

Escala de duelo perinatal: validación en mujeres mexicanas con pérdida gestacional

Perinatal Grief Scale: Validation in Mexican Women with Gestational Loss

Recibido: Junio de 2009

Aceptado: Septiembre de 2010

Cecilia Mota González

Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología, México.

Nazira Calleja Bello

Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Evangelina Aldana Calva

María Eugenia Gómez López

Marco Antonio Sánchez Pichardo

Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología, México.

La correspondencia relacionada con este artículo debe ser enviada a Psicología – Universidad Nacional Autónoma de México UMAN, y al Instituto Nacional de Perinatología, Montes Urales 800 Col. Virreyes Deleg. Miguel Hidalgo D.F. C.P. 11000, motaceci@hotmail.com

Resumen

La pérdida de un hijo al inicio de la vida constituye uno de los estresores emocionales más intensos que puede experimentar una mujer. La evaluación de este proceso de duelo requiere contar con instrumentos confiables y válidos. El objetivo del presente trabajo fue determinar las características psicométricas de la Perinatal Grief Scale (Escala de Duelo Perinatal, EDP) en una muestra de mujeres mexicanas que habían experimentado pérdidas perinatales. La escala fue traducida, retraducida, piloteada y adaptada, para finalmente aplicarla a 200 mujeres que habían experimentado una o más pérdidas perinatales y que asistían a una clínica especializada. Los datos fueron sometidos a los procedimientos estadísticos usuales de validación (análisis de distribución de frecuencias, comparación de grupos extremos, análisis factorial exploratorio y análisis factorial confirmatorio, así como correlación entre subescalas) y de evaluación de consistencia interna, obteniendo índices adecuados de confiabilidad y validez. La EDP quedó conformada por 27 reactivos, agrupados en cuatro subescalas: duelo activo, depresión, culpa y aceptación. Se discute su utilización en la investigación y en la práctica clínica.

Palabras clave: Escala de Duelo Perinatal (EDP), validación, duelo, duelo perinatal, escalas psicométricas.

Abstract

Losing a child at the beginning of life is one of the most intense emotional stressors that may experience a woman. The evaluation of this mourning process requires reliable and valid instruments. This study aimed to determine the psychometric characteristics of the Perinatal Grief Scale (PGS) in a sample of Mexican women who had experienced perinatal loss. The scale was translated, retranslated, tested and adapted to finally be applied to 200 women who had experienced one or more perinatal loss and were attending a clinic. Data were subjected to the usual statistical procedures of validation (analysis of frequency distribution, comparison of extreme groups, exploratory factor analysis and factor analysis confirming, as well as correlation between scales) and evaluation of internal consistency, obtaining appropriate indexes of reliability and validity. The Perinatal Grief Scale (EDP) was formed by 27 items, grouped in four scales: active grief, depression, guilt, and acceptance. Its use in research and clinical practice is discussed.

Key words: Perinatal Grief Scale (PGS), validation, grief, perinatal grief, psychometric scales

Introducción

El duelo es el proceso de adaptación que sigue a la pérdida, sea ésta simbólica o física (Rando, 1991), y comprende tanto las repercusiones directas de la pérdida como las acciones que se emprenden para manejar estas consecuencias. Aunque se presenta como una reacción adaptativa normal ante la pérdida de un ser querido o de una circunstancia significativa, el duelo es un acontecimiento vital estresante de primera magnitud, sobre todo cuando se trata del duelo por la muerte de un bebé en la etapa prenatal. Algunos autores (Hughes & Riches, 2003; Turton, Hughes & Evans, 2002) han descrito la muerte perinatal como una experiencia traumática que mina la capacidad de reflexión emocional y limita la disponibilidad de los padres hacia sus otros hijos. Serrano y Lima (2006) señalan que esta experiencia desencadena síntomas de depresión, ansiedad, baja autoestima y otras consecuencias psicosociales. Este tipo de pérdida representa una situación única de luto en la que las expectativas y la elaboración de planes para una nueva vida se cambian por la desesperación y el dolor vividos en las etapas propias del proceso de duelo (choque, negación, ira, depresión y aceptación). Sin embargo, es poco reconocida socialmente, puesto que como lo señala Clark (2006), ante la muerte de un feto las acciones sociales, como el funeral y las tradiciones asociadas, están ausentes en la mayoría de las familias en las que se experimenta.

Para Cordero, Palacios, Mena y Medina (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; de 20 a 30% de las mujeres que han pasado por esta experiencia sufren alteraciones psiquiátricas durante el primer año de la pérdida (Herz, 1993), ya que es quizás la única situación en la que una mujer experimenta literalmente la muerte de otro dentro de ella misma (Clark, 2006).

En la mujer, este proceso no sólo está matizado por el contexto en el que ocurre la muerte del bebé, sino también por las experiencias pasadas, la causa de la muerte y las expectativas a futuro (Adolfsson & Larsson, 2006). Es un fenómeno complejo afectado también por variables culturales, como el valor atribuido por la sociedad a la maternidad (Marcus, 2006). Para la gran mayoría de mujeres mexicanas, ser madres representa su realización personal y social, y el no llegar a concretar su deseo a causa de pérdidas

perinatales puede vulnerar su condición emocional hasta un nivel patológico.

Centrados en el interés por medir las reacciones emocionales que se presentan durante el proceso de duelo, varios investigadores han desarrollado diferentes escalas, como el *Inventario de Experiencias en Duelo* (IED) de Catherine Sanders (1977), que explora las áreas somática, emocional y relacional del doliente a través de 18 escalas; y el *Inventario de Texas Revisado de Duelo* (ITRD), construido por Thomas Faschingbauer, De Vaul y Zissok en 1977. Este inventario es autoadministrado y, según sus autores, permite agrupar a los dolientes en cuatro categorías: ausencia de duelo, duelo retardado, duelo prolongado y duelo agudo. Consta de dos escalas tipo Likert, una referida a la conducta y a los sentimientos del doliente en los momentos cercanos a la muerte, y la otra a los sentimientos actuales.

Para medir particularmente el proceso del duelo perinatal, Ritsher y Neugenbauern (2000) construyeron la *Bereavement Grief Scale* (PBGS), que evalúa tanto la sintomatología del duelo como el anhelo por el bebé fallecido y fue diseñada para aplicarse en mujeres que habían sufrido un aborto. Sin embargo, el instrumento que mide este tipo de duelo con mayor precisión es la versión corta de la *Perinatal Grief Scale* (PGS), construida por Potvin, Lasker y Toedter (1989), dentro del proyecto de pérdida perinatal de Leigh Valley y Pensilvania, entre los años de 1984 y 1989. Esta escala ha sido recomendada por la American Psychological Association (APA) en el manual de investigación del duelo (Stroebe, Stroebe, Hansson & Schut, 2001), y se ha aplicado en numerosas investigaciones sobre pérdidas perinatales (v.gr., Kersting, Dorsch, Kreulich, Reutemann, Ohrmann, Baez & Arolt, 2005; Serrano & Lima, 2006; Barr & Cacciatore, 2007; Barr y Cacciatore, 2008), en las cuales se ha obtenido una adecuada validez convergente en asociación con marcadores de salud mental, apoyo social y satisfacción marital. La PGS también ha sido utilizada en estudios conducidos con el propósito de evaluar la duración del duelo perinatal (Beutel, Deckardt, Von Rad & Weiner, 1995), el efecto de un nuevo embarazo en el transcurso del duelo (Frache, 2001), y la asociación entre la intensidad del duelo y la edad gestacional (Goldbach, Dunn, Toedter & Lasker, 1991). En 2001, Toedter, Lasker & Janssen llevaron a cabo una revisión de las investigaciones que habían empleado esta escala (22 estudios con un total

de 2485 participantes); en todos los casos los puntajes alfa de Cronbach indicaron que la escala poseía una elevada consistencia interna.

La *Perinatal Grief Scale* ha sido traducida a otros idiomas. Adolfsson et al. (2006) la tradujeron al sueco, y tomando en cuenta las diferencias culturales, la adaptaron a su población. Los autores reportaron que dado los altos índices de confiabilidad y validez obtenidos en su versión, la escala podría usarse como herramienta para detectar a las mujeres en riesgo de presentar complicaciones en el proceso de duelo y con mayores requerimientos de apoyo psicológico. En el estudio de Yang, Tan y Chung (2010), cuyo como objetivo fue validar la escala en población China, surgió un modelo alternativo al original de tres factores propuesto por Potvin et al. (1989), que constó de tres subescalas: "sentido de inutilidad" compuesta por 12 reactivos, "apoyo social" con siete reactivos y "añoranza" también con siete; obtuvieron índices alpha de .85, .93 y .91 respectivamente, y .95 para la escala total. Yang et al. (2010) sugirieron que esta versión resultó útil en la medición de las respuestas a la pérdida reproductiva específicamente de las mujeres chinas. Capítulo, Cornelio y Lenz (2001) trabajaron en la traducción de la escala al español para habitantes hispanos de los Estados Unidos; los autores señalaron que, debido a la gran diversidad existente en la lengua española de las diferentes regiones hispanohablantes, no es conveniente su empleo en estudios transculturales sin una adecuada adaptación a la población específica de que se trate y sin su correspondiente análisis psicométrico.

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 (Mota, 2008). En 2002, el CONAPO (Consejo Nacional de Población) reportó 15.4 muertes fetales por cada mil embarazos y 45.6 muertes neonatales tempranas (durante los primeros 7 días de vida extrauterina) por cada mil nacidos vivos.

Para evaluar adecuadamente este fenómeno y efectuar investigaciones sistemáticas se requiere contar con instrumentos confiables y válidos. Por tanto, el propósito del presente estudio fue obtener una versión en español de la PGS adecuada para la población mexicana, así como determinar sus características psicométricas en mujeres mexicanas que han sufrido pérdidas perinatales, ya que la versión en español existente (Capítulo et al., 2001), si bien

utiliza el mismo idioma, contiene modismos y regionalismos de otro país y ha sido adaptada a una población con un sentido de pertenencia y de identidad cultural que implica una significación diferente de la maternidad y en consecuencia, de la pérdida perinatal.

Método

Participantes

Participaron en el estudio 200 mujeres que asistían a la clínica de riesgo pregestacional de un hospital de tercer nivel de la ciudad de México y que fueron seleccionadas bajo los siguientes criterios de inclusión: que hubieran experimentado una o más pérdidas perinatales a lo largo de su vida reproductiva, que tuvieran un nivel de estudios mínimos de educación primaria, que no estuvieran embarazadas al momento del estudio y que no contaran con un diagnóstico psiquiátrico. Las pacientes acudían a la clínica tanto a consulta médica como psicológica. Durante esta última, psicólogos especializados realizaban una entrevista semi-estructurada con preguntas abiertas que exploraba la historia de vida, la dinámica familiar, la relación de pareja y la sintomatología psicológica básica y complementaria presente, con el fin de detectar patología emocional. Sólo participaron en el estudio las mujeres que no presentaban un cuadro psicopatológico, con base en los criterios del DSM-IV. La edad de las participantes osciló entre los 17 y 48 años con una media de 30 años. La mayoría de ellas estaban casadas (59.5%) o vivía en unión libre (29%); 36% de ellas había cursado estudios a nivel básico, 38% a nivel medio superior y 26% a nivel superior; una quinta parte tenía un empleo remunerado (21%) y el resto eran amas de casa; más de la mitad (52%) provenía de un estrato socioeconómico medio, 34% de bajo y 14% de alto. El promedio de pérdidas perinatales sufridas por las entrevistadas fue de 2.3, con un rango de 1 a 8. La última pérdida había ocurrido durante los pasados 12 meses (71.0%), entre 13 y 24 meses (17.5%) o más de 24 meses (11.5%).

Instrumento

La *Perinatal Grief Scale* (PGS) es una escala tipo Likert que consta de 33 afirmaciones con cinco opciones de respuesta. Los reactivos están distribuidos en tres subescalas, de 11 reactivos cada una: (a) Duelo activo, que corresponde a las reacciones normales del duelo; (b) Dificultad para

afrontar la pérdida, que describe el estado de salud mental, incluyendo síntomas depresivos, sentimientos de culpa, falta de apoyo social y problemas en la relación de pareja, y. (c) Desesperanza, que indica síntomas que perduran en el tiempo y que dependen, entre otras cosas, de los recursos de afrontamiento de las mujeres que experimentan el duelo (Goldbach, Dunn, Lasker & Toedter, 1991). El porcentaje de varianza explicada por estos tres factores es de 67% y el índice de confiabilidad alfa de Cronbach de .95. Cada una de las escalas tiene un puntaje mínimo de 11 puntos y uno máximo de 55. La suma de las tres subescalas oscila entre 33 y 165 puntos; un puntaje de 90 o mayor indica morbilidad psiquiátrica (Davies, Gledhill, McFayden, Withlow & Economides, 2005).

Procedimiento

Una vez que la paciente con pérdida(s) perinatal(es) concluía su consulta en la clínica de riesgo pregestacional, una psicóloga entrenada en aplicación de instrumentos se entrevistaba con ella. Le explicaba el objetivo del estudio, le pedía su consentimiento para participar en él, solicitándole que leyera y firmara la carta de consentimiento informado. Posteriormente, le presentaba un ejemplar de la escala y un bolígrafo para que la contestara. Al concluir, le agradecía su participación y le proporcionaba un correo electrónico para que pudiera solicitar información sobre la investigación, si así lo deseaba.

Se utilizó el método de traducción-retraducción con el propósito de obtener una versión española no sólo gramaticalmente correcta sino que considerara las diferencias culturales. Primeramente, se hizo un trabajo de traducción profesional del inglés al español de la versión corta de la PGS publicada por Potvin et al. (1989), después se hicieron adaptaciones a la sintaxis y a la gramática del idioma español, y se tradujo nuevamente al inglés, verificando que se hubieran mantenido los conceptos originales (véase anexo 1).

La versión en español se piloteó en una muestra de 15 mujeres que habían sufrido la muerte de sus bebés en la etapa perinatal. Posteriormente, se realizó una entrevista con cada una de ellas a fin de conocer sus reacciones e impresiones respecto de las instrucciones del instrumento, las afirmaciones y las opciones de respuesta. Durante el piloteo se observó que a las entrevistadas se les dificultaba

contestar utilizando las opciones de respuesta originales (*totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo*), debido al tipo de afirmaciones que contiene la escala, por lo que fueron sustituidas por: *definitivamente sí, probablemente sí, probablemente no y definitivamente no*. Así mismo, se eliminó la opción central, dado que se presentaba en ésta una alta proporción de respuestas.

Con base en la experiencia profesional de psicólogos que atienden a pacientes con pérdidas perinatales, se agregaron tres reactivos: dos en relación con la aceptación de la pérdida, la cual no está suficientemente explorada en el instrumento original y se ha encontrado que constituye un rasgo distintivo de las mujeres que transitan por el proceso de duelo normal (Mota 2007; Sánchez, 2007), y uno más referente al dolor de haber experimentado la muerte del bebé. Los reactivos de la escala original y los de la versión que respondieron las participantes de la presente investigación se muestran en el anexo 1. Para obtener las características psicométricas del instrumento se realizó inicialmente un análisis de la distribución de frecuencias de los reactivos y se efectuó una comparación de grupos extremos mediante pruebas t; a continuación se calculó la consistencia interna de la prueba utilizando el coeficiente alfa de Cronbach. Se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio para determinar la estructura factorial de la escala, así como un análisis confirmatorio para constatarla. Finalmente, se obtuvieron los índices de correlación entre las subescalas de la prueba.

Consideraciones éticas

Las pacientes fueron informadas del objetivo del estudio y se les pidió que en su caso, manifestaran su inconformidad para participar en él; ninguna de ellas se mostró renuente a tomar parte en la investigación. Se subrayó el carácter voluntario de su participación y se aseguró la confidencialidad de los datos. Todas ellas otorgaron su consentimiento informado. Además, podían recurrir a un correo electrónico para solicitar información acerca del estudio, así como del duelo perinatal.

Resultados

A partir del análisis de frecuencias de los 36 reactivos de la escala, se eliminaron los reactivos 19, 32 y 36, ya que

concentraron frecuencias mayores a 55% en la opción “definitivamente sí”; los reactivos 3, 8, 27 y 33 también fueron eliminados debido a que tuvieron concentraciones altas en la opción “definitivamente no”.

A continuación se efectuó la comparación de grupos extremos (alto > cuartil 3 versus bajo < cuartil 1), con pruebas *t* para cada uno de los 29 reactivos conservados. Se encontró que todos los reactivos discriminaron significativamente ($p < .05$) entre ambos grupos.

Se calculó el coeficiente alfa de Cronbach para la escala total eliminando sucesivamente cada uno de los reactivos. La eliminación de los reactivos 2 y 5 incrementó el índice de confiabilidad de la escala total, el cual fue finalmente de 0.95.

Se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax de los 27 reactivos restantes de la escala, que arrojó cuatro factores con valores Eigen > 1 y con cargas factoriales > .40. Como se observa en la tabla 1; tales factores explicaron 59.31% de la varianza total. Esta conformación factorial fue diferente a la encontrada por Potvin y colaboradores (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) Dificultad para afrontar la pérdida: 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 correspondieron a la subescala de culpa y (c) Desesperanza: contiene los reactivos que se agruparon en el factor de culpa y en el de aceptación.

Tabla 1.
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 perdí a mi bebé	.618			
18. La mejor parte de mí 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 esté 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 decepcioné 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
	Total
Número de reactivos	27
Varianza explicada	59.31
Alfa de Cronbach	0.95
	10
	8
	6
	3
	4.68
	4.20
	0.93
	0.86
	0.81
	0.76

Con el objeto de examinar empíricamente la estructura factorial de la escala, se efectuó un análisis factorial confirmatorio con base en el programa de ecuaciones estructurales (Byrne, 2001; Kline, 2005). Las varianzas de las variables latentes se fijaron en 1.0 y las de los términos de error fueron especificadas como parámetros libres. Se empleó el método de estimación de máxima verosimilitud (ML). Los indicadores de bondad de ajuste obtenidos fueron: (a) χ^2 / los grados de libertad (el cociente debería ser < 4.00 ; a menor índice, mejor ajuste) = 1.77; (b) índice de ajuste comparativo de Bentler (CFI, *Comparative fit index*; el valor debería acercarse a 0.90, cuanto mayor sea el valor, mejor ajuste) = .97, y (c) raíz cuadrada media de error de aproximación (RMSEA, *Root mean square error of approximation*; el valor debería ser ≤ 0.05 ; cuanto menor sea el valor, mejor ajuste) = .05. En suma, el modelo presentó niveles admisibles de ajuste a los datos, lo cual confirma la estructura factorial obtenida en el análisis exploratorio.

Las subescalas de depresión, culpa y duelo activo correlacionaron positiva y significativamente entre sí, y negativamente con la subescala de aceptación. Los índices de correlación obtenidos entre las subescalas del instrumento, así como las medias y desviaciones estándar para cada una de ellas, se muestran en la Tabla 2. Los puntajes más bajos correspondieron a la subescala de depresión y los más altos, a la de duelo activo.

Tabla 2.
Índices de correlación entre las subescalas de la Escala de Duelo Perinatal

Subescala	Depresión	Culpa	Duelo activo	Aceptación
Depresión	1.000			
Culpa	0.761*	1.000		
Duelo activo	0.715*	0.709*	1.000	
Aceptación	-0.613*	-0.496*	-0.442*	1.000
Media**	2.09	2.50	2.99	2.93
Desv. estándar	0.86	0.80	0.75	0.79

* $p < .000$.

**Media teórica = 2.5.

Con el propósito de observar la relación de los puntajes de las subescalas de depresión, duelo activo, culpa y aceptación con la edad, la presencia/ausencia de pareja, la escolaridad, la ocupación y el nivel socioeconómico de las participantes, se realizaron análisis de varianza y pruebas *t*. Los resultados mostraron que para las mujeres de nivel socioeconómico bajo los puntajes de depresión y duelo activo fueron significativamente mayores que las de nivel medio y alto; lo contrario ocurrió con la subescala de aceptación (véase Tabla 3). Las otras variables sociodemográficas (la presencia/ ausencia de pareja, la escolaridad y la ocupación) no tuvieron efecto diferencial sobre los puntajes de ninguna de las subescalas de duelo perinatal.

Tabla 3
Medias de los puntajes de las subescalas de Duelo Perinatal y diferencias por nivel socioeconómico de las participantes

Subescalas	Nivel socioeconómico (medias)			F_{gl}	p
	Bajo	Medio	Alto		
Depresión	2.29	2.00	1.88	$F_{2,197} = 3.29$.039
Culpa	2.60	2.48	2.33	$F_{2,197} = 1.22$	n.s.
Duelo activo	3.17	2.95	2.69	$F_{2,197} = 4.47$.013
Aceptación	2.73	3.03	3.04	$F_{2,197} = 3.38$.036

Discusión

La muerte durante el periodo perinatal provoca duelos complejos en las mujeres que lo sufren, debido tanto al vínculo prenatal existente desde las primeras semanas de embarazo como a las expectativas sociales. Además, de acuerdo con Noppe (2000), la pérdida de un bebé representa una ruptura en el proceso natural de la vida, puesto que rompe con las expectativas respecto de los procesos biológicos.

Los hallazgos de la presente investigación indican que, a pesar de no haber tenido un contacto externo con su

bebé o haberlo tenido por un corto tiempo, las mujeres que sufrieron la muerte de uno o más de sus hijos en la etapa perinatal experimentaron duelo activo, lo que concuerda con lo reportado en otras investigaciones (Badenhorst, Riches, Turton, Turton & Hughes, 2007; Feeley & Gottlieb, 1989; Franche & Mikail, 1999; Hughes & Riches, 2003; Lasker & Toedter, 2000). La gran mayoría de las mujeres de la muestra se sintieron sumamente doloridas por la pérdida de su bebé, independientemente del número de meses transcurridos desde el acontecimiento (los índices de correlación entre esta variable y los puntajes de las subescalas de duelo oscilaron entre .004 y .010). Su pena se vio reflejada en sus respuestas a reactivos como el 36 “Siento un gran dolor por la pérdida de mi bebé” y el 19 “Es doloroso recordar la pérdida de mi bebé”, a los que más del 55% respondió “Definitivamente sí”. Pero aun en esta situación extrema, aprecian la vida y se sienten ligadas a ella (más del 55% respondió “Definitivamente sí” al reactivo 32 “Es maravilloso estar vivo” y “Definitivamente no” a los reactivos 8 “He pensado en el suicidio desde que perdí a mi bebé”, y 27 “Siento que es mejor no amar”). Estos reactivos fueron eliminados porque no mostraron dispersión en los puntajes.

El estudio también arrojó información relacionada con factores sociodemográficos que afectan la intensidad del duelo. Se observó que las mujeres de nivel socioeconómico bajo mostraron más sintomatología depresiva y tuvieron mayor dificultad para aceptar la muerte de su hijo. Tal situación podría explicarse por el hecho de que las mujeres que pertenecen a estratos socioeconómicos bajos encuentran menos oportunidades para realizarse en otras áreas de su vida, por lo que la maternidad constituye la única posibilidad de realización, y en muchos casos, la vía para ser valoradas y tomadas en cuenta por la sociedad. Tales hallazgos son consistentes con lo señalado por algunos autores (Arranz, Blum, Saucedo & Gutiérrez, 2001; Marcus, 2006), quienes afirman que en el deseo de la maternidad interviene fuertemente el entorno sociocultural que valora a la mujer a través de ser madre. Aunque estudios como el de Woolley (1997) sugieren que la presencia de la pareja tiene un impacto positivo en el proceso de duelo de las madres que experimentan una pérdida perinatal, en la presente investigación esta variable no tuvo efecto sobre el duelo. Tampoco lo hizo su ocupación, hallazgo que difiere de lo encontrado por Vance, Boyle, Najman & Thearle (2002), quienes reportaron que las mujeres que trabajan tienen

procesos de duelo más cortos que aquellas que sólo se dedican al cuidado de los hijos y del hogar.

En la sección de resultados se reportan las diferencias obtenidas en depresión y duelo activo por nivel socioeconómico; asimismo se indica que no se obtuvieron diferencias significativas en ninguna de las subescalas de duelo perinatal por la presencia/ausencia de pareja, la escolaridad y la ocupación.

Respecto de la validación de la Escala de Duelo Perinatal, a diferencia de la escala original que consta de 33 afirmaciones (Potvin et al., 1989), la versión mexicana quedó finalmente conformada por 27 afirmaciones. Una posible explicación radica en las diferencias existentes entre la cultura norteamericana, en donde fue creada la *Perinatal Grief Scale*, y la mexicana. Por ejemplo, el significado que nuestra población da a las palabras “duelo” y “luto” difiere de la conceptualización que tiene los estadounidenses, quienes utilizan como sinónimos las palabras “grief” y “bereavement”. También es necesario tomar en cuenta las actitudes y las costumbres de cada cultura en relación con el fallecimiento de un ser querido.

La conformación factorial de la Escala de Duelo Perinatal obtenida en el presente estudio mediante análisis factorial exploratorio y corroborada con el análisis confirmatorio, resultó diferente respecto de la original. Mientras que ésta se encuentra integrada por tres factores (Duelo activo, Dificultad para afrontar la pérdida y Desesperanza), la versión mexicana constó de cuatro: Duelo activo, con los síntomas que aparecen en el duelo normal; Depresión, indicadores que sugieren posibles complicaciones en el proceso de duelo; Culpa, con los sentimientos de responsabilidad por la muerte del bebé, y Aceptación, con sentimientos de admisión de la muerte del bebé. La depresión y los sentimientos de culpa fueron los factores que explicaron la mayor parte de la varianza total y corresponden a la carencia de habilidades de enfrentamiento de la mujer para resolver el duelo.

Con esta conformación, los reactivos se agruparon en los constructos que integran conceptualmente el duelo perinatal, diferenciándose de manera clara aquellos que muestran la presencia del duelo y de síntomas depresivos (comunes cuando ocurre una muerte perinatal), de los que evidencian un sentimiento de culpa, lo que posibilita

al clínico la detección de riesgo de un duelo complicado, ya que, como lo señalan diversos estudios (Goldbach et al., 1991; Greenfeld & Walther, 1991; Lasker et al., 2000), la culpa es uno de los factores que influye decididamente en la intensidad del duelo perinatal.

La explicación del surgimiento de la subescala de Culpa, la cual no aparece en la escala original ni en los estudios realizados en otras culturas (Lasker et al., 2000), pudiera encontrarse en el sentimiento que surge en la mujer mexicana cuando no es capaz de llevar a término el embarazo y parir un hijo sano, ya que percibe que falla en el cumplimiento de las expectativas sociales y culturales en torno al “deber ser” de una mujer (Arranz et al., 2001). Será necesario realizar nuevas investigación para someter a prueba esta hipótesis.

Los reactivos 15 (“Siento que estoy retomando de nuevo mi vida”) y 35 (“Estoy aceptando la pérdida de mi bebé”), no contenidos en la versión original de la PGS, conformaron junto con el reactivo 34 (“Siento que me estoy adaptando bien a la pérdida de mi bebé”), incluido en la escala original, el cuarto factor , que trata del proceso de asimilación y aceptación de la muerte del feto, el cual aunque forma parte fundamental del duelo perinatal normal, no estaba explorado de manera adecuada en la PGS. Este factor incrementó la varianza explicada y la consistencia interna de la escala final.

Los índices de confiabilidad y validez obtenidos para la Escala de Duelo Perinatal, traducida al español y adaptada a la población mexicana, resultaron adecuados. Debido a que fueron descartados reactivos que carecían de propiedades discriminativas, quedó conformada con un número menor de reactivos. Esta característica y el hecho de que se utilizan sólo cuatro opciones de respuesta, hacen que la escala resulte más compacta y fácil de ser contestada por la población; por tanto, es posible emplearla en investigaciones relativas al duelo perinatal, en población mexicana. La escala puede constituir también una herramienta útil en la práctica clínica, para lo cual es necesario, en futuras estudios, obtener puntos de corte que permitan detectar a aquellas mujeres que se encuentren en riesgo de complicaciones en su proceso de duelo.

Referencias

Adolfsson, A. & Larsson, P.G. (2006). Traslation of the short version of the Perinatal Grief Scale into Swedish. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 20, 269-273.

- Arranz, L.L., Blum, G.B., Saucedo, G.L. & Gutiérrez, A.L. (2001). El deseo de la maternidad en pacientes sujetas a tratamientos de reproducción asistida, en una institución de salud pública. *Ginecología y Obstetricia de México*, 69, 56-61.
- Badenhorst, W., Riches, S., Turton, P. & Hughes, P. (2007). Perinatal death and fathers. *Journal of Psychosomatic Obstetric & Gynecology*, 28(4), 193-198.
- Barr, P. & Cacciatore, J. (2007). Problematic emotions and maternal grief. *Journal of Death and Dying*, 56, 331-348.
- Barr, P. & Cacciatore, J. (2008). Personal fear of death and grief in bereaved mothers. *Death Studies*, 32, 445-460.
- Byrne, B.M. (2001). *Structural Equation Modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming*. Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Capitulo, K.,L., Cornelio, M.A. & Lenz, E.R. (2001). Translating the short version of the Perinatal Grief Scale: Process and challenges. *Applied Nursing Research*, 14, 165-170.
- Clark, J.A. (2006). The experience of losing a child through death. *American Journal of Nursing* 106(9), 59-64.
- Consejo Nacional de Población. (2002). *Proyecciones de la Población de México 2000-2005*. México: CONAPO.
- Cordero, V.M., Palacios, B. P., Mena, N.P. & Medina, H.L. (2004). Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento de un recién nacido. *Revista Chilena de Pediatría*, 75, 67-74.
- Davies, V., Gledhill, J., McFadyen, A., Whitlow, B. & Economides, D. (2005). Psychological outcome in women undergoing termination of pregnancy for ultrasound-detected fetal anomaly in the first and second trimesters: a pilot study. *Ultrasound Obstetrics Gynecology*, 25, 389-392.
- Faschingbauer, T.R., De Vaul, R.A. & Zissok, S. (1977). Development of Texas Inventory of Grief. *American Journal of Psychiatry*, 134, 696-698.
- Feeley, N. & Gottlieb, L. (1989). Parents' coping on communication following their infants death. *Journal of Death and Dying*, 19 (1), 51-67
- Franche, R.L. (2001). Psychologic and obstetric predictors of couples's during pregnancy after miscarriage of perinatal death. *Obstetric and Gynecology*, 97, 597-602.
- Frache, R.L. & Mikail, S. (1999). The impact of perinatal loss on adjustment to subsequent pregnancy. *Social Science Medicine*, 41, 1613-1623.

- Goldbach, K., Dunn, D., Lasker, J. & Toedter, L. (1991). The effects of gestational age and gender on grief after pregnancy loss. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 461-467.
- Greenfeld, D. & Walther, V. (1991) Psychological aspects of recurrent pregnancy loss. *Infertility and Reproductive Clinic of North America*, 2, 235-247.
- Herz, E. (1993). Psychological repercussions of pregnancy loss. *Psychological Health*, 8, 369-381.
- Hughes, P. M. & Riches, S. (2003). Psychological aspects of perinatal lost. *Current Opinion Obstetrics and Gynecology*, 15, 107-111.
- Kersting, A.M., Dorsch, M., Kreulich, C., Reutemann, M., Ohrmann, P.E., Baez, E. & Arolt, V. (2005). Trauma and grief 2-7 years after termination of pregnancy because of fetal anomalies: A pilot study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 26, 9-14.
- Kline, R.B. (2005). *Principles and practice of Structural Equation Modeling*. New York: The Guilford Press.
- 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, 350-372.
- McCoyd, J.L.M. (2009). What do women want? Experience and reflections of women after prenatal diagnosis and termination for anomaly. *Health Care for Women International*, 30, 507-535.
- Marcus, 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, 100-111.
- Mota, G.C. (2007). Guía de intervención psicológica de la paciente que cursa con un embarazo con defecto congénito. *Perinatología y Reproducción Humana*, 21, 81-87.
- Mota, G.C. (2008). *Duelo perinatal y actitud hacia la maternidad en mujeres con pérdida gestacional*. Tesis de Maestría en Psicología General Experimental. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Noppe, I. (2000). Beyond broken bonds and broken hearts: The bonding of theories of attachment and grief. *Development Review*, 20, 514-38.
- Paton, F., Wood, R., Bor, R. & Nitsun, M. (1999) Grief in miscarriage patients and satisfaction with care in a London hospital. *Journal of Reproduction Infant Psychology*, 17, 301.
- 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.
- Rando, T.A. (1991). Parental adjustment to the loss of a child. En Papadotou, D. y Papadatos, C. (Eds.). *Children and death*. Washington DC: Hemisphere Publishing.
- Ritsher, J.B. & Neugebauer, R. (2000). Perinatal Bereavement Grief Scale: Distinguishing grief from depression. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 91 (1), 31-41.
- Sánchez, P.M.A. (2007). Guía de intervención psicológica para mujeres embarazadas con pérdidas perinatales. *Perinatología y Reproducción Humana*, 21, 147-150.
- Sanders, C.M. (1977). Typologies and symptoms of adult bereavement. Disertación doctoral no publicada. University of South Florida, Tampa, Estados Unidos.
- Serrano, F. & Lima, M.L. (2006). Recurrent miscarriage: Psychological and relational consequences for couples. *Psychology and Psychotherapy*, 79, 585-594.
- Stroebe, M.S., Stroebe, W., Hansson, R.O. & Schut, H. (Eds.) (2001). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*. Washington DC: American Psychological Association.
- Toedter, L.J., Lasker, J.N. & Janssen, H.J.E. (2001). International comparison of studies using the Perinatal Grief Scale: A decade of research on pregnancy loss. *Death Studies*, 25, 205-228.
- Turton, P., Hughes, P. & Evans, C. (2002). The incidence and significance of post-traumatic stress disorder in pregnancy after still birth. *British Journal of Psychiatry*, 178, 56-60.
- Vance, J.C., Boyle, F. M., Najman, J.M., & Thearle, M. J. (2002). Couple distress after sudden infant death: A 30 month follow up. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 38, 368-372.
- Woolley, M. (1997). The death of a child: The parents perspective and advice. *Journal of Pediatric Surgery*, 32, 73-74.
- Yan, E., Tang, C., So, K., & Chung, T. (2010) Validation of the PGS for use in Chinese women who have experienced recent reproductive loss. *Death Studies*, 34, 151-171.

Anexo 1

Reactivos de la Perinatal Grief Scale y de los que integraron la escala aplicada en el presente estudio

Perinatal Grief Scale	Escala de Duelo Perinatal
1. I feel depressed	1. Me siento deprimida
2. I find it hard to get alone with certain people	2. Se me hace difícil llevarme bien con algunas personas**
3. I take medicine for my nerves	3. Tomo medicina para los nervios**
4. I feel empty	4. Me siento vacía
5. I can't keep up with my usual activities	5. No puedo realizar mis actividades cotidianas**
6. I feel guilty when I think about the baby	6. Me siento culpable cuando pienso en mi bebé
7. I feel a need to talk about the baby	7. Siento la necesidad de hablar de mi bebé
8. I have considered suicide since the loss	8. He pensado en el suicidio desde que perdí a mi bebé**
9. I feel physically ill when I think about the baby	9. Me siento enferma cuando pienso en mi bebé
10. I am grieving for the baby	10. Me lamento por la pérdida de mi bebé
11. I try to laugh but nothing seems funny anymore	11. Intento reír pero ya nada me parece gracioso
12. I feel unprotected in an dangerous world since the baby died	12. Me siento desprotegida en un mundo peligroso desde que perdí a mi bebé
13. I am frightened	13. Estoy asustada
14. I have let people down since the baby died	14. Siento que decepcioné a la gente por la pérdida de mi bebé
15. I very much missed the baby	15. Siento que estoy retomando de nuevo mi vida*
16. I get cross at my friends & relatives more than I should	16. Extraño mucho a mi bebé
17. The best part of me died with the baby	17. Necesito justificarme ante algunas personas por la pérdida de mi bebé
18. It is painful to recall memories of the loss	18. La mejor parte de mí se perdió con mi bebé
19. Sometimes I feel like I need a professional counselor to help me get my life together again	19. Es doloroso recordar la pérdida de mi bebé**
20. I blame myself for the baby's death	20. Siento que necesito ayuda profesional para que mi vida funcione otra vez
21. I get upset when I think about the baby	21. Me siento culpable por la pérdida de mi bebé
22. I feel as though I am just existing and not really living since the baby died	22. Me enojo cuando pienso en mi bebé
23. I cry when I think about my baby	23. Me siento como muerta en vida
24. I feel somewhat apart and remote even among friends	24. Siento que no valgo nada desde que perdí a mi bebé
25. It is safer not to love	25. Lloro cuando pienso en mi bebé
26. Time passes so slowly since the baby loss	26. Me siento apartada y sola aunque esté con amigos
27. I find it difficult to make decisions since the baby died	27. Siento que es mejor no amar**
28. I worry about what my future will be	28. El tiempo pasa muy lentamente desde que perdí a mi bebé
29. I feel so lonely since the baby died	29. Desde que perdí a mi bebé se me hace difícil tomar decisiones
30. It feels great to be alive	30. El futuro me preocupa
31. Being a bereaved parent means being a second- class citizen	31. Me siento muy sola desde que perdí a mi bebé
32. I feel I have adjusted well to the loss	32. Es maravilloso estar vivo**
33. I feel worthless since the baby died	33. Una madre desolada por la pérdida de un bebé es menos que otra**
*Reactivos no incluidos en la escala original.	34. Siento que me estoy adaptando bien a la pérdida de mi bebé
**Reactivos eliminados en la versión final.	35. Estoy aceptando la pérdida de mi bebé*
	36. Siento un gran dolor por la pérdida de mi bebé**

Copyright of Revista Latinoamericana de Psicología is the property of Facultad de Psicología, Fundacion Universitaria Konrad Lorenz and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.