. *American Journal of Psychiatry*. 146,635-639.
- Toedter, L.J., Lasker, J.N. & Alhadeff, J.M. (1988). The Perinatal Grief Scale: development and initial validation. *American Journal of Orthopsichiatry*. 58, 435-449.
- Torres, G.M. (2004). Impacto emocional del embarazo de alto riesgo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 33 (3), 285-297
- Tubert, S. (1991). Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología. España. Siglo XXI.
- Turton, P, Hughes, P y Evans, C. (2002). The incidence and significance of post- traumatic stress disorder in pregnancy after still birth. *British Journal of Psychiatry*. 178, 56-60.
- Ulloa, G.C. (2004). Trastornos de riesgo y trastornos perinatales asociados a malformaciones congénitas en el Hospital Bertha Calderon Roque, Enero a Diciembre 2003. Tesis para optar al título de Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia. Universidad Autónoma de Nicaragua. Managua, Nicaragua.
- Valderrama, G. (1988). Perfil psicológico de pacientes del INPer, con embarazo normal. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad nacional Autónoma de México.
- Valencia, I.L. (2004). Aspectos emocionales de los padres ante el diagnóstico genético. Boletín del Centro Nacional de Genética Médica No. 5
- Valenzuela, F., Ahumada G.S. y González, A., Quezada, V.C., Valenzuela, P.S., Sougarret, A.M. et al. (2003). Asistencia a padres con recién nacidos con problemas vitales. *Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia*. 68 (3),214-220.
- Valladares, B. (1997) Revisión teorica sobre los mitos de la maternidad. *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad de Costa Rica*. 65,67-74.
- Van Ommeran, M. & Levav, I. (2003). Mortality of parents after death of a child. *The Lancet*. 361(9370),1747-1751.
- Vance, J.C., Boyle, F.M., Najman, J.M. & Thearle, M.J. (2002). Couple distress after sudden infant death: A 30 month follow up. *Journald of Pediatrics and Child Health*, 38,368-372.
- Vargas, S.R. (2003). Duelo y pérdida. *Medicina legal de Costa Rica*, 2 (2), 65-72..
- Villaseca, P. (1989). La embarazada y la madre adolescente: aspectos biomédicos. Sexualidad y embarazo en adolescentes. Santiago de Chile: Consejo de educación de adultos en América Latina.
- Viney, L.L. (1991). The personal construct theory of death and loss: Toward a more individually oriented grief therapy. *Death Studies*. 15(2), 139-155.
- Warner, R., Appleby, L. Whitton, A. & Faragh, B. (1997). Attitudes toward motherhood in postnatal depression: development of the Maternal Attitude Questionnaire. *Assessment*. 43(4),351-8.

- Woolley, M. (1997). The death of a child. The parents perspective and advice. *Journal of Pediatric Surgery*. 32(1),73-74.
- Worden, J.W. (1997). El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Madrid, Paidós.
- Zaiger, N. (1985). Women and bereavement. *Women and Therapy*. 4,33-43.
- Zeanah, C., Danis, B., Hirshberg, L. & Dietz, L. (1995). Initial adaptation on mothers and fathers following perinatal loss. *Infant Mental Health*, 16,80-93.

ANEXOS

ANEXO A: Carta de consentimiento informado.

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA
PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Yo _____
(Nombre del participante o del representante legal)

Declaro libremente que estoy de acuerdo en participar, contestando los instrumentos psicológicos que requiere ésta investigación; cuyo objetivo es conocer la opinión que tienen acerca de la maternidad, así como la intensidad del proceso de duelo, las mujeres que han sufrido la pérdida de un bebé en la etapa perinatal o neonatal, con la finalidad de tener mayor conocimiento de este proceso psicológico, para poder brindar una mejor atención psicológica. Esto me beneficiará por que de ser necesario podría solicitar ésta atención de manera oportuna y así evitar la presencia de trastornos emocionales posteriores.

Se me ha invitado a participar en el estudio en el conocimiento de que no padezco ningún trastorno psiquiátrico, ni retraso mental que me impidan contestar los cuestionarios; que los investigadores me han ofrecido aclarar cualquier duda o contestar cualquier pregunta que al momento de firmar la presente, no hubiese expresado, o que surja durante el desarrollo de la investigación; que la duración de la aplicación de los cuestionarios es aproximadamente de 40 minutos, y que puedo retirar mi consentimiento de participar en este estudio en cualquier momento, sin que ello afecte la atención médica o psicológica que se me proporcione. Se me ha informado también, que participar en este estudio, no repercutirá en el costo de la atención médica que se me brinda y que toda la información que se otorgue sobre mi, será confidencial.

Para los fines que se estime convenientes, firmo la presente.

México D.F. a ____ de _____ del 200 ____

Participante _____
(Nombre) (Firma)

TESTIGO 1
Nombre:
Domicilio:
Parentesco:

TESTIGO 2
Nombre:
Domicilio:
Parentesco:

Investigador: _____ Firma _____
Departamento de Psicología.

Anexo B. Cuestionario sociodemográfico.

Con el fin de tener una información más completa para este estudio, le pedimos conteste los siguientes datos según se indique. Le recordamos que todos los datos serán tratados de manera confidencial y sólo para fines de este estudio.

De antemano muchas gracias por su colaboración.

Nombre: _____

Fecha: _____

1. Edad: _____ 2. Escolaridad: Primaria _____ 3. Nivel Socioeconómico: 1 _____
Secundaria _____ 2 _____
Bachillerato _____ 3 _____
Técnico _____ 4 _____
Licenciatura _____ 5 _____

4. Estado civil: Casada _____ 5. Tiempo que lleva con su pareja: _____
Soltera _____
Unión libre _____
Divorciada _____

6. Ocupación: Hogar _____ 7. Número de embarazos: _____
Trabaja fuera del hogar _____

8. Número de abortos o pérdidas: _____ (indique la semana de gestación y el año de la pérdida)
Semana Año

1		
2		
3		
4		

9. Número de muertes neonatales: _____ (indique la edad que tenía su hijo/a y el año de la muerte)
Edad Año

1		
2		
3		

10. ¿Han fallecido familiares cercanos a usted?: NO() SI()
(indique parentesco y año de muerte).

Parentesco	Año

ANEXO C: Escala de Actitud hacia la maternidad

A continuación se presentan una serie de afirmaciones en relación con la maternidad, marque con una X según este de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas. De antemano agradecemos su colaboración.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. El valor de una mujer depende de que sea madre.				
2. La vida vale la pena si tienes hijos.				
3. A mi familia le importa mucho que tenga hijos.				
4. Mi vida no tendría sentido sin hijos.				
5. Lo que más deseo es tener uno o más hijos.				
6. La relación con mi esposo se arruinaría si no tuviera hijos				
7. Para una mujer ningún logro se compara con ser madre.				
8. No sabría que hacer con mi vida si no tuviera hijos.				
9. Una mujer no está completa hasta que es madre.				
10. El deber de una mujer es tener hijos.				
11. Una mujer es más feliz si es madre.				
12. Los hombres respetan más a la mujer cuando es madre.				
13. Para sentirme feliz necesito tener un hijo.				
14. Un hombre quiere más a su esposa si tiene hijos.				
15. Una mujer no está realizada hasta que tiene un hijo.				
16. Lo mas importante para mi es ser madre.				
17. Si una mujer no tiene hijos merece el rechazo de los				
18. Las personas admiran a las mujeres que tienen hijos.				
19. Para una mujer vale la pena vivir solo si tiene hijos.				
20. La vida en pareja carece de sentido si faltan los hijos.				

ANEXO D: Escala de Duelo Perinatal

No: _____
 Fecha: _____

Las siguientes son frases que las personas dicen en relación con la pérdida de sus bebés.
 Marque con una **X** el grado en el que cada una de las frases refleje lo que usted siente.

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