



Universidad de Oviedo

Universidad de Oviedo

Trabajo Fin de Grado

Grado de Enfermería

**“Eficacia del protocolo de atención al duelo gestacional y perinatal
en el área sanitaria IV del Principado de Asturias”**

**Coral García Villamil
Junio 2023**

Trabajo Fin de Grado



Universidad de Oviedo

Universidad de Oviedo

Trabajo Fin de Grado

Grado de Enfermería

**“Eficacia del protocolo de atención al duelo gestacional y perinatal
en el área sanitaria IV del Principado de Asturias”**

Autora

Coral García Villamil

Tutora

Marta Sánchez Zaballos



RESUMEN

Introducción: la mortalidad perinatal es aquella que ocurre entre la semana 22 de gestación y los 7 primeros días desde el nacimiento del bebé. En España, la tasa de mortalidad perinatal se ha reducido en las últimas décadas, sin embargo, en el Principado de Asturias, dicha tasa se mantiene más estable a lo largo de los años. El duelo resultante tras vivir este tipo de pérdidas presenta unas características específicas diferentes a otros procesos de duelos. Debido a su importancia, la Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria de Asturias creó en el 2022 una guía de atención al duelo gestacional y perinatal con el fin de unificar la actuación en todos los centros sanitarios del territorio asturiano, de esa manera mejoraría y reforzaría la actuación en este tipo de procesos.

Objetivo: determinar la eficacia del protocolo de atención al duelo gestacional y perinatal del área IV del sistema sanitario asturiano.

Metodología: se llevará a cabo un estudio descriptivo transversal en el que participarán madres y padres que hayan sufrido una muerte gestacional o perinatal en uno de los centros del área IV del sistema sanitario del Principado de Asturias, entre septiembre de 2023 y septiembre de 2024. Los instrumentos utilizados serán: una hoja de recogida de datos de carácter individual que incluye variables sociodemográficas; una entrevista semiestructurada con un profesional de la salud mental; la escala de ansiedad de Hamilton; el inventario de depresión de Beck; la escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático y la escala de duelo perinatal. Se realizará un análisis de los datos, así como la interpretación de la puntuación de las escalas administradas.

Palabras claves: muerte perinatal, muerte gestacional, duelo, protocolo, enfermería



ÍNDICE

1.	Introducción	1
2.	Justificación	7
3.	Pregunta de investigación	8
4.	Objetivos	8
5.	Metodología	8
5.1.	Tipo de estudio	8
5.2.	Población	8
5.3.	Variables	9
5.4.	Instrumentos	12
5.5.	Procedimiento	15
5.6.	Análisis de datos	16
5.7.	Consideraciones éticas	16
5.8.	Limitaciones	17
6.	Plan de trabajo	18
7.	Presupuesto y recursos necesarios	19
8.	Referencias	20
9.	Anexos	23



1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la mortalidad perinatal como aquella que ocurre entre la semana 22 de gestación y los 7 primeros días desde el nacimiento del bebé¹. Siguiendo esta definición, la tasa de mortalidad perinatal se designaría como el número de muertes que se producen dentro del rango descrito por cada 1000 nacimientos. Establecer este rango puede generar controversia, dado que diferentes autores abogan por una definición más amplia, en la que se entiende la muerte perinatal desde la concepción hasta el primer año de vida. Por lo tanto, consideran muerte perinatal al embarazo ectópico y al aborto espontáneo o inducido².

El 75% de las muertes neonatales ocurren durante la primera semana de vida y aproximadamente un millón de recién nacidos fallecen en las primeras 24 horas tras el nacimiento¹. Las principales causas de la mayoría de las muertes neonatales hacen referencia a los partos prematuros y a las complicaciones durante el mismo, como la asfixia perinatal o las infecciones¹.

En España, la tasa de mortalidad perinatal se ha reducido en las últimas décadas pasando de 4,54 por mil nacimientos en el año 2011 a 4,03 en el año 2021. Respecto al Principado de Asturias, la mortalidad perinatal se sitúa en un 6,85 por mil nacimientos en el año 2021, manteniéndose más estable a lo largo de los años³. A nivel mundial, la zona africana subsahariana presenta la tasa de mortalidad neonatal más alta con 27 muertes cada mil bebés nacidos, seguida de Asia central con 24 muertes. Por lo tanto, se podría decir que un niño o niña que nace en alguno de estos territorios, tiene 10 veces más probabilidad de fallecer en su primer mes de vida, que un niño que nace en otra parte del mundo. En estos casos la malnutrición es el factor principal que agudiza la vulnerabilidad de los niños⁴.

Desde la OMS se presentan una serie de recomendaciones o medidas para mejorar la supervivencia de los recién nacidos⁴:



Universidad de Oviedo

- Protección térmica, mediante la técnica piel con piel de forma inmediata con la madre.
- Higiene del cordón umbilical.
- Lactancia materna temprana y exclusiva.
- Evaluación de signos y síntomas de problemas graves de salud o atención personalizada, como podría ser el caso de los recién nacidos de madre infectadas por el VIH u otras patologías.
- Tratamiento de prevención, como sería la administración de la vitamina K y la profilaxis ocular.

Respecto a las familias recomienda⁴:

- La asistencia médica inmediata si detectan signos de problemas potenciales de salud.
- El registro del nacimiento.
- La vacunación del recién nacido siguiendo los calendarios vacunales de cada país.

La OMS, en colaboración con los ministerios de salud de los diferentes países, trabaja para fortalecer la atención asistencial durante el parto y la primera semana de vida, mejorar la calidad de la atención materna y neonatal, fortalecer los servicios de enfermería para recién nacidos, reducir las inequidades de acuerdo con los principios de la cobertura sanitaria universal, promover programas para un seguimiento neonatal de calidad, etc⁴.

El **duelo** se podría definir como un proceso psicológico que tiene lugar cuando se produce la pérdida de una persona querida. Dicho proceso es una experiencia emocional, universal, única y dolorosa, que puede delimitarse en el tiempo y requiere la necesidad de adaptarse a una nueva situación⁵.



Poniendo énfasis en el **duelo perinatal**, éste presenta unas características específicas diferentes a otros procesos de duelos. La principal de ellas refiere a la proximidad temporal entre el nacimiento y el fallecimiento⁶. Algunos autores señalan que el personal de enfermería debe prepararse para apoyar a las personas que viven la pérdida de un hijo, utilizando conocimientos científicos y éticos. Para ello, se recomienda una formación básica en duelo perinatal, habilidades de comunicación y técnicas de gestión de situaciones similares⁷. Respecto a esto, Kelley y Trinidad en el año 2012 realizaron un estudio en el cual compararon los sentimientos entre profesionales y padres en los diferentes momentos del proceso⁸. En el momento del parto los padres señalaron que los paritorios no eran espacios adaptados para sucesos como los que ellos vivieron, en muchas ocasiones se alteraba la privacidad. También señalaron que los médicos deberían estar más capacitados para apoyar a las pacientes. En el momento de dar la noticia, los padres confirmaron que recibieron la noticia y la información respecto al suceso de manera desorganizada y confusa. En este aspecto, los profesionales reconocen su falta de formación para poder hacer frente a esas situaciones. En el momento tras el fallecimiento, los padres señalaron que para ellos era muy importante que los sanitarios respetaran sus creencias frente a la muerte y aconsejarles en algunos aspectos, como si es más adecuado para el proceso de duelo coger en brazos al bebé fallecido o no. En el momento de la vuelta al domicilio tras el alta, los padres indicaron la necesidad de información sobre los recursos disponibles y un seguimiento más estrecho parte del sistema sanitario⁸.

En el territorio español algunos centros sanitarios han ido elaborando protocolos para la atención al duelo perinatal, compartiendo la mayoría de ellos indicaciones comunes. En el hospital de Elche, un grupo de profesionales (matronas, obstetras y ginecólogas) se reunieron para crear dicho protocolo con el objetivo unificar la atención al duelo, facilitar a los profesionales la atención sanitaria a los padres y madres, sensibilizar sobre la trascendencia de la muerte gestacional y



neonatal, proporcionar recursos, favorecer el duelo normal a los padres y a su entorno y reducir la prevalencia de trastornos derivados de duelos crónicos y patológicos⁹. Dicho protocolo pone énfasis en la forma de comunicar la mala noticia a la familiar y en el lenguaje verbal y no verbal utilizado. Algunas de las medidas propuestas son: crear un acercamiento físico, mantener el contacto visual, sentarse al mismo nivel que los miembros de la familia, cuidar la postura corporal, utilizar un lenguaje sencillo y claro, explicar las distintas opciones de procedimiento a seguir y apoyar sus decisiones. También se recomienda evitar la utilización de palabras como feto o embrión y utilizar siempre bebé o el nombre si tuviera. En la medida de lo posible se debe transmitir una sensación de calma y respeto, mostrando cercanía y disponibilidad. Por otro lado, se recomienda que sea el mismo facultativo que ha realizado la comunicación del fallecimiento, quien explique los procesos a seguir en las intervenciones si son necesarias para la extracción del bebé. En este hospital se ha establecido que una profesional sea la matrona de referencia para llevar estos casos, que se encarga del seguimiento con la finalidad de acortar los tiempos de espera y prestar una atención más personal a la mujer. Cuando las pacientes ingresan en el hospital se identifica su habitación con una mariposa azul, este símbolo sirve para que todos los profesionales asistenciales conozcan la situación y tomen las medidas necesarias. Una vez finalizado el proceso de parto, si es el caso, se pasará a la etapa de despedida del bebé. Se pueden dar diversas situaciones; aquellos padres que desean ver y despedirse del bebé, los que dudan de verlo y los que no desean realizar despedida. En el caso de las personas que dudan se puede recomendar e informar de lo beneficioso para el duelo despedirse del bebé. Se ha demostrado que verlo favorece el desarrollo de un duelo fisiológico y no patológico. Otras medidas que se llevan a cabo son la creación de recuerdos, como sería la impresión de las huellas, las pulseras identificativas y la tarjeta con los datos del bebé. En algunos casos, los padres realizan fotografías. Tras finalizar el proceso, en ocasiones, se deriva a las madres al sistema de salud mental⁹.



A nivel autonómico, la Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria del Principado de Asturias creó en el 2022 una guía de atención al duelo gestacional y perinatal con el fin de unificar la actuación en todos los centros sanitarios del territorio asturiano. A continuación, se expondrán algunos de los aspectos más relevante del documento¹⁰:

- Respecto a la comunicación, está ampliamente demostrado que la forma en que los profesionales se comunican con las víctimas cambia notoriamente la forma en la que los padres van a afrontar su pérdida gestacional o neonatal, y su posterior duelo. Es imprescindible que todo el personal del centro, en contacto con los padres, sea conocedores de la situación. Por lo tanto, hay que cuidar el lenguaje corporal, actitud, tono de voz, expresión facial y postural para comunicar la noticia.
- En muchas ocasiones, el primer contacto que tiene la mujer cuando surgen imprevistos en el proceso de gestación es el servicio de urgencias. Por esto, en este servicio es necesario establecer una serie de medidas. La primera acción llevada a cabo es una ecografía para comprobar la viabilidad de la continuidad del embarazo. En todo momento se debe permitir un espacio tranquilo donde la madre y su acompañante puedan expresar sus emociones y reflexionar sobre las opciones disponibles. Se recomienda habilitar una salita, para que estas pacientes no estén en la sala de espera de urgencias. Se recomienda en todo momento referirse al bebé siempre por el nombre propio y si no lo tiene, utilizar “vuestro bebé” o “vuestro hijo o hija”. Si el proceso deriva en el ingreso de la paciente, se debe elegir una habitación alejada de aquellas con recién nacidos. Si la madre lo permite, es recomendable identificar la habitación con un símbolo que permita que todos los profesionales sean conocedores de la situación.

- Respecto al momento de la inducción o del parto, en el caso de las gestaciones de primer y segundo trimestre se puede iniciar el proceso en la habitación. Una vez el proceso comience, se le ofrece anestesia y pasar a la unidad de partos, si lo desea. Se recomienda que durante el proceso de dilatación la paciente sea atendida por la misma matrona y auxiliar. Si la situación de la madre lo permite, se le explica los beneficios de ver al bebé y realizar piel con piel para el desarrollo adecuado del proceso de duelo.
- Tras el parto, si la madre no desea realizar piel con piel se acomoda al bebé en una cuna refrigerada y se le coloca un gorro. En todo momento se debe respetar la decisión de verlo o no verlo. Se realiza los cuidados postpartos habituales, se le ofrece asistencia religiosa y la posibilidad de realizar autopsia al bebé. Profesionales de la salud mental comenzaran el seguimiento de la paciente.
- Otro aspecto importante del proceso de duelo gestacional, perinatal o neonatal es la creación de una caja de recuerdos. Con esta herramienta se le ofrece a la madre una serie de objetos que hayan estado en contacto con el bebé o que estén relacionados con él. Se incluye un documento que recoja los datos relacionados con el nacimiento, la pulsera identificativa, la pinza del cordón umbilical, un mechón de pelo, objetos (como gorro, chupete, manta), la tarjeta de la cuna, etc. También se posibilita la realización de fotografías y la estampación de las huellas. Para la toma de fotografías se recomienda realizarlas fuera de la incubadora y tras retirar dispositivos. Si las fotografías son tomadas con cámaras de la familia será solo necesario una autorización verbal, pero si se utilizan dispositivos del hospital o se van a custodiar las fotografías, es preciso una autorización por escrito.



2. Justificación

La muerte perinatal ocurre entre la semana 22 de gestación y los 7 días después del nacimiento. Es una de las experiencias más dolorosas para los padres, quienes tienen que pasar por procesos de afrontamiento que incluyen aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. El duelo después de esta pérdida es un proceso normal e individual con múltiples repercusiones biopsicosociales. Los síntomas de este duelo incluyen: disminución del apetito, pérdida de peso, insomnio, aumento de enfermedades crónicas y disminución de la calidad de vida. A nivel psicológico, los padres que sufren dicha pérdida tienen una mayor predisposición a sufrir ansiedad, depresión, síndrome de estrés postraumático, e incluso un mayor riesgo de suicidio. En el ámbito familiar, la muerte de un bebé modifica las relaciones y el comportamiento de todos sus miembros. La vida de la pareja también se ve afectada, ya que pueden distanciarse y aumentar la frecuencia de los conflictos¹¹.

Se estima que cada año ocurren 23 millones de abortos espontáneos en todo el mundo, lo que se traduce en 44 pérdidas de embarazos por minuto. El riesgo combinado de aborto espontáneo es del 15,3% de todos los embarazos reconocidos. La prevalencia poblacional de mujeres que han tenido un aborto espontáneo es 10,8%, dos abortos espontáneos es 1,9% y tres o más abortos espontáneos es 0,7%¹².

La pérdida de un hijo, ya sea esperada o no, produce un impacto emocional en la familia y también en el personal sanitario que les atiende, y el duelo es la respuesta que de forma natural se pondrá en marcha para gestionar este impacto. Por lo tanto, es fundamental atender y acompañar a las madres y a las familias en todo el proceso¹³.



3. Pregunta de investigación

¿Es eficaz el protocolo de atención al duelo gestacional y perinatal del área IV del sistema sanitario del principado de Asturias?

4. Objetivos

General

- Determinar la eficacia del protocolo de atención al duelo gestacional y perinatal del área IV del sistema sanitario asturiano.

Específicos

- Evaluar el grado de depresión de las madres y los padres que sufren una pérdida gestacional o perinatal.
- Evaluar el grado de estrés postraumático que las madres y padres sufren tras vivir el fallecimiento de un hijo o hija.
- Evaluar el duelo perinatal de las madres y los padres.

5. Metodología

5.1. Tipo de estudio

Proyecto de investigación basado en un estudio descriptivo transversal.

5.2. Población

Para seleccionar a los participantes se utilizarán una serie de criterios de inclusión, serán los siguientes:

- Ser mujeres y hombres mayores de edad.
- Haber sufrido una muerte perinatal o gestacional en el periodo comprendido entre el mes de septiembre del año 2023 y el mes de septiembre del año 2024.

- Haber sido atendidos durante el proceso de fallecimiento en algún centro del área sanitaria IV del SESPA. El proceso de gestación puede ser seguido en otra área sanitaria dentro del territorio asturiano.
- Aceptar participar de manera voluntaria y explícita, sin obligatoriedad ni presión al respecto.
- Completar el consentimiento informado de forma presencial.

Por otro lado, se establecieron los siguientes criterios de exclusión de participantes en el estudio:

- No tener capacidad de expresión ni comprensión el idioma español.
- Padeecer algún tipo de discapacidad intelectual que impida asegurar la comprensión de las preguntas realizadas.
- No cumplir los criterios de inclusión.

5.3. Variables

En el presente estudio se recogerán las siguientes **variables sociodemográfica y psicológicas**:

Tabla 1: Variables del estudio

VARIABLE	TIPO, ESCALA DE MEDIDA Y CATEGORIZACIÓN	DEFINICIÓN
Edad	Cuantitativa. Nivel de razón. Continua.	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento
Nacionalidad	Cualitativa. Nivel nominal.	Vínculo jurídico que une a la persona con el estado y tiene la doble vertiente de ser un derecho fundamental y constituir el estatuto jurídico personal
Estado Civil	Cualitativa. Nivel nominal. Soltero, Casado/en pareja, Divorciado, Viudo	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación con otra

Situación laboral	Cualitativa. Nivel nominal. Activo, Desempleado, Empleado por cuenta propia, Empleado por cuenta ajena.	Posición de una persona dentro del mercado laboral.
Tiempo de gestación o edad del bebé	Cuantitativa. Nivel de razón. Continua	Período que transcurre entre la concepción y el parto. Este tiempo se empieza a contabilizar desde el primer día de la última regla. En el caso de que se producto el nacimiento se medirá la edad del bebé.
Fecha del fallecimiento	Cuantitativa. Nivel de razón. Continua.	Día y mes del momento del fallecimiento, confirmado por ecografía.
Hijos nacidos o hijos vivos	Cuantitativa. Discreta.	Número de hijos que haya tenido la mujer y que estén vivos. También cabe registrar aquí los hijos adoptivos.
Abortos previos	Cuantitativa. Discreta	Número de abortos a los que se ha sometido la mujer.
Reproducción asistida	Cualitativa. Nivel nominal. Dicotómica. Si o No	Procedimiento de reproducción para trata problemas de infertilidad. Incluye tratamientos de fertilidad y fecundación.
Centro de intervención	Cualitativa. Nivel nominal. HUCA, Centro de Salud u otro centro.	Centro en el cual tiene lugar el procedimiento proceso de fallecimiento
Ansiedad	Cuantitativa. Discreta Valor de 0 a 15 o más puntos.	Trastorno psicológico caracterizado por sentimientos de miedo, temor e inquietud. Puntuación arrojada por la escala de Ansiedad de Hamilton.
Depresión	Cuantitativa. Discreta Valor de 0 a 30 puntos.	Trastorno psicológico que causa un sentimiento de tristeza constante y una pérdida de interés en realizar diferentes actividades. Puntuación arrojada por el Inventario de Depresión de Beck.



Universidad de Oviedo

Estrés postraumático	Cuantitativa. Discreta Valor de 0 a 63 puntos.	Trastorno psicológico desencadenado por una situación traumática, ya haya sido experimentado o presenciado. Puntuación arrojada por la escala de gravedad de síntomas del trastorno de Estrés Postraumático.
Duelo perinatal	Cuantitativa. Discreta Valor de 33 a 165 puntos.	Proceso de duelo que tiene lugar tras el fallecimiento de un hijo durante el embarazo o en los primeros días de vida. Puntuación arrojada por la escala de Duelo Perinatal.
Eficacia	Cualitativa. Nivel nominal. Dicotómica. Si o No	<p>Protocolo eficaz = “si” para “ansiedad” si puntuación en la escala de Ansiedad de Hamilton es de ≤ 5 puntos.</p> <p>Protocolo eficaz = “si” para “depresión” si puntuación en el Inventario de Beck es de ≤ 9 puntos.</p> <p>Protocolo eficaz = “si” para “estrés postraumático” si puntuación en la escala de la gravedad de síntomas del trastorno de Estrés Postraumático es ≤ 20 puntos.</p> <p>Protocolo eficaz = “si” para “duelo perinatal” su puntuación en las subescalas de duelo activo su puntuación es ≤ 34 puntos, para la de Dificultades de Afrontamiento es ≤ 30 puntos y para la de Desesperanza es ≤ 27 puntos.</p>

5.4. Instrumentos

Los instrumentos utilizados en el estudio son los que a continuación se describen:

- Hoja individual heteroadministrada para la recogida de datos de cada participante, incluyendo el registro de todas las variables sociodemográficas (*véase Anexo1*).
- Entrevista semiestructurada directa (*véase Anexo 2*). Una entrevista semiestructurada permite establecer una cierta estructura en la manera de recoger la información, pero también, permite flexibilidad en el modo de hacerlo. Como base para dicha entrevista se utilizará la entrevista general de duelo creada por las autoras Barreto y de la Torre¹⁴. Se adaptará para el duelo perinatal, eliminando preguntas que no aportan información relevante para este estudio. La entrevista constituye una de las herramientas más utilizadas en el estudio del proceso de duelo. Por medio de las preguntas, el profesional puede identificar una serie de fortalezas o vulnerabilidades de la participante entrevistada, tales como el apoyo familiar o social y los recursos personales¹⁴.
- Escala de ansiedad de Hamilton (*véase Anexo 3*) compuesta de 14 ítems y con una puntuación en escala Likert. Se trata de una escala heteroadministrada por un profesional. La persona encargada de la administración de la escala puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem. Con este instrumento se puede valorar la ansiedad psíquica y la ansiedad somática. Respecto a la interpretación de ésta, una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad^{15,16}. Esta escala permite categorizar el nivel de ansiedad de los participantes dependiendo de la puntuación obtenida; si se obtiene entre 0 y 5 puntos no se presenta ansiedad, si la puntuación está entre 6 y 14 puntos se diagnóstica una ansiedad menor y, por último, si la puntuación obtenida es de 15 o más punto se presenta una ansiedad mayor¹⁶.

- Inventario de depresión de Beck (*véase Anexo 4*), que consta de 21 ítems con 4 opciones cada uno. La persona encuestada debe contestar a las preguntas indicando como se ha sentido en las últimas dos semanas. Su interpretación es igual que en el caso anterior, a más puntuación más sintomatología depresiva^{17,18}. Esta escala permite determinar el nivel de trastorno de depresión según la puntuación obtenida; si considera que los participantes no presentan este trastorno si obtienen una puntuación entre 0 y 9 puntos, depresión leve si la puntuación esta entre 10 y 18 puntos, depresión moderada si la puntuación esta entre 19 y 29 puntos y depresión grave si se obtiene 30 puntos o más¹⁸.
- Escala de gravedad de síntomas revisada (EGS-R) del trastorno de estrés postraumático (*véase Anexo 5*), se trata de una entrevista estructurada que consta de 21 ítems, basada en los criterios diagnósticos del DsM-5, y sirve para evaluar la gravedad e intensidad de los síntomas de este cuadro clínico. Mide los síntomas de reexperimentación, de evitación conductual y cognitiva, alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo y síntomas de aumento de activación y reactividad psicofisiológica. Se trata de una escala heteroaplicada con un formato tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia de los síntomas. Para su interpretación, se considera presencia de un síntoma si la puntuación en el ítem es de al menos dos puntos. De manera general la escala oscila entre 0 y 63 puntos. El punto de corte establecido para diagnosticar un trastorno de estrés postraumático es de 20 puntos, con una eficacia diagnóstica del 82,48%¹⁹.
- Escala de duelo perinatal (Perinatal Grief Scale-PGS) (*véase Anexo 6*). Dicho instrumento tiene como objetivo evaluar la duración del duelo perinatal y la asociación entre la intensidad del duelo y la edad gestacional. La escala consta de 33 ítems, con cinco

opciones de respuesta y se distribuyen en tres subescalas: la del duelo activo que refleja las reacciones de duelo ante una pérdida e incluye ítems relativos a sentimientos de tristeza, echar de menos al bebé y llanto; la subescala de dificultades para afrontar la pérdida que describe el estado de salud mental de la madre incluye ítems como la falta de apoyo social, la presencia de problemas en la relación de pareja y las dificultades en reprimir las actividades cotidianas; y por último, la subescala de desesperanza que señala los síntomas que perduran en el tiempo, y, que dependen de los recursos de afrontamiento de las mujeres que experimentan el duelo. Para su corrección, la escala tiene un formato de respuesta tipo Likert y para extraer su puntuación final se contabiliza las casillas marcadas en cada columna, excepto la de los ítems 11 y 33 que son ítems invertidos. Tras la contabilización de los ítems se tiene que multiplicar por cinco los ítems de la columna “totalmente de acuerdo”, por cuatro los de la columna “de acuerdo”, por tres los de la columna “ni de acuerdo ni en desacuerdo”, por dos los de la columna “en desacuerdo” y por uno los de la columna “totalmente en desacuerdo”. Una puntuación final se obtiene con la sumatoria de las tres subescalas y si esta es igual o mayor que 90 indica una morbilidad ^{10,20}. En el caso de la escala de duelo perinatal, se obtiene la puntuación total y la puntuación de cada una de las subescalas. Cada una de las subescalas tiene una puntuación mínima de 11 puntos y una máxima de 55, oscilando la suma de las tres entre 33 y 165 puntos. Para la escala total, una puntuación igual o mayor a 91 indicaría un mayor duelo. En relación con las subescalas; los puntos de corte son los siguientes: para la de duelo activo 34 puntos, para la de dificultades de afrontamiento 30 puntos y para la de desesperanza 27 puntos. Las puntuaciones en las subescalas de dificultades de afrontamiento y la de desesperanza son las mejores predictoras del duelo a largo plazo.



5.5. Procedimiento

En primer lugar, se solicitará la aprobación del Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias y de la Gerencia del área sanitaria IV del SESPA. A continuación, se realizará el proceso de selección de los participantes siguiendo los criterios de inclusión, explicados anteriormente. Paralelamente a cabo el reclutamiento se solicitará la colaboración al servicio de ginecología y obstetricia del HUCA o de otros centros en los que se atiendan este tipo de procesos, para que aporte información de los nuevos casos de mujeres gestantes que sufran la muerte perinatal en su centro sanitario. Para incluir a los demás participantes, dentro del rango temporal establecido, se solicitará a la gerencia del área sanitaria IV la relación de casos ocurridos en dicha área. Tanto el proceso de reclutamiento como el de recogida de datos será realizado por una única investigadora, graduada en Psicología y en Enfermería. Se contactará con las madres y padres mediante comunicación telefónica. De esta manera se concretará una cita presencial en el centro de referencia para llevar a cabo el resto del procedimiento. Al inicio de la cita, se solicitará a los participantes que cumplimenten el consentimiento informado (*véase Anexo 7*). A continuación, se llevará a cabo la recogida de los datos sociodemográficos mediante ficha individual (*véase Anexo 1*). Posteriormente, se pasará a realizar una entrevista semiestructurada (*véase Anexo 2*) y directa con las madres y padres. Dicha entrevista será individual para cada persona y estará dividida en distintas áreas de interés. Al tratarse de una entrevista semiestructurada, el profesional tiene cierta flexibilidad para decidir en qué momento y de qué manera realizar la recogida de datos. Durante este encuentro también se aplicarán las escalas planteadas anteriormente. En el caso de que surja algún imprevisto, se citaría a la madre o al padre en otro momento para finalizar la sesión. Dichas citas tendrían lugar en una consulta en el centro de salud correspondiente, o en una sala acondicionada en el hospital.



5.6. Análisis de datos

Los datos recogidos se volcarán en una hoja Excel, que será la base de datos final del estudio. Para el procesamiento estadístico se utilizará el software R en su versión 3.6.3 para Windows. Para el análisis descriptivo de la muestra se utilizarán como medidas de tendencia central la mediana y la media aritmética para variables cuantitativas y como medida de dispersión la desviación típica. Para las variables cualitativas se utilizarán las frecuencias absolutas y porcentajes.

5.7. Consideraciones éticas

El presente proyecto de investigación solicitará la aprobación del Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias y de la Gerencia del área sanitaria IV del SESPA. Por otro lado, se llevará a cabo el cumplimiento de los principios bioéticos: beneficencia, se obrará en función del mayor beneficio posible para la paciente y autonomía, se respetarán los valores y opciones personales individuales de cada una de ellas.

Para proceder en la ejecución de dicho estudio se solicitará previamente autorización escrita, mediante la firma individual de un consentimiento informado (*véase Anexo 7*), junto a él se adjuntará un formulario de contacto para que todas las posibles participantes cuenten con toda la información necesaria para ponerse en contacto con los investigadores y resolver las dudas que puedan surgir. Se tendrá en cuenta en todo momento el cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales²¹. Por lo otro lado, dicho estudio cumplirá con la Declaración de Helsinki, propuesta por la asociación médica mundial para establecer principios éticos en la investigación médica del material humano y de la información²². Los datos solo serán utilizados para fines de investigación, se almacenarán en un lugar seguro con acceso humano restringido. En todo momento, se promoverá un entorno en el que se respetarán los derechos, valores, costumbres y creencias espirituales de la participante.



Por último, cabe mencionar que no existe ningún conflicto de intereses entre los autores del estudio.

5.8. Limitaciones

Una vez planteado este proyecto, se han presentado las siguientes limitaciones:

- Limitaciones en relación con los participantes: la participación en el estudio es totalmente voluntaria, aun así, puede darse el caso que haya personas que sientan presión para participar. Al tratarse de un tema muy delicado, tanto a nivel psicológico como emocional, la participación en el estudio podría verse perjudicada. Debido a la voluntariedad, existe la posibilidad de perder casos de participantes que no quieran formar parte del estudio.
- Limitaciones relacionadas con el proceso de recogida: al tratarse de una recogida de datos mediante una entrevista individual de los participantes, el estudio podría presentar un sesgo de recuerdo. Las personas, cuando experimentan un episodio traumático en su vida, puede verse alterado el recuerdo que tienen del mismo. Debido a que se refiere a un tema muy delicado, puede ser que las participantes no quieran responder todas las preguntas o que no sean capaz de hacerlo con claridad.
- Limitación de idioma: la recogida de información y el trato con los participantes se llevará a cabo en el idioma español, por lo que es posible la pérdida de casos de personas que no cumplan con este criterio de inclusión.

6. Plan de trabajo

Para la planificación y organización del proyecto se realizó un cronograma con las principales tareas de la investigación y los meses en los que se desarrollará.

Tabla 2: Cronograma

ACTIVIDADES	AÑO/MES													
	2023				2024									
	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	En.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	
1. Planificación de investigación														
Fundamento teórico														
Elaboración del protocolo de investigación														
Preparación de los instrumentos														
Realización de los informes de consentimiento														
2. Trabajo de campo														
Reclutamiento de los participantes														
Gestión de las citas con los participantes														
Recogida de datos														
3. Interpretación de la información														
Corrección de las escalas														
4. Divulgación de la investigación														
Elaboración del informe final														

7. Presupuesto y recursos necesarios

A continuación, se exponen los gastos económicos y los recursos necesarios para la puesta en marcha de la investigación. Dicho presupuesto es orientativo, ya que cabe la opción de que surjan imprevistos o modificaciones durante el proceso de investigación.

Tabla 3: Presupuesto

RECURSOS DISPONIBLES			
RECURSOS MATERIALES	Ordenador con el software R en su versión 3.6.3 para Windows		
	Vehículo		
RECURSOS HUMANOS	Profesional graduado en enfermería y psicología		
RECURSOS NECESARIOS			COSTE
RECURSOS MATERIALES	Impresión de documentos	-Copias de los cuestionarios (Anexos) -Copias de fichas de recogida de datos (Anexo 1) -Copias de la entrevista (Anexo 2) -Copias de los consentimientos informados (Anexo 8)	225€
	Apoyo estadístico		400€
	Traducción del material		200€
	Publicación revista Open Access		2230€
	Material de escritorio		20€
	Imprevistos		200€
TOTAL: 3.275€			



8. Referencias

1. Organización Mundial de la Salud [internet]. Ginebra; 2017 [citado 18 de marzo del 2023]
Para que cada bebé cuente: auditoria y examen de las muertes prenatales y neonatales.
Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258931/9789243511221-spa.pdf?sequence=1>
2. López AP. Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2011; 31(109):53-70.
3. Instituto Nacional de Estadística [internet]. Indicadores de mortalidad infantil. España; 2019 [citado 17 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1699>
4. Organización Mundial de la Salud [internet]. Ginebra; 2020 [citado 20 de marzo del 2023].
Mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>
5. Barreto P, De la torre O, Pérez M. Detección de duelo complicado. Psicooncología. 2012; 9(2-3): 355-368.
6. Martos IM, Sánchez MM, Guedes C. Atención a la pérdida perinatal, una asignatura pendiente para enfermería. Rev Paraninfo digital [internet]. 2015 [citado 23 de marzo del 2021]; 22. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/pdf/082.pdf>
7. Hernández L. Vivencia del cuidado de enfermería en el proceso de duelo. Cultura de los Cuidados [internet]. 2019 [citado 1 de mayo de 2023]; 23(54): 59-66. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/96328/1/CultCuid_54-59-66.pdf
8. Kelley M, Trinidad Y. Silent loss and the clinical encounter: Parents' and physicians' experiences of stillbirth—a qualitative analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2012; 12, 137.

9. Departamento de Salud de Elche del Hospital General. Protocolo de Atención Profesional al Duelo Perinatal [internet]. Comunidad Valenciana: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública; 2022 [citado el 2 de mayo del 2023] Disponible en: <https://www.redelhuecodemivientre.es/wp-content/uploads/Protocolo-de-atencio%CC%81n-al-duelo-perinatal-ELCHE>
10. Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria del Gobierno del Principado de Asturias. Guía de atención al duelo gestacional y perinatal [internet]. Asturias: Consejería de Salud del Principado de Asturias; 2022 [citado 3 de mayo del 2023]. Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/35439/800740/GuiaAtencionalduelo.pdf/fd29848f-3e13-c402-fb95-264a0d73edcc>
11. Fernández-Sola C, Camacho-Ávila M, Hernández-Padilla JM, Fernández-Medina IM, Jiménez-López FR, Hernández-Sánchez E, et al. Impact of Perinatal Death on the Social and Family Context of the Parents. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 14;17(10):3421.
12. Salgado HO, Andreucci CB, Gomes ACR, Souza JP. 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. *Reprod Health*. 2021; 6;18(1):5. Erratum en: *Reprod Health*. 2021 Jul 5;18(1):144.
13. Fernández-Férez A, Ventura-Miranda MI, Camacho-Ávila M, Fernández-Caballero A, Granero-Molina J, Fernández-Medina IM et al. Nursing Interventions to Facilitate the Grieving Process after Perinatal Death: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;24;18(11):5587.

14. Barreto P, de la Torre O, Pérez-Marín M. Detección de duelo complicado. *Psicooncología* [Internet]. Valencia; 2012 [consultado el 12 de mayo de 2023];9(2-3):355-68. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/38820295.pdf>
15. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Brit J Med Psychol.* 1959; 32(1):50-55.
16. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-ré R, Baró E. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina Clin.* 2002;118(13):493-9.
17. Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. *Manual for the Beck Depression Inventory-II.* San Antonio, TX: Psychological Corporation. 1996.
18. Moral de la Rubia J. Validación de un formato simplificado del Inventario de Depresión de Beck (BDI-2). *Psicología Iberoamericana.* 2013; 21(1): 42-52.
19. Echeburúa, E et al. Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Ter Psicol.* 2016; 34(2) :111-128.
20. Instituto Provincial de Bienestar Social. *Guía de Intervención Psicosocial y Cuidados de Duelo* [internet]. Diputación de Córdoba; 2009 [citado 20 de mayo del 2023] Disponible en: <https://www.cop.es/uploads/PDF/GUIA-DE-INTERVENCION-PSICOSOCIAL-E-INTERVENCION-EN-DUELO.pdf>
21. Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Ley 3/2018 de 5 de diciembre. *Boletín Oficial del Estado*, nº 294, (6-12- 18).
22. World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA.* 2013; 310(20):2191-94.



Universidad de Oviedo

9. Anexos

Anexo 1- Ficha individual de recogida de datos de las participantes

FICHA DE RECOGIDA DE DATOS

Nº de participante:

Fecha de recogida de datos:

NOMBRE

APELLIDOS

EDAD

NACIONALIDAD

ESTADO CIVIL

SITUACIÓN LABORAL

FECHA DEL PROCESO

TIEMPO DE GESTACION o EDAD DEL BÉBE

NÚMERO DE HIJOS

NÚMERO DE ABORTOS PREVIOS

REPRODUCCIÓN ASISTIDA

CENTRO DE INTERVENCIÓN

PUNTUACIÓN EN LAS ESCALAS

BDI-2

EGS-R

HAMILTON

ESCALA DE DUELO

Anexo 2- Entrevista semiestructurada

<i>ÁREAS</i>	<i>PREGUNTAS</i>
<i>DATOS PERSONALES</i>	Preguntas sobre datos personales
<i>SITUACIÓN ACTUAL</i>	<p>¿En qué situaciones se siente mal?</p> <p>¿Hay algún lugar en el que se sienta especialmente mal?</p> <p>¿Ante qué personas aparece su problema?</p> <p>¿Hay algún pensamiento, recuerdo o imagen que haga que aparezca el problema?</p> <p>¿Qué lugares, objetos, fotos, persona, recuerdos o pensamientos evitas? Cuando se siente mal ¿qué suele notar físicamente, pensar o imaginar y hacer?</p> <p>¿Cuándo y cómo desaparece su malestar?</p> <p>¿Puede hablarme sobre él/ella?</p> <p>Desde que comenzó el problema ¿ha habido mejorías?</p> <p>¿Ha pensado en la muerte recientemente?</p>
<i>FUNCIONAMIENTO FAMILIAR</i>	<p>¿Qué hacen o dicen en la actualidad?</p> <p>¿Cómo es la comunicación entre los miembros de tu familia?</p> <p>¿Pueden expresar sus sentimientos?</p> <p>¿Qué inconvenientes tiene el sufrir en solitario?</p> <p>¿Qué ventajas tendría compartir la situación con tus seres queridos?</p> <p>¿Qué planes se han visto afectados?</p>
<i>CIRCUNSTANCIAS DE LA PERDIDA</i>	<p>¿Puede hablarme de cómo murió?</p> <p>¿Cómo tuvo lugar su muerte?</p> <p>¿Qué pensó acerca de lo sucedido?</p> <p>¿Qué hizo en ese momento?</p> <p>¿Cómo reaccionaron sus familiares y amigos?</p> <p>¿Qué ritos funerarios realizaron?</p> <p>¿Cómo se sintió en ellos?</p>
<i>RECURSOS PERSONALES</i>	<p>¿Qué es lo más característico de ti?</p> <p>¿Cómo ha sido su vida antes de que todo esto pasara?</p> <p>¿Qué dificultades ha tenido que enfrentar en el pasado?</p> <p>¿Qué le ha ayudado a resolver los problemas y dificultades?</p> <p>Actualmente, ¿qué actividades de su vida diaria se ven afectadas?</p> <p>¿Qué intenta hacer para sentirse mejor cuando aparece el problema?</p> <p>¿Qué tal ha sido su salud hasta el momento actual?</p> <p>¿Ha aparecido algún problema físico tras la muerte de su ser querido?</p> <p>¿Ha tomado algún tipo de medicación?</p> <p>¿Le es fácil quedar con sus amigos?</p> <p>¿Le cuesta hacer actividades solo o acompañado?</p> <p>¿Has dejado de hacer alguna cosa que antes te gustaba?</p> <p>¿Cuántas horas sueles dormir?</p>

Anexo 3- Escala de ansiedad de Hamilton

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4



Universidad de Oviedo

Anexo 4- Inventario de depresión de Beck (BDI-2)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**.

Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

3. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

3. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.



Universidad de Oviedo

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

3. Sentimientos de Castigo

0 No siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

3. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

3. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

3. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.



- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
1. Tengo menos energía que la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2ª Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día



Universidad de Oviedo

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2ª. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3ª . No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.



Universidad de Oviedo

Anexo 5- Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático-revisada (EGS-R)

**ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO-REVISADA (EGS-R)
(Versión clínica)
(Echeburúa, Amor, Sarasua, Zubizarreta, Holgado-Tello y Muñoz, 2016)**

Nº:	Fecha:	Sexo:	Edad:
Estado civil:	Profesión:	Situación laboral:	

I. SUCESO TRAUMÁTICO

Descripción: _____

Tipo de exposición al suceso traumático

<input type="checkbox"/>	Exposición directa
<input type="checkbox"/>	Testigo directo
<input type="checkbox"/>	Otras situaciones
<input type="checkbox"/>	Testigo por referencia (la víctima es una persona significativa para el sujeto)
<input type="checkbox"/>	Interviniente (profesional/particular que ha ayudado en las tareas de emergencias)

Frecuencia del suceso traumático

<input type="checkbox"/>	Episodio único
<input type="checkbox"/>	Episodios continuados (por ej., maltrato, abuso sexual)

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió?: _____ (meses) / _____ (años)

¿Ocurre actualmente? No Sí (indíquese el tiempo transcurrido desde el último episodio): _____ (meses) / _____ (años)

¿Ha recibido algún tratamiento por el suceso sufrido? No Sí (especificar):

Tipo de tratamiento	Duración	¿Continúa en la actualidad?
<input type="checkbox"/> Psicológico	____ (meses) / ____ (años)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> Farmacológico	____ (meses) / ____ (años)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Exposición al suceso traumático en la infancia/adolescencia: No Sí

Revictimización a otro suceso traumático: No Sí

Secuelas físicas experimentadas: No Sí (especificar):



2. NÚCLEOS SINTOMÁTICOS

Colóquese en cada síntoma la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la duración e intensidad del síntoma.

0	1	2	3
Nada	Una vez por semana o menos/Poco	De 2 a 4 veces por semana/ Bastante	5 o más veces por semana/ Mucho

Reexperimentación	
Ítems	Valoración
1. ¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria?	0 1 2 3
2. ¿Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso?	0 1 2 3
3. ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?	0 1 2 3
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/ imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3
5. ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, etc.) al tener presentes pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3

Puntuación en reexperimentación: _____ (Rango: 0-15)

Evitación conductual/cognitiva	
Ítems	Valoración
6. ¿Suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
7. ¿Evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
8. ¿Procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3

Puntuación en evitación: _____ (Rango: 0-9)

Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	
Ítems	Valoración
9. ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	0 1 2 3
10. ¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro?	0 1 2 3
11. ¿Suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático?	0 1 2 3
12. ¿Experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza?	0 1 2 3
13. ¿Se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana?	0 1 2 3
14. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean?	0 1 2 3
15. ¿Se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas (por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)?	0 1 2 3

Puntuación en alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo: _____ (Rango: 0-21)



Universidad de Oviedo

Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	
Ítems	Valoración
16. ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen?	0 1 2 3
17. ¿Muestra conductas de riesgo (comida descontrolada, conducción peligrosa, conductas adictivas, etc.) o autodestructivas?	0 1 2 3
18. ¿Se encuentra en un estado de alerta permanente (por ejemplo, pararse de forma repentina para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso?	0 1 2 3
19. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?	0 1 2 3
20. ¿Tiene dificultades de concentración, por ejemplo, para seguir una conversación o al atender a sus obligaciones diarias?	0 1 2 3
21. ¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador?	0 1 2 3

Puntuación en activación/reactividad psicofisiológica: _____ (Rango: 0-18)

Puntuación total de la gravedad del TEPT: _____ (Rango: 0-63)

3. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Síntomas disociativos	
Ítems	Valoración
1. ¿Al mirarse en un espejo se siente como si realmente no fuera usted?	0 1 2 3
2. ¿Siente como si su cuerpo no le perteneciera?	0 1 2 3
3. ¿Siente que las cosas que le ocurren son una especie de fantasía o sueño?	0 1 2 3
4. ¿Percibe al resto de las personas como si no fueran reales?	0 1 2 3

Presencia de, al menos, dos síntomas disociativos: Sí No

Presentación demorada del cuadro clínico (al menos, 6 meses después del suceso)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--

4. DISFUNCIONALIDAD EN LA VIDA COTIDIANA RELACIONADA CON EL SUCESO TRAUMÁTICO

Áreas afectadas por el suceso traumático	
Áreas	Valoración
1. Deterioro en la relación de pareja	0 1 2 3
2. Deterioro de la relación familiar	0 1 2 3
3. Interferencia negativa en la vida laboral/académica	0 1 2 3
4. Interferencia negativa en la vida social	0 1 2 3
5. Interferencia negativa en el tiempo de ocio	0 1 2 3
6. Disfuncionalidad global	0 1 2 3

Puntuación en el grado de afectación del suceso: _____ (Rango: 0-18)



Universidad de Oviedo

Anexo 6- Escala de duelo perinatal (PERINATAL GRIEF SCALE-PGS)

Cada afirmación es un pensamiento o sentimiento que algunas personas podrían tener cuando han perdido a su bebé, como es su caso. No hay respuestas acertadas o incorrectas para estas afirmaciones.	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Me siento deprimida.					
2. Se me hace difícil llevarme bien con algunas personas.					
3. Me siento vacía.					
4. No puedo realizar las tareas cotidianas.					
5. Siento la necesidad de hablar de mi bebé.					
6. Me lamento por la pérdida de mi bebé.					
7. Estoy asustada.					
8. He pensado en el suicidio desde que perdí a mi bebé.					
9. Tomo medicación para el nerviosismo.					
10. Extraño mucho a mi bebé.					
11. Siento que me estoy adaptando bien a la pérdida de mi bebé.					
12. Es doloroso recordar la pérdida de mi bebé.					
13. Me enojo cuando pienso en mi bebé.					
14. Llora cuando pienso en mi bebé.					
15. Me siento culpable cuando pienso en mi bebé					

Cada afirmación es un pensamiento o sentimiento que algunas personas podrían tener cuando han perdido a su bebé, como es su caso. No hay respuestas acertadas o incorrectas para estas afirmaciones.	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
16. Me siento enferma cuando pienso en mi bebé.					
17. Me siento desprotegida en un mundo peligroso desde que perdí a mi bebé.					
18. Intento reír pero ya nada me parece gracioso.					
19. El tiempo pasa muy lentamente desde que perdí a mi bebé.					
20. La mejor parte de mí se perdió con mi bebé.					
21. Siento que decepcioné a gente por la pérdida de mi bebé.					
22. Siento un gran dolor por la pérdida de mi bebé.					
23. Me siento culpable por la pérdida de mi bebé					
24. Necesito justificarme ante algunas personas por la pérdida de mi bebé.					
25. A veces siento que necesito ayuda profesional para que mi vida funcione otra vez.					
26. Me siento como muerta en vida.					
27. Me siento muy sola desde que perdí a mi bebé.					
28. Me siento apartada y sola aunque esté con amigos.					
29. Siento que es mejor no amar.					
30. Desde que perdí a mi bebé se me hace difícil tomar decisiones.					
31. Me preocupa cómo será mi futuro.					
32. Una madre desolada por la pérdida de su bebé es inferior a otra.					
33. Es maravilloso estar vivo.*					



Universidad de Oviedo

Anexo 7 - Consentimiento informado para las participantes de la investigación

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre y apellidos:

Nº dni:

Fecha de nacimiento:

D/Dña.....manifiesto que he entendido la información que se me ha aportado y que he hecho las preguntas que me surgieron sobre el proyecto.

Comprendo que mi participación es totalmente voluntaria, que puedo retirarme del estudio cuando quiera sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos o enfermeros.

Declaro que presto libremente mi conformidad para participar en el proyecto de investigación titulado “Eficacia del protocolo de atención a las madres en el proceso de duelo gestacional y perinatal en el área IV del Principado de Asturias”.

He sido informada/o de que mis datos personales serán protegidos por el reglamento general de protección de datos, que entró en vigor el 25 de mayo de 2018 referido a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales.

Por consideración, otorgo mi consentimiento para cubrir los objetivos específicos en el proyecto.

Fdo:

Oviedo, a de del 20

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Yo,..... revoco el consentimiento de participación en el proyecto.

Fecha de revocación:

Firma: