

Los estilos de afrontamiento como predictores del duelo perinatal

Mota González, Cecilia^a; Sánchez Bravo, Claudia^a; Carreño Meléndez, Jorge^a; Gómez López, María Eugenia^a

Artículo Original

Resumen	Abstract	Tabla de Contenido
<p>La pérdida perinatal, genera problemas psicopatológicos en algunas mujeres. Para elaborar el duelo se activan recursos psicológicos, tales como los estilos de afrontamiento. El objetivo del estudio fue determinar la relación entre el tipo de afrontamiento y la intensidad del duelo, y conocer los estilos de afrontamiento que resultaron predictores confiables para la intensidad del duelo perinatal. Se realizó un estudio no experimental, transversal, correlacional con 100 mujeres mexicanas que tuvieron pérdida perinatal; se aplicó la <i>Perinatal Grief Scale</i> traducida al español y la Escala de Estilos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman. Resultaron predictores confiables de la intensidad del duelo: la edad gestacional del bebé, el tiempo transcurrido desde la pérdida y los estilos de afrontamiento confrontativo, escape-evitación y resolución de problemas. Se concluye que los estilos de afrontamiento impactan en la intensidad del duelo, de ahí la importancia de centrar la intervención psicológica en ellos.</p>	<p>Coping styles as predictors of perinatal grief. Perinatal loss causes psychopathological problems in some women; during grief, psychological resources, such as coping styles are activated to elaborate the loss. The objective of the study was to know the relationship between the type of coping and the intensity of bereavement, as well as to know the coping styles that were reliable predictors for the intensity of perinatal bereavement. A cross-sectional study was conducted, <i>ex post facto</i> with 100 Mexican women who suffered a perinatal loss; the perinatal grief scale translated into Spanish and the scale of coping styles of Lazarus and Folkman were applied. The results show the gestational age, the time elapsed since the loss, the styles of confrontational coping, escape-avoidance and problem solving as good predictors of the intensity of perinatal bereavement. It is concluded that the coping styles impact on the intensity of the grief and it is important focus psychological intervention on it.</p>	<p>Introducción 50 Método 52 Participantes 52 Instrumentos 52 Procedimiento 53 Aspectos éticos 53 Análisis de datos 53 Resultados 53 Discusión 56 Referencias 57</p>
<p>Palabras clave: duelo, duelo perinatal, afrontamiento.</p>	<p>Keywords: grief, perinatal bereavement, coping.</p>	

Recibido el 02 de marzo de 2020; Aceptado el 08 de julio de 2020

Editaron este artículo: Silvana Montes, Paula Abate, Nadia Justel y María Victoria Ortiz

Introducción

En la mayoría de las mujeres, la muerte de un hijo en gestación es devastadora. No sólo por la pérdida del bebé y de las expectativas referentes al ejercicio de la maternidad (si es primigesta), o el tener que lidiar con el duelo de los hijos vivos y su ajuste familiar; también porque la muerte del bebé dentro de su cuerpo es percibida como la pérdida de una parte de sí misma. Esto impacta en la identidad femenina (Oviedo-Soto, Urdaneta-Carruyo, Parra-Falcón, & Marquina-Volcanes,

2009) y en el rol de cuidadora y protectora de su hijo (Fernández-Alcántara, Cruz-Quintana, Pérez-Marfil, & Robles-Ortega, 2012).

Diversas investigaciones sobre el tema han encontrado que los padres que experimentan el fallecimiento de un hijo en la etapa perinatal pasan por un proceso de duelo difícil de resolver, en algunos casos desarrollando problemas psicopatológicos (Davidson & Letherby, 2014; Fernández-Alcántara et al., 2012; Mota González,

^a Instituto Nacional de Perinatología, Coordinación de Psicología, Ciudad de México, México

*Enviar correspondencia a: Mota González, C. E-mail: motaceci@hotmail.com

Calleja Bello, Gómez López, Aldana Calva, & Sánchez Pichardo, 2010; Noguera Ortiz & Pérez Ruiz, 2014). Al respecto se menciona que, independientemente de la edad gestacional, del momento en el que ocurre la muerte y/o el motivo de la misma, para los padres siempre será una muerte prematura, ilógica e injusta, puesto que no está contemplado dentro del proyecto de vida que los hijos mueran antes que ellos (Bautista, 2013). A pesar de su complejidad, el duelo perinatal es un proceso psicológico normal, una experiencia única y dolorosa cuyo objetivo es aceptar la pérdida y readaptarse a la vida sin el hijo que se esperaba (Mota González et al., 2010).

Durante el duelo normal es posible que la mujer experimente estados y sentimientos que pueden ir desde el shock –en el que se presenta confusión y embotamiento afectivo, actitud de desconcierto y negación– hasta reacciones depresivas manifestadas por tristeza, coraje, desesperanza, aislamiento, sentimientos de vacío y soledad (Brunner-Sciara, 2008; López Mautino & Ramírez, 2009; Mejías Paneque, 2011; Mota González, Calleja Bello, Aldana Calva, Gómez López, & Sánchez Pichardo, 2011). Sin embargo, algunos estudios mencionan que, aunque la mayoría de las mujeres que se enfrentan a la muerte de sus hijos en la etapa gestacional experimentan respuestas de duelo normales, alrededor del 25 al 30% pueden tener reacciones significativamente prolongadas, intensas y complicadas (Heazell et al., 2016). En este sentido, hace más de dos décadas se exploran factores protectores y de riesgo para el desarrollo de duelos complicados, destacando la presencia de hijos vivos (Bennett, Litz, Maguen, & Ehrenreich, 2008), la edad gestacional al momento de la pérdida (Gaudet, Séjourné, Camborieux, Rogers, & Chabrol, 2010), la edad de la madre, el nivel socioeconómico y su escolaridad (Ridaura, Penelo, & Raich, 2017).

Lazarus y Folkman (1984) definen al afrontamiento como esfuerzos cognitivos y conductuales que cambian constantemente y hacen frente a las demandas específicas externas y/o internas, evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de la persona. Se agrupan en estrategias dirigidas al problema y estrategias dirigidas a la emoción (Folkman & Lazarus, 1980). Las estrategias de afrontamiento aparecen cuando el individuo ha hecho una evaluación donde no se puede hacer nada para

modificar las condiciones lesivas o amenazantes del entorno (Carreño, Morales, Sánchez, Henales, & Espíndola, 2007).

Folkman (2007) desarrolla la teoría de la cognición y el afrontamiento, relacionada con el duelo, en ella manifiesta el rol de las emociones positivas como una respuesta adaptativa al proceso del duelo. A partir de este planteamiento, Stroebe, Schut, y Stroebe (2007), propusieron un modelo de afrontamiento del duelo como un proceso dual en el que el doliente puede oscilar en dos direcciones: el afrontamiento de la pérdida o la evitación como modo de adaptación a la muerte, es decir, por momentos la persona necesita evitar y negar la pérdida para poder desarrollar nuevos roles, realizar actividades y hacer cambios en el estilo de vida que tenía previo al fallecimiento de su ser querido y en otros momentos requerirá acercarse a la realidad de la pérdida.

La muerte de un ser querido es un evento estresante que pone en marcha varios recursos psicológicos para elaborar la pérdida. Algunos autores señalan que la ansiedad ante la muerte y el proceso de duelo están relacionados con los estilos de afrontamiento que se tienen ante las separaciones y los cambios (Gala León et al., 2002). Echeburúa y Herrán Boix (2007) mencionan que cuando se utilizan estrategias de afrontamiento positivas –como la aceptación del hecho y resignación, experiencia compartida del dolor y la pena y la reinterpretación positiva del suceso, entre otras– los síntomas y emociones negativas retroceden paulatinamente en un plazo de seis a doce meses. Asimismo, otros estudios que examinan la relación entre las estrategias de afrontamiento y el duelo complicado, señalan que el afrontamiento centrado en la emoción, específicamente el estilo evitativo, puede ser un predictor para el duelo complicado (Bermejo, Magaña, Villacieros, Carabias, & Serrano, 2012; Schinider, Elhai, & Gray, 2007). En este mismo sentido, Eisma, Stroebe, Schut, Boelen, y Van Den Bout (2013) subrayan que los pensamientos ruminativos durante el duelo aumentan y prolongan los síntomas psicopatológicos, pues están relacionados con procesos específicos de evitación.

En lo que respecta al duelo perinatal se sabe que las estrategias relacionadas con la reevaluación positiva pueden actuar como factores protectores contra la angustia y ayudar a

las madres a reformular la experiencia traumática (Lafarge, Mitchell, & Fox, 2017). Además, el tipo y efectividad de las estrategias de afrontamiento parecen estar interrelacionadas y depender del tiempo transcurrido desde la muerte de los bebés y el tiempo que mantuvieron la vida (Johnson & Langford, 2015). Pérez Martínez (2018) refiere que en los padres de hijos con enfermedades terminales la evitación es el tipo de afrontamiento que se relaciona con el incremento del estrés y en cambio, la reevaluación positiva con su disminución. El afrontamiento focalizado en la solución del problema es el más utilizado por las mujeres.

Los avances en el estudio del duelo muestran que si bien el afrontamiento no es el único factor que influye sobre la adaptación a la pérdida, sí es primordial, ya que el afrontamiento tiene una relación estrecha con las características de la personalidad (Köneş & Yıldız, 2020). Además, la importancia de las estrategias de afrontamiento, así como de los estilos, radica en que estos son potencialmente susceptibles a una intervención y también modificables en los casos de mala adaptación (Stroebe, Schut, & Boerner, 2017).

Debido a esto y a la necesidad de comprender con mayor amplitud los factores que están involucrados en este tipo de duelo, este estudio tuvo como objetivo conocer si existe relación entre el tipo de afrontamiento y la intensidad en el duelo, basándose en una muestra de mujeres mexicanas que han tenido pérdidas perinatales.

Método

Participantes

Se realizó un estudio no experimental, transversal, correlacional en una muestra de 100 mujeres con pérdida perinatal que recibían atención médica en un hospital especializado en salud reproductiva de la Ciudad de México. El tipo de muestreo fue intencional por cuota, las participantes cumplieron los siguientes criterios de inclusión: que tuvieran antecedente de al menos una pérdida gestacional o neonatal, hubieran concluido al menos estudios básicos de primaria y no estuvieran recibiendo atención psicológica en el momento del estudio.

La edad de las participantes osciló entre los 18 y 54 años de edad, con una media de 31.1 y una desviación estándar de 6.3, la mayoría de ellas estaban casadas (43%) o vivían en unión libre (35%), el 18% tenían una escolaridad básica, el

46% habían cursado estudios medios o técnicos y el 36% tenían estudios universitarios. En cuanto a la actividad laboral, la mayoría (73%) no tenían un trabajo remunerado. Más de la mitad de las participantes dijeron practicar alguna religión (62%). En cuanto a su historia obstétrica, el 61% de las participantes reportó no tener hijos vivos, mientras que el 39% informó tener al menos un hijo vivo; el 52% tuvo una pérdida, el 31% dos, el 12% tres y el 5% restante más de tres. Con respecto a la edad gestacional, el 43% perdió a su bebé en el primer trimestre, el 39% lo perdió en el segundo trimestre y el resto de la muestra (18%) lo perdió en el tercer trimestre. Por otro lado, en el 51% de las participantes la pérdida perinatal ocurrió hacia menos de 6 meses, en el 11% entre 6 y 12 meses, en el 5% entre 12 y 18 meses, en el 2% entre 18 y 24 meses y en el 31% más de 24 meses.

Instrumentos

Para recolectar la información se utilizó un cuestionario de datos sociodemográficos y obstétricos elaborado para fines del estudio; también se aplicó la *Perinatal Grief Scale*, que es una escala utilizada en diversas investigaciones sobre el tema; cuenta con índices psicométricos consistentes y adecuados y está traducida y adaptada a la población mexicana (Mota González et al., 2011). Esta muestra mide la intensidad del duelo perinatal en 27 afirmaciones con seis opciones de respuesta, que van desde “definitivamente sí” hasta “definitivamente no”, distribuidas en cuatro subescalas: depresión (reacciones depresivas no comunes en el duelo normal), duelo activo (reacciones esperadas en el curso del duelo), culpa (sensación de responsabilidad por la muerte del bebé) y aceptación (reacciones de adaptación a la pérdida). Mayor puntuación indica mayor intensidad en la vivencia del duelo. El alfa de Cronbach obtenida para la muestra del estudio para cada factor fue: duelo activo .86; depresión .94; culpa .83, y aceptación .82. El alfa total de la escala fue de .95, con una varianza explicada del 66.4%.

Además, se aplicó la Escala de Estilos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984); esta cuenta con 67 reactivos con seis opciones de respuesta tipo Likert, que van desde “no, de ninguna manera”, hasta “siempre, en gran medida”. Esta escala proporciona ocho estilos de

afrontamiento: confrontación, distanciamiento, autocontrol, soporte social, responsabilidad, escape-evitación, resolución de problemas y reevaluación positiva. Para determinar qué modo de afrontamiento utiliza habitualmente una persona, tienen que compararse todos los puntajes obtenidos. El promedio mayor de cada uno de los ocho modos será la calificación que se le asignará.

El análisis de fiabilidad para la muestra de este estudio arrojó los siguientes coeficientes alfa de Cronbach para cada factor: confrontativo, .49; distanciamiento, .64; autocontrol, .47; soporte social, .65; responsabilidad, .47; escape-evitación, .70; resolución de problemas, .70, y reevaluación positiva .71. El alfa total que obtuvo la escala es de .82, con una varianza explicada del 58.8%.

Procedimiento

La recolección de la muestra se realizó en el área de consulta externa de la Institución, por psicólogos entrenados para ello y en una sola aplicación. A las participantes se les dio a leer un texto informativo con una descripción breve de la investigación y se les pidió que firmaran el consentimiento; una vez concluida la aplicación se les invitó a pasar por sus resultados a la Coordinación de Psicología de la institución.

Aspectos éticos

La investigación está enmarcada en un protocolo sobre un modelo estructural explicativo del duelo perinatal, avalado por el Comité de Investigación y el Comité de Bioética del Instituto Nacional de Perinatología, con número de registro: 2017-2-67.

Análisis de datos

Los datos se procesaron con el programa SPSS en su versión 22. Se realizó el análisis descriptivo de la muestra mediante la obtención de frecuencias, medias y desviaciones típicas para las variables sociodemográficas y obstétricas consideradas en el estudio. Tomando en cuenta el cumplimiento de los supuestos paramétricos, para la comparación de medias entre las variables sociodemográficas, obstétricas y psicológicas (intensidad del duelo y estilos de afrontamiento), se utilizaron análisis de varianza. Para explorar la relación entre las subescalas de duelo con los estilos de afrontamiento se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson. Finalmente, se llevó a cabo una regresión lineal

múltiple para obtener los predictores de duelo.

Resultados

En cuanto a la relación entre las variables sociodemográficas y obstétricas con el duelo perinatal, se encontraron diferencias en el duelo activo, desesperanza y depresión con respecto al tiempo de la pérdida, así como en duelo activo y desesperanza con el nivel de escolaridad. El trimestre de la gestación, hijos vivos y cantidad de pérdidas no resultaron significativas. Se encontraron puntajes mayores de duelo activo (síntomas de duelo activo) en las mujeres que habían sufrido la pérdida en los últimos seis meses en comparación con las que lo perdieron hacía más de 24 meses. Los puntajes de desesperanza y depresión fueron mayores en las mujeres con pérdida reciente que en las que ya tenían más de 24 meses de su pérdida.

En cuanto a la escolaridad se encontró más duelo activo y desesperanza en el grupo de mujeres que tuvieron un nivel medio de estudios sobre las que tenían estudios universitarios o superiores; sin embargo, no se encontraron diferencias con las de escolaridad básica (ver [Tabla 1](#)).

En relación al tipo de afrontamiento y la intensidad del duelo, se encontró que hubo diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de afrontamiento, responsabilidad y el grupo de mujeres que presentaron intensidad de duelo bajo (menores síntomas de duelo), en contraste con las que presentaron intensidad de duelo alto (más síntomas de duelo). Para el estilo escape-evitación, se encontraron diferencias entre los tres grupos de intensidad de duelo (bajo, medio y alto), quienes utilizaban este afrontamiento presentaron un duelo mayor.

En cuanto a la resolución de problemas, las mujeres que utilizaron este tipo de afrontamiento tuvieron menor duelo que quienes no lo utilizaban. En lo que respecta al afrontamiento reevaluación positiva, se encontraron diferencias entre el grupo de mujeres con duelo bajo y las mujeres con puntajes de duelo alto, así como entre el grupo de mujeres con duelo medio (ver [Tabla 2](#)).

Los estilos de afrontamiento confrontativo, distanciamiento, autocontrol y soporte social no resultaron significativos en relación con la intensidad del duelo.

Las correlaciones entre el puntaje total de duelo y las variables sociodemográficas resultaron

bajas pero significativas: edad ($r = -.26, p < .01$), lo que muestra que a medida que la edad aumenta se presenta un duelo de menor intensidad; años de estudio ($r = -.22, p < .05$), es decir: a mayor nivel de estudios menor intensidad del duelo. La correlación con la edad gestacional fue moderada

($r = .42, p < .01$), lo que indica que a mayor edad gestacional se presenta más intensidad en el duelo, así como el tiempo de la pérdida ($r = -.40, p < .01$) entre más tiempo pasó desde la pérdida fue menor la intensidad del duelo.

Tabla 1.

Diferencias de medias por variables sociodemográficas y subescalas de duelo

Variable	Grupo	M (DE)	Prueba	Tamaño del efecto	Post hoc. Scheffe
Duelo Activo					
Tiempo de pérdida en meses	1 a 6	32.20(12.21)	$F(4) = 3.4, p < .05$	$\eta^2 = .12$	1-6 - > 24* > 24 - 1-6*
	6 a 12	30.09(12.80)			
	12 a 18	23.20(5.53)			
	18 a 24	19.00(4.24)			
	> 24	23.39(11.01)			
Escolaridad	B	29.72(14.15)	$F(2) = 3.41, p < .001$	$\eta^2 = .11$	MS-S*
	MS	32.17(12.38)			
	S	23.25(8.96)			
Desesperanza					
Tiempo de pérdida en meses	1 a 6	18.55 (5.71)	$F(4) = 7.63, p < .001$	$\eta^2 = .24$	1-6 - > 24* > 24 - 1-6*
	6 a 12	14.82 (4.57)			
	12 a 18	13.20 (1.92)			
	18 a 24	9.50 (4.95)			
	> 24	12.19 (5.64)			
Escolaridad	B	17.17(5.94)	$F(2) = 3.59, p < .05$	$\eta^2 = .06$	MS-S*
	MS	16.83(5.93)			
	S	13.58(6.11)			
Depresión					
Tiempo de pérdida en meses	1 a 6	20.47 (5.50)	$F(4) = 6.43, p < .001$	$\eta^2 = .21$	1-6 ->24* >24 -1-6*
	6 a 12	20.36 (5.57)			
	12 a 18	13.40 (1.67)			
	18 a 24	14.50 (0.70)			
	> 24	14.87 (6.10)			
Culpa					
Tiempo de pérdida en meses	1 a 6	15.18 (5.55)	$F(4) = 1.2, p = .307$	Ns.	Ns.
	6 a 12	13.09 (5.33)			
	12 a 18	11.40 (5.03)			
	18 a 24	11.00 (1.41)			
	> 24	13-03 (6.30)			

Nota. B = Básico, MS = Media Superior, S = Superior. * $p < .05$, ** $p < .01$. Ns = No significativo

Tabla 2.
Diferencias por tipo de afrontamiento con la intensidad del duelo

Afrontamiento	Intensidad duelo	M (DE)	Prueba	Tamaño del efecto	Post hoc Scheffe
Responsabilidad	DB	2.05 (0.66)	$F(2) = 3.56, p < .05$	$\eta^2 = .06$	DB-DA*
	DM	2.26 (0.76)			DA-DB*
	DA	2.67 (0.69)			
Escape-evitación	DB	1.31 (0.65)	$F(4) = 22.14, p < .001$	$\eta^2 = .31$	DB-DM*
	DM	1.74 (0.65)			DB-DA**
	DA	2.59 (0.82)			DM-DB*
					DM-DA**
					DA-DB**
					DA-DM**
Resolución de problemas	DB	3.00 (0.72)	$F(2) = 14.27, p < .001$	$\eta^2 = .22$	DB-DA*
	DM	2.84 (0.66)			DM-DA**
	DA	2.05 (0.71)			DA-DB**
					DA-DM**
Reevaluación positiva	DB	3.39 (0.74)	$F(2) = 10.54, p < .001$	$\eta^2 = .17$	DB-DA**
	DM	3.24 (0.79)			DM-DA**
	DA	2.48 (0.80)			DA-DB**
					DA-DM**

Nota. DB = Intensidad Baja, DM = Intensidad Media, DA = Intensidad Alta. * $p < .05$, ** $p < .01$

La [Tabla 3](#) muestra las correlaciones entre estilos de afrontamiento y las subescalas de duelo. La reevaluación positiva y la resolución de problemas correlacionaron negativa y moderadamente con todas las subescalas de

duelo, mientras que el escape-evitación correlacionó positivamente. El estilo confrontativo y el distanciamiento tuvieron correlaciones débiles negativas con la desesperanza y la depresión.

Tabla 3.
Correlación entre las subescalas de duelo y el afrontamiento

	Duelo Activo	Desesperanza	Culpa	Depresión
Confrontativo	-.193	-.378**	-.082	-.262
Distanciamiento	-.165	-.253*	.110	-.262**
Auto control	-.042	-.140	.070	-.100
Soporte social	-.201*	-.186	-.177	.040
Responsabilidad	.090	.100	.305**	.130
Escape- Evitación	.487**	.421**	.453**	.342**
Resolución de Problemas	-.503**	-.497**	-.375**	-.407**
Revaluación positiva	-.431**	-.480**	-.364**	-.251*

Nota. * $p < .05$ ** $p < .01$

En el análisis de regresión múltiple, resultaron predictores significativos para la intensidad del duelo las semanas de gestación y el tiempo transcurrido desde la pérdida, explicando el 29.2% de la varianza. En cuanto a los estilos de afrontamiento, los predictores significativos fueron:

el estilo confrontativo, escape-evitación y la resolución del problema, explicando el 50.9% de la varianza (ver [Tabla 4](#)).

Tabla 4.

Resumen del modelo de Regresión lineal para la intensidad del duelo perinatal

Predictores	Anova del modelo	R ² ajustada	Beta estandarizada	t	Sig.
+Edad gestacional	9.803	29.2%	.275	2.727	.008*
	$p = .0001$				
+Tiempo de la muerte			-.270	-2.739	.007*
++Confrontativo	16.044	50.9%	-.208	-2.125	.036*
	$p = .0001$				
++Escape-evitación			.461	5.148	.0001**
++Resolución de problemas			-.236	-2.104	.038*

Nota. +mayor edad gestacional y mayor tiempo de la pérdida. ++ Estilo de afrontamiento utilizado. * $p < .05$, ** $p < .01$

Discusión

El objetivo de este trabajo fue conocer si en las madres cuyos hijos mueren en el periodo perinatal existía relación entre los estilos de afrontamiento y la intensidad del duelo. En concordancia con lo encontrado en diversos estudios (Echeburúa & Herrán Boix, 2007; Gala León et al., 2002) en cuanto al papel que juega el afrontamiento en el desarrollo del duelo, este estudio mostró también la existencia de la relación de los estilos de afrontamiento con la intensidad del duelo.

Aunque la mayoría de las investigaciones sobre el tema destacan que la primera reacción de la madre ante la muerte del bebé suele ser un bloqueo emocional, que funciona como mecanismo de defensa para poder integrar el suceso (Gala León et al., 2002), en este estudio se observó, que aquellas mujeres que utilizan frecuentemente estilos de afrontamiento centrados en las emociones presentaron duelos de mayor intensidad que aquellas que utilizaron afrontamientos dirigidos al problema. Estos hallazgos concuerdan con los estudios realizados por Echeburúa y Herrán Boix (2007) y también con las investigaciones de Bermejo et al. (2012), quienes señalan que el afrontamiento de tipo evitativo (conductas como el pensamiento mágico, beber, fumar y usar medicamentos o drogas) puede desencadenar duelos complicados.

Del mismo modo, los resultados indicaron que las mujeres que utilizaron estrategias "adaptativas" tales como la reevaluación positiva y la resolución de problemas, mostraron niveles menos intensos de duelo. Parece ser que aceptar las situaciones que no pueden ser modificadas, es necesario para adaptarse a la muerte de un ser

querido. De la misma forma, la capacidad para evaluar una situación de crisis de forma positiva favorece el crecimiento personal (Gala León et al., 2002).

Retomando lo señalado por Yoffe (2017), se reconoce el rol de las emociones positivas como respuesta de adaptación al duelo, ya que actúan como un amortiguador. De este modo, los datos observados en la presente investigación destacan que la disminución de los estilos de afrontamiento poco adaptativos (escape-evitación y responsabilidad) después de la muerte perinatal, pueden generar una respuesta más saludable a largo plazo.

Por otro lado, al igual que en otras investigaciones sobre duelo perinatal realizadas en diversas poblaciones (Bautista, 2013; Fernández-Alcántara et al., 2012; Lafarge et al., 2017), se observó que la edad gestacional y el tiempo desde la pérdida están correlacionadas con la intensidad del duelo, de tal forma que a medida que va transcurriendo el tiempo desde el fallecimiento, el duelo es menos intenso. Así también se observó que quienes utilizaron preponderantemente el estilo de escape-evitación presentaron niveles más altos de duelo activo, desesperanza, depresión y culpa, que aquellas mujeres que utilizaron la reevaluación positiva y la resolución de problemas, lo que concuerda con lo planteado por Folkman (2007) con respecto a las emociones positivas como favorecedoras de un proceso de duelo normal.

En cuanto a los resultados obtenidos con respecto a los factores que permiten predecir la intensidad del proceso de duelo vivido por las madres que se enfrentan a la muerte de sus hijos en la etapa perinatal, se pueden categorizar en dos apartados: los relacionados con la situación

de la pérdida que podríamos llamarlos situacionales, y los personales que están relacionados con las características psicológicas (estilos de afrontamiento) de las madres en duelo. De esta forma, la edad gestacional del bebé y el tiempo transcurrido desde la muerte (factores situacionales) resultaron buenos predictores de la intensidad del duelo perinatal. En concordancia con lo reportado por Ridaura et al. (2017), características como la edad materna, su escolaridad y su nivel socioeconómico no resultaron predictores. De igual manera, dentro de los estilos de afrontamiento (factores personales) que predijeron la intensidad del duelo se encuentran el estilo confrontativo, el de escape-avoidance y el de resolución de problemas. En otros estudios como el de Bennett et al. (2008), se encontró también que la presencia de otros hijos vivos predice puntajes más bajos en la intensidad del duelo; sin embargo, en la presente investigación dicha variable no resultó significativa. Cabe señalar que las variables tomadas en cuenta en esta investigación no son los únicos factores que podrían predecir la intensidad en el duelo perinatal; otras, como la autoestima, la capacidad de resiliencia, el apoyo social percibido, el tipo de apego, así como las prácticas religiosas, entre otras, podrían considerarse en futuras investigaciones para probar su capacidad predictiva.

Limitaciones

Debido a que la muestra se recolectó en una institución de salud especializada en embarazo de alto riesgo, la mayoría de las mujeres encuestadas tenían menos de seis meses de haber sufrido la muerte de su bebé y esto dificultó obtener un número mayor de participantes con más tiempo en su duelo. Se sugiere en futuros estudios llevar a cabo diseños longitudinales que permitan evaluar el proceso de duelo en sus diferentes etapas.

Finalmente, podemos destacar que lo encontrado en este estudio muestra la influencia de los estilos de afrontamiento en la intensidad del duelo perinatal, lo cual marca pautas para centrar la intervención psicológica en ello. Prestar atención en la manera en que las madres enfrentan la muerte de sus bebés puede ayudar a los psicoterapeutas a implementar intervenciones dirigidas a poner en práctica conductas más saludables para la resolución de los duelos.

Como lo señala Lafarge et al. (2017), ante la complejidad del duelo perinatal, las estrategias cognitivas conductuales basadas en los estilos de afrontamiento pueden ser útiles para reformular en la mujer la experiencia de la pérdida, lo cual puede ser conveniente para reducir las posibles complicaciones en el proceso de duelo y útiles en el proceso psicoterapéutico.

Referencias

- Bautista, P. (2013). El duelo ante la muerte de un recién nacido. *Revista de Enfermería Neonatal*, 5(16), 23-28.
- Bennett, S., Litz, B. T., Maguen, S., & Ehrenreich, J. (2008). An exploratory study of the psychological impact and clinical care of perinatal loss. *Journal of Loss and Trauma*, 13(6), 485-510. doi: 10.1080/15325020802171268
- Bermejo, J. C., Magaña, M., Villacieros, M., Carabias, R., & Serrano, I. (2012). Estrategias de afrontamiento y resiliencia como factores mediadores de duelo complicado. *Revista de Psicoterapia*, 22(88), 85-95.
- Brunner-Sciarrá, M. (2008). Asesoría psicológica ¿cuándo y cómo? *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 54(3), 199-202. doi: 10.31403/rpgo.v54i1114
- Carreño, M. J., Morales, C. F., Sánchez, B. C., Henales, A. C., & Espíndola, H. G. (2007) Una explicación de los síntomas de depresión y ansiedad en mujeres estériles. *Ginecología y Obstetricia de México*, 75(3), 133-141.
- Davidson, D., & Letherby, G. (2014). Griefwork online: Perinatal loss, lifecourse disruption and online support. *Human Fertility*, 17(3), 214-217. doi: 10.3109/14647273.2014.945498
- Echeburúa, E., & Herrán Boix, A. (2007). ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo? *Análisis y Modificación de Conducta*, 33(147), 31-50. doi: 10.33776/amc.v33i147.1205
- Eisma, M. C., Stroebe, M. S., Schut, H. A. W., Boelen, P. A., & Van Den Bout, J. (2013). Avoidance processes mediate the relationship between rumination symptoms of complicated grief and depression following loss. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(4), 961-970. doi: 10.1037/a0034051
- Fernández-Alcántara, M., Cruz-Quintana, F., Pérez-Marfil, N., & Robles-Ortega, H. (2012). Factores psicológicos implicados en el duelo perinatal. *Index de Enfermería*, 21(1-2), 48-52. doi: 10.4321/S1132-12962000100011
- Folkman, S. (2007). Revised Coping Theory and the process of Bereavement. En M. S. Stroebe, W. Stroebe, R. O. Hansson, & H. Schut (Eds). *Handbook of Bereavement Research*

- Consequences, Coping and Care* (pp. 563-583). Washington: American Psychological Association.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239. doi: 10.2307/2136617
- Gala León, F. J., Lupiani Jiménez, M., Raja Hernández, R., Guillén Gestoso, C., González Infante, J. M., Villaverde Gutiérrez, M., & Alba Sánchez, I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*, 30, 39-50.
- Gaudet, C., Séjourné, N., Camborieux, L., Rogers, R., & Chabrol, H. (2010). Pregnancy after perinatal loss: Association of grief, anxiety and attachment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(3), 240–251. doi: 10.1080/02646830903487342
- Heazell, A. E., Siassakos, D., Blencowe, H., Burden, C., Bhutta, Z. A., Cacciatore, J. & Mensah, O. K. (2016) Stillbirths: economic and psychosocial consequences. *The Lancet*, 387(10018), 604-616. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00836-3
- Johnson, O. P., & Langford, R. W. (2015). A randomized trial of a bereavement intervention for pregnancy loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 44(4), 492-499. doi: 10.1111/1552-6909.12659
- Köneş, M. Ö., & Yıldız, H. (2020). The level of grief in women with pregnancy loss: a prospective evaluation of the first three months of perinatal loss. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 1-10. doi: 10.1080/0167482x.2020.1759543
- Lafarge, C., Mitchell, K., & Fox, P. (2017). Posttraumatic growth following pregnancy termination for fetal abnormality: The predictive role of coping strategies and perinatal grief. *Anxiety, Stress, & Coping*, 30(5), 536-550. doi: 10.1080/10615806.2016.1278433
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- López Mautino, P., & Ramírez, M. R. (2009). Equipo de acompañamiento e investigación en mortalidad perinatal en el marco de maternidades centradas en la familia. Comunicación preliminar. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 28(4), 160-164.
- Mejías Paneque, M. C. (2011). Abordaje del duelo perinatal. *Metas de Enfermería*, 14(5), 58-61.
- Mota González, C., Calleja Bello, N., Gómez López, M., Aldana Calva, E., & Sánchez Pichardo, M. (2010). Factores asociados con el duelo perinatal en mujeres con pérdida gestacional. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 56(4), 235-242.
- Mota González, C., Calleja Bello, N., Aldana Calva, E., Gómez López, M., & Sánchez Pichardo, M. (2011). Perinatal Grief Scale: Validation in Mexican Women with Gestational Loss. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(3), 419-428.
- Noguera Ortiz, N. Y., & Pérez Ruiz, C. (2014). La situación de enfermería: “un milagro de vida” en la aplicación integral del concepto de duelo. *Avances en Enfermería*, 32(2), 306-313. doi: 10.15446/av.enferm.v32n2.46245.
- Schinider, K. R., Elhai, J. D., & Gray, M. J. (2007). Coping style use predicts posttraumatic stress and complicated grief symptom profile of complicated grief. *Journal of Counseling Psychology*, 54(3), 344-350. doi: 10.1037/0022-0167.54.3.344
- Stroebe, M., Schut, H., & Boerner, K. (2017). Models of coping with bereavement: an updated overview. *Studies in Psychology*, 38(3), 582–607 doi: 10.1080/02109395.2017.1340055
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370(9603), 1960-1973. doi: 10.1016/S0140-6737(07)61816-9
- Oviedo-Soto, S., Urdaneta-Carruyo, E., Parra-Falcón, F., & Marquina-Volcanes, M. (2009). Duelo materno por muerte perinatal. *Revista Mexicana de Pediatría*, 76(5), 215-219.
- Pérez Martínez, A. C. (2018). *El afrontamiento en familias de niños con cáncer* (Tesis de pregrado). Universidad Cooperativa de Colombia, Colombia. Recuperado de: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/6524/4/2018_afrontamiento_familias_cancer.pdf
- Ridaura, I., Penelo, E., & Raich, R. M. (2017). Depressive symptomatology and grief in Spanish women who have suffered a perinatal loss. *Psicothema*, 29(1), 43-48 doi: 10.7334/psicothema2016.51
- Yoffe, L. (2017). Nuevas concepciones sobre los duelos por pérdida de seres queridos. *Avances en Psicología*, 21(2), 129-153. doi: 10.33539/avpsicol.2013.v21n2.28