

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES HUMANAS



TESIS DE GRADO

RESILIENCIA Y REGULACIÓN EMOCIONAL FRENTE AL DUELO PERINATAL
EN MUJERES ARGENTINAS

PRESENTADA POR

ANTONELLA REVELLO CARBALLO

Legajo N° 7623

TUTOR: PROF. DR. LUCAS G. GAGO GALVAGNO

CO- TUTORA: LIC. CAROLINA DE GRANDIS

Título a obtener: Licenciatura en Psicología

Fecha:

Sabes, hermano, lo triste que estoy
Se me ha hecho vuelo de trinos
Y sangre la voz
Se me ha hecho pedazos
Mi sueño mejor
Se ha muerto mi niño, mi niño, mi niño
Mi niño, hermano

No pudo llenarse la boca de voz
Apenas vació el vientre
De mi dulce amor
Enorme y azul, la vida se le dio
No pudo tomarla, no pudo tomarla
De tan pequeño

Yo le había hecho una blanca canción
Del amor entre una nube
Y un pez volador
Lo soñé corriendo abrigado en sudor
Las mejillas llenas, las mejillas llenas
De sol y dulzor

Era en abril el ritmo tibio
De mi chiquito que danzaba
Dentro del vientre un prado en flor
Era su lecho y el ombligo y el ombligo
Y el ombligo el sol

No busques, hermano, el camino mejor
Que ya tengo el alma muda
De pedirle a Dios
¿Qué hacemos, ahora, mi dulzura y yo
Con dos pechos llenos, con dos pechos llenos
De leche y dolor?

Era en abril el ritmo tibio
De mi chiquito que danzaba
Dentro del vientre un prado en flor
Era su lecho y el ombligo y el ombligo
Y el ombligo el sol

Estamos pensando, sería mejor
El marcharnos tres, el marcharnos tres
Que quedarnos dos

Era en abril el ritmo tibio
De mi chiquito que danzaba
Dentro del vientre un prado en flor
Era su lecho y el ombligo y el ombligo
Y el ombligo el sol.

Juan Carlos Baglieto (1982)

AGRADECIMIENTOS

A mis directores que acompañaron con dedicación cada paso de este proceso.

A mi familia por su apoyo incondicional.

A mi compañero de vida, por sostenerme en el proceso.

A mi hija Paloma, principal fuente de inspiración para este estudio.

RESILIENCIA Y REGULACIÓN EMOCIONAL FRENTE AL DUELO PERINATAL EN MUJERES ARGENTINAS

Antonella Revello Carballo

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue analizar la relación existente entre duelo perinatal entendido como el duelo que sigue tras la pérdida de un hijo desde la concepción hasta el año de vida, con la resiliencia y regulación emocional. Se empleó una muestra no probabilística intencional de 110 mujeres entre 20 y 45 años cuya media es M: 35,80 y DE: 6,086. Las mismas completaron tres escalas, la Escala de Duelo Perinatal (PSG), la Escala de Resiliencia (SV-RES), y la Escala de regulación emocional (CERQ) junto a un cuestionario sociodemográfico elaborado *ad hoc*. Los resultados corroboraron las hipótesis, ya que, a mayor resiliencia y regulación adaptativa de las emociones, fue menor la intensidad del duelo perinatal y mayor la capacidad de aceptar el duelo. Además, se encontraron relaciones positivas entre regulación desadaptativa de las emociones y el grado de duelo perinatal, e inversas con la aceptación del duelo. En consecuencia, se podría decir que la depresión del duelo perinatal no sólo es “reactiva” al duelo, sino que también la resiliencia y regulación emocional serían una característica de la “fortaleza” de la personalidad de las mujeres que podría contribuir a superar o transitar adaptativamente el duelo perinatal.

Palabras clave: Duelo Perinatal, Resiliencia, Regulación Emocional, Pérdida Gestacional.

RESILIENCE AND EMOTIONAL REGULATION FACING THE PERINATAL GRIEF IN ARGENTINE WOMEN

Antonella Revello Carballo

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the relationship between perinatal grief, understood as the grief that follows after the loss of a child from conception to one year of life, with resilience and emotional regulation. An intentional non-probabilistic sample of 110 women between 20 and 45 years old was used, whose mean is M: 35.80 and SD: 6.086. They completed three scales, the Perinatal Grief Scale (PSG), the Resilience Scale (SV-RES), and the Emotional Regulation Scale (CERQ) together with a sociodemographic questionnaire prepared ad hoc. The results corroborated the hypotheses, since, with greater resilience and adaptive regulation of emotions, the intensity of perinatal grief was lower and the ability to accept grief was greater. In addition, positive relationships were found between maladaptive regulation of emotions and the degree of perinatal grief, and inverse relationships with the acceptance of grief. Consequently, it could be said that perinatal grief depression is not only "reactive" to grief, but also resilience and emotional regulation would be a characteristic of the "strength" of the personality of women that could help overcome or transit adaptively perinatal grief.

Keywords: Perinatal Grief, Resilience Emotional Regulation, Gestational loss

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS	2
RESUMEN.....	3
ABSTRACT.....	4
ÍNDICE GENERAL.....	5
CAPÍTULO I.....	7
1. INTRODUCCIÓN.....	8
1.1. Relevancia y Justificación	10
1.1.1 Nivel Teórico	10
1.1.2. Nivel Clínico.....	10
1.2. Objetivos Generales	11
1.2.1. Objetivos específicos.	11
1.3. Hipótesis	11
1.4. Antecedentes de la Investigación.....	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO II	18
2. MARCO TEÓRICO	¡Error! Marcador no definido.
2.1. Duelo.....	20
2.2. Duelo Perinatal	24
2.3. Regulación Emocional.....	26
2.4. Resiliencia.....	30
CAPÍTULO III	¡Error! Marcador no definido.
3. METODOLOGÍA	¡Error! Marcador no definido.
3.1. Diseño	34
3.2. Participantes.....	34
3.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	34
3.4. Instrumentos.....	35
3.5. Procedimiento	38
3.6. Análisis	39
CAPÍTULO IV.....	¡Error! Marcador no definido.
4. RESULTADOS	¡Error! Marcador no definido.
4.1 Caracterización de la muestra.....	42
TABLA 1: Características sociodemográficas	42
4.2 Duelo Perinatal y variables sociodemográficas.....	¡Error! Marcador no definido.
TABLA 2: Duelo Perinatal y Edad.....	46

TABLA 3: Duelo Perinatal y Hobby	47
TABLA 4: Duelo Perinatal y Estado Civil	¡Error! Marcador no definido.
TABLA 5: Duelo Perinatal y Máximo Nivel de Estudios Alcanzado	47
TABLA 6: Duelo Perinatal y Tiempo Transcurrido de la Pérdida	46
TABLA 7: Duelo Perinatal y Tiene Otros Hijos	47
4.2 Duelo Perinatal, Resiliencia y Regulación Emocional	¡Error! Marcador no definido.
TABLA 8: Correlaciones EDP y SVRES	¡Error! Marcador no definido.
TABLA 9: Correlaciones EDP y CERQ	44
CAPÍTULO V	¡Error! Marcador no definido.
5. DISCUSIÓN	¡Error! Marcador no definido.
6. REFERENCIAS	58
7. ANEXOS	64
7.1 Instrumentos para la recolección de datos	64
Cuestionario Sociodemográfico	65
Escala de Duelo Perinatal (PGS)	48
Escala de Regulación Emocional (CERQ)	50
Escala de Resiliencia	52

CAPÍTULO 1

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad en Argentina la falta de estudios realizados acerca del Duelo Perinatal, ha vuelto al mismo una especie de duelo silenciado, difícil de identificar, y fácil de confundir con otras patologías tales como la depresión. En este sentido las herramientas y criterios diagnósticos con las que cuentan actualmente los profesionales de la salud, debido a la mencionada carencia de estudios realizados, puede conducir a los mismos a sentirse abrumados con la temática y realizar un mal diagnóstico que, en consecuencia, derivará en un tratamiento inadecuado, lo que podría detener el duelo antes de tiempo derivando el mismo en un duelo patológico (Gallego Puente, 2021; Lopez Garcia de Madinabeitia, 2011).

Existen habilidades de la personalidad tales como la regulación emocional y la resiliencia capaces de influir en el atravesamiento de diversas situaciones dolorosas y estresantes por lo tanto capaces de atenuar la intensidad del duelo perinatal. Es importante destacar en este punto, que estas habilidades pueden ser aprendidas y modificadas durante toda la vida, existiendo la posibilidad de fomentar el desarrollo de las mismas en pos de mermar la intensidad con la que una mujer pudiera atravesar este tipo de duelo (Gupta & Bonanno, 2011; Saavedra & Villalta 2008).

Para ello es menester identificar ¿En qué medida se relacionan la resiliencia y el duelo provocado por la pérdida de embarazo? Y a su vez ¿En qué medida se relaciona una adecuada regulación emocional frente a la pérdida de un hijo en gestación o al poco tiempo de haber nacido?

El embarazo es un hecho muy importante en la vida de las personas, especialmente para la mujer, es un periodo que transcurre lleno de incertidumbre y emociones sujetas a la fantasía que representa la llegada del bebe. Cuando estos sentimientos se ven

interrumpidos a causa de la pérdida gestacional, voluntaria por causas médicas o espontánea/involuntaria, o bien cuando la llegada de un hijo al mundo se yuxtapone con la muerte del mismo, es que podemos hablar de duelo perinatal. Algunos autores coinciden en que el duelo perinatal abarca el lapso de tiempo comprendido entre la concepción y el año de vida de un bebé (Fernández Alcaranta et al. 2010; López García de Madinabetia, 2011).

Una de las diferencias más grandes que existe en comparación con otro tipo de duelo es el silenciamiento social del mismo, convirtiéndolo en un tema tabú, del que poco o nada se habla. Las pérdidas gestacionales son casos que tienden a ser infravalorados en los hospitales, y esta infravaloración podría afectar el desarrollo del Duelo Perinatal (Salgado, et al. 2021). En cuanto a la regulación emocional es importante considerar a la misma como aquella que surge en la infancia temprana como resultado de los procesos regulatorios (fisiológicos e interaccionales), cuya finalidad es modular las respuestas de un sujeto frente a demandas específicas para la adecuada adaptación biológica, implicando la activación de determinados procesos involuntarios. La modificación de la misma a lo largo de las diferentes etapas vitales se conoce como autorregulación, cuya activación surgiría de manera voluntaria contribuyendo a que el sujeto pueda controlar ciertos procesos emocionales y cognitivos. En otras palabras se podría considerar a la autorregulación como una estrategia o proceso mediante el cual los seres humanos pueden influir en sus estados emocionales, aumentando, suprimiendo o modelando un estado emocional en tiempo y duración, de manera voluntaria con el fin de modificar la experiencia personal y alcanzar un estado deseado (De Grandis, et al. 2019; Extremera, et al. 2012; Gómez Pérez & Calleja Bello, 2016; Jaime Silva, 2005).

En cuanto a la Resiliencia, la psicología toma el término de la termodinámica para establecer un paralelismo en relación con las habilidades que poseen los seres humanos

para volver a un punto de equilibrio frente a los avatares de la vida. Existen varios autores que coinciden ante el señalamiento de que la resiliencia es la resultante de ciertos factores protectores como: una adecuada introspección, una autoestima sólida, la capacidad para vincularse con otros, la iniciativa, el humor, etc. Se podría decir que la resiliencia es una característica personal que se irá desarrollando a lo largo de la vida del sujeto en interacción con otros y con mundo, por lo cual estaría en constante modificación (Fernández et al., 2019; Monroy Cortés & Palacios Cruz, 2011; Saavedra & Villalta, 2008).

1.1. Relevancia y Justificación

1.1.1 Nivel Teórico

Este estudio servirá para aportar conocimientos sobre una temática en proceso de desarrollo en nuestro país cuyos resultados nos permitirán comprender mejor las características del proceso de duelo perinatal que en la actualidad se encuentra poco estudiado en Argentina.

1.1.2. Nivel Clínico

Este estudio pondera el rol del Psicólogo Perinatal, inmerso en un grupo de obstetricia, resaltando la importancia del trabajo multidisciplinario como así también la prevención en salud mental. La formación de psicólogos y psicólogas en el área de psicología perinatal, especialmente en duelo asociado a la pérdida de un hijo, es de suma importancia para ayudar a mitigar el sufrimiento que atraviesan las familias y sobre todo las madres, tras la pérdida de su hijo/a. El hecho de descubrir que capacidades como la resiliencia y la regulación emocional puedan funcionar como un factor que atenúe el sufrimiento frente a la pérdida gestacional, sería de suma importancia, para la incorporación de técnicas y procedimientos que los y las psicólogas puedan aplicar con

sus pacientes obstétricas, desde el comienzo de la gestación o bien acompañar en los diferentes dispositivos de salud que traten con esta temática.

1.2. Objetivo General

Evaluar la intensidad del proceso de duelo perinatal y su relación con la capacidad de resiliencia y las estrategias de regulación emocional en mujeres que han perdido hijos en la etapa gestacional o bien en la etapa neonatal hasta el año de vida.

1.2.1. Objetivos específicos

- Relacionar la intensidad del proceso de duelo perinatal con la capacidad de resiliencia en mujeres que han perdido hijos en el mencionado periodo.
- Relacionar la intensidad del proceso de duelo perinatal con estrategias adaptativas y desadaptativas de regulación emocional en mujeres que han perdido hijos en el mencionado periodo.
- Llevar a cabo otros análisis entre el proceso de duelo perinatal, la capacidad de resiliencia y las estrategias de regulación emocional con variables demográficas (edad, periodo desde la pérdida, estado marital/familiar) en mujeres que han perdido hijos en etapa gestacional o bien en la etapa neonatal hasta el año de vida.

1.3. Hipótesis

H1. Se espera encontrar una correlación negativa y significativa entre los factores Depresión, Culpa y Duelo Activo (duelo perinatal) con la capacidad de resiliencia, esto es, a mayor resiliencia en las mujeres que perdieron hijos es menor la intensidad de su duelo perinatal.

H2. Se espera encontrar una correlación positiva y significativa entre el factor Aceptación del duelo (duelo perinatal) con la capacidad de Resiliencia, esto es, a mayor resiliencia en las mujeres que perdieron hijos aumenta la capacidad de aceptar el duelo perinatal.

H3. Se espera encontrar una correlación negativa y significativa entre las estrategias adaptativas de la regulación emocional con factores depresión, culpa y duelo activo (duelo perinatal), esto es, a mayor regulación adaptativa de las emociones disminuye el grado de duelo perinatal. En sentido inverso, se espera encontrar una correlación positiva y significativa entre las estrategias adaptativas de la regulación emocional con factor el Aceptación del duelo (duelo perinatal).

H4. Se espera encontrar una correlación positiva y significativa entre las estrategias desadaptativas de la regulación emocional con factores Depresión, Culpa y Duelo Activo (duelo perinatal), esto es, a mayor regulación desadaptativa de las emociones aumenta el grado de duelo perinatal. En sentido inverso, se espera encontrar una correlación negativa y significativa entre las estrategias desadaptativas de la regulación emocional con factor el Aceptación del duelo (duelo perinatal).

H5. Se asociaran las variables sociodemográficas con Duelo perinatal. Se espera encontrar diferencia entre los grupos según su edad, tiempo transcurrido desde la pérdida, nivel de estudios, hobby, cantidad de pérdidas y si tiene o no otros hijos.

1.4. Antecedentes

Vargas et al. (2019) realizaron una revisión sistemática cuyo objetivo fue conocer la experiencia de padres y profesionales de la salud que atravesaban el duelo perinatal, con el fin de mejorar los protocolos existentes y la asistencia sanitaria. En la misma línea Calderer et al. (2018) y Blanco (2019) llevaron a cabo otros estudios teóricos en los que revisaron bibliografía con el propósito de analizar las intervenciones llevadas a cabo por

los profesionales hasta el momento. En la totalidad de estos estudios se encontró que la falta de información y formación a los profesionales impedía que estos pudieran brindar una adecuada atención a sus pacientes optando por tomar un comportamiento distante o paternalista en función de su personalidad, lo cual dificultaba el vínculo con los pacientes. En esta línea destacan que como es sabido este tipo de duelo específico puede desencadenar síntomas psicológicos como ansiedad, depresión y angustia y que los mismos tienden a disminuir frente a un adecuado apoyo de los profesionales, siendo entonces menester la formación de los mismos en el área.

Siguiendo lo investigado por Furtado (2015) quien problematiza acerca de la pérdida gestacional, el silenciamiento de la misma y sus secuelas psicológicas se encontró que la autora hace hincapié en el hecho de que este tipo de pérdida repercutirá de manera peculiar en cada mujer, sea cual sea el tiempo de gestación. Asocia lo antes mencionado con las significaciones que la pareja otorga al embarazo desde el momento que tienen conocimiento del mismo. Es por eso que considera que la muerte perinatal trae consigo las mismas implicaciones que un duelo por una persona mayor. Similar es lo que plantea Molina Velastegui (2017) al explicitar algunos factores que pueden agudizar el proceso de duelo, frente a este tipo de pérdida tan particular. La autora menciona que la pérdida de un bebe dentro del vientre materno es un acontecimiento infravalorado socialmente, lo cual podría evitar el curso de un duelo saludable. Concluye decidiendo que el duelo es un proceso que lleva su tiempo que dependerá, no solo de las particularidades de cada mujer doliente, sino también de la interacción entre factores psicológicos biológicos y sociales, siendo estos últimos de gran ayuda para atravesar el duelo perinatal.

A tal efecto Di Campli (2020) menciona que las pérdidas gestacionales implican un duelo desautorizado socialmente. Su investigación se apoya en el discurso de mujeres que atravesaron este tipo de pérdida, con el fin de romper el silencio y poder generar herramientas que permitan realizar intervenciones adecuadas, respetando la

individualidad y el proceso que conlleva un duelo, que podrá, ser típico o no, pero único para cada familia. Análogamente Felitti & Irrazábal (2018), realizaron un estudio para vislumbrar los significados que las mujeres, que atravesaron una pérdida de embarazo, voluntario o no, otorgan al no nacido. En el estudio sugirió, que las mujeres gestantes, generan vínculos con el no nacido previos a la situación de interrupción, voluntaria o no, del embarazo. Además menciona que el duelo gestacional se vivencia mejor de manera colectiva y en relación con quienes atravesaron situaciones similares. Las autoras reconocen que la muerte gestacional, sus consecuencias sociales y los vínculos que se traman con el no nacido, son temas marginales en las ciencias sociales en conjunto. Esto último conlleva a consecuencias emocionales y traumas para mujeres y varones tras las pérdidas de embarazos o dar a luz nacidos muertos.

Similar es lo que proponen Páez – Cala & Arteaga Hernández (2019) sobre la experiencia del duelo perinatal, en un estudio que pretendía profundizar la temática mediante evaluación testimonial de una pareja que había atravesado la pérdida perinatal de su segundo hijo. La investigación evidencio la escasa preparación, en cuanto a la temática, de los profesionales intervinientes, como así también un trato inadecuado y ausencia de acompañamiento a los familiares tras la noticia de muerte perinatal o un diagnóstico de incompatibilidad con la vida extrauterina. Ambas autoras concluyen en la necesidad de implementar protocolos diferenciales para abordar este fenómeno sin dejar de lado la calidez humana y las necesidades requeridas particularmente por cada familia. Acorde a lo mencionado Camacho – Ávila et al. (2019), realizan un estudio cuyo objetivo era comprender las experiencias y percepciones de los dolientes. Los autores finalmente concluyen en que este tipo de pérdidas genera afecciones en la familia, en términos biológicos, psicológicos, espirituales y sociales. Destacan la importancia para la tramitación del duelo, de que se generen en todos los casos, espacios que faciliten la

posibilidad de acceder a ciertos rituales de despedida, el acompañamiento por el personal de salud, darle una identidad al bebé, entre otras.

En este punto resulta importante mencionar un estudio llevado a cabo en Uganda por Arach et al. (2020) cuyo objetivo fue evaluar el grado de depresión post parto en mujeres que habían experimentado una pérdida perinatal en comparación con aquellas que no habían sufrido dicha pérdida. Los datos obtenidos fueron un gran aporte a la temática ya que se encontró que aquellas mujeres que experimentaron una pérdida perinatal tenían tres veces más posibilidades de padecer sintomatología compatible con depresión posparto en comparación con que aquellas mujeres que habían dado a luz a sus bebés sin presentar problemas hasta los 50 días de vida. Los autores concluyen que la prevalencia de síntomas depresivos en mujeres que habían sufrido una pérdida perinatal, dejan de relieve la necesidad de realizar pruebas de detección de síntomas depresivos en las pacientes tras sufrir la pérdida de un hijo, con el fin de brindar los cuidados necesarios y tratamiento específico a estas madres.

En concordancia con los hallazgos citados previamente Chardon et al. (2018), recalcaron la importancia de la intervención interdisciplinaria frente al duelo perinatal. Las autoras mencionan que ante este tipo de pérdida que parece absurda e imprevista existe una tendencia de silenciamiento y que el abordaje interdisciplinario permitiría un acompañamiento más eficaz a la familia. Se basaron en experiencias obtenidas de diversos servicios públicos y privados con el fin de establecer formas de intervención consensuadas desde distintas disciplinas para la actuación del equipo de salud en situaciones de duelo perinatal. Las autoras concluyeron que es posible generar un espacio interdisciplinario con el fin de establecer procedimientos y guías institucionales para el duelo perinatal que permitan orientar las conductas de los profesionales, siendo éste un primer paso para una adecuada tramitación de este tipo de duelo. Aquí cabe mencionar el trabajo realizado por López et al. (2020) el cual pretendía medir el impacto que tiene

la regulación de las emociones en el sistema inmunológico durante el proceso de duelo. Según estos autores a lo largo de los años se ha encontrado que la misma estaría relacionada con un menor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares como así también se ha profundizado en como las emociones y las estrategias de afrontamiento emocional pueden afectar la salud de modo positivo o negativo, según ellos la regulación eficaz de las emociones disminuiría las afecciones somáticas. Los hallazgos obtenidos, son los primeros en establecer una vinculación entre la regulación de las emociones y la inflamación periférica.

Por ello es menester considerar lo que plantean Gupta & Bonanno (2011) aunque este antecedente exceda los últimos cinco años de investigaciones previas de la temática, se incluye porque se considera una investigación paradigmática sobre el tema. Los autores indagan sobre la relación entre duelo complicado y regulación emocional evidenciando que los déficits en esta última pueden estar en el centro de las reacciones de mala adaptación después de un duelo. Los datos surgieron de un estudio realizado en adultos mayores que estaban atravesando duelo por la pérdida del cónyuge. Los autores obtuvieron evidencia de que aquellas personas que sufren un duelo complicado tienen menos capacidad de mejorar o suprimir de manera flexible la expresión de sus emociones, comparado con una muestra de adultos asintomáticos en duelo y no en duelo. Concluyen que los sujetos que atraviesan un duelo complicado presentan un déficit en la regulación emocional. A tal efecto resulta útil considerar la revisión sistemática realizada por Eisma et al. (2020), en relación con la regulación de las emociones y el duelo complicado. Encontrando que en la mayoría de los estudios las asociaciones entre las estrategias emocionales y los síntomas del duelo complicado estaban en la dirección esperada, es decir las estrategias desadaptativas (Evitación de experiencias y Conductas, Supresión expresiva, rumiación y preocupación) se asociaban en general de manera positiva con los síntomas de duelo complicado. En cambio las estrategias emocionales

adaptativas (Resolución de problemas, reevaluación cognitiva y atención plena) se asociaban de manera negativa con los síntomas de duelo complicado. Es decir que la regulación de las emociones es fundamental en el duelo complicado.

Según Gramazio Soares et al. (2020) las mujeres que atraviesan el duelo perinatal se pueden agrupar en diferentes categorías mediante recurrencias en el discurso. Los autores encontraron y definieron las siguientes categorías: en primer lugar la categoría “(Re) Vivir la pérdida en la búsqueda de la significación”, la misma representaría el apego hacia otros niños como una forma positiva de transitar la pérdida. La categoría titulada como “La acogida como posibilidad de Resiliencia”, ejemplificaría como los familiares y la sociedad puede facilitar u obstaculizar el proceso de duelo y afrontamiento ante la muerte de un hijo. Así mismo identificaron una categoría denominada “La atención de la salud como obstáculo para el afrontamiento”, en donde se describe como la asistencia sanitaria influyo negativamente en el afrontamiento de las madres. Por último hallaron una categoría denominada “La experiencia fotográfica grupal como promoción de la Resiliencia”, expresando en ella la significación que las participantes otorgan a la experiencia grupal. Recalcan lo importante de la red social, de un cuidado más humanizado por parte de los profesionales y la identidad grupal como elemento clave para la promoción de la Resiliencia. En esta línea es importante considerar la revisión bibliográfica realizada por Fernández et al. (2019) sobre la evolución del término Resiliencia, en donde mencionan que la misma permitiría la reconstrucción de la vida de un sujeto a pesar de la tristeza y la angustia. Los autores consideran que la resiliencia es un factor que permite adaptarse positivamente a los cambios y adversidades comprendiendo que la única forma de mantenerse recto es ser flexible. Finalmente expresan que existiría un acuerdo en considerar la Resiliencia como una variable protectora al momento de afrontar y/o recuperarse de un evento traumático.

En contraposición a lo mencionado anteriormente, Schwartz, et al. (2018) realizaron una investigación en estudiantes universitarios que pretendía esclarecer la relación que existe entre el tiempo transcurrido desde la pérdida de un ser querido y la resiliencia del doliente. Encontraron que aquellos participantes que habían experimentado pérdidas en el pasado y recientemente, presentaban más sintomatología de duelo que aquellos que solo habían experimentado la pérdida en el pasado. En cuanto a la Resiliencia no encontraron diferencias grupales significativas. Los autores apoyan este resultado en investigaciones anteriores que muestran que los adultos emergentes tienden a exhibir una gran cantidad de Resiliencia probablemente por ser su perspectiva general positiva hacia el futuro (Schwartz et al 2018).

CAPITULO 2:

2.1. Duelo

El duelo es el proceso de adaptación que sigue a la pérdida física o simbólica. Es una reacción adaptativa normal pero a la vez estresante. En los primeros acercamientos a este concepto el Psicoanálisis considero al Duelo como el afecto de pena tanto como su manifestación exterior. Como se puede observar en “Duelo y Melancolía”, primer y única teoría acerca del duelo de Freud, *“El duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.”* (Freud, 1917).

En el “Manuscrito N”, Freud (1897) relaciona la melancolía con la forma que adquiere el duelo tras la muerte de un ser querido, cuando el deseo de muerte es reprimido en función de la compasión. Mientras tanto en el “Manuscrito K” Freud habla de la diferencia ente lo normal y lo patológico por el sesgo de que se encuentre alguna vía de tramitación, o se cause un daño permanente en el Yo. La enfermedad por duelo patológico seria entonces la que aqueja a la madre que ha perdido un hijo. *“En ningún manicomio faltan los ejemplos, para los que vale análoga concepción, de la madre que enfermo a raíz de la pérdida de su hijo y ahora mece un leño en sus brazos”* (Freud, 1894).

Freud propone la diferencia para el duelo en términos de afecto y trabajo. Entender al duelo como algo normal nos conduce a dilucidar qué es lo sano o enfermo. Reconocerlo como afecto, en cambio, obliga a que sea considerado en términos de angustia, pasando así de ser una experiencia moral a una dimensión ética. Por otro lado considerar al duelo como un trabajo implica, necesariamente, entender su operatoria. De esta forma Freud reconoce la operatoria del duelo como un proceso afectivo de desprendimiento y renuncia que culmina cuando la libido es capaz de reemplazar al objeto llorado por otro nuevo igual o más apreciado (Battista, 2011).

En esta línea, Bowlby (1997) en su teoría del apego considera que los vínculos se desarrollan de manera instintiva en la mayoría de las especies. La finalidad de la conducta del apego sería mantener el vínculo afectivo, en el caso de que éste se viera amenazado o se rompiera es que se producirían ciertas respuestas emocionales de gran intensidad. El autor plantea un sentido mucho más amplio para hablar de duelo, incluyendo los procesos psicológicos inconscientes o conscientes, que la pérdida de un ser querido activa y por otra parte utiliza el término “aflicción” para el dolor que provoca una pérdida.

Por otra parte, algunos acercamientos desde la mirada de la psicoterapia humanista, consideran que el duelo se presenta ante el ser humano como un proceso, con el fin de equilibrar la interacción entre éste y su entorno, buscando armonizar su condición de vida ante la pérdida de un ser querido.

En ninguna otra situación como en el duelo, el dolor producido es total: es un dolor bilógico (duele el cuerpo), psicológico (duele la personalidad), social (duele la sociedad y su forma de ser), familiar (nos duele el dolor de los otros) y espiritual duele el alma). En la pérdida de un ser querido duele el pasado, el presente y especialmente el futuro. Toda la vida en su conjunto, duele (Montonya Carraquilla, 1998).

Según Pérez, Uribe y Atehortua-Vélez (2016) el duelo se considera un proceso que afecta la dimensión física y emocional como así también los vínculos de una persona, tras la pérdida de un ser querido. Esta pérdida representaría el rompimiento del vínculo establecido entre ambos y la sola aceptación de la misma influiría en las creencias y cogniciones de cada individuo.

A su vez Worden (2009) menciona que cada persona tiende a asumir el duelo de una manera distinta independientemente de la intrínseca cualidad de los seres humanos con similares características y experiencias. Es decir, las pérdidas son pérdidas para todos

los seres humanos por igual, pero diferentes, al mismo tiempo, en relación a la vida, cultura y creencias preestablecidas en cada individuo. Por ello mismo el duelo no será igual en todos.

En esta misma línea, Frankl (1991) plantea al duelo como un aspecto de la vida imposible de erradicarse tal como el destino o la muerte, sin los cuales la vida no estaría completa. No es posible evadir el dolor que deja la pérdida de un ser querido, es necesario vivirlo para crecer, y alcanzar así una mayor capacidad de afrontamiento de nuevas experiencias. Asimismo menciona que *“el sufrimiento no es siempre un fenómeno patológico; más que un síntoma neurótico, el sufrimiento puede muy bien ser un logro humano, sobre todo cuando nace de la frustración existencial”* (Frankl, 1991). Es por ello que se podría decir que es mediante el sufrimiento que los seres humanos encuentran la posibilidad de mejorar ciertos aspectos de su vida, ya que éste les permite ser conscientes y responsables de ellos.

Ahora bien para Gil- Juliá, et al. (2008) y el encuadre de esta investigación, el duelo es una respuesta natural frente a la pérdida de una persona querida o un objeto de valor con el cual se haya construido un vínculo afectivo. La expresión del mismo para estos autores incluye reacciones que a menudo suelen acompañar a diversos trastornos físicos, mentales o emocionales. Es por ello que considera menester ser cautelosos a la hora de establecer un diagnóstico.

Según la CIE 10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades 10, 1992) el duelo normal, designado con el código Z63.4, es aquel que se origina tras la desaparición o fallecimiento de un miembro de la familia. Se lo incluye dentro de los factores que influyen en el estado de salud en el apartado Trastornos Mentales y del Comportamiento. En cambio incluye dentro de los Trastornos de Adaptación bajo el código F43.2 a todas

aquellas reacciones de duelo que se consideren anormales por su duración, manifestación y contenidos (CIE 10,1992).

Por otro lado siguiendo la propuesta del DSM -5 un trastorno depresivo implica no solo un estado de ánimo depresivo continuo y persistente, sino que además una falta de interés por el placer. Contrariamente, el duelo, provocaría una alteración emocional que oscila entre la tristeza y estados de ánimo positivos. Además la tristeza del duelo es mejor caracterizada por los sentimientos de pérdida y vacío que por la ausencia de sentimientos de afecto positivo. El dolor en este caso está dirigido hacia la pérdida, hacia la persona fallecida en contraste con el enfoque autocrítico de la depresión. No obstante según la actualización del DSM- 5 el duelo constituiría un factor de riesgo frente al trastorno depresivo mayor lo que conlleva a un riesgo de sobre medicalización (APA 2013; Zachar, 2015; Gallego Puente, 2021).

El duelo tiene una duración de aproximadamente dos o tres años tras la pérdida de un ser querido. El modelo de Kübler-Ross propone 5 fases que no cuentan con un tiempo u orden específico, y que se activan como defensa ante el duelo, Negación; Ira; Pacto o negociación; Depresión; Aceptación. La mayoría de las veces, el duelo, se resuelve naturalmente sin la necesidad de intervención psiquiátrica o psicológica. Sin embargo cuando ello no sucede pasa a considerarse al mismo, duelo patológico (López García de Medinabetia, 2011; Muñoz Canales, 2020; Gallego Puente, 2021).

Las reacciones cognitivas más habituales del duelo suelen ser la incredulidad, confusión, dificultad de atención, rumiación y distorsiones cognitivas. A su vez también se pueden encontrar reacciones afectivas tales como la tristeza y culpa, reacciones fisiológicas y conductuales. Estas reacciones alcanzan su pico máximo durante los tres primeros meses y tienden a mermar hacia el segundo año aunque existirían factores capaces de condicionar los parámetros del duelo, en este caso es importante tener en

cuenta, que factores sociodemográficos, como el sexo femenino o un nivel socioeconómico bajo como así también las pérdidas de los hijos tienden a generar un riesgo para el duelo complicado (Gil Sánchez, 2016; Parro Jiménez et al. 2021).

2.2. Duelo Perinatal

El embarazo es un hecho muy importante en la vida de las personas, especialmente en la vida de la mujer, es un periodo que transcurre lleno de incertidumbre y emociones sujetas a la fantasía que representa la llegada del bebé. La imagen mental que los padres se hacen en relación al hijo que esperan, proviene de mucho antes de la concepción del embarazo, como así también los ideales e ilusiones, proyectos y fantasías desplegadas a lo largo de su vida, acerca de la paternidad. Según Mijolla Mellor (2006) el hijo que imaginan los padres es íntegro y está dotado de forma humana e innumerables atributos desde el comienzo de la gestación, siendo éste, una añoranza muy antigua que se reactiva con el embarazo.

Cuando estas fantasías y sentimientos resultan truncadas por un diagnóstico de inviabilidad fetal, muerte perinatal o muerte neonatales que podemos hablar de duelo perinatal.

Según la definición descripta en la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE 10), se considera muerte perinatal a aquella que transcurre entre la semana 22 de gestación o gestaciones con un peso mayor a 500 gramos hasta los 7 días luego de haber nacido. Asimismo informa que la mortalidad relacionada con el embarazo y parto constituye más de la mitad de la mortalidad infantil. Estimando que cada año en el mundo nacen muertos alrededor de 4,3 millones de niños y 3,3 millones mueren en la primera semana de vida (López Mautino & Ramírez, 2009).

Para los fines de esta investigación se considerara al duelo perinatal como aquel que surge a partir de una pérdida gestacional, pudiendo ser ésta voluntaria, tras un diagnóstico de inviabilidad fetal, o involuntaria comprendiendo el tiempo que transcurre desde el comienzo de la gestación hasta los primeros 12 meses de vida (López García de Madinabeitia, 2011).

Es importante recalcar que este tipo de duelo tiene características propias y únicas que lo distinguen de los demás duelos por fallecimiento ya que según Fernández Alcaranta et al. (2010) en conjunto con el bebé que se pierde, se pierden también promesas y expectativas de los padres que ya no podrán ser vividas.

Existen otros factores que diferencian a este duelo de los otros ya que si pensamos en la muerte de un hijo, ya sea en el útero de la madre, durante el parto, a los pocos días de nacer, esta muerte se nos representa como algo antinatural, que no responde al ciclo de la vida, en donde normativamente los padres debieran morir antes que los hijos.

A su vez la yuxtaposición entre la vida y la muerte que se origina en este tipo de pérdidas las vuelven aún más específicas y dolorosas. Según Vendrell Blanco (2019) y Medinazabal & Aparicio (2019) una de las diferencias con mayor peso frente al duelo perinatal, es que es un tipo de pérdida no aceptada socialmente de la cual no se habla o tiende a restársele importancia. Las pérdidas gestacionales son casos que tienden a ser infravalorados en los hospitales por parte del personal de salud y socialmente silenciados por el entorno de los dolientes. Como consecuencia de ello podría resultar afectado el desarrollo del Duelo Perinatal.

Si bien el duelo, como se mencionó con anterioridad, es una reacción normal frente a la pérdida de un ser querido, todas las teorías mencionadas coinciden en que el hecho de no afrontarlo como tal podría traer complicaciones, es decir que si la persona se impacienta por acelerar el proceso de duelo, no respetando los tiempos, bloqueando sus

sentimientos, no hablando del mismo, impedirá el transcurso de un duelo normal, pudiendo derivar el duelo, en este caso el duelo perinatal en un duelo patológico.

Asimismo las investigaciones realizadas hasta el momento convergen en la idea de que este tipo de duelo, es silenciado socialmente, invisibilizado por el entorno y por el personal de especialistas tratantes que, a su vez, no cuentan con la capacitación necesaria para abordar la temática de manera adecuada. Las mujeres dolientes que fueron entrevistadas en el marco de los estudios utilizados en la presente investigación coinciden en que no contaron con el apoyo adecuado y el acompañamiento por parte del personal médico, considerando que el trato de éstos demostraría falta de humanidad, poca sensibilidad y tacto. A si mismo coinciden en la falta de personal especializado o equipos interdisciplinarios.

Para estas madres el proceso de parto es doloroso, pero lo más doloroso es conocer que tras dar a luz no podrán regresar a casa con su hijo en brazos, mencionan que les duele el alma, duele la vida, que la escasa fuerza que tienen es para pujar porque a pesar de todo siguen ahí luchando para que todo salga bien (Páez Cala & Arteaga Hernández, 2019).

2.3. Regulación Emocional

Muchos autores a lo largo de la historia han considerado a la emociones como un fenómeno de la naturaleza humana compuesto por combinados conductuales, fisiológicos y psicológicos. Las emociones vendrían a actuar como una suerte de funcionalidad para que podamos brindar respuestas adaptativas al medio y a las diversas situaciones que se nos presentan. Por lo tanto se podría decir que una emoción determinada, es una respuesta

que un individuo realiza frente a un estímulo del entorno, y que a su vez la misma tendrá una meta u objetivo en función de las necesidades de éste.

La Respuesta emocional estaría compuesta por la experiencia del individuo (apreciación sobre la situación y sentimiento), la expresión (facial, comportamental) y las respuestas fisiológicas y periféricas que se generan en el organismo. Podemos decir entonces que aprender a identificar estos estados emocionales y actuar en función de la regulación de los mismos, es considerado una herramienta potencial en la vida de cualquier individuo. Es por ello que varios autores han podido relacionar la regulación de las emociones con el bienestar subjetivo, la buena salud, un adecuado desarrollo de la vida académica y laboral.

En este punto resulta menester destacar la diferenciación realizada por De Grandis, et al. (2019) entre regulación emocional y autorregulación para lo cual es necesario aclarar que por regulación se entiende a aquella capacidad de modificar y modular respuestas frente a demandas específicas, siendo la regulación emocional una consecuencia de los procesos regulatorios (fisiológicos e interaccionales) originados en la primer infancia con el fin de la adaptación biológica implicando la activación de procesos involuntarios. En tanto la autorregulación se daría de manera voluntaria contribuyendo a que el sujeto pueda controlar voluntariamente ciertos procesos emocionales y cognitivos.

Siguiendo con esta línea, Gómez Pérez & Calleja Bello (2016) definen a la regulación emocional como un proceso mediante el cual los individuos modifican sus emociones y comportamientos con el fin de alcanzar metas que se adapten al contexto y promuevan el bienestar no solo individual sino también social. Lo cual se podría interpretar como una habilidad para modificar la experiencia personal, frente a la

emoción, con el propósito de alcanzar un estado deseado, como así también una meta esperada por el individuo y la sociedad.

Regular las emociones nos permite economizar recursos (fisiológicos, psicológicos y conductuales), permitiéndonos de esta manera alcanzar metas a nivel personal, mediante la evaluación de las propias emociones, identificación y modificación de las mismas. Como así también nos permite alcanzar metas a nivel social, focalizando en el feedback que se produce entre los estados emocionales de un conjunto de personas, operando sobre una emoción para sostenerla o inhibirla con el propósito de comunicarse adecuadamente con los demás, alcanzar metas colectivas, y generar los comportamientos necesarios para manejar las emociones de otros.

La regulación emocional también se puede definir como *“Toda estrategia dirigida a mantener, aumentar o suprimir un estado afectivo en curso”* (Jaime Silva, 2005). Así mismo el autor considera que la regulación emocional es un aspecto del proceso afectivo, dejándonos ver que existen dos variantes dentro de la regulación, a las que llama Reevaluación y Supresión, considerando que ambas tienen efectos en la experiencia afectiva, la expresión de las emociones en el rostro, la respuesta fisiológica, la memoria y la interacción con otras personas.

Según Extremera, et al. (2012) La regulación emocional es una habilidad que requiere de estar abiertos a los sentimientos negativos y positivos para reflexionar acerca de los mismos lo que permitiría no solo regular las emociones propias y ajenas, sino que también moderar aquellas que son negativas e intensificar las positivas.

Existen diversas maneras de regular las emociones, pero en el marco de esta investigación se consideró aquella que destaca el papel de los procesos cognitivos frente a una situación emocional.

En este punto es importante destacar la labor realizada por Garnefski & Kraaij (2007) quienes plantearon que existen algunos procesos cognitivos tales como la Catastrofización y la Rumiación que pueden llegar a contribuir el aumento y la perpetuación de un estado emocional displacentero en cambio la Reinterpretación o Focalización positiva, por ejemplo, podrían disminuirlo.

Estos autores desarrollaron un instrumento que evalúa nueve estrategias cognitivas de regulación emocional, una adaptación realizada por Domínguez- Sánchez et al (2011) fue la utilizada en esta investigación. Algunas de las estrategias propuestas por los autores están asociadas a un mayor nivel de efecto negativo e entorpecimiento emocional como ser la Rumiación la Catastrofización, Auto culparse o culpar a otros. La Rumiación está basada en pensar de manera constante en un evento negativo, los sentimientos que ese evento produce y los problemas que acarrea el mismo. Asimismo la Catastrofización puede ser definida como como la tendencia que tienen las personas a magnificar su percepción de la amenaza producida por ciertos eventos displacenteros. En tanto Culpar a otros y Auto culparse están relacionados con un sesgo de atribución causal acerca del evento displacentero.

Por otro lado existen estrategias que no estarían relacionadas con el afecto negativo. Un ejemplo de ello es la Focalización positiva, la misma consistiría en mantener pensamientos agradables luego de atravesar un evento displacentero. La Aceptación, por su parte, alude a un proceso cognitivo que consiste en vivenciar los eventos negativos sin juzgarlos, sin tratar de modificar o controlar a los mismos. Asimismo la Reinterpretación positiva consiste en otorgar un nuevo significado al evento desagradable que no se focalice únicamente en las consecuencias negativas del mismo. De manera semejante un proceso llamado Poner en perspectiva consiste en comparar un evento negativo en perspectiva con otros eventos o considerando su impacto en función de otras circunstancias negativas. Por último la Re focalización en los planes es un cognitivo que

requiere pensar en estrategias centradas en la resolución del evento negativo, desviando los pensamientos de sus posibles consecuencias (Domínguez – Lara & Medrano, 2016).

Siguiendo esta línea Gross (1998) indica que la regulación emocional es capaz de afectar nuestro bienestar mediante dos procesos: uno estaría relacionado con la generación de la emoción encargándose de regular los antecedentes en el proceso emocional, aquí los procesos de reestructuración cognitiva tendría un papel elemental. El otro estaría implicado en la modulación de la respuesta emocional con la finalidad de reducir el impacto de las emociones negativas mientras se mantiene o potencian las que resultan positivas para el sujeto. Así la regulación emocional sería uno de los elementos principales de un largo proceso cuya finalidad es mantener el estado de bienestar y por ende de salud de una persona (Gross, 2007; Limonero et al. 2012; Martins, et al., 2010; Martín Cantón, 2018; Ruiz- Aranda, et al., 2010; Schutte & Malouff, 2011).

Ahora bien si tenemos en cuenta lo anteriormente expuesto es posible considerar a la regulación emocional como moduladora del bienestar de un individuo frente al duelo de manera exponente.

2.4. Resiliencia

El termino resiliencia es extraído de la termodinámica y el mismo se refiere a la capacidad que tienen un cuerpo para recuperar su tamaño y forma original luego de ser comprimido, doblado o estirado. La psicología en base a este término logra establecer un paralelismo en relación con las habilidades que poseen las personas de volver a un punto de equilibrio frente a los avatares de la vida. Es decir, cómo podríamos anteponernos a eventos estresantes, entendiendo esto como una capacidad inerte de los humanos, que les permite adaptarse a este tipo de experiencias.

Como mencionan Monroy Cortés & Palacios Cruz (2011) el termino Resiliencia describiría la resistencia frente a experiencias psicosociales de riesgo, el afrontamiento frente a la adversidad o cambio y la misma sería la resultante de la identificación, fortificación e incremento de los factores protectores o cualidades resilientes.

Según Saavedra & Villalta (2008) la resiliencia es entendida como la capacidad que tienen los seres humanos de responder adaptativamente a diferentes situaciones adversas que se les presentan a lo largo de sus vidas. Estos autores plantean al dolor como una “ventana de oportunidad” a partir de la cual ciertas personas descubren de sí mismas, características que antes no conocían.

Según la teoría de estos autores los seres humanos muestran diferentes tipos de reacciones frente a estímulos similares lo cual los lleva a describir tres tipos de reacciones posibles frente a estímulos adversos o dolorosos como ser: personas que frente al dolor / adversidad reaccionan de manera vulnerable, personas que presenta una ausencia de reacción frente al estímulo que les causa dolor o parecen indiferentes al mismo y personas resilientes que resisten frente al dolor y logran alcanzar de manera adaptativa una adecuada calidad de vida.

Podría decidirse de estas últimas que son personas que poseen la capacidad de mantener conductas frente a la adversidad que son socialmente aceptadas.

Los autores hacen hincapié en la idea de que los sujetos no solo pueden reponerse ante la adversidad, sino que además son capaces de construir a partir de ella, convirtiendo los diferentes obstáculos en posibilidades de desarrollo. En otras palabras salir fortalecidos y transformados de la situación negativa.

Para los autores es importante precisar acerca de cómo el sujeto se apropia de la realidad, ya que esta apropiación daría lugar a la superación saludable de los eventos traumáticos. Mencionan una serie de variables que interaccionan entre sí subdivididas en

tres categorías: 1) La categoría “Yo tengo” relacionada directamente con el apoyo que estas personas creen que pueden recibir. 2) La categoría “Yo Soy/ Estoy” en relación con las fortalezas intrapsíquicas y condiciones internas de la persona. Por último 3) La categoría “Yo puedo” relacionada con las creencias de sí mismo, acerca de sus habilidades tanto para relacionarse como para resolver problemas. No obstante se consideraran también las condiciones de base de los sujetos que se harán manifiestas a través de su sistema de creencias, la respuesta Resilientes mediante la conducta evidente la visión de sí mismo y la visión del problema.

Se puede decir que estos autores han encontrado a lo largo de los años factores de protección o características específicas en las personas resilientes como ser: habilidad para captar la atención positiva del entorno, visión optimista acerca de sus experiencias, habilidad para mantenerse alerta y ser autónomos, poseer una perspectiva proactiva, etc.

CAPITULO 3

METODOLOGIA

3.1. Diseño

El tipo estudio es *ex-post-facto* lo cual permitió realizar una búsqueda sistemática y empírica sin que el investigador tenga control alguno sobre las variables intervinientes, en otras palabras el suceso se produjo con anterioridad al análisis de las causas y consecuencias que lo originaron.

El trabajo de investigación consistió en un diseño no experimental (sin manipulación de variables y apoyado en la observación del fenómeno en su contexto natural), de tipo transversal con un enfoque cuantitativo y de alcance descriptivo, correlacional y asociativo. Se plantea la descripción y correlación de las variables intervinientes.

3.2. Participantes

La muestra estuvo conformada por 110 mujeres argentinas de entre 20 y 45 años (Media = 35.8; DE = 6,08) que han experimentado la muerte prematura de un hijo desde el comienzo de la gestación hasta el primer año de vida. El tipo de muestreo fue no probabilístico y la selección de la muestra fue llevada a cabo por el método bola de nieve.

3.3. Criterios de inclusión y exclusión

Fueron criterios de inclusión para pertenecer a la muestra, cumplir con las siguientes características.

Haber atravesado en los últimos cinco años la pérdida de un/a hijo/ a en gestación o la muerte de un/a hijo/a hasta el primer año de vida, ya sea de manera voluntaria tras

diagnóstico médico, o involuntaria / espontanea. Tener entre 20 y 45 años de edad.
Residir en Argentina.

Fueron criterios de exclusión para pertenecer a la muestra:

- Mujeres que no cumplieran con los criterios de tiempo establecidos
- Aquellas que no cumplan con el rango de edad establecido
- Aquellas mujeres que no residan en Argentina.

3.4. Instrumentos

Cuestionario Sociodemográfico. Se elaboró un cuestionario *ad hoc* a los fines de la presente investigación para la presente muestra, tales como las como Edad, Nivel de Escolaridad, ocupación, nacionalidad, Estado Marital, Hobby?, años transcurridos desde la pérdida de su hijo, si tuvo alguna otra pérdida y si tuvo otros hijos independientemente de la/s pérdida/s.

Escala de Duelo Perinatal (*Perinatal Grief Scale*, Mota Gonzalez et al. 2011, Alfa de Cronbach = 0,95). Es una escala tipo Likert que consta originalmente de 33 afirmaciones con cinco opciones de respuesta. Se modificó la escala de respuestas 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.

La versión mexicana que se aplicó en el presente estudio quedó conformada por 27 afirmaciones divididas en cuatro sub escalas a saber: *Depresión: indicadores que*

sugieren posibles complicaciones en el proceso de duelo; Culpa: sentimientos de responsabilidad por la muerte del bebe; Duelo activo: síntomas que aparecen en el duelo normal; Aceptación: sentimientos de admisión de la muerte del bebe (Mota González, et al., 2011).

Escala de Resiliencia (SV-RES, Saavedra & Villalta, 2007; Alfa de Cronbach = 0,96). Es un instrumento de fácil aplicación que contiene 60 ítems compuesta por una escala tipo Likert que incluye 5 instancias abarcando desde la opción (“Muy en desacuerdo” = 1 y “Muy de acuerdo” = 5). Su tiempo de aplicación es breve, llegando a 20 minutos en promedio, probado en población urbana entre 15 y 65 años. Permite obtener un puntaje global de Resiliencia y puntajes por áreas que permite a su vez intervenir puntualmente en las áreas deficitarias y poder apoyarse en los puntos fuertes del sujeto, ya que en su corrección pueden distinguirse puntajes globales de Resiliencia, como también factores específicos. Los factores específicos en los que se subdivide la escala de resiliencia son 12 y se explican a continuación:

F1 Identidad (ítems 1-5). Refiere a juicios generales tomados de los valores culturales que definen al sujeto de un modo relativamente estable. Estos juicios generales refieren a formas particulares de interpretar los hechos y las acciones que constituyen al sujeto de un modo estable a lo largo de su historia.

F2 Autonomía (ítems 6-10) Refiere a juicios que refieren al vínculo que el sujeto establece consigo mismo para definir su aporte particular a su entorno sociocultural.

F3 Satisfacción (ítems 11-15) Refiere a juicios que develan la forma particular en como el sujeto interpreta una situación problemática.

F4 Pragmatismo (ítems 16 -20) Refiere a juicios que develan la forma de interpretar las acciones que realiza.

F5 Vínculos (ítems 21- 25) Juicios que ponen de relieve el valor de la socialización primaria y redes sociales con raíces en la historia personal.

F6 Redes (ítems 26 -30) Juicios que refieren al vínculo afectivo que establece la persona con su entorno social cercano.

F7 Modelos (ítems 31-35) Juicios que refieren a la convicción del papel de las redes sociales cercanas para apoyar la superación de situaciones problemáticas nuevas.

F8 Metas (ítems 36-40) Juicios que refieren al valor contextual de metas y redes sociales por sobre la situación problemática.

F9 Afectividad (ítems 41-45) Juicio que refiere a las posibilidades sobre sí mismo y el vínculo con el entorno.

F10 Autoeficacia (ítems 46-50) Juicio sobre las posibilidades de éxito que la persona reconoce en sí mismo ante una situación problemática.

F11 Aprendizaje (ítems 51- 55) Juicios que refieren a valorar una situación problemática como una posibilidad de aprendizaje.

F12 Generatividad (ítems 56- 60) Juicios que refieren a la posibilidad de pedir ayuda a otros para solucionar situaciones problemáticas (Saavedra & Villalta, 2008).

Cuestionario de Regulación Emocional (CERQ, Garnefski & Kraaij 2007, Alfa de Cronbach: .80). Es un instrumento de auto-informe compuesto por 36 ítems respondidos en una escala tipo Likert, en la que 1 es casi nunca y 5 es casi siempre. Examina nueve

estrategias cognitivas de regulación emocional que utilizan las personas luego de una experiencia displacentera o estresante. Cada estrategia es examinada por cuatro ítems:

- (a) Rumiación (ejemplo de ítem: “Estoy preocupado por lo que siento y pienso acerca de lo que me ha pasado”),
- (b) Catastrofización (ejemplo de ítem: “Normalmente pienso que lo que me ha pasado a mí es lo peor que le puede pasar a alguien”),
- (c) Auto-culparse (ejemplo de ítem: “Siento que yo soy el culpable de lo que pasó”),
- (d) Culpar a Otros (ejemplo de ítem: “Pienso que otros son culpables de lo que me pasó”),
- (e) Poner en Perspectiva (ejemplo de ítem: “Pienso que no ha sido tan malo comparado con otras cosas”),
- (f) Aceptación (ejemplo de ítem: “Pienso que tengo que aceptar lo que pasó”),
- (g) Focalización Positiva (ejemplo de ítem: “Pienso en cosas positivas que no tienen nada que ver con lo que he vivido”),
- (h) Reinterpretación Positiva (ejemplo de ítem: “Pienso que esa situación tiene también partes positivas”),
- (i) Re focalización en los Planes (ejemplo de ítem: “Pienso en cómo cambiar la situación”).

3.5. Procedimiento

Se contactó a mujeres que hayan experimentado la pérdida de un hijo en etapa gestacional o durante el primer año de vida. Por otro lado, se accedió a la muestra por medio de un grupo de Duelo Perinatal por redes sociales (por ej. Facebook) llamado Duelo Perinatal en Argentina. Asimismo, se estableció contacto con obstetras, pediatras y psiquiatras de zona sur del conurbano y la Provincia de Buenos Aires con el fin de que

pudieran invitar a sus pacientes a colaborar con la investigación. En todos los casos se pidió completar los cuestionarios en voluntaria y anónima, pero se puso énfasis en la intención de visibilizar una temática hasta ahora poco difundida en nuestro país. Para la recolección de datos se utilizó un instrumento digital (*Google Forms*) por la dificultad de acceder a la presente muestra, como así también por la situación de distanciamiento social producto de la pandemia de COVID- 19 (durante el año 2021).

Mediante un consentimiento informado, se informó a las participantes los propósitos de la investigación y que la información brindada sería de carácter confidencial, que sus datos no iban a ser difundidos y que los resultados que se obtuvieran en la investigación serían utilizados sólo para un propósito científico. Se estimó mediante prueba piloto con voluntarios que la duración de la evaluación sería de aproximadamente 25 minutos para las tres escalas.

Una vez que las participantes aceptaron participar de la investigación, se le administró un cuestionario sociodemográfico, elaborado *ad hoc*, la Escala de Duelo Perinatal (PGS), Cuestionario de Inteligencia Emocional (CERQ) y por último la Escala de Resiliencia (SV-RES) siempre en el mismo orden con el fin de tener un control por equiparación. Así mismo se dejó un email de contacto para responder las dudas de las participantes en caso de que las hubiere.

3.6. Análisis

Los datos fueron procesados en el paquete estadístico *SPSS 25*. Se utilizó prueba de normalidad de Kolmogorov–Smirnov encontrándose variables con distribución asimétrica con lo cual se utilizaron pruebas no paramétricas, U de Mann Whitney para comparar y *Rho* de Spearman para correlacionar.

CAPITULO 4

RESULTADOS

4.1 Muestra

Respecto a los datos de las mujeres, todas residen en Argentina, ya que antes de comenzar el análisis de los datos se excluyó de la muestra a aquellas que residieran en otros países. A su vez, en relación al máximo nivel de estudios alcanzado, la mayoría (50,9%) de las participantes contaban con estudios universitarios completos. En cuanto a ocupación actual la mayor parte de la muestra (85,5) se hallaba trabajando al momento del estudio. En cuanto al lugar de residencia el 63,6 % se distribuyó en las diferentes zonas de la Provincia de Buenos Aires y el 36,4 % restante entre las diferentes provincias del país. En cuanto al estado civil el 83,6% se encontraba casada o en pareja al momento de la investigación. De las participantes solo el 53,6% tiene entre uno a más de un hijo. En relación con los hobbies o actividades de esparcimiento el 58,2% reveló que realizaba algún tipo de actividad siendo en su mayoría actividad física. El 39,1% de la muestra indicó haber tenido otras pérdidas. Por último en relación con el tiempo transcurrido desde la última pérdida el 37,3% de la muestra indicó haber sufrido la pérdida durante el último año mientras se realizaba la investigación. Los datos sociodemográficos se detallan en la Tabla 1.

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

<i>Variable</i>	<i>Categorías</i>	<i>N</i>	<i>Porcentaje</i>
Edad	Mínimo	21	-
	Mediana	35,5	-
	Máximo	45	-
Nivel de estudios alcanzado	Secundario Incompleto	2	1,8
	Secundario Completo	6	5,5
	Terciario incompleto	6	5,5
	Terciario completo	17	15,2
	Universitario incompleto	23	20,9
	Universitario completo	56	50,9

Lugar de Residencia	CABA	15	13,6
	Zona Norte	10	9,1
	Zona Sur	32	29,1
	Zona Oeste	11	10,0
	Otro	40	36,4
¿Tiene otros hijos?	Si	59	53,6
	No	51	46,4
Cantidad de Hijos	1	33	30,0
	2	18	16,4
	3	5	4,5
	4	2	1,8
	5 o más	1	0,9
Estado civil	Soltera	12	10,9
	En pareja	45	40,9
	Separada /Divorciada	6	5,5
	Casada	47	42,7
¿Tuvo otras pérdidas?	Si	43	39,1
	No	67	60,9
¿Cuántas pérdidas tuvo?	1	22	20,0
	2	11	10,0
	3	6	5,5
	4	1	0,9
	5 o más	3	2,7
Tiempo Transcurrido desde la pérdida	0– 6 Meses	32	29,1
	6 – 12 Meses	9	8,2
	2 – 3 Años	21	17,1
	3 - 4 Años	16	14,5
	5 o más Años	32	29,1
¿Tiene algún Hobby o Actividad de esparcimiento?	Si	64	58,2
	No	46	41,8

Se llevó a cabo una correlación entre los factores Depresión, Culpa, Duelo Activo y Aceptación (duelo perinatal) con la capacidad de resiliencia. La H1 predice que se encontrará una correlación negativa y significativa entre los factores Depresión, Culpa y Duelo Activo (duelo perinatal) con la capacidad de Resiliencia, lo cual se confirmó para Depresión $r_s = -.580$ (Sig. < .001), Culpa $r_s = -.482$ (Sig. < .001) y Duelo Activo $r_s = -.322$ (Sig. < .001). La H2 predice que se encontrará una correlación positiva y significativa entre el factor Aceptación del duelo (duelo perinatal) con la capacidad de Resiliencia, lo cual se confirmó $r_s = .425$ (Sig. < .001) (ver Tabla 1).

TABLA 1: CORRELACIÓN ENTRE LOS FACTORES DEPRESIÓN, CULPA Y DUELO ACTIVO (DUELO PERINATAL) CON LA CAPACIDAD DE RESILIENCIA

	Depresión	Culpa	Duelo Activo	Aceptación
Resiliencia Total	-,578**	-,474**	-,309**	,411**
1. Identidad	-,609**	-,514**	-,356**	,482**
2. Autonomía	-,586**	-,474**	-,348**	,388**
3. Satisfacción	-,562**	-,407**	-,305**	,333**
4. Pragmatismo	,412**	,323**	,226*	-,375**
5. Vínculos	-,596**	-,481**	-,311**	,405**
6. Redes	-,481**	-,364**	-,221*	,226*
7. Modelos	-,364**	-,191*	-,050	,206*
8. Metas	-,507**	-,400**	-,282**	,350**
9. Afectividad	-,509**	-,437**	-,285**	,462**
10 Autoeficacia	-,343**	-,267**	-,136	,313**
11 Aprendizaje	-,359**	-,354**	-,191*	,315**
12. Generatividad	-,412**	-,371**	-,271**	,376**

* Sig. = .05; ** Sig. = .001; *** Sig. < .001

Se llevó a cabo una correlación entre estrategias adaptativas de la regulación emocional con los factores depresión, culpa y duelo activo (duelo perinatal). La H3 predice que se encontrará una

correlación negativa y significativa entre las estrategias adaptativas de la regulación emocional con factores de duelo perinatal, lo cual se confirmó, para Depresión $r_s = -,442$ (Sig. < .001), Culpa $r_s = -,369$ (Sig. < .001) y Duelo Activo $r_s = -,299$ (Sig. < .001). En sentido inverso, se encontró una correlación positiva y significativa entre las estrategias adaptativas de la regulación emocional con factor el Aceptación del duelo, lo cual también se confirmó $r_s = ,445$ (Sig. < .001) (ver Tabla 2).

Se llevó a cabo una correlación entre estrategias desadaptativas de la regulación emocional con los factores depresión, culpa y duelo activo (duelo perinatal). La H4 predice que se encontrará una correlación positiva y significativa entre las estrategias desadaptativas de la regulación emocional con factores de duelo perinatal, lo cual se confirmó, para Depresión $r_s = -,741$ (Sig. < .001), Culpa $r_s = -,674$ (Sig. < .001) y Duelo Activo $r_s = -,689$ (Sig. < .001). En sentido inverso, se encontró una correlación positiva y significativa entre las estrategias desadaptativas de la regulación emocional con factor el Aceptación del duelo, lo cual también se confirmó $r_s = ,328$ (Sig. < .001) (ver Tabla 2).

TABLA 2: CORRELACIONES DUELO PERINATAL Y REGULACION EMOCIONAL

	Depresión	Culpa	Duelo Activo	Aceptación
Estrategia Adaptativas	-,442**	-,369**	-,299**	,445**
Estrategia desadaptativas	,741**	,674**	,689**	,328**
1. Rumiación	,659**	,545**	,647**	-,206*
2. Focalización Positiva	-,668**	-,513**	-,538**	,380**
3. Focalización en los Planes	0,124	,231*	,292**	,286**
4. Reinterpretación Positiva	-,427**	-,418**	-,390**	,429**
5. Poner en Perspectiva	-,177	-,183	-,177	0,03
6. Catastrofización	,649**	,563**	,618**	-,253**
7. Aceptación	-,296**	-,328**	-,100	,383**
8. Auto-Culparse	,595**	,646**	,539**	-,293**
9. Culpar a Otros	,357**	,258**	,243*	-,228*

* Sig. = .05; ** Sig. = .001; *** Sig. < .001

Se llevaron a cabo otros análisis entre el proceso de duelo perinatal, la capacidad de resiliencia y las estrategias de regulación emocional con variables demográficas (edad, periodo desde la pérdida, estado marital/familiar) en mujeres que han perdido hijos en etapa de gestación. Por ejemplo, aquellas mujeres que perdieron su hijo/a entre cero a seis meses de gestación tendieron a puntuar más alto en los factores depresión (Media = 71,19), culpa (Media = 68,8) y duelo activo (Media = 70,3), en comparación con aquellas mujeres que pasaron entre 6 meses a más de cinco años, pero no mayor Aceptación (ver Tabla 3).

TABLA 3: DUELO PERINATAL Y TIEMPO TRANSCURRIDO DE LA PÉRDIDA

	<i>p</i>	<i>gl</i>	0-6 <i>meses</i>	6-12 <i>meses</i>	2-3 <i>años</i>	3-4 <i>años</i>	Más de 5 <i>años</i>
DEPRESIÓN	,001	4	71,19	57,22	58,38	52,72	37,84
CULPA	,003	4	68,8	61,81	59,98	40,28	40,39
DUELO ACTIVO	< ,001	4	70,3	63,5	67,38	39	33,55
ACEPTACIÓN	n.s.	4	54,81	45,84	53,74	57,33	61,66

Aquellas mujeres que perdieron hijo/as estando en Pareja mostraron significativamente más Depresión (Media = 61,83, Sig. = ,03) en comparación con otros estados maritales (Soltera, Casada y Sep./Div.), y las Solteras mayor Aceptación (Media = 74,08, Sig. = .002) que en comparación con otros estados maritales (Pareja, Casada y Sep./Div.) (ver Tabla 4).

TABLA 4: DUELO PERINATAL Y ESTADO CIVIL

Factores EDP	<i>p</i>	<i>gl</i>	Estado Marital			
			<i>Soltera</i>	<i>Pareja</i>	<i>Casada</i>	<i>Sep. / Div.</i>

Depresión	,03	3	31,75	61,83	55,95	52,00
Culpa	,121	3	35,96	56,48	60,26	50,00
Duelo Activo	,151	3	37,5	54,79	61,00	53,75
Aceptación	,002	3	74,08	46,94	62,38	28,58

Aquellas mujeres que refieren tener otros hijos/as mostraron significativamente más Depresión (Media = 62,39 Sig. = 0,01) y más Culpa (Media = 66,42 Sig. = .0,00) en comparación con aquellas que refieren no tenerlos. (ver Tabla 5).

TABLA 5: DUELO PERINATAL Y OTROS HIJOS

Factores EDP	<i>p</i>	<i>z</i>	Hijos	
			<i>Sin hijos</i>	<i>Con hijos</i>
Depresión	0,01	2,41	62,39	47,53
Culpa	0,00	3,51	66,42	44,03
Duelo Activo	0,131	1,50	59,57	50,58
Aceptación	0,232	1,19	52,19	59,32

TABLA : DUELO PERINATAL Y EDAD

<i>Factores EDP</i>	<i>Edad</i>
2. Depresión	n.s.
3. Culpa	n.s.
4. Duelo Activo	,04
5. Aceptación	,02

TABLA: DUELO PERINATAL Y HOBBY

VARIABLE	<i>P</i>	<i>Z</i>	HOBBY	
			<i>SI</i>	<i>NO</i>
DEPRESIÓN	,131	-1,509	59,38	50,10
CULPA	,050	-1,958	60,53	48,50
DUELO ACTIVO	,005	-2,795	62,68	45,51
ACEPTACIÓN	,838	-0,204	56,02	54,78

TABLA 5: DUELO PERINATAL Y MÁXIMO NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADO

VARIABLE	P	G L	MAXIMO NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADO					
			Sec. Inc.	Sec. Comp.	Terc. Inc.	Terc. Comp.	Univ. Inc.	Univ. Com p.
EDP DEPRESIÓN	,343	5	53,25	52,08	32,42	47,88	62,54	57,84
EDP CULPA	,046	5	54,5	47,97	27,75	40,71	61,46	61,37
EDP DUELO ACTIVO	,235	5	39,75	50,67	37,67	43,26	60,43	60,18
EDP ACEPTACIÓN	,141	5	55,25	52,17	85,83	63,03	55,61	50,29

CAPITULO 5

Conclusiones & Discusión

El objetivo de la presente investigación fue dar cuenta de la relación existente entre Duelo Perinatal Resiliencia y Regulación Emocional. En el mismo se presenta la Regulación Emocional como un proceso psicológico plausible de ejercer cierta influencia en el desarrollo de sintomatología clínica (Martín Cantón, 2018). Por su parte, según Fernández et al. (2019) la Resiliencia es considerada un factor que permite la adaptación positiva frente a las adversidades. En otras palabras se considera que la Regulación Emocional y la Resiliencia podrían actuar como variables protectoras a la hora de afrontar un hecho traumático como lo es el Duelo Perinatal, éste, que a su vez es comprendido como el proceso de duelo que sigue tras la pérdida de un hijo comprendida desde la concepción hasta el primer año de vida (López García de Madinabeitia, 2011).

Para llevar a cabo el objetivo principal se establecieron objetivos específicos, el primero de ellos era comparar Duelo Perinatal según variables sociodemográficas. En relación al Hobby se encontró que aquellas mujeres que realizan actividades de esparcimiento presentan un rango promedio más alto en duelo activo que aquellas mujeres que no realizan actividades de recreación al momento del estudio. El duelo activo es entendido como la sintomatología normal que aparece durante un proceso de duelo (Mota González et al. 2011). En este caso podría inferirse que aquellas mujeres presentan más duelo activo tienden a buscar más actividades de esparcimiento con el fin de mitigar el sufrimiento. Cabe sugerir para próximas investigaciones un mayor control sobre estas variables ya que al ser correlacionales no es posible saber cuál es la que precede a la otra.

En cuanto a la relación existente entre el estado civil de las participantes y el duelo perinatal se encontró que aquellas mujeres que se encuentran en pareja al momento de realizar el estudio presentan un mayor grado de depresión en promedio con el resto de las participantes. Esto podría relacionarse con lo encontrado por Gallego Puente (2021) en

su investigación donde habla acerca del rol que cumplen los padres en el proceso de duelo mostrándose los hombres como “los fuertes” de la relación para contener a sus parejas, evitando expresar sus emociones y profundizar sobre el tema por sentirse socialmente desautorizados, lo que a su vez conlleva a desarrollar más problemas maritales que podrían contribuir a la sintomatología depresiva. En esta línea se también podrían interpretarse los resultados encontrados en cuanto a los sentimientos de admisión de la muerte del bebe en mujeres solteras ya que en rango promedio fueron más elevados los niveles de aceptación que en el resto de la muestra.

En relación con el máximo nivel de estudios alcanzado al momento del estudio se encontró que aquellas mujeres que presentaban un mayor nivel educativo experimentaban más sentimientos de responsabilidad en relación con la pérdida que el resto de las participantes. Esto debe ser considerado como una limitación en el presente estudio ya que en relación con esta diferencia es importante tener en consideración que la muestra no se encuentra apareada y que la mayor parte de la población es universitaria, aunque el presente estudio comparativo sugiere que aquellas personas con estudios universitarios presentan un rango promedio más elevado en culpa.

Relacionado con lo anterior se encontró que aquellas mujeres que reportaban tener otros hijos experimentaban más culpa y sintomatología depresiva. Esto concuerda con lo que explica Calderer et al. (2018) teniendo en cuenta que la muerte de un hijo es uno de los eventos más estresantes en la vida y que en muchos de los casos las mujeres tienden a sentirse traicionadas por su propio cuerpo, incapaces de gestar o traer un hijo vivo al mundo y debiendo sustituir un acto alegre por uno traumático. Podría inferirse que la culpa que las mujeres experimentan consigo mismas se haga extensible al núcleo familiar ya que como se ha mencionado anteriormente tras la noticia de la llegada de un bebe se despliegan una serie de fantasías y expectativas sobre ese bebe como así también los roles que se ven truncados ante la inminente pérdida, y si bien hasta el momento se cuenta con

la limitación de estudios realizados sobre el impacto de la pérdida en los hermanos, no sería descabellado presumir que éstos que también pasan por una pérdida y que como toda pérdida conlleva un duelo, podría inferirse que si las madres se sienten responsables por la pérdida se sientan responsables también por el sufrimiento de sus hijos en vida, un claro ejemplo lo propone Mendizábal y Aparicio (2019) al transcribir el relato de una madre en duelo que menciona “no puedo ni pensar que mi hija no tenga más hermanos”. En cuanto a la sintomatología depresiva que pudieran experimentar las madres es importante tener en cuenta que el silenciamiento característico de este tipo de duelo, más aún cuando no existen espacios de dialogo, o no se encuentra la forma de tramitar la pérdida en familia, podría contribuir a que se presenten posibles complicaciones en el proceso de duelo.

En cuanto al tiempo transcurrido desde la pérdida se encontró que aquellas mujeres que experimentaban más sentimientos de responsabilidad en relación a la pérdida, más sintomatología de duelo y de experimentar complicaciones eran aquellas mujeres que habían reportado haber sufrido la pérdida hacia más tiempo que el resto de la muestra. Esto por un lado concuerda con lo que mencionan Calderer et al. (2021) y Mendizábal & Aparicio (2019) en relación con mujeres que presentan un riesgo de desarrollar con el tiempo una depresión o trastorno de estrés post traumático ya que la consideran que la manera se elaborar una pérdida incluye poder hablar de ella y transitarla las veces que sea necesario, lo cual socialmente no es aceptado frente al duelo perinatal. Por otro lado se contrapone a la idea de transcurrido el periodo de 3 a 6 años la emociones que atraviesan a las familiar si bien están relacionadas con la tristeza, están vistas desde una paz mental, experimentando pensamientos más reconfortantes pudiendo integrar a su bebe perdido como miembro de la familia como menciona Gallego Puente (2021).

Para finalizar con los datos sociodemográficos se relacionó duelo perinatal con la situación ocupacional actual y el lugar de residencia de las participantes y no se

encontraron valores de referencia por encima de 0,05 como así también sucedió con la variable “tuvo otras pérdidas” que al parecer tampoco parece influir en el la sintomatología de duelo actual, lo cual queda abierto a analizar en futuras investigaciones teniendo en cuenta un mayor control de las variables.

Se asoció Duelo perinatal con Resiliencia, en cuanto a la relación que existe entre los diferentes factores de las variables se encontró que las participantes de la muestra que mostraban un juicio estable en relación con su identidad, entendida como valores culturales, tendían a presentar menos sintomatología depresiva, menos culpa respecto a la pérdida como así también menos indicadores de duelo activo, favoreciendo a su vez la aceptación de la pérdida siendo este un factor protector frente al posible desarrollo de un duelo complicado.

Similares son los resultados que se obtuvieron en aquellas participantes que presentaban un mayor nivel de autonomía comprendida como la visión que el sujeto tiene de sí mismo en relación con su aporte al entorno, como así también aquellas participantes que se visualizaban como personas con vínculos afectivos seguros. Los datos encontrados coinciden con lo mencionado por Felitti & Irrazabal (2018) quienes mencionan en su investigación que el duelo gestacional se vivencia mejor de manera colectiva, en grupo y en relación con personas que hayan atravesado situaciones similares.

Se encontró en aquellas participantes que presentaban metas a corto y largo plazo como aquellas que se consideraban capaces de generar estrategias para solucionar problemas o valorar este último como una instancia de aprendizaje, que los niveles de depresión, culpa y duelo activo tendían a bajar ampliamente frente a esta características, aumentando los niveles de aceptación de la muerte del hijo.

Por otro lado en lo que respecta a la convicción que la participante pudiera tener en relación al papel que cumplen las redes cercanas frente a situaciones problemáticas

como menciona Gramazio Soares et al. (2020) se pudo observar que el duelo perinatal tiende a ser menos complicado en aquellas mujeres que perciben el apoyo de su entorno cercano. Así mismo se halló que la percepción que tienen las participantes de sí mismas como una persona susceptible de tener éxito frente a los problemas mostraron menores niveles en relación a sintomatología depresiva, sensación de culpa frente a la pérdida como así también una relación directa con aceptación frente a la pérdida del hijo estos resultados se explican mejor si se relacionan con lo mencionado por Fernández et al. (2019) en un estudio sobre la evolución del término Resiliencia, en donde mencionan que la misma permitiría la reconstrucción de la vida de un sujeto a pesar de la tristeza y la angustia. Los autores consideran que la es un factor que permite adaptarse positivamente a los cambios y adversidades comprendiendo que la única forma de mantenerse recto es ser flexible. Finalmente expresan que existiría un acuerdo en considerar la Resiliencia como una variable protectora al momento de afrontar y/o recuperarse de un evento traumático.

Se encontró en aquellas participantes, que presentaban metas a corto y largo plazo como aquellas que se consideraban capaces de generar estrategias para solucionar problemas o valorar a los mismos como una instancia de aprendizaje, que los niveles de depresión, culpa y duelo activo tendían a bajar ampliamente frente a esta características, aumentando los niveles de aceptación de la muerte del hijo.

En síntesis y en concordancia con la hipótesis de esta investigación se encontró que aquellas mujeres que se presentan como más resilientes frente a los avatares de la vida presentan menos sintomatología asociada al duelo perinatal. No obstante se evidencio que aquellas mujeres que se muestran más pragmáticas frente a los avatares de la vida presentaban menos aceptación frente a la pérdida, aunque no presentaban sintomatología asociada al duelo o sentimientos de culpa en relación a lo acontecido podría inferirse que las mujeres no encuentran utilidad en el hecho de sentirse abatidas

por la situación aunque en el fondo no acepten la pérdida como tal. Esto podría relacionarse con los datos encontrados en relación a aquellas mujeres que tienden a realizar actividades de esparcimiento / hobby son aquellas que refieren más sintomatología asociada al duelo activo.

Por último no se halló una relación significativa entre el tiempo transcurrido de la pérdida y la Resiliencia de las participantes. Esto a su concuerda con lo mencionado por Schwartz et al. (2018) en relación a que no existen evidencias significativas que diferencien la Resiliencia entre personas que atravesaron una pérdida reciente y otra en el pasado.

En cuanto a la relación que existe entre duelo perinatal y las diferentes estrategias de regulación emocional se encontró que aquellas participantes que referían menor sintomatología asociada a la experiencia de duelo perinatal mencionaban a su vez utilizar estrategias de afrontamiento consideradas adaptativas en contraposición con aquellas mujeres que referían mayor sintomatología asociada al duelo perinatal que al parecer regulaban sus emociones haciendo uso de estrategias que son consideradas desadaptativas. Esto se relaciona con los datos obtenidos por Gupta & Bonano (2011) en cuanto a la capacidad que tienen las persona para mejorar o suprimir de manera flexible la expresión de las emociones frente a una situación de duelo, encontrando que aquellos sujetos que presentan un déficit en la regulación emocional tienden a presentar sintomatología de duelo complicado.

Siguiendo con los resultados obtenidos y en relación lo que menciona Eisma et al. (2020), en la mayoría de los estudios donde se asocian estrategias emocionales y los síntomas del duelo complicado la dirección de las mimas va en la misma línea que esta investigación, es decir las estrategias desadaptativas (Evitación de experiencias y Conductas, Supresión expresiva, rumiación y preocupación) se asocian de manera

positiva con los síntomas de duelo complicado. Antagónicamente las estrategias emocionales adaptativas (Resolución de problemas, reevaluación cognitiva y atención plena) se asociaban de manera negativa con los síntomas de duelo complicado.

Si se tiene en cuenta la diferenciación realizada por De Grandis, et al. (2019) entre regulación emocional y autorregulación considerando a la primera como un proceso fisiológico producto de la interacción en la primera infancia en tanto la autorregulación es considerada un proceso que se daría de manera voluntaria contribuyendo a que el sujeto pueda controlar ciertos procesos emocionales y cognitivos. Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado se podría inferir que el entrenamiento en la regulación de las emociones permite desarrollar en las personas procesos de autorregulación capaces de inferir de manera positiva frente a los procesos de duelo, en este caso específicamente frente al duelo perinatal.

Se encontró también que aquellas mujeres que utilizan la estrategia de regulación emocional denominada “Focalización en los planes” presentan síntomas compatibles con duelo activo y sentimientos de responsabilidad frente a la pérdida. Como se mencionó anteriormente las mujeres que atraviesan el duelo por pérdida perinatal se encuentran en la búsqueda constante de la homeostasis, utilizando de manera alterna diferentes estrategias para regular sus estados emocionales. Otro de los motivos que podría arrojar estos datos se relaciona con que un 53,6 % de las mujeres de la muestra indicaron tener otros hijos por lo que se puede inferir que en muchos casos tienen que seguir adelante focalizando en otros aspectos dejando de lado la situación de pérdida y que esto a su vez las lleve a experimentar cierto grado de culpa por el hijo perdido como refieren en los datos obtenidos.

Como conclusión general se podría inferir que ser resilientes ayuda a sobrellevar el duelo perinatal. Similar es la interacción entre duelo perinatal y regulación emocional,

Se podría inferir que las mujeres que participaron de la muestra utilizan las diferentes estrategias y que estas a su vez interaccionan entre sí de manera compleja con el fin de encontrar la homeostasis, entendiendo que aquellas participantes que utilizan estrategias de regulación consideradas desadaptativas presentan más sintomatología asociada al duelo y posibles complicaciones del mismo por lo cual es importante tener en cuenta lo propuesto por Fernández Alcaranta et al (2014) quienes mencionan que frente a los procesos de duelo normal existe una oscilación entre las diferentes estrategias de afrontamiento y que éstas tienden a volverse rígidas frente al duelo complicado, lo cual hace que las personas perciban los eventos como más negativos y tengan una mayor dificultad para regular sus emociones, generando mayores grados de sintomatología y una experiencia emocional subjetiva mucho más negativa.

En cuanto a las limitaciones de presente estudio es importante tener en cuenta que el tamaño muestral fue relativamente pequeño N 110, el muestreo fue no probabilístico, y el estudio fue transversal. Las direcciones futuras serían las respuestas a estas limitaciones

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Arach, A. A. O., Nakasujja, N., Nankabirwa, V., Ndeezi, G., Kiguli, J., Mukunya, D., Odongkara, B., Achora, V., Tongun, J. B., Musaba, M. W., Napyo, A., Zalwango, V., Tylleskar, T., & Tumwine, J. K. (2020). *Perinatal death triples the prevalence of postpartum depression among women in Northern Uganda: A community-based cross-sectional study*. *PLoS ONE*, 15(10), 1–14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240409>
- Battista, A. (2011). El problema del duelo. *Desde el Jardín de Freud*, (11), 17-30. <https://doi.org/10.15446/djf.n19.76705>
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. Vols. 1 y 2. *British Journal of Psychiatry*, 130, 201-210 y 421-431.
- Bowlby, J. (1998). El apego y la pérdida. Barcelona: Paidós
- Calderer, A., Obregón, N., Cobo, J. V., & Goberna, J. (2018). Muerte perinatal: acompañamiento a mujeres y parejas. *Matronas Prof*, 19(3), e41-e47.
- Camacho-Ávila, M., Fernández-Sola, C., Jiménez-López, F. R., Granero-Molina, J., Fernández-Medina, I. M., Martínez-Artero, L., & Hernández-Padilla, J. M. (2019). Experience of parents who have suffered a perinatal death in two Spanish hospitals: a qualitative study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 19(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2666-z>.
- Cantón, E. (2018). La regulación emocional como factor protector de la sintomatología clínica en el duelo migratorio.

- Cassidy, P. R., Cassidy, J., Olza, I., Ancel, A. M., Jort, S., Sánchez, D., ... & Serrano, P. M. (2018). Introducción: La muerte y el duelo perinatal en contexto socio-cultural.
- Chardon, E., Vega, E., Mercado, A. & Guiragossian, S., 2018. Intervención interdisciplinaria en duelo perinatal. In: X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología - XXV Jornadas de Investigación y XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Poster. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2021.2953>
- De Grandis, C., Gago-Galvagno, L., Clerici, G., & Elgier, A. (2019). El desarrollo de la autorregulación en la infancia temprana y sus factores moduladores. *Investigaciones en Psicología*, 68–77. <https://doi.org/10.32824/investgpsicol.a24n1a16>
- Di Campli, E., 2020. Discurso de mujeres con pérdidas gestacionales menores a 20 semanas. *Revista Neuronum*, (Vol. 6 N° 1), pp.22-44.
- Dominguez - Lara, S.A. & Medrano, L.A. (2016). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Regulación Cognitiva de las Emociones (CERQ) en estudiantes universitarios de Lima. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 10 (1), 53 - 67 <https://doi.org/10.21500/19002386.2466>
- Eisma, M. C., & Stroebe, M. S. (2020). Emotion regulatory strategies in complicated grief: A systematic review. *Behavior Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.04.004>
- Era En Abril*. (2017, 18 febrero). [Vídeo]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=CGTOT2VezC8&ab_channel=JuanCarlosBaglietto-Topic
- Extremera, N.; Gonzalez Herrero, V.; Rueda, P., & Fernandez Berrocal, P. (2012). Me siento triste ¿y ahora qué hago? Análisis de las estrategias de regulación que

- utilizan las personas emocionalmente inteligentes. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 197-209.
<https://doi.org/10.26439/ulima.tesis/8037>
- Fernandez Alcaranta, M.; Cruz Quintana, F.; Perez Marfil, N., & Robles Ortega, H. (ENE/JUN de 2010). Factores Psicológicos implicados en el Duelo Perinatal. *Index Enferm*, 21(1). <https://doi.org/10.4321/s1132-129620100100011>
- Fernández-Alcántara, M., Turbull, O., Pérez-Marfil, M. N., Catena-Martínez, A., Pérez-García, M., & Cruz-Quintana, F. (2014). Experiencia emocional en procesos de duelo complicado. *Avances en el estudio de la motivación y de la emoción*, 13.
- Fernández, J. R., Llamas-Salguero, F., & Gutiérrez-Ortega, M. (2019). Revisión bibliográfica y evolución del término resiliencia.
- Frankl, V. (1991) *El hombre en busca del sentido*. Herder.
- Freud, S. (1897) Manuscrito N [Anotaciones III] (31 de mayo de 1897). Fragmentos de la correspondencia con Fliess. Aorrortu.
- Freud, S.(1896) Manuscrito K: La neurosis de Defensa. Fragmentos de la correspondencia con Fliess. Amorrortu.
- Freud, S. (1894) Las neuropsicosis de defensa. En obras completas Vol. III. Amorrortu.
- Freud, S. (1914). Introducción al Narcisismo. En obras completas, Vol. XIV. Amorrortu.
- Freud, S. (1917) Duelo y melancolía. En obras completas, vol. XIV. Amorrortu.
- Furtado, L. (2015). La Dolorosa Pérdida de una Ilusión. Trabajo Final de Grado. Facultad de Psicología, Universidad de la República.
<https://doi.org/10.14482/psdc.35.5.658.4>
- Gallego Puente, V. (2021). Manejo del duelo perinatal en grandes prematuros.
- Garnefsky, N. & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Psychometric features and prospective relationships whit depression and anxiety in adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 23 (3), 141- 149

- Gil Juliá, B., Bellver, A. & Ballester R. (2008). Duelo: Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento. *Psicooncología*. Vol. 5, Núm. 1, pp. 103-116
- Gil Sánchez, R. (2016). Aplicación de la terapia cognitiva basada en mindfulness y compasión a las personas en duelo. Tesis doctoral. Universitat de València.
- Gomez Perez, O., & Calleja Bello, N. (2016). Regulación emocional: definición, red nomológica y medición. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 8(1), 96-117. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.10209>
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Gross, J. J. (dir.) (2007). *Handbook of emotion regulation*. Nueva York: Guilford.
- Gupta, S. & Bonanno, G.A. (2011). Complicated Grief and deficits in emotional expressive flexibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 120 (3) ,635 – 643. <https://doi.org/10.1037/a0023541>
- Irrazabal, G., & Felitti, K. (2018). El Caso Belén y las construcciones sobre el” no nacido” en Argentina. Aportes para la discusión. *Revista de Bioética y Derecho*, (43), 45-60.
- Jaime Silva, C. (2005). Regulación Emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Revista Chilena de Neuropsiquiatria*, 201 209. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272005000300004>
- Kotliarenco, M. A., & Cáceres, I. (1997). La Resiliencia como adjetivación del proceso de desarrollo infantil. CEANIM.
- Limonero, J.T., Tomas- Sabado, J., Fernandez- Castro, J., Gomez Romero, M.J. & Ardilla Herrero, A. (2012) Estrategias de afrontamiento resilientes y regulación emocional: predictores de satisfacción con la vida. *Behavioral Psychology /Psicología Conductual*, Vol. 20 N° 1, pp. 183 -196

- Lopez Garcia de Madinabeitia, A. (2011). Duelo Perinatal: Un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociacion Española de Nueropsiquiatría*, 31(1), 53-70.
<https://doi.org/10.4321/s0211-57352011000100005>
- 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*. Vol. 28 (4). pp. 160 -164
- Lopez, R. B., Brown, R. L., Wu, E. L. L., Murdock, K. W., Denny, B. T., Heijnen, C., & Fagundes, C. (2020). Emotion regulation and immune functioning during grief: Testing the role of expressive suppression and cognitive reappraisal in inflammation among recently bereaved spouses. *Psychosomatic medicine*, 82(1), 2-9. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000755>
- Martins, A., Ramalho, N. y Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 49, 554-564. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.05.029>
- Mendizábal, N. V., & Aparicio, E. M. (2019). Si no lo veo no lo creo, la negación del duelo perinatal: Reflexiones a partir de la pérdida de una hija por muerte súbita. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, (66), 51-60.
- Mijolla-Mellor, S. (2006). El niño ideal no existe. La maternidad y sus vicisitudes hoy, pp. 65-73.
- Molina Velastegui, L., 2017, Depresión ante duelo perinatal. Trabajo final de Grado. Licenciatura en Psicología. Universidad Estatal del Milagro.
- Moroy Cortés , B., & Palacios Cruz, L. (may/jun de 2011). Resiliencia: ¿Es posible medir e influir en ella? *Salud Mental*, 34 (3).

- Mota Gonzalez, C., Calleja Bello, N., Calva, E. A., Gomez Lopez, M. E., & Sanchez Pichardo, M. A. (2011). Escala de duelo perinatal: validación en mujeres mexicanas con pérdida gestacional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(3), 419-428. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082009000200007>
- Muñoz Canales, E. (2020). Sin aliento. Una representación visual de las fases del duelo [Trabajo en soporte fotográfico].
- Organización Mundial de la Salud (1992) CIE. Clasificación internacional de las enfermedades: Trastornos mentales y del comportamiento. 10ª ed. Meditor.
- Salgado, H. de O., Andreucci, C. B., Gomes, A. C. R., & Souza, J. P. (2021). The perinatal bereavement project: development and evaluation of supportive guidelines for families experiencing stillbirth and neonatal death in Southeast Brazil—a quasi-experimental before-and-after study. *Reproductive Health*, 18(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-01040-4>
- Páez Cala, M. L. & Arteaga Hernández, L. F. (2019) Duelo por muerte perinatal. Necesidad de una atención diferencial e integral. *Archivos de Medicina*. Vol. 19 N°1. 32-45. <https://doi.org/10.30554/archmed.19.1.2853.2019>
- Parro-Jiménez, E., Morán, N., Gesteira, C., Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2021). Duelo complicado: Una revisión sistemática de la prevalencia, diagnóstico, factores de riesgo y de protección en población adulta de España. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 37(2), 189-201.
- Pérez Uribe, D. A. & Atehortua Vélez, M. R. (2016). La comprensión del duelo desde la psicoterapia humanista. *Revista electrónica: Psyconex*, Vol. 8 N°12. ISSN2145-437X
- Ruiz-Aranda, D., Salguero, J. M. y Fernández-Berrocal, P. (2010). Emotional regulation and acute pain perception in women. *Journal of Pain*, 11, 564-569. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2009.09.011>

- Saavedra Guajardo, E. & Villalta Paucar, M. (2008) Escala de Resiliencia SV-RES Para jóvenes y adultos. CEANIM
- Schutte, N. S. y Malouff, J. M. (2011). Emotional intelligence mediates the relationship between mindfulness and subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 50, 1116-1119. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.01.037>
- Schwartz, L.E., Howell, K.H. & Jamison, L. E. (2018) The effect of time since loss on grief, resilience, and depression among bereaved emerging adults, *Death Studies*. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1430082>
- Soares, L. G., Kuchla, É., Mazza, V. D. A., Soares, L. G., Ferraz, M. I. R., & Mattei, A. P. (2020). Mothers of angels:(re) living the death of the child as a coping strategy. *Escola Anna Nery*, 24(1).
- Vargas, C., & García, S. (2019). Duelo Perinatal. Revisión Sistemática.
- Vendrell Blanco, C. (Abril de 2019). Estudio Observacional sobre el Proceso de Duelo Materno tras una Pérdida Perinatal. Trabajo de fin de Grado. Escuela de Enfermería y Fisioterapia, San Juan de Dios, Comillas Universidad Pontificia. https://doi.org/10.15517/rc_ucr-hsjd.v4i4.14934
- Worden, J. W. (2009). Grief counselling and Grief therapy. *Springer Publishing Company*, Fourth Edition.
- Zachar, P. (2015). Grief, depression, and the DSM-5: a review and reflections upon the debate. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 18(3), 540-550. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2015v18n3p540.9>

7. ANEXOS

7.1 Instrumentos para la recolección de datos

	Consentimiento Informado
	Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

	Universidad Abierta Interamericana
---	---

¡Hola! Soy estudiante de la Universidad Abierta Interamericana de la Facultad de Psicología y Relaciones Humanas y quisiera invitarte a colaborar con una investigación, cuyo objetivo es analizar la relación que existe entre Resiliencia,

	Cuestionario Sociodemográfico
	Facultad de Psicología y Relaciones Humanas
	Universidad Abierta Interamericana

Regulación Emocional y Duelo Perinatal.

REQUISITO: Ser mujer entre 20 y 45 años de edad y haber atravesado la pérdida de un hijo/a desde el comienzo de la gestación hasta el año de vida.

Los cuestionarios en total le llevarán aproximadamente entre 45 minutos.

Puede realizarse desde una Tablet, PC o celular.

Es importante destacar que toda información proporcionada permanecerá totalmente confidencial y anónima según lo dicta la Ley N°25.326, y serán utilizados solo por el/la investigador/a en el contexto de este estudio.

Desde ya, agradezco profundamente su participación.

Acepto participar *

Por cualquier duda puedes enviar un mail a la siguiente casilla de correo electrónico:
anto.rc@live.com

Edad.

Estado Civil.

- Soltera
- En pareja
- Casada
- Separada / Divorciada
- Viuda

Máximo Nivel educativo alcanzado.

- Primario Incompleto
- Primario Completo
- Secundario Incompleto
- Secundario Completo
- Terciario Incompleto
- Terciario Completo
- Universitario Incompleto
- Universitario Completo

Lugar de Residencia.

Ocupación.

- Desocupada
- Empleada
- Autónoma / Independiente
- Jubilada / Pensionada

Hobby o Actividad de esparcimiento.

Tiempo transcurrido desde la pérdida de su bebé.

- Entre 0 – 6 meses
- Entre 6 – 12 meses
- Entre 1 y 2 años
- Entre 3 y 4 años
- 5 años o más

¿Tuvo alguna otra pérdida? Si - No

Si respondió que sí a la pregunta anterior indique cuantas.

¿Tiene otros Hijos? Si – No

Si respondió que sí a la pregunta anterior indique cuantos.

	Escala de Duelo Perinatal (PGS)
	Facultad de Psicología y Relaciones Humanas
	Universidad Abierta Interamericana

Instrucciones

A continuación, vas a encontrar una serie de afirmaciones acerca de las cuales deberías mostrar tu acuerdo en una escala de cuatro números de forma que el 1 indicará total acuerdo y el 4 total desacuerdo, seleccionando con una X la opción que consideres te representa mejor. Recuerda que no existen respuestas correctas e incorrectas por lo cual puedes ser sincera.

		Definitivam ente Si	Probableme	Probableme	Definitivam
1	Me siento deprimida				
2	Me siento vacía				
3	Me siento culpable cuando pienso en mi bebé				
4	Siento la necesidad de hablar de mi bebé				
5	Me siento enferma cuando pienso en mi bebé				
6	Me lamento por la pérdida de mi bebé				
7	Intento reír pero ya nada me parece gracioso				
8	Me siento desprotegida en un mundo peligroso desde que perdí a mi bebé				
9	Estoy asustada				
10	Siento que decepcione a la gente por la pérdida de mi bebé				
11	Extraño mucho a mi bebé				
12	Necesito justificarme ante algunas personas por la pérdida de mi bebé				

13	La mejor parte de mí se perdió con mi bebé				
14	Siento que necesito ayuda profesional para que mi vida funcione otra vez				
15	Siento que estoy retomando de nuevo mi vida				
16	Me siento culpable por la pérdida de mi bebé				
17	Me enojo cuando pienso en mi bebé				
18	Me siento como muerta en vida				
19	Siento que no valgo nada desde que perdí a mi bebé				
20	Lloro cuando pienso en mi bebé				
21	Me siento apartada y sola aunque este con amigos				
23	El tiempo pasa muy lentamente desde que perdí a mi bebé				
23	Desde que perdí a mi bebé se me hace difícil tomar decisiones				
24	El futuro me preocupa				
25	Me siento muy sola desde que perdí a mi bebé				
26	Siento que me estoy adaptando bien a la pérdida de mi bebé				
27	Estoy aceptando la pérdida de mi bebé				

	Escala de Regulación Emocional (CERQ)
	Facultad de Psicología y Relaciones Humanas
	Universidad Abierta Interamericana

Generalmente todos hemos tenido que afrontar, ahora o en el pasado, sucesos negativos o displacenteros. Cada persona responde de una forma característica y propia ante estas situaciones. Por medio de las siguientes preguntas tratamos de conocer en qué piensas cuando experimentas sucesos negativos o desagradables.

Regulación Emocional Cognitiva	1	2	3	4	5
	Casi Nunca	Un poco	Medianamente	Bastante	Casi Siempre
1.- Siento que yo soy el culpable de lo que pasó					
2.- Pienso que tengo que aceptar lo que pasó					
3.- Normalmente pienso en cómo me siento acerca de lo que he sentido					
4.- Pienso en cosas más agradables que lo que me ha pasado					
5.- Pienso qué cosas podría haber hecho mejor					
6.- Pienso que puedo aprender algo de la situación					
7.- Pienso que podría haber sido mucho peor					
8.- Pienso en que lo que me ha pasado es mucho peor que lo que le pasa a otros					
9.- Pienso que otros son culpables de lo que me pasó					
10.- Sigo pensando en lo terrible que es lo que me ha pasado					
11.- Pienso que otras personas pasan por experiencias mucho peores					
12.- Pienso que puedo convertirme en una persona más fuerte					
13.- Pienso cómo puedo afrontar mejor la situación					
14.- Pienso en cosas positivas que no tienen nada que ver con lo que he vivido					

15.- Estoy preocupado por lo que siento y pienso acerca de lo que me ha pasado					
16.- Pienso que tengo que aceptar la situación					
17.- Siento que soy el responsable de lo que ha pasado					
18.- Quiero entender por qué me siento de esa manera					
19.- Pienso en cómo cambiar la situación					
20.- Pienso que no ha sido tan malo comparado con otras cosas					
21.- Pienso en los fallos que otros han cometido en esa situación					
22.- Normalmente pienso que lo que me ha pasado a mí es lo peor que le puede pasar a alguien					
23.- Pienso que esa situación tiene también partes positivas					
24.- Pienso en algo agradable en lugar de lo que ha ocurrido					
25.- Pienso que no puedo cambiar nada al respecto					
26.- Pienso en los errores que he cometido					
27.- Me sumerjo en los sentimientos que la situación me ha generado					
28.- Pienso en experiencias agradables					
29.- Pienso que otros son responsables de lo que ha ocurrido					
30.- Pienso un plan para que en un futuro me vaya mejor					
31.- Miro las partes positivas del problema					
32.- Pienso que tengo que aprender a vivir con ello					
33.- Pienso que fundamentalmente la causa recae en mí mismo					
34.- Me digo a mí mismo que hay cosas peores en la vida					
35.- Continuamente pienso en lo horrible que ha sido la situación					
36.- Pienso que fundamentalmente la causa recae en otros					

	Escala de Resiliencia
	Facultad de Psicología y Relaciones Humanas
	Universidad Abierta Interamericana

Evalúe el grado en que estas afirmaciones la describen. Marque con una “X” su respuesta. Conteste todas las afirmaciones. No hay respuestas buenas ni malas.

		Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo Ni en desacuerdo	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo
	YO SOY - YO ESTOY					
1	Una persona con esperanza					
2	Una persona con buena autoestima					
3	Optimista respecto al futuro					
4	Seguro de mis creencias o principios					
5	Creciendo como persona					
6	Rodeado de personas que en general me ayudan en situaciones difíciles					
7	En contacto con personas que me aprecian					
8	Seguro de mí mismo					
9	Seguro de mis proyectos y metas					
10	Seguro en el ambiente que vivo					
11	Una persona que ha aprendido a salir adelante en la vida					
12	Un modelo positivo para otras personas					
13	Bien integrado en mi lugar de trabajo o estudio					
14	Satisfecho con mis relaciones de amistad					
15	Satisfecho con mis relaciones afectivas					
16	Una persona practica					
17	Una persona con metas en la vida					
18	Activo frente a mis problemas					
19	Revisando constantemente el sentido de mi vida					
20	Generando soluciones a mis problemas					

	YO TENGO	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo Ni en desacuerdo	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo
21	Relaciones personales confiables					
22	Una familia bien estructurada					
23	Relaciones afectivas solidas					
24	Fortaleza interior					
25	Una vida con sentido					
26	Acceso a servicios sociales - públicos					
27	Personas que me apoyan					
28	A quien recurrir en caso de problemas					
29	Personas que estimulan mi autonomía e iniciativa					
30	Satisfacción con lo que he logrado en la vida					
31	Personas que me han orientado y aconsejado					
32	Personas que me ayudan a evitar peligros y problemas					
33	Personas en las cuales puedo confiar					
34	Personas que han confiado sus problemas en mi					
35	Personas que me han acompañado cuando he tenido problemas					
36	Metas a corto plazo					
37	Mis objetivos claros					
38	Personas con quien enfrentar los problemas					
39	Proyectos a futuro					
40	Problemas que puedo solucionar					
	YO PUEDO	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo Ni en desacuerdo	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo
41	Hablar de mis emociones					
42	Expresar afecto					
43	Confiar en las personas					
44	Superar las dificultades que se me presentan en la vida					
45	Desarrollar vínculos afectivos					
46	Resolver problemas de manera efectiva					
47	Dar mi opinión					

48	Buscar ayuda cuando la necesito					
49	Apoyar a otros que tienen dificultades					
50	Responsabilizarme por lo que hago					
51	Ser creativo					
52	Comunicarme adecuadamente					
53	Aprender de mis aciertos y errores					
54	Colaborar con otros para mejorar la vida en comunidad					
55	Tomar decisiones					
56	Generar estrategias para solucionar mis problemas					
57	Fijarme metas realistas					
58	Esforzarme por lograr mis objetivos					
59	Asumir riesgos					
60	Proyectarme al futuro					

