

**VALIDACIÓN DE UNA ESCALA DE DUELO PERINATAL EN UNA
MUESTRA DE MUJERES MEXICANAS**

**Cecilia Mota González
Instituto Nacional de Perinatología
Distrito Federal
México**

RESUMEN

El duelo es el proceso de adaptación que sigue a la pérdida simbólica o física. El dolor por la pérdida de un hijo en la etapa perinatal constituye uno de los estresores más intensos que experimenta una mujer, está matizado por el contexto en el que ocurre la muerte del feto, la causa y las experiencias pasadas y expectativas futuras. Es un fenómeno afectado también por variables culturales. Para la mayoría de las mexicanas, ser madre representa realización personal y social, el no lograrlo, vulnera su condición emocional. La evaluación de este duelo requiere instrumentos confiables y válidos como la Escala de Duelo Perinatal de Potvin. Este trabajo tuvo como objetivo, determinar las características psicométricas de la escala. Se trabajó con 200 mujeres mexicanas, que experimentaron pérdidas perinatales; la escala fue traducida y sometida a los procedimientos estadísticos de validación y de evaluación de consistencia interna, quedó conformada por 27 reactivos, agrupados en cuatro subescalas, y obtuvo índices de confiabilidad y validez adecuados. Los hallazgos indican que a pesar de no haber tenido un contacto externo con su hijo, las mujeres experimentaron duelo activo. Además, la depresión y los sentimientos de culpa fueron factores que explicaron la mayor parte de la varianza total, correspondiendo a su carencia de habilidades de enfrentamiento para resolver el duelo. No obstante que se requiere obtener puntos de corte que detecten a mujeres que estén en riesgo de complicaciones en el duelo, el instrumento resulta ser una herramienta útil en la práctica clínica.

DIAGNÓSTICO Y FUNDAMENTACIÓN.

En México, el estudio del duelo por la muerte de un hijo durante su gestación o al momento del nacimiento, ha recibido poca atención desde el punto de vista emocional, a pesar de que cada año cientos de mujeres experimentan esta situación. ^[1] Las últimas estadísticas que se tienen del Consejo Nacional de Población, reportan 15.4 muertes fetales por cada mil

embarazos y 45.6 muertes neonatales tempranas por cada mil nacidos vivos. A lo largo de la práctica clínica en las instituciones de salud se ha observado que la muerte en la etapa perinatal es un suceso que requiere cada vez mayor atención por parte de los equipos de salud y en la práctica clínica cotidiana tanto médica como psicológica. En México una gran parte de mujeres que han pasado por la experiencia de una pérdida gestacional presentan síntomas tanto depresivos como ansiosos que forman parte de un proceso de duelo y que de no atenderse, puede tener grandes implicaciones para ellas mismas, la vida de pareja y sus vínculos sociales inmediatos. La necesidad que tienen muchas de ellas de ser madres, las lleva a realizar numerosos intentos de embarazo incluso exponiendo su salud física a consecuencia del alto riesgo, así como su salud mental ante la vivencia de los duelos cuando no llegan a término en el embarazo.

Se ha observado que el proceso de duelo por pérdida perinatal se ve afectado por factores socio- demográficos, así como también por las actitudes, principalmente aquellas hacia la maternidad y los valores. Por tanto parece que es necesario conocer la manera y el grado en el que se desarrolla este duelo y en qué medida estas variables pueden complicarlo y llevarlo a estados patológicos, para lo cual es necesario que los profesionales de la salud mental cuenten con herramientas válidas y confiables que coadyuven a comprender mejor el fenómeno y se implementen intervenciones eficaces que prevengan problemas emocionales mayores.

MARCO TEÓRICO

Toda sociedad produce y reproduce un universo de significaciones imaginarias, es decir, construcciones que están dadas por la sociedad, que orientan y dirigen la vida de la propia sociedad y de los individuos que la integran, estos significados dictaminan lo que es femenino y masculino y forman parte no sólo de los valores de la sociedad sino también de las subjetividades de hombres y mujeres^[2]. En México existe un discurso genérico sobre la mujer, así como un conjunto de significados posibles que cada grupo social va a jerarquizar y va a ser interiorizado por sus miembros, determinando sus actitudes hacia ésta.

Tal es el caso del significado de la maternidad, que en este país, representa una de las principales formas de realización de las mujeres. No obstante que la manera de asumirla varía según el estrato social y la región cultural, a través de ella, la mujer se conceptualiza como miembro de un grupo social; es decir, las madres pueden percibirse como un grupo cuyos miembros comparten características comunes a las que la sociedad les brinda un reconocimiento especial asignándoles el rol de cuidadoras^[3]. Sin embargo, las circunstancias sociales a las que la mujer se enfrenta, en ocasiones 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 dentro de este rol o en otras formas de realización femenina, es decir, en una sociedad como la nuestra que experimenta cambios vertiginosos, estos afectan el funcionamiento económico y social así como la forma de vida de la población y en

MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

particular la de las mujeres, repercutiendo en el proceso de afrontamiento de la maternidad^[4]. Así es entonces, como la competencia laboral, la lucha por obtener una posición social y el deseo de lograr una mejor calidad de vida; se contraponen con la necesidad psicológica y biológica de la maternidad así como con las expectativas culturales en torno a ella ^[5].

Arranz et al. ^[2] señalan que el deseo de la maternidad en la mujer mexicana se va conformando a través de su historia personal 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.

La forma en que la mujer percibe y vive la maternidad es diferente en función de si esta es adolescente, joven o adulta; el lugar de nacimiento (urbano, rural o extranjero) y el estrato socioeconómico (bajo, medio o alto). Por ejemplo en los sectores populares, la maternidad es vivida como un atributo femenino y como algo natural que da sentido a la vida de la mujer. Los hijos entonces, tienen un valor simbólico, que permite que las mujeres afirmen su identidad y obtengan legitimidad social y autoridad moral, lo cual representa una fuente de gratificación emocional. ^[6]

Cuando una mujer se ve en la imposibilidad de concretar la maternidad, debido a la pérdida del hijo en la etapa embrionaria, fetal o de recién nacido, sufre fuertes repercusiones emocionales, ya que el proceso de duelo en cualquiera de estas etapas implica no sólo la pérdida física del nuevo ser, sino también la pérdida de expectativas hacia el futuro y la mutilación del proceso de maternidad.

Aunque el duelo en sí mismo, no constituye una patología, su evolución puede dirigirse hacia esta cuando se ven involucrados una serie de factores que vulneran la estructura emocional de la mujer. ^[5] Al respecto estudios como el de Van Ommeran y Levav^[7], han demostrado que este tipo de duelo se asocia con mayor vulnerabilidad a enfermar y a aumentar el riesgo de mortalidad materna durante los dos años siguientes a la pérdida. Se incrementa también la posibilidad de desarrollar trastornos depresivos y síndrome por estrés post traumático ^[8], además en el aspecto psicológico, se presentan conflictos en la identidad, barreras en la relación con la pareja o núcleo familiar cercano, así como establecer vínculos con un nuevo hijo.

Este duelo es un acontecimiento estresante de primera magnitud que en la mayoría de los casos es vivida como una experiencia traumática y representa una situación única de luto en la que las expectativas y la elaboración de planes para una nueva vida se cambian por el dolor y la desesperanza.

En diferentes estudios se ha visto que este estado está matizado por el contexto en el que ocurre la muerte, por las expectativas del pasado y las que se tienen hacia el futuro, así como también por el valor que la mujer le atribuye a su maternidad. ^[9, 6, 5]

Para la medición del proceso de duelo por muerte perinatal, se han construido algunas escalas tales como la Bereavement Grief Scale,^[10] sin embargo, la escala que mide este tipo de duelo con mayor precisión es la Perinatal Grief Scale, en su versión corta,^[11] esta escala ha sido aplicada en diversas investigaciones sobre duelo perinatal obteniendo índices adecuados de validez convergente en asociación con marcadores de salud mental, apoyo social y satisfacción marital.^[12, 13, 14]

La Perinatal Grief scale se ha traducido a otros idiomas tales como el sueco,^[9] al chino^[15] y se hizo una traducción al español para un estudio sobre el duelo en población de habla hispana que residían en Estados Unidos,^[16] en este estudio se señaló que debido a la gran diversidad de significados existentes en el idioma español en las diferentes regiones hispanohablantes, era necesario realizar una adaptación a la población específica de que se trate con su correspondiente análisis psicométrico.

En México a partir de la década pasada se ha incrementado el interés por el estudio del duelo perinatal, ya que anualmente cientos de mujeres sufren la pérdida de un hijo semanas antes de nacer o inmediatamente después.^[17] Por ejemplo en el 2002 el Consejo Nacional de Población reportó 15.4 muertes fetales por cada 1000 embarazos y 45.6 muertes neonatales tempranas por cada 1000 nacidos vivos, cifras que a la fecha no han sufrido variaciones significativas.

Debido a esto se han implementado programas de atención y apoyo psicológico para estas mujeres tanto en Instituciones de salud como en Organizaciones no gubernamentales (ONGs).

Por tanto el propósito de este trabajo fue obtener una versión en español de la *Perinatal Grief Scale* adecuada a la población mexicana, especialmente a mujeres que han sufrido pérdidas perinatales, así como también determinar sus características psicométricas, que coadyuve en la investigación de este tipo de duelo para la implementación de modelos y métodos de intervención psicológica en el duelo perinatal.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Este estudio contó con la participación de 200 mujeres que asistían a un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México, para su atención médica y que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: que hubieran experimentado una o más pérdidas perinatales a lo largo de su vida reproductiva, que no contaran con un diagnóstico psiquiátrico, según los criterios del DSM-IV, que no estuvieran embarazadas al momento del estudio y que contaran con estudios mínimos de educación básica (primaria).

INSTRUMENTO

La Perinatal Grief Scale (PGS), es una escala tipo likert, conformada por 33 afirmaciones y cinco opciones de respuesta, las afirmaciones se agrupan en tres subescalas de 11 reactivos cada una (duelo activo, dificultad para afrontar la pérdida, y desesperanza). Cada una de estas escalas tiene un puntaje mínimo de 11 y máximo de 55 y la suma de las tres oscila entre 33 y 165 puntos, en dónde un puntaje mayor a 90 indica morbilidad psiquiátrica.^[11]

PROCEDIMIENTO

Con el propósito de que la versión mexicana no sólo tuviera una estructura gramatical correcta, sino también que considerara las diferencias culturales, se llevó a cabo el método de traducción/ retraducción, en el que primeramente se realizó una traducción profesional del inglés al español, posteriormente se realizaron adaptaciones a la sintaxis y a la gramática del idioma español y finalmente se tradujo nuevamente al idioma inglés, verificando que se mantuvieran los conceptos originales.

Esta versión en español, fue piloteada en una muestra de 15 mujeres que habían experimentado la muerte de sus hijos en la etapa perinatal, una vez concluida la aplicación fueron entrevistadas para conocer sus reacciones e impresiones respecto al instrumento.

RESULTADOS

Para obtener las características de esta versión de la Escala de Duelo Perinatal se realizó primeramente un análisis de distribución de frecuencias de los reactivos y se realizó una comparación de grupos extremos mediante pruebas t. A partir de este análisis se eliminaron aquellos reactivos que concentraban frecuencias mayores a 55% en las opción “definitivamente sí”, y “definitivamente no”.

En cuanto a la comparación de grupos extremos (alto > cuartil 3 Vs bajo < cuartil 1) para cada uno de los 29 reactivos conservados, se encontró que todos los reactivos discriminaron significativamente ($p < .05$) entre los dos grupos.

Para calcular la consistencia interna del instrumento, se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach eliminando sucesivamente cada uno de los reactivos. Al eliminarse los reactivos 2 y 5 se incrementó el índice de confiabilidad de la escala total que obtuvo un valor final de 0.95.

Con el fin de determinar la estructura factorial de la escala, se llevó a cabo un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax de los 27 reactivos restantes de

la escala. Dicho análisis arrojó cuatro factores con valores Eigen > 1 y cargas factoriales > .40 (véase tabla 1), dichos factores explicaron el 59.31% de la varianza total. Cabe mencionar que esta conformación de factores es diferente a la encontrada por las autoras de la escala original,^[11] ya que ellas obtuvieron 3 factores (duelo activo, dificultad para afrontar la pérdida y desesperanza).

Tabla 1.

Subescalas y cargas factoriales obtenidas para los reactivos de la Escala de Duelo Perinatal

Reactivos	Factores			
	Depre- -sion	Culpa	Duelo activo	Accept a-ción
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		

**MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION
PSYCHOLOGY INVESTIGATION**

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
<hr/>					
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
<hr/>					
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
<hr/>					
		<i>Total</i>			
Número de reactivos	27	10	8	6	3
Varianza explicada	59.31	44.54	5.88	4.68	4.20

MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

escala de aceptación (véase tabla 3).

Tabla 3

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

Subescalas	Nivel socioeconómico			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

Las otras variables socio demográficas no tuvieron efectos diferenciales sobre los puntajes de ninguna de las sub escalas del instrumento.

DISCUSIÓN

A diferencia de la escala original que consta de 34 afirmaciones, la Escala de Duelo Perinatal en su 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” difieren de la conceptualización que se tiene en Estados Unidos en donde se utilizan como sinónimos; además 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 esta versión mexicana de la Escala de Duelo Perinatal, también se modificaron las opciones de respuesta, pues se suprimió la opción intermedia (ni en acuerdo, ni en desacuerdo), utilizándose las siguientes: definitivamente sí, probablemente sí, probablemente no, y definitivamente no, ya que en el piloteo se observó que las opciones de respuesta originales resultaban confusas para las participantes.

Así mismo la escala original está integrada por tres sub escalas: duelo activo (referente a los síntomas propios del duelo), desesperanza (en la que se agrupan las características del duelo y que hablan de una complicación del mismo), y afrontamiento (en la que se encuentran los reactivos que hablan de las dificultades para afrontar el duelo). El análisis factorial aplicado en la presente investigación mostró cuatro factores: a) duelo activo, en el cual se agruparon los reactivos relacionados con los síntomas que aparecen en 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 pérdida.

Por lo que respecta al duelo perinatal se concluye que, las mujeres que experimentan una pérdida perinatal viven duelos complejos, debido por un lado, al vínculo parental que existe desde las primeras semanas de la concepción y a los lazos afectivos creados a lo largo del embarazo, y por otro lado, a las expectativas sociales que se generan en torno al nacimiento de un nuevo miembro de la familia.^[5] Además, la pérdida gestacional representa una fractura en el proceso natural de la vida, ya que rompe con las expectativas que se tienen con respecto a los procesos biológicos. Como señalan Cordero Palacios, Mena y Medina,^[18] el dolor por la muerte de un hijo alrededor del nacimiento se registra en el aparato psíquico y puede convertirse en un evento traumático. Incluso del 20% al 30% de las mujeres que pierden un hijo en la etapa perinatal sufren alteraciones psiquiátricas en el transcurso del primer año de la pérdida.^[19]

Uno de los hallazgos de esta investigación que concuerda con lo encontrado en otros estudios sobre el tema,^[20,21] es que a pesar de no haber tenido un contacto externo con sus hijos(as), todas las mujeres que sufrieron una o más pérdidas perinatales experimentaron algún tipo de duelo, independientemente de la edad gestacional que tenían al momento de la pérdida, esto se vio reflejado en sus respuestas a los reactivos de las sub escalas de duelo activo y depresión, a los que más del 55% de la muestra respondió la opción “definitivamente sí”.

Así mismo se observó que, algunos factores socio demográficos afectaron la intensidad del duelo, por ejemplo, mientras más fue el nivel escolar de las participantes, mayor dificultad tenían para aceptar la muerte de su hijo(a); así como también las mujeres con niveles socioeconómicos bajo presentaron más síntomas depresivos. Esto puede explicarse por el hecho de que estas mujeres debido a su escolaridad y nivel socioeconómico bajo encuentran menos oportunidades de realizarse en otras áreas de su vida, por lo que el ser madres constituye la única fuente de realización personal y en muchos casos la vía para ser valoradas y tomadas en cuenta por la sociedad. Estos resultados concuerdan con lo

MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

señalado por Arranz et al.,^[2] que afirman que en el deseo de la maternidad en México interviene fuertemente el entorno sociocultural que valora a la mujer a través del ser madre.

En México como en la mayoría de los países en los que la sociedad experimenta cambios vertiginosos, estos afectan el funcionamiento económico y social, así como la forma de vida de la población en particular, la de las mujeres, esto repercute en el proceso de afrontamiento de la maternidad.^[4] La lucha por lograr una mejor calidad de vida, se contraponen con la necesidad biológica y psicológica de la maternidad, así como con las expectativas socioculturales entorno a ella.

Cuando una mujer enfrenta la pérdida de un hijo en la etapa perinatal y la imposibilidad de ser madre, sufre fuertes repercusiones emocionales, ya que el proceso de duelo en cualquiera de estas etapas implica como lo señala Alvarado,^[22] no sólo la pérdida física del producto sino también la muerte del futuro y la mutilación del proceso de maternidad.

El duelo perinatal se asocia con mayor vulnerabilidad a enfermar y al aumento de riesgo de mortalidad materna durante los dos años siguientes.^[7] De igual manera se incrementa la probabilidad de desarrollar trastornos depresivos o síndrome de estrés post traumático, así como conflictos en la identidad, barreras para establecer una comunicación efectiva con el núcleo familiar o la pareja y dificultades para establecer vínculos con un nuevo hijo.^[23] (Franche, 2001).

Al igual que en otras investigaciones,^[24, 18, 10] en este estudio se observó que la gran mayoría de las participantes, a pesar de que habían sufrido la pérdida de uno o más hijos, se sometían una y otra vez a estudios médicos, tratamientos o intervenciones invasivas, con el objetivo de cumplir lo que “se espera de ellas”, así como de sentirse realizadas y obtener valor ante sí mismas 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 va construyendo a lo largo de la historia según el contexto social en el que se vive.

No obstante que el significado social de la maternidad tiene diferentes características dependiendo de la clase social, la clase de instrucción, el momento histórico que se viva y/o la cultura en la que se está inmerso, el mandato social de “ser madre” recae sobre la mujer, provocando un conflicto interno en aquellas mujeres que por decisión propia u obligadas por alguna circunstancia biológica, médica o social, no tienen hijos y se alejan de las expectativas determinadas por la cultura.^[6]

Es importante mencionar también que, el surgimiento de la sub escala de culpa, la cual no aparece en la escala original ni en otras versiones de la escala realizadas en otras culturas, probablemente se debe a que la culpa es un sentimiento que en la mujer mexicana surge al percatarse de que no es capaz de llevar a término el embarazo y parir un hijo sano, por lo

que percibe que falla en el cumplimiento de las expectativas sociales y culturales en torno al “deber ser” que forma parte del rol de género de la mujer; ^[2] sin embargo es necesario realizar más investigaciones sobre este punto para someter a prueba esta hipótesis.

CONCLUSIONES

- Una de las conclusiones centrales a las que se llegó con este trabajo es que la gran mayoría de las mujeres de la muestra experimentaron duelos intensos tras la pérdida de sus hijos independientemente de la edad gestacional en la que se encontraban al ocurrir la muerte fetal.
- La escolaridad y el nivel socioeconómico y la edad de la mujer, son variables que influyen en el duelo perinatal y deben ser consideradas como factores que pueden generar un riesgo de complicación en el desarrollo del mismo.
- La maternidad como única fuente de realización personal constituye otro factor que se relaciona con duelos más intensos en la experiencia de pérdida perinatal.
- Los índices de confiabilidad y validez que se obtuvieron en esta versión de la escala adaptada a la mujer mexicana, resultaron adecuados para poderla utilizar en investigaciones referentes al duelo perinatal.
- Debido a que se eliminaron reactivos que no discriminaron así como también se redujeron y modificaron las opciones de respuesta, la escala resultó más compacta y fácil de ser contestada.
- La escala puede constituir también, una herramienta útil en la práctica clínica; sin embargo, es necesario en futuros estudios obtener puntos de corte que permitan hacer una clasificación más fina de aquellas mujeres que se encuentran en riesgo de complicarse en el proceso de duelo.
- Es importante también considerar en futuros estudios otras variables tales como los estilos de afrontamiento de la mujer que experimenta una pérdida, así como su autoconcepto, autoestima, y relación emocional con la pareja.
- Así mismo se propone estudiar el duelo perinatal en los hombres que hayan vivido esta experiencia, con el fin de conocer si existen diferencias de género.

MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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.

Arranz L.L., Blum, G.B., Morales, C.F. (2001). El deseo de la maternidad en mujeres sujetas a tratamientos de reproducción asistida: una propuesta de psicoterapia. *Perinatología y Reproducción Humana*. 15,133-138.

Soto, P. (2000). *Las representaciones de la maternidad*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

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.

Mota, G.C, Aldana, C.E. y Gómez, L. ME. (2013) *Pérdida perinatal: Un duelo silencioso*. Ed. Académica Española. Alemania.

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, 100-11

Van Ommeran, M y Levav, I. (2003). Mortality of parents after death of a child. *The lancet*. 361 (9370), 1747-1751.

Biondi, M. y Picardi, A. (1996). Clinical and biological aspects of bereavement and loss induced depression. *Psychoterapy Psychosomatic*. 65, 229-45

Adolfsson, A. y per- Goran, L. (2006). Traslacion of the short version of the Perinatal Grief Scale into Swedish. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 20, 269-273.

Ritsher, J.B. y Neugebauer, R. (2000). Perinatal Bereavement Grief Scale: Distinguishing grief from depress. *Journal of Psychopatology and Behavioral Assessment*. 91 (1), 31-41

Potvin, L., Lasker, J. N. y Toedter, L. J. (1989). Measuring grief: A short version of Perinatal Grief Scale. *Journal of Psychopatology and Behavioral Assessment*, 11, 29

Serrano F y Lima M.L. (2006) Recurrent miscarriage: Psychological and relational consequences for couples. *Psychology and Psychotherapy*. 79: 585-594.

Kersting, A.M., Dorsch, M., Kreulich, C., Reutemann, M., Ohrmann, P.E., Baez, E. y 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.

Beutel, M., Will, H., Volk, 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.

Yan, E., Tang, C., So, K. y Chung, T. (2010) Validation of the PGS for use in Chinese women who have experienced recent reproductive loss. *Death Studies* 34, 151-171.

Capítulo, K.,L., Cornelio, M. A. y Lenz, E. R. (2001). Translating the short version of the Perinatal Grief Scale: Process and challenges. *Applied Nursing Research*, 14, 165-170.

Mota, G.C., Calleja, B.N., Gómez, L.ME., Aldana, C.E., Sánchez, P. MA. (2010) Factores asociados con el duelo perinatal en mujeres con pérdida gestacional. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 56(4), 235-242.

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, 67-74.

Herz, E. (1993). Psychological repercussions of pregnancy loss. *Psychological Health*, 8, 369-381.

Hughes, P. M. y Riches, S. (2003). Psychological aspects of perinatal lost. *Current Opinion Obstetrics and Gynecology*, 15, 107-111.

Badenhorst, W., Riches, S., Turton, P. y Hughes, P. (2007). Perinatal death and fathers. *Journal of Psychosomatic Obstetric & Gynecology*. 28(4), 193-198.

Alvarado, G. R. (2003). Muerte perinatal y el proceso de duelo. *Acta Pediátrica Mexicana*, 24, 304-311

Franché, R. L. y Mikail, S. (1999). The impact of perinatal loss on adjustment to subsequent pregnancy. *Social Science Medicine*, 41, 1613-1623.

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.

RESEÑA AUTORA

CECILIA MOTA GONZÁLEZ

Nació en México D.F. en 1965, estudió la Licenciatura en Psicología y la Maestría en Psicología General Experimental con énfasis en salud, en la Universidad Nacional Autónoma de México. Es Investigadora en Ciencias Médicas del Instituto Nacional de

MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

Perinatología y está a cargo y académica de tiempo completo en la Universidad Nacional Autónoma de México. Psicoterapeuta entrenada en psicoterapia EMDR en el Instituto de EMDR, México.

Ha participado como ponente en diferentes foros académicos nacionales y en Congresos tanto Nacionales como Internacionales, también es autora de varios artículos en revistas científicas arbitradas y es autora del libro: Pérdida Perinatal, un duelo silencioso, de la editorial Académica Española, y coautora de los libros: “Embarazo y salud emocional” y “Sexualidad en el climaterio” de la misma editorial.

Cuenta con más de 20 años de experiencia en su práctica profesional.

