

EFFECTOS DE LA SATISFACCIÓN MARITAL Y LA UTILIDAD RITUAL EN LA EXPERIENCIA DE AFLICCIÓN EN EL ABORTO

Catarina Meneses de Oliveira¹ 

Ana Dóris Silva¹ 

Carla Ramalho² 

Maria Emília Costa¹ 

Mariana Veloso Martins¹ 

RESUMEN

Objetivo: El presente estudio examinó los efectos del uso y la utilidad percibida de los rituales de duelo y la satisfacción marital en el duelo perinatal. **Método:** 74 mujeres portuguesas que acudieron a un hospital público en Oporto - Portugal, después de experimentar uno o más abortos en 2019, respondieron a una encuesta de autoinforme. Se analizaron los efectos de la utilidad ritual y la satisfacción marital en la experiencia del duelo, así como los efectos de interacción. **Resultados:** Con la adaptación al duelo tras la pérdida del embarazo como variable dependiente, se observó un efecto negativo de la satisfacción marital ($b=-.33$) y un efecto positivo de la utilidad ritual ($b=.46$). No se observó ningún efecto de moderación significativo. **Conclusión:** Este estudio pone de manifiesto la importancia de abordar los rituales del duelo y la conyugalidad en el apoyo emocional a la pérdida, siendo la figura de la enfermera primordial en los contextos del aborto y la pérdida neonatal.

DESCRIPTORES: Aborto; Aflicción; Salud Reproductiva; Matrimonio; Duelo Materno.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Oliveira CM de, Silva AD, Ramalho C, Costa ME, Martins MV. Efectos de la satisfacción marital y la utilidad ritual en la experiencia de aflicción en el aborto. *Cogitare Enferm.* [Internet] 2022. [acceso en "insertar fecha de acceso, día, mes y año abreviado"]; 27. Disponible: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.87854>.

¹Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

²Faculdade Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

INTRODUCCIÓN

Hace apenas medio siglo, el aborto era invisible, minimizado e infravalorado en la sociedad¹. Sin embargo, el interés científico por la experiencia del aborto ha ido surgiendo, sobre todo en los últimos 20 años, y se asocia a consecuencias psicológicas duraderas².

El aborto constituye una experiencia vital estresante caracterizada por la pérdida inesperada de un hijo deseado³. Etiológicamente, se clasifica como aborto espontáneo cuando se produce de forma natural y sin interferencia deliberada, o como interrupción médica cuando es inducido voluntariamente⁴. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el aborto es la interrupción del embarazo antes del inicio del periodo perinatal, que comienza después de las 28 semanas completas de gestación.

El aborto puede ser precoz o tardío en función del tiempo de gestación o de la edad, que se expresa en semanas desde la última menstruación. Esta clasificación varía considerablemente y el American College of Obstetricians and Gynecologists⁶ define el aborto espontáneo temprano como el que se produce en las primeras 12 semanas de embarazo, mientras que la OMS clasifica el aborto espontáneo temprano como el que se produce antes de las 13 semanas de embarazo y el aborto espontáneo tardío como el que se produce entre las 13 y las 22 semanas.

La forma en que las mujeres reaccionan tras la pérdida se considera un proceso continuo que revela reacciones emocionales a lo largo del tiempo⁴. En este sentido, los autores descubrieron que las mujeres revelan mayores niveles de estrés inmediatamente después de la pérdida. Sin embargo, también indican que después de seis, 16 y 52 semanas estas sensaciones persisten moderadamente. Existe un porcentaje importante de mujeres que sufren trastornos psicológicos tras un aborto espontáneo y, aunque su incidencia disminuye con el tiempo, mantiene una persistencia prolongada³.

La paridad o la presencia de hijos puede ser un importante factor de predicción de la intensidad del duelo tras un aborto espontáneo⁴. Varios estudios confirman que las mujeres sin hijos informan de mayores niveles de duelo tras un aborto espontáneo en comparación con las mujeres que ya tienen hijos⁷, un resultado idéntico al encontrado para los síntomas depresivos⁸. La edad en el momento del aborto espontáneo también puede ser un importante factor de predicción del duelo, ya que las mujeres más jóvenes informaron de mayores niveles de duelo⁹. La edad puede estar inversamente asociada con el duelo por aborto espontáneo, ya que la madurez se asocia con mejores estrategias de *coping*. Por lo tanto, es un factor de predicción del duelo, ya que una mayor edad es un factor de protección contra los síntomas depresivos y de duelo⁸.

A pesar de la escasa investigación, algunos estudios afirman que el tiempo de gestación no es un predictor del ajuste psicosocial en la edad adulta¹⁰, mientras que otros apoyan la idea de que la edad gestacional es importante en el ajuste después de un aborto^{7,9,11}. Datos recientes han demostrado que las parejas con abortos espontáneos tempranos experimentan menos angustia que las parejas con abortos espontáneos tardíos en el primer trimestre, así como las parejas que han experimentado una muerte fetal en el segundo trimestre^{2,9}. Además, las parejas que experimentaron una pérdida tardía informaron de mayores niveles de culpabilidad y aislamiento en comparación con las que experimentaron una pérdida temprana. Estos resultados son congruentes con el estudio de Franche¹¹, que reveló que una pérdida tardía es un factor predictivo en la dificultad para afrontar la pérdida, asociándose a un mayor malestar psicológico. Este hallazgo justifica que se considere la edad gestacional como un predictor en el aborto espontáneo, ya que la literatura no es reciente ni consensuada.

El duelo es una respuesta normal, sana, dinámica, universal e individual a la pérdida de un individuo¹². En el caso del aborto espontáneo, el duelo puede ser una tarea compleja y difícil, ya que representa una muerte inesperada cuando se espera una nueva vida. Y,

aunque no haya un niño visible, los recuerdos y las experiencias deseadas son igualmente llorados¹³. El impacto del aborto espontáneo, considerado como un incidente traumático, provoca dificultades de adaptación. Principalmente en la adaptación emocional, incluyendo el duelo y la depresión. Así, las parejas pasan por un proceso de duelo. Este duelo, aunque normativo, compromete el funcionamiento personal y afectivo, provocando reacciones de ansiedad, inquietud, irritabilidad, depresión, trastornos del sueño y dificultades de concentración¹³.

Una de las estrategias para afrontar la pérdida es el uso de rituales de duelo¹⁴, definidos como una acción intencionada y con propósito cuyo objetivo es que el individuo reconozca una pérdida. Se consideran rituales de duelo todas las actividades -sagradas, públicas o privadas, repetidas o únicas- que incluyen expresiones simbólicas de una combinación de emociones, pensamientos y creencias, con un significado especial para quienes las practican (Rebelo, 2004). En muchos casos, la práctica de estos rituales implica el uso de objetos, como fotografías, cartas, regalos, ropa, joyas u otros símbolos que permiten a los padres en duelo representar al bebé o su relación con él¹⁶. Los rituales pueden ser factores psicológicos importantes en el proceso de duelo, ya que proporcionan una función separadora -tomar conciencia de la muerte- y una función integradora -guiar a la persona para reorganizar su vida¹⁷. Además, los rituales son beneficiosos para crear la oportunidad de reconocer y legitimar el cambio emocional, validar la pérdida y aceptar la separación del ser querido¹⁶. A pesar de las lagunas identificadas en la literatura, algunos estudios refieren que la adaptación al duelo puede ser facilitada por la realización de rituales post-funerarios y que su realización puede tener un impacto beneficioso significativo¹⁵.

Otro factor mitigante del impacto de la pérdida del embarazo es la calidad de la relación de pareja y el apoyo brindado por los cónyuges¹⁸, asociándose la baja calidad de la relación conyugal al deterioro del ajuste psicológico de las mujeres que han sufrido pérdidas recurrentes del embarazo¹⁹. Junto con otros estudios^{11, 20}, también se encontró que las mujeres con menor satisfacción marital presentaban mayores niveles de ansiedad y depresión.

El presente estudio tenía como objetivo: (a) verificar las diferencias en el uso y la utilidad de los rituales y en la experiencia del duelo después del aborto en función de factores sociodemográficos relevantes, como la edad gestacional, la edad cronológica, la paridad y las calificaciones académicas; (b) verificar la existencia de asociaciones significativas entre la utilidad de los rituales, la satisfacción marital y la experiencia del duelo después del aborto; y c) comprobar si la relación entre la utilidad de los rituales y el duelo perinatal está moderada por la satisfacción marital, es decir, si la relación entre la utilidad de los rituales y la adaptación al duelo deja de ser significativa para quienes perciben una alta satisfacción marital.

MÉTODO

Estudio transversal realizado en Oporto, Portugal. La participación tuvo los siguientes criterios de inclusión: a) edad de 18 años o más; b) consentimiento para participar voluntariamente; c) vivir en una relación marital (matrimonio o unión estable) durante al menos dos años; d) haber experimentado al menos un aborto espontáneo o una muerte neonatal, espontánea o por razones médicas, en los últimos 24 meses. Setenta y nueve mujeres completaron el cuestionario, cinco fueron excluidas por no estar en una relación marital. La muestra final estaba formada por 74 mujeres cuyas características sociodemográficas se presentan en la Tabla 1.

El cuestionario utilizado se elaboró en una plataforma en línea y se difundió a través del *website* <https://perdagestacional.fpce.up.pt/Para>. Además de un cuestionario sociodemográfico, con datos como la edad, el estado civil, la duración de la relación, los ingresos, la nacionalidad, la profesión y las calificaciones académicas, se utilizaron los

siguientes instrumentos de medición.

El Cuestionario *Bereavement Activities Questionnaire*^{15, 21} cuantifica la utilidad de los rituales de duelo a través de 68 ítems, evaluados en una escala Likert de cinco puntos y organizados en tres subescalas: las actividades/rituales en las que los sujetos participaron para ayudarles a afrontar su proceso de duelo; los aspectos de los rituales que consideraron útiles en el proceso de duelo y también los resultados positivos de participar en estos rituales. Para la adaptación al contexto de la pérdida del embarazo, se utilizaron 15 ítems de la subescala de actividades y 18 ítems de la subescala de resultados positivos. Esta versión requirió una validación en la estructura del cuestionario, titulado "Cuestionario de Rituales de Duelo Perinatal y Resignificación" (Apéndice I). El análisis factorial exploratorio reveló una solución compuesta por tres factores que explican el 50% de la varianza: "Rituales/actividades de duelo", referido a la realización y utilidad de los rituales de duelo comúnmente utilizados en situaciones de pérdida gestacional o muerte fetal ($\alpha = 0,90$); "Resignificación de la pérdida", que evalúa los efectos de la aceptación de la pérdida ($\alpha = 0,78$); y "Resignificación individual", que accede a los efectos positivos del duelo en el ajuste psicológico individual ($\alpha = 0,88$).

La *Relationship Assessment Scale*²²⁻²³ se compone de siete ítems cuyo objetivo es evaluar la satisfacción de la relación marital. Cada ítem se evalúa en una escala tipo Likert de cinco puntos, donde a mayor puntuación, mayor satisfacción con su relación marital. La escala tiene un alto nivel de consistencia interna ($\alpha = 0,86$), y en nuestra muestra este valor fue de 0,92.

La versión reducida de la *Perinatal Grief Scale*²⁴⁻²⁵ fue desarrollada específicamente para evaluar el duelo por una pérdida perinatal. Se compone de 33 ítems, agrupados en tres dimensiones (Duelo Activo, Dificultades de Afrontamiento y Desesperanza), y con un formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos (cero = muy en desacuerdo, cuatro = muy de acuerdo). En su versión original (TOEDTER, LASKER, & ALHADEFF, 1988), la escala tiene 84 ítems y una validez de constructo muy satisfactoria que revela un alto nivel de consistencia interna ($\alpha = 0,97$). En este estudio, la escala reveló un valor de Alfa de Cronbach de 0,97, con buena consistencia interna en las dimensiones de Duelo Activo ($\alpha = 0,89$), Dificultades de Afrontamiento ($\alpha = 0,93$) y Desesperación ($\alpha = 0,93$).

Los datos estadísticos se analizaron con el Statistical Package for Social Sciences - SPSS, versión 26. Se comprobó la normalidad de la distribución de los datos ($|Sk| < 3$ y $|Ku| < 8-10$; así como la existencia de valores atípicos, y no se observaron valores extremos. Se utilizaron pruebas t de Student para muestras independientes para las diferencias entre grupos ($p. \leq .05$). Por último, para verificar la existencia de moderación, se realizó un macroanálisis de PROCESS, versión 3.5²⁵.

Los procedimientos del presente estudio cumplieron con la Declaración de Helsinki y fueron aprobados por el Comité de la Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación de la Universidad del Porto [Ref. 2018-11-1]. La recogida se realizó entre noviembre de 2019 y abril de 2020.

RESULTADOS

La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas de la muestra. La edad media de los participantes era de 35 años ($M = 35,72$; $SD = 7,09$), con un rango de 23 a 54 años. Alrededor de 60 participantes (82,4%) eran de nacionalidad portuguesa, y el resto de nacionalidad brasileña. Cincuenta mujeres estaban casadas (67,6%) y 49 habían cursado estudios superiores (66,2%). Sesenta y nueve embarazos se produjeron de forma espontánea (90%), y sólo 5 (6,8%) se debieron a técnicas de reproducción médicamente asistida. Cuarenta y seis participantes (62,2%) experimentaron una pérdida gestacional, 16 (21,6%) dos pérdidas y 12 (16,3%) pérdidas gestacionales recurrentes (\geq tres abortos).

Las pérdidas gestacionales y perinatales se produjeron entre las tres y las 41 semanas ($M = 14,07$; $SD = 9,92$).

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de la muestra ($n = 74$). Oporto, Portugal, 2019 - 2020

Variables	n	%
Edad <35	42	56,8
Edad >35	32	43,2
Nacionalidad		
Portuguesa	61	82,4
Brasileña	13	17,6
Estado civil		
Casada	50	67,6
Unión consensuada	24	32,4
<12° año	25	33,8
>12° año	49	66,2
Tipo de embarazo		
Embarazo espontáneo	69	93,2
Tratamientos	5	6,8
Tipo de pérdida gestacional		
Aborto involuntario en el primer trimestre	62	83,8
Muerte neonatal después de 23 semanas	12	16,2
Pérdida neonatal en los primeros 7 días después del nacimiento	4	5,4
Pérdida neonatal a los 28 días después del nacimiento	2	2,7
Baja médica autorizada	2	2,7
Interrupción voluntaria del embarazo (por anomalía fetal)	19	25,7
Total de pérdidas gestacionales		
1 pérdida	46	62,2
2 pérdidas	16	21,6
>3 pérdidas (aborto recurrente)	12	16,3
Paridad		
Nulípara	40	54,1
Mono/múltipara	34	45,9
Tener hijos en la relación actual		
Hijos de la relación actual	32	43,2
De una relación anterior	2	2,7
De una relación anterior de su pareja	2	2,7

Fuente: Autores (2022)

La tabla 2 muestra los estadísticos descriptivos y las correlaciones de Pearson en relación con las subescalas utilizadas. Aunque hubo una correlación positiva y muy baja entre Resignación de la pérdida y Duelo ($p = > 0,05$), entre Resignación individual y Satisfacción marital ($p = > 0,05$), entre Rituales y Resignación individual ($p = > 0,05$), estos resultados no fueron significativos. Por el contrario, hubo una correlación significativa entre la renuncia a la pérdida y la satisfacción marital ($p = < 0,01$). También se observó una correlación positiva y baja entre los Rituales y la Renuncia a la Pérdida ($p = < 0,01$) y entre la Renuncia Individual y el Duelo, ($p = < 0,05$). Por otro lado, se encontraron correlaciones positivas y moderadas entre Rituales y Duelo ($p = < 0,01$) y entre Resignificación de la pérdida y Resignificación individual ($p = < 0,01$). En cambio, se encontró una correlación negativa y muy baja entre Rituales y Satisfacción Marital, ($p = > 0,05$), y una correlación negativa y moderada entre Satisfacción Marital y Duelo, ($p = < 0,01$).

Tabla 2. Correlaciones de Pearson y estadísticas descriptivas para las escalas RAS y PGS y para las dimensiones BAQ y PGS (n= 74). Porto, Portugal, 2019

	1	2	3	4	5	6	7	8
Rituales (BAQ)	—							
Renuncia a la pérdida (BAQ)	0,309**	-						
Renuncia individual (BAQ)	0,141	0,427**	-					
Satisfacción marital (score total)	-0,107	0,053	0,170	-				
Duelo (score total)	0,455**	0,089	-0,254*	-0,431**	-			
Duelo activo	0,397**	0,093	-0,194	-0,381**	0,918**	-		
Dificultades de <i> coping</i>	0,458**	0,108	-0,281*	-0,444**	0,964**	0,823**	-	
Desesperación	0,433**	0,053	-0,241*	-0,394**	0,958**	0,806**	0,905**	-
Media	1,34	3,69	3,37	4,24	1,79	2,46	1,51	1,39
Desviación estándar	1,19	0,67	0,76	0,88	1,02	0,97	1,15	1,11

Nota: Las correlaciones con* son $p < 0,05$; ** son $p < 0,01$;

Fuente: Autores (2022)

Experiencia de los rituales de duelo perinatal: paridad, nivel de educación y edad gestacional y cronológica de la mujer

Los resultados (Tabla 3) revelan que no hay diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) en la forma de relatar los rituales de duelo en función de la paridad, la titulación académica, la edad gestacional y la edad cronológica ($p > 0,05$). En cuanto a cómo se vive el duelo por el aborto, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función de las variables sociodemográficas ($p > 0,05$).

Tabla 3. Medias y desviaciones estándar de las diferencias entre los grupos en el nivel de paridad, el nivel educativo, la edad gestacional y la edad de la mujer. Porto, Portugal, 2019

	Rituales (DE)	Prueba T (valor p)	Renuncia a la pérdida (DP)	Teste T (valor de p)	Renuncia individual (DE)	Prueba T (valor p)	Aflicción (DE)	Prueba T (valor p)
Paridad								
Nulípara	1,32 (1,22)		3,76 (0,64)		3,38 (0,79)		1,89 (1,00)	
Uníparas/múltiparas	1,37 (1,17)	0,19 (0,85)	3,60 (0,70)	-0,99 (0,32)	3,35 (0,76)	-0,20 (0,84)	1,67 (1,04)	-0,93 (0,35)
Calificaciones académicas								
<12° año	1,29 (1,05)		3,65 (0,63)		3,35 (0,66)		1,70 (0,85)	
>12° año	1,37 (1,27)	-0,26 (0,80)	3,70 (0,70)	-0,31 (0,76)	3,37 (0,83)	-0,12 (0,91)	1,83 (1,10)	-0,52 (0,61)
Edad gestacional								
<12 semanas	1,13 (1,10)		3,66 (0,60)		3,31 (0,79)		1,67 (0,95)	
>12 semanas	1,67 (1,26)	-1,92 (0,06)	3,73 (0,77)	-0,44 (0,62)	3,45 (0,76)	-0,73 (0,47)	1,98 (1,11)	-1,28 (0,21)
Edad								
<35 años	1,15 (1,06)		3,66 (0,66)		3,34 (0,76)		1,79 (1,04)	
>35 años	1,59 (1,32)	-1,58 (0,12)	3,72 (0,70)	-0,41 (0,68)	3,40 (0,81)	-0,28 (0,78)	1,79 (1,01)	0,02 (0,99)

Fuente: Autores (2022)

Efectos de la satisfacción marital y la utilidad de los rituales en la experiencia del duelo

La satisfacción marital y la utilidad del ritual de duelo explicaron el 35% de la varianza de la experiencia de duelo ($R^2 = 0,35$). Se encontró un efecto significativo y positivo de la utilidad ritual sobre la experiencia de duelo ($b = 0,33$, s.e. = 0,08; IC 95% [0,17, 0,50]; $p = 0,00$) y un efecto significativo y negativo de la satisfacción marital sobre la experiencia de duelo ($b = -0,46$, s.e. = 0,11; IC 95% [-0,68, -0,23]; $p = 0,00$). Por otro lado, el efecto de interacción no fue significativo para predecir la experiencia de duelo ($R^2_{\Delta} = 0,01$; $b = 0,09$, s.e. = 0,11; IC 95% [-0,14, 0,31]; $p = > 0,05$), como se representa en la Figura 1. Estos resultados indican que la satisfacción marital resultó ser un predictor del duelo perinatal, y que cuanto menor es la satisfacción marital, mayores son los niveles de duelo. Además, se encontró que la utilidad de los rituales de duelo resultó ser un factor de riesgo para el duelo perinatal y que la satisfacción marital no interfiere en la relación entre la experiencia de duelo y la utilidad de los rituales de duelo.

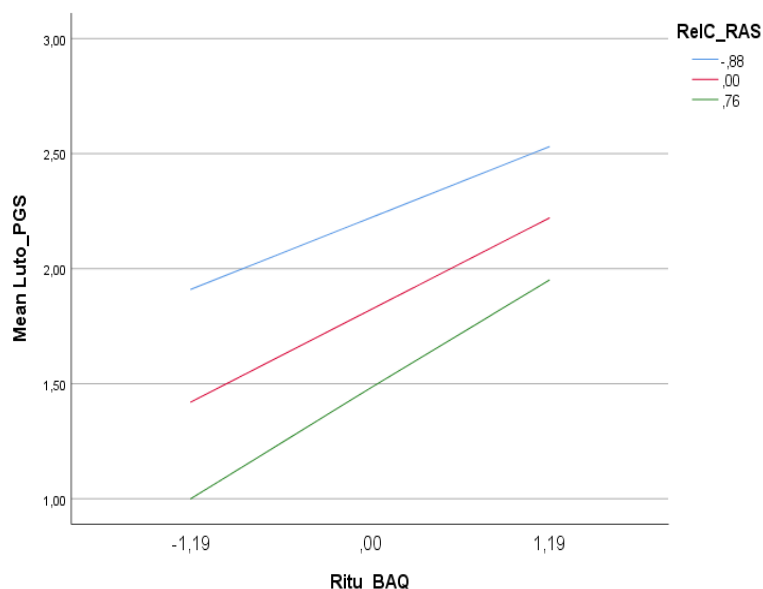


Figura 1 - Representación gráfica del efecto de interacción de la satisfacción marital y la utilidad ritual en la experiencia del duelo. Oporto, Portugal, 2019-20

Nota: variable independiente - duelo (Mean Duelo_PGS); variable dependiente - rituales de duelo (Ritu_BAQ); variable moderadora - satisfacción marital (ReIC_RAS)

DISCUSIÓN

El objetivo principal del presente estudio fue analizar los efectos del uso y la utilidad percibida de los rituales de duelo y la satisfacción conyugal en el duelo perinatal, creando un vínculo entre dos grandes temas aún poco explorados en la literatura: la utilidad de los rituales de duelo cuando se experimenta una pérdida de embarazo.

Según los resultados encontrados, no hubo diferencias significativas en la utilidad de los rituales de duelo en función de la paridad, la educación y la edad de los participantes, lo que sugiere que el uso y la ponderación de la utilidad de los rituales de duelo pueden ser independientes de la educación, la edad y la existencia o no de hijos. También se analizaron las diferencias en relación con la edad gestacional de la mujer en el último aborto y no resultaron estadísticamente significativas. Este resultado se suma así a la futura aclaración de la controversia existente sobre los efectos del tiempo de gestación, ya que varios estudios apuntan a la ausencia de significación¹⁰. Así, defendiendo el aborto como una pérdida similar a la de cualquier ser querido, se espera que no haya diferencias independientemente del tiempo de gestación. De hecho, consideran que el dolor relacionado con la muerte de un hijo puede no depender de la edad del niño o del motivo de la pérdida, sino de la propia pérdida²⁷.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la paridad, las calificaciones académicas, la edad gestacional y la edad cronológica de las mujeres. Estos resultados no son consistentes con la literatura existente que indica la posibilidad de atenuación del duelo por parte de las mujeres con existencia previa de hijos, revelando que las mujeres sin hijos reportan mayores niveles de duelo⁷. La edad gestacional y la edad de la mujer también son predictores de la adaptación al duelo perinatal^{8, 9, 11}, y cuanto menor es la edad gestacional y mayor la edad de la mujer, la vivencia del duelo es menos intensa, al contrario de los resultados encontrados en este estudio. El hecho de que los resultados encontrados no sean consistentes con la literatura puede estar relacionado con el tamaño de la muestra, haciendo que las variables no sean muy amplias para el análisis de los datos. Además, el tiempo transcurrido entre el siniestro y la realización de este estudio (pasados

24 meses) es mayor que el de los estudios realizados en el mismo ámbito (pasados seis meses), lo que posiblemente explique la ausencia de diferencias.

Sin embargo, no se encontró ninguna asociación significativa entre los rituales y la resignificación individual. Además, se encontró una correlación negativa entre la satisfacción marital y el duelo perinatal. Estos resultados son coherentes con la literatura existente, que indica que cuanto mayor es la satisfacción marital, menores son los niveles de duelo²⁸. Este resultado revela la coherencia y linealidad de esta relación significativa con las investigaciones ya conocidas en este campo, reforzando que una buena calidad de la relación conyugal es un factor importante en el proceso de duelo por aborto^{11,20}. Por otro lado, observamos una correlación positiva entre la experiencia de duelo y la utilidad de los rituales de duelo, lo que significa que cuanto más altos son los niveles de duelo perinatal, mayor es la utilidad de los rituales de duelo. Este resultado está en consonancia con estudios anteriores, ya que los rituales de duelo son un factor importante en el proceso de duelo y contribuyen a una mejor adaptación al duelo perinatal^{12,15}.

La relación entre la satisfacción marital y las dimensiones del Cuestionario de Rituales de Duelo Perinatal y Resignificación (rituales, resignificación de la pérdida y resignificación individual) no fue significativa, y puede indicar que la utilidad de los rituales y la resignificación individual y de la pérdida no dependen de la satisfacción marital para ser útiles en la aceptación de la pérdida por el aborto. Curiosamente, no se encontró una correlación positiva y significativa entre el duelo y la resignificación de la pérdida, sino entre el duelo y la resignificación individual. Estos resultados indican que cuanto mayores son los niveles de duelo, mayor es la resignificación individual. Sin embargo, no ocurre lo mismo con la resignificación de la pérdida, lo que revela que la resignificación de la pérdida no se asume como un factor protector de la intensidad del duelo experimentado por el aborto.

Los resultados derivados del valor predictivo reforzaron los obtenidos en cuanto a la asociación entre variables, y la utilidad de los rituales reveló un efecto positivo en la experiencia del duelo. Este resultado no es el esperado, ya que la utilidad de los rituales resultó ser un factor de riesgo potencial para la experiencia del duelo. Sin embargo, la ausencia de datos longitudinales no nos permite hacer inferencias sobre la causalidad de los datos, y es posible que un mayor nivel de sufrimiento debido a la pérdida lleve a una mayor percepción de la utilidad de los rituales de duelo. Además, el hecho de que estas dos variables no se midieran a nivel longitudinal -con meses de distancia como se analiza en la literatura sobre el duelo perinatal-^{29,30} también puede haber comprometido los resultados obtenidos. Un análisis longitudinal en este estudio podría proporcionar indicadores de esta relación, en el sentido de entender si la utilidad de los rituales se revela como un factor protector del duelo a largo plazo. Además, estos resultados pueden estar justificados por varias razones: la muestra de este estudio es pequeña y seleccionada por conveniencia, lo que puede haber influido en los resultados; además, el hecho de que todavía sea un tema poco estudiado y valorado en la sociedad, puede llevar a que las personas en duelo por aborto no conozcan los medios necesarios para afrontar el duelo -en este caso mediante el uso de rituales de duelo- y no los utilicen, o porque el uso de estos rituales haya sido tan inconsciente y natural que no hayan reconocido su uso y utilidad. Además, el hecho de que no se controlara uno de los criterios de inclusión de la muestra ("haber sufrido un aborto, preferiblemente, en los últimos 24 meses") puede haber provocado que el periodo que transcurre desde la pérdida hasta la cumplimentación del cuestionario sea tan extenso que la utilidad de los rituales quede algo devaluada, aunque se utilicen.

Como se esperaba, la satisfacción marital resultó ser un predictor del duelo perinatal, y cuanto menor era la satisfacción marital, mayores eran los niveles de duelo. El proceso de duelo es complejo y a menudo severo. Sin embargo, con un buen apoyo social, concretamente a nivel marital, el proceso se atenúa^{11,28}. Este resultado corrobora lo que la ciencia ha destacado sobre el papel perjudicial de una baja satisfacción marital en el proceso de duelo ante el aborto, ya que una baja satisfacción marital está asociada al deterioro de la adaptación psicológica de la mujer^{11,19,28}.

La satisfacción conyugal no resultó ser un moderador de la relación entre la experiencia

de duelo perinatal y los rituales de duelo, lo que significa que, independientemente de los niveles de satisfacción conyugal, existe una relación positiva entre ambos, y que cuanto mayor es la experiencia de duelo, mayor es la utilidad de los rituales de duelo. Así, se puede afirmar que la satisfacción marital no interfiere en esta relación, fenómeno que se explica porque la satisfacción marital es un predictor positivo de la adaptación al duelo de las mujeres¹⁹ y no una variable que influya en su inadaptación. Sin embargo, este resultado también puede verse comprometido debido a la falta de control de la variable temporal, siendo posible verificar si la satisfacción marital podría predecir una mejor adaptación al duelo perinatal sólo con una investigación longitudinal.

Aunque esta investigación no ha revelado resultados estadísticamente significativos en general, estos resultados son relevantes porque muestran cómo el uso y la utilidad de los rituales de duelo no son interdependientes con ciertas características individuales o relacionales de los participantes. Estos resultados consolidan la certeza de que el uso y la utilidad de los rituales de duelo después de un aborto son independientes y se revelan como un predictor de una mejor adaptación al duelo perinatal. La figura de la enfermera es primordial en los contextos de aborto y pérdida neonatal. En la mayoría de los casos, es la primera y principal figura de contacto con los pacientes. Este estudio también destaca la importancia de abordar la posibilidad de los rituales de duelo en el apoyo emocional a la pérdida que forma parte de los cuidados de las enfermeras.

Entre las limitaciones del estudio se encuentran: el tamaño de la muestra destaca por ser pequeño, lo que compromete los resultados. Una muestra más amplia proporcionaría datos más completos para el análisis de los resultados. Además, varios cuestionarios estaban incompletos, sin descartar la posibilidad de que el cansancio y el abandono de la cumplimentación se debieran a su extensión, lo que en consecuencia repercutió en la muestra final. De las escalas utilizadas en este estudio, dos no estaban validadas ni adaptadas a la población portuguesa, lo que también supone una limitación por su fiabilidad. Hay que tener en cuenta que los resultados también pueden haberse visto influidos por variables no controladas, como el tiempo transcurrido entre el siniestro y la realización del cuestionario.

CONCLUSIÓN

Los estudios sobre las experiencias relacionadas con el aborto son escasos. Así, la pertinencia de este estudio se justifica por la necesidad de comprender esta experiencia y analizar la influencia del uso y la utilidad de los rituales de duelo en este contexto. Así, este estudio destaca por su carácter innovador, ya que cubre el vacío existente en la investigación sobre el uso de los rituales de duelo en los casos de aborto, tanto en Portugal como en otros países.

A la vista de este balance, consideramos importante replicar el estudio para poder confirmar los resultados en una muestra mayor y, preferiblemente, con parejas. Esta necesidad surge del hecho de que la literatura señala diferencias significativas de género en cuanto al duelo por el aborto, por lo que sería relevante verificar eventuales diferencias en cuanto al uso y utilidad de los rituales de duelo. Además, es necesario investigar la variable de la edad gestacional de la mujer para comprender su influencia en el duelo en este ámbito. Por último, sería relevante un estudio longitudinal para conocer la trayectoria de esta variable desde el momento de la pérdida.

Dado que el papel de las enfermeras implica el asesoramiento psicosocial y la promoción del bienestar, este estudio muestra que, en una lógica preventiva, puede ser importante abordar con la pareja la importancia del ajuste marital y la utilidad de los rituales para un duelo exitoso.

REFERENCIAS

1. Carter D, Misri S, Tomfohr L. Psychologic aspects of early pregnancy loss. Clin Obstet Gynecol. [Internet]. 2007 [acesso em 21 set 2021];50(1):154-65. Disponível em: <http://doi.org/10.1097/GRF.0b013e31802f1d28>.
2. Swanson KM, Connor S, Jolley SN, Pettinato M, Wang T-J. Contexts and evolution of women's responses to miscarriage during the first year after loss. Res Nurs Health. [Internet]. 2007 [acesso em 21 set 2021]; 30(1):2-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nur.20175>.
3. Lok IH, Yip AS-K, Lee DT-S, Sahota D, Chung TK-H. A 1-year longitudinal study of psychological morbidity after miscarriage. Fertil Steril. [Internet]. 2010 [acesso em 21 set 2021]; 93(6):1966-75. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.12.048>
4. Kersting A, Wagner B. Complicated grief after perinatal loss. Dialogues Clinical Neuroscience. [Internet]. 2012 [acesso em 21 set 2021]; 14 (2), 187–194. Disponível em: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/akersting>.
5. World Health Organization (WHO). Maternal and perinatal death surveillance and response: materials to support implementation. [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [acesso em 21 set 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036666>.
- 6- Obstetricians ACo, Gynecologists. ACOG practice bulletin n° 200: Early pregnancy loss. Obstet Gynecol. [Internet]. 2018 [acesso em 21 set 2021]; 132(5):e197-e207. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002899>.
7. Swanson KM. Predicting depressive symptoms after miscarriage: A path analysis based on the Lazarus paradigm. J Womens Health Gen Based Med. [Internet]. 2000 [acesso em 21 set 2021]; 9(2):191-206. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/152460900318696>.
8. Mann JR, McKeown RE, Bacon J, Vesselinov R, Bush F. Religiosity, spirituality and antenatal anxiety in Southern US women. Archives of Women's Mental Health. [Internet]. 2008 [acesso em 21 set 2021]; 11(1):19-26. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00737-008-0218-z>.
9. Huffman CS, Schwartz TA, Swanson KM. Couples and miscarriage: The influence of gender and reproductive factors on the impact of miscarriage. Womens Health Issues. [Internet]. 2015 [acesso em 21 set 2021]; 25(5):570-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.whi.2015.04.005>.
10. Peppers LG, Knapp RJ. Maternal reactions to involuntary fetal/infant death. Psychiatry. [Internet]. 1980 [acesso em 21 set 2021]; 43(2):155-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00332747.1980.11024061>.
11. Franche R-L. Psychologic and obstetric predictors of couples' grief during pregnancy after miscarriage or perinatal death. Obstet Gynecol. [Internet]. 2001 [acesso em 21 set 2021]; 97(4):597-602. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(00\)01199-6](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(00)01199-6).
12. Capitulo KL. Evidence for healing interventions with perinatal bereavement. MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing. [Internet]. 2005; [acesso em 21 set 2021] 30(6):389-96. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00005721-200511000-00007>.
13. Armstrong DS. Impact of prior perinatal loss on subsequent pregnancies. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. [Internet]. 2004 [acesso em 21 set 2021]; 33(6):765-73. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0884217504270714>.
14. Kobler K, Limbo R, Kavanaugh K. Meaningful moments: The use of ritual in perinatal and pediatric death. MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing. [Internet]. 2007 [acesso em 21 set 2021]; 32(5):288-95. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.NMC.0000287999.87629.5a>
15. Castle J, Phillips WL. Grief rituals: Aspects that facilitate adjustment to bereavement. Journal of Loss & Trauma. [Internet]. 2003 [acesso em 21 set 2021]; 8(1):41-71. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15325020305876>

16. Sas C, Coman A. Designing personal grief rituals: An analysis of symbolic objects and actions. *Death Stud.* [Internet]. 2016 [acesso em 21 set 2021]; 40(9):558-69. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1188868>
17. Gamino LA, Easterling LW, Stirman LS, Sewell KW. Grief adjustment as influenced by funeral participation and occurrence of adverse funeral events. *OMEGA-Journal of Death and Dying.* [Internet]. 2000 [acesso em 21 set 2021]; 41(2):79-92. Disponível em: <https://doi.org/10.2190/QMV2-3NT5-BKD5-6AAV>
18. Toedter LJ, Lasker JN, Alhadeff JM. The perinatal grief scale: Development and initial validation. *Am J Orthopsychiatry.* [Internet]. 1988 [acesso em 21 set 2021]; 58(3):435-49. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1988.tb01604.x>
19. Kagami M, Maruyama T, Koizumi T, Miyazaki K, Nishikawa-Uchida S, Oda H, et al. Psychological adjustment and psychosocial stress among Japanese couples with a history of recurrent pregnancy loss. *Hum Reprod.* [Internet]. 2012 [acesso em 21 set 2021]; 27(3):787-94. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/humrep/der441>
20. Tseng Y-F, Cheng H-R, Chen Y-P, Yang S-F, Cheng P-T. Grief reactions of couples to perinatal loss: A one-year prospective follow-up. *J Clin Nurs.* [Internet]. 2017; [acesso em 21 set 2021] 26(23-24):5133-42. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.14059>
21. Martins MV, Silva AD da. Questionário de Atividades de luto. 2018. Instrumento não publicado.
22. Hendrick SS. A generic measure of relationship satisfaction. *Journal of Marriage and the Family.* [Internet]. 1988 [acesso em 21 set 2021]; 93-8. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/352430>
23. Pires ARA. Coping diádico e satisfação conjugal: um estudo em casais portugueses [Dissertação] [Internet]. Portugal: Universidade de Lisboa; 2011. [acesso em 21 set 2021]. Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4326/1/ulfpie039538_tm.pdf
24. Rocha JCFC. Factores psicológicos da mulher face à interrupção médica da gravidez. [Tese]. Portugal: Universidade do Porto; 2004.
25. Potvin L, Lasker J, Toedter L. Measuring grief: A short version of the Perinatal Grief Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment.* [Internet]. 1989 [acesso em 21 set 2021];11(1):29-45. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/BF00962697>
26. Hayes AF. Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach: Guilford publications; 2017.
27. Boyden JY, Kavanaugh K, Issel LM, Eldeirawi K, Meert KL. Experiences of African American parents following perinatal or pediatric death: A literature review. *Death Stud.* [Internet]. 2014 [acesso em 21 set 2021];38(6):374-80. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/07481187.2013.766656>
28. Conway K, Russell G. Couples' grief and experience of support in the aftermath of miscarriage. *Br J Med Psychol.* [Internet]. 2000 [acesso em 21 set 2021];73(4):531-45. Disponível em: <https://doi.org/10.1348/000711200160714>
29. Horesh D, Nukrian M, Bialik Y. To lose an unborn child: Post-traumatic stress disorder and major depressive disorder following pregnancy loss among Israeli women. *Gen Hosp Psychiatry.* [Internet]. 2018 [acesso em 21 set 2021];53:95-100. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2018.02.003>
30. Hunter A, Tussis L, MacBeth A. The presence of anxiety, depression and stress in women and their partners during pregnancies following perinatal loss: A meta-analysis. *J Affect Disord.* [Internet]. 2017 [acesso em 21 set 2021];223:153-64. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.004>

EFFECTS OF MARITAL SATISFACTION AND RITUAL UTILITY ON BEREAVEMENT EXPERIENCE IN ABORTION

ABSTRACT

Objective: The present study analyzed the effects of the use and perceived usefulness of bereavement rituals and marital satisfaction on perinatal bereavement. Method: 74 Portuguese women who attended a public hospital in Porto - Portugal, after experiencing one or more abortions in 2019, responded to a self-report survey. The effects of ritual utility and marital satisfaction on bereavement experience, as well as interaction effects, were analyzed. Results: With adjustment to bereavement after pregnancy loss as the dependent variable, a negative effect of marital satisfaction ($b=.33$) and a positive effect of ritual utility ($b =.46$) were observed. No significant moderation effect was observed. Conclusion: This study highlights the importance of addressing bereavement rituals and conjugality in providing emotional support for the loss, with the figure of the nurse being paramount in the contexts of abortion and neonatal loss.

DESCRIPTORS: Abortion; Bereavement; Reproductive Health; Conjugal Relationship; Maternal Bereavement.

*Artículo extraído de la tesis de máster/doctorado "Um amor sem colo: a utilidade dos rituais de luto na perda gestacional", Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, Portugal, 2020.

Recibido en: 01/09/2021

Aprobado en: 13/07/2022

Editor asociado: Dra. Tatiane Trigueiro

Autor correspondiente:

Mariana Veloso Martins

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

Alferdo Allen, s/n, 4200-135, Porto, Portugal

E-mail: mmartins@fpce.up.pt

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - Oliveira CM de, Silva AD, Martins MV; Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - Oliveira CM de, Silva AD, Ramalho C, Costa ME, Martins MV; Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - Oliveira CM de, Silva AD, Martins MV. Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).