



Maternidad tras una muerte perinatal

M.R. Rozas y L. Francés

Matronas. Unidad Docente de Matronas de Cataluña.
Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona

RESUMEN

La nueva gestación tras una muerte perinatal está llena de dudas, miedos e inseguridades, y es una situación que va a suponer un desgaste físico y emocional para la familia, especialmente para la mujer.

Esta gestación se caracteriza por un aumento de la ansiedad, que puede continuar después del nacimiento y manifestarse mediante conductas de sobreprotección del nuevo hijo.

Las matronas deben conocer las posibles respuestas emocionales de la mujer y proporcionar cuidados y apoyo específicos durante el embarazo, parto y puerperio, en función de las necesidades individuales de cada familia.

Palabras clave: pérdida perinatal, muerte fetal, resultados del embarazo, ansiedad, adaptación psicosocial, vínculo

SUMMARY

The new pregnancy after a perinatal death is full of doubts, fears and insecurity, and this situation supposes a physical and emotional stress for the family, particularly for the woman.

A typical feature of this pregnancy is an increase of anxiety, that may continue after delivery, and be evident by an overprotecting behaviour towards the new baby.

Midwives must know the possible emotional responses of women, providing them specific care and support during pregnancy, delivery and puerperal period, according to the particular needs of each family.

Key words: Perinatal loss, fetal death, pregnancy outcomes, anxiety, psychological adaptation, bonding

INTRODUCCIÓN

La experiencia de una muerte perinatal es una circunstancia que produce una gran sensación de tristeza en los padres y que resulta difícil de afrontar, ya que éstos no sólo sienten que han perdido su descendencia, sino que el fatal desenlace va a alterar las perspectivas de futuro de la pareja. La pérdida perinatal (PP) incluye el aborto, la muerte anteparto y la muerte neonatal dentro de los 28 primeros días de vida del recién nacido¹.

Después de una PP, entre el 50 y 80% de las parejas vuelve a concebir^{2,3}, aunque el deseo de la nueva gestación está lleno de dudas, miedos e inseguridades y es una situación que va a suponer un desgaste físico y emocional para la familia.

En la literatura existen numerosos estudios que analizan la respuesta de los padres tras la PP y las intervenciones de enfermería para facilitar la adaptación de la familia tras la muerte de un hijo. No obstante, hasta hace pocos años sólo aparecían escasas referencias sobre las emociones y sentimientos de la pareja que se manifiestan en las gestaciones posteriores.

Las matronas desempeñan un gran papel a la hora de prestar cuidados a los padres en las gestaciones posteriores, así como para asesorarles sobre los cuidados implícitos a la paternidad. En este artículo se revisan los trabajos publicados sobre las emociones que se producen tras la PP durante el nuevo embarazo, parto y puerperio, incluyendo la conducta y las reacciones características de cada periodo.

EL PROCESO DEL DUELO PERINATAL

Después de la PP, la pareja puede experimentar algunos síntomas específicos, además de una intensa respuesta emocional. Los estudios de Schwiebert y Kirk (1981) describen la aparición de cansancio físico severo, posiblemente agravado por un parto difícil, y la presencia de otros síntomas como presión en el pecho, necesidad de respirar profundamente, palpitaciones, molestias gástricas, pérdida de apetito y trastornos del sueño asociados a insomnio y pesadillas. Todos estos síntomas reflejan una respuesta normal al proceso de

Tras una pérdida perinatal, el deseo de una nueva gestación está lleno de dudas, miedos e inseguridades

duelo que permite al organismo experimentar el dolor de la pérdida. Esta sintomatología es temporal y desaparece con el tiempo^{3,4}.

En 1944, Lindeman describió el proceso de duelo como una entidad que comporta síntomas somáticos, psicológicos y de comportamiento⁵. Posteriormente, en 1984, Bowlby determinó cuatro fases evolutivas de este proceso⁶:

1. Choque o incredulidad. Se caracteriza por un aturdimiento que protege a la pareja del impacto de la pérdida. En este periodo, que puede durar desde horas hasta dos semanas, los padres pueden ser incapaces de tomar decisiones y necesitan mucha ayuda incluso para realizar las tareas más simples.

2. Nostalgia y búsqueda. Presenta episodios agudos de dolor intenso, ira y culpa. Se manifiesta como un intento consciente de buscar al hijo muerto en el que algunas mujeres refieren escuchar el llanto del bebé o sentir movimientos fetales en su interior después del parto. Los padres pueden autocriticarse por determinadas acciones que hayan realizado durante el embarazo, o pueden incluso proyectar su ira hacia el personal sanitario culpabilizándole del fatal desenlace.

3. Desorganización. Posee cierta semejanza con la enfermedad depresiva. En ella, aparece tristeza, disminución de la autoestima, falta de atención, aislamiento social y una sensación de falta de objetivos futuros. Los padres comienzan a sentirse culpables por su incapacidad para recuperarse de la pérdida y pueden adoptar el papel de enfermos para enmascarar su depresión y evitar la crítica. Es un periodo que puede durar entre seis meses y un año.

4. Reorganización. Se produce un ajuste gradual y la aceptación de la muerte del hijo. Progresivamente, se inicia la vida normal y se incluyen planes de futuro. Aunque el amor por el hijo no ha cambiado ni disminuido, los padres han aprendido de nuevo a vivir, incorporando la pérdida a sus vidas y recuperando el optimismo más allá del dolor.

Cada pareja va a experimentar el proceso de duelo según su idiosincrasia, su personalidad y su entorno sociocultural. Sin embargo, todas ellas manifiestan unos modelos generales de comportamiento que revelan la universalidad de la experiencia del duelo⁷.

Numerosos estudios apoyan la teoría de que el proceso de unión o vínculo entre la madre y el feto comienza mucho antes del nacimiento y depende en gran medida de las experiencias vividas durante la gestación. Este vínculo se ha descrito como un proceso inconsciente, en el que aparece un reconocimiento de forma gradual desde el estado de feto simbiótico hasta la condición de neonato independiente más que un proceso cognitivo y del que la madre es consciente⁷⁻¹⁰.

Los lazos afectivos se desarrollan conforme avanza la gestación, por lo que cabría esperar que el duelo fuera menor en las PP tempranas que en las tardías o en las neonatales. No obstante, los estudios revisados indican que no existe relación entre la intensidad del duelo

Cada pareja experimentará el proceso de duelo según su idiosincrasia, personalidad y entorno sociocultural

y la duración del embarazo o el grado de contacto con el neonato. En este sentido, los abortos y las pérdidas fetales se asocian con sentimientos de fracaso en la gestante, mientras que en las muertes neonatales parece estar más presente el sentimiento de ira^{11,12}. En la muerte antenatal la pesadumbre presenta algunas peculiaridades respecto al proceso de duelo habitual. La diferencia más notable es que la relación con la persona muerta no se basa en la experiencia ni en los recuerdos, sino que está constituida por las expectativas y las fantasías que los padres desarrollan respecto al futuro hijo¹³.

PLANIFICACIÓN DE LA NUEVA GESTACIÓN

Después de la PP, la mayoría de las parejas muestra un gran deseo por un nuevo embarazo a pesar de las dudas y los miedos que les invaden. Al revisar la literatura sobre el impacto de una nueva gestación tras una PP, observamos que aparecen resultados diversos, por lo que resulta difícil establecer un modelo de comportamiento uniforme y generalizado de la pareja ante la nueva gestación.

La revisión bibliográfica de Robertson y Kavanaugh en 1998 muestra que la gestación puede ayudar a los padres a resolver el proceso de duelo, disminuir la duración del periodo de aflicción de la pareja y proporcionar una mejoría en el estado de ánimo y la sensación personal de bienestar¹⁴.

Otras investigaciones recomiendan que la pareja espere entre seis meses y un año para planificar la nueva gestación, ya que consideran que es el periodo necesario para superar el proceso de duelo por la muerte anterior^{3,6,15,16}. En este sentido, los estudios de Rowe y Hunfeld evidenciaron que las mujeres que quedaban embarazadas antes de los cinco meses de la PP presentaban signos de duelo mórbido, que manifestaban a través de conductas como mostrar fotografías del niño fallecido y no tener la intención de superar su pérdida^{16,17}. Otros autores no han encontrado relación entre el momento en que se produce la nueva gestación y su efecto en la respuesta del duelo¹⁸. Los estudios revisados muestran que un 33% de las parejas concibe de nuevo durante los primeros nueve meses después de la PP, y alrededor de un 60% en el año siguiente o en los dos años posteriores^{12,18,19}.



Los antecedentes de PP conllevan que el nuevo embarazo se considere de riesgo elevado, motivo que implica un seguimiento y unos cuidados más exhaustivos. La frecuencia de los controles clínicos y las exploraciones complementarias vendrán determinados por la causa que ocasionó la PP. Este hecho va a provocar en la pareja un doble efecto: por un lado, la sensación de seguridad y control de su gestación y, por otro, un aumento de la ansiedad ante cualquier prueba y su resultado^{20, 21}.

CONDUCTA DE LA PAREJA EN LA NUEVA GESTACIÓN

Los rasgos de la personalidad de los miembros de la pareja y, en particular de la mujer, influirán en gran medida en las repercusiones psicológicas de la experiencia traumática que supone la PP y en la vivencia de la nueva gestación. Cada pareja va a reaccionar de forma distinta al nuevo embarazo aunque, en general, todas manifestarán, en mayor o menor grado, ansiedad y depresión. Además, puede aparecer un sentimiento de ambivalencia, ya que, por una parte experimentan dolor ante la PP y, por otra, alegría por el hijo que esperan. Esta sensación puede ocasionar en la mujer distimias emocionales²¹.

Diversos estudios han constatado un mayor nivel de ansiedad en las gestantes con antecedente de PP que en las que no han sufrido esta experiencia traumática; sin embargo, no existe evidencia de que este hecho se produzca en los padres²²⁻²⁴. La respuesta emocional de

la mujer será más intensa si la gestación se produce antes de los doce meses desde la PP y se acompaña con frecuencia de síntomas de depresión^{16, 24}. El estudio realizado por Garel evidenció que las mujeres embarazadas tras una PP presentaban los mismos signos depresivos que las que no decidían una nueva gestación²⁵. Por otra parte, estas mujeres manifestaban gran preocupación por el embarazo y lo referían como una experiencia estresante^{26, 27}.

Ante la noticia del embarazo pueden producirse diversas reacciones emocionales: algunas mujeres muestran alegría y júbilo, mientras que otras no manifiestan su satisfacción ni lo comunican a sus allegados hasta una edad gestacional avanzada²⁶. También se ha observado que, mientras unas aprovechan cualquier oportunidad para evocar el recuerdo de la PP y expresar sus sentimientos hacia el hijo muerto, otras rehúsan hacerlo manteniéndose poco comunicativas al respecto^{23, 26}.

En un 50% de los casos el control prenatal lo efectúan profesionales distintos a los de la anterior gestación. Esto ocurre para evitar asociaciones con la experiencia anterior y no por insatisfacción. En ocasiones, solicitan un mayor número de controles clínicos para confirmar el bienestar fetal, lo que les proporciona una mayor seguridad y tranquilidad^{20, 26}.

Es frecuente que la mujer compare el embarazo actual con la gestación anterior, lo que puede desencadenar un estado de hipervigilancia, ya que existe el temor de que algo pueda ir mal en cualquier momento, aunque los resultados del control prenatal indiquen lo contrario. Pueden incluso evidenciarse conductas de autoprotección, con un incremento del escepticismo respecto al resultado favorable del embarazo. En este sentido, existen parejas que retrasan los preparativos en torno al nacimiento del bebé e incluso pueden llegar a hacer planes por si se produjera de nuevo la muerte del hijo^{20, 28}.

Si la causa de la PP fue una anomalía congénita, la mujer siente miedo ante la posible recurrencia del problema. En muchas ocasiones, no manifiesta ilusión por la gestación actual y tiende a ocultarla a otras personas hasta obtener unos resultados de normalidad en las pruebas de diagnóstico prenatal^{20, 21}.

El nivel de ansiedad va a aumentar o disminuir en función de determinados acontecimientos durante el embarazo. Algunos hechos como superar el primer trimestre, la detección de movimientos fetales y la percepción del latido cardíaco fetal resultan relevantes porque indican el progreso favorable de la gestación y ofrecen información sobre el bienestar del feto²⁹. La mayoría de las mujeres expresa la edad gestacional en semanas en lugar de en meses, porque superar cada semana significa mayores esperanzas de éxito en el embarazo²⁶.

En ocasiones, la mujer cambia alguno de sus hábitos de vida como la dieta, el ejercicio, los viajes e incluso la actividad sexual durante la gestación, ya que creen que pudo existir una relación entre su conducta y la PP,

La matrona debe procurar que la mujer esté junto a su pareja durante todo el trabajo de parto

lo cual puede contribuir a aumentar su ansiedad²⁶. También es característico que utilice una ropa distinta a la que usó en la gestación anterior.

La gestante precisa confirmar constantemente el bienestar de su hijo, por lo que la consulta al equipo obstétrico suele ser más frecuente de lo habitual. Tiene la necesidad de percibir los movimientos fetales y, por ello, incrementa el ejercicio físico hasta confirmar la actividad fetal. Su intranquilidad va aumentando progresivamente a medida que se acerca la fecha en la que se produjo la PP^{20, 21}.

Durante la nueva gestación el umbral del dolor se encuentra disminuido, lo que provoca que la mujer acuse más las molestias habituales del embarazo. Según Pennebaker, este hecho puede considerarse una somatización de su ansiedad debido a la preocupación de sufrir una nueva PP^{18, 30}.

La presencia de sentimientos de ansiedad y depresión puede interferir en el desarrollo de lazos afectivos debido a la incompatibilidad de dichas emociones^{29, 31, 32}.

En este sentido, Hense observó una resistencia de la mujer a establecer el vínculo de apego tanto en el período prenatal como durante el parto, hecho que puede interpretarse como una respuesta materna de autoprotección para no ser lastimada de nuevo²⁶. Sin embargo, otros autores sostienen que esta respuesta emocional es un indicador del desarrollo del vínculo afectivo²³. Mientras que en una gestación normal éste se establece de forma inconsciente, en el embarazo tras una PP las mujeres manifiestan ser conscientes de este proceso^{23, 26}.

Todas las manifestaciones descritas están más acusadas en el primer embarazo después de la PP que en las siguientes gestaciones²². Suelen ser menos intensas en caso de que exista un hijo vivo, ya que, de lo contrario, la mujer puede tener un sentimiento de frustración e incluso obsesión por no ser capaz de llevar a cabo la maternidad^{14, 15, 33}.

PARTO

La proximidad del nacimiento del nuevo hijo puede convertirse en otro momento de angustia para la pareja, puesto que, durante este período, continúa el temor a la aparición de complicaciones. Los padres manifiestan ilusión ante el nacimiento del nuevo hijo, aunque, por

otra parte, aparecen inquietudes y preocupaciones ante la posibilidad de recurrencia de la PP^{20, 23}.

Durante el parto, los cuidados que el equipo obstétrico debe proporcionar a la mujer y a su pareja no difieren de los que se ofrecen a las parejas sin antecedentes de PP. No obstante, es necesario tener en cuenta que el suceso traumático repercutirá en sus reacciones emocionales. El nacimiento evocará al hijo muerto, aunque, en ocasiones, este recuerdo puede constituir una experiencia positiva al facilitar el cierre del proceso de duelo⁴.

En algunos casos, la intranquilidad materna puede ser una indicación para finalizar el embarazo, aunque no constituya *per se* una causa materna o fetal para terminar la gestación³⁴.

La matrona debe procurar que la mujer esté junto a su pareja durante todo el trabajo de parto, ya que está demostrado que el hecho de estar acompañado reduce la ansiedad materna³⁵. Durante todo el proceso debe proporcionarse información sobre la evolución del parto. Es importante explicar las exploraciones que se practican e informar sobre el bienestar fetal. Estos datos permiten a los padres mantener un mayor control y disfrutar de una vivencia positiva de la experiencia del nacimiento¹².

Al igual que ocurre durante el embarazo, en el período intraparto el umbral del dolor está disminuido¹⁸. La administración de fármacos analgésicos o anestésicos pueden contribuir a la disminución de las sensaciones dolorosas del parto.

Inmediatamente después del nacimiento, se tiene que mostrar el neonato a sus padres, con el fin de reducir los temores sobre su estado o su apariencia. Es importante tener en cuenta que algunas parejas necesitan un tiempo adicional para aliviar su preocupación, por lo que se ha de facilitar que permanezca con ellos el máximo tiempo posible, aunque en ocasiones esto suponga un cambio en los protocolos de actuación de algunos servicios de maternidad¹².

Los estudios revisados también reflejan que algunas mujeres pueden manifestar una actitud inicial de rechazo al neonato por haber idealizado al hijo anterior²², y será necesario proporcionarles un espacio de intimidad para promover la formación del vínculo materno-filial. Este contacto entre la madre y el hijo puede verse dificultado si aparecieron complicaciones en el parto o si se utilizó anestesia general, en cuyo caso, se favorecerá de momento el contacto con el padre y, en cuanto sea posible, con la madre²⁰.

PUERPERIO

El bienestar de la madre durante el embarazo va a repercutir de forma positiva en la adaptación a la maternidad³⁶; así, se ha observado que las mujeres que manifiestan su ansiedad durante el embarazo se





adaptan mejor a la maternidad que las que reaccionan con menor intensidad u ocultan sus emociones^{21, 37}. Después del nacimiento, los padres necesitan confirmar continuamente el estado de salud del neonato. Para aliviar su ansiedad es conveniente que el niño permanezca con ellos en la misma habitación, hecho que, por otra parte, promoverá la formación de los lazos afectivos. Sólo deberá separarse cuando necesite cuidados especiales, en cuyo caso se facilitará la máxima interacción entre los padres y el hijo.

Es conveniente que las exploraciones físicas que requiera el recién nacido se realicen en presencia de los padres; de ese modo, mientras los profesionales proporcionan la información sobre el estado del niño, la pareja puede comprobar su bienestar y resolver sus dudas y preocupaciones¹².

También es importante que los profesionales proporcionen educación sanitaria sobre los hábitos de alimentación, higiene, sueño y los cuidados que necesita el recién nacido. El hecho de conocer los diversos patrones de comportamiento del neonato ayuda a los padres a reducir sus temores y angustias. Las visitas

domiciliarias de la matrona durante el puerperio tienen gran importancia en este caso, ya que permiten valorar la interacción madre-hijo y detectar alteraciones en la adaptación de la mujer a su nuevo rol de madre. Es frecuente que, una vez en el domicilio, los padres sigan sintiendo ansiedad y temor a la muerte del hijo¹².

En los estudios revisados no existen conclusiones sobre las repercusiones de la PP en el cuidado del siguiente hijo. No hay que olvidar que el nacimiento del nuevo bebé provoca la aparición de recuerdos de la pérdida anterior. En ocasiones, constituye un medio para la resolución del duelo perinatal, mientras que en otras, representa una forma de evitar el dolor de la pérdida^{12, 14, 36, 38}. Si el proceso de duelo se superó correctamente, los padres reconocerán la identidad propia del recién nacido sin considerarlo un sustituto del hijo anterior y se adaptarán de forma adecuada a su rol de paternidad; sin embargo, en algunos casos reconocen abiertamente que consideran al nuevo hijo un sustituto del que perdieron³⁹.

También puede aparecer el denominado síndrome del niño vulnerable, que se caracteriza por una percepción distorsionada del hijo por parte de los padres y que conduce a una sobreprotección^{10, 40, 41}. La gran preocupación por la salud del niño puede provocar comportamientos como la vigilancia excesiva de su respiración mientras duerme y una mayor inquietud la primera vez que se pone enfermo. Asimismo, existen dificultades para separarse del hijo, lo que interfiere en el desarrollo de su independencia^{10, 20}.

Las matronas deben informar a los padres sobre la aparición de estos sentimientos e indicarles que irán desapareciendo a medida que se adapten y asuman el nuevo rol de paternidad.

En los estudios revisados se describe que en la vivencia de la maternidad tras una pérdida perinatal se experimentan niveles de ansiedad más o menos elevados. Las matronas deben conocer las reacciones emocionales que puede manifestar la pareja durante este periodo y ofrecerles apoyo y ánimo para que exterioricen sus preocupaciones. Los cuidados a la mujer y la educación sanitaria durante el embarazo, parto y puerperio deben realizarse en función de las necesidades individuales de cada pareja para facilitar la adaptación a la maternidad. Todos los profesionales de la salud que participan en el cuidado de la mujer deben conocer los antecedentes familiares, con el fin de evitar comentarios que pudieran resultar dolorosos o desagradables para la pareja.

Si el duelo se superó correctamente, los padres reconocerán la identidad propia del recién nacido

BIBLIOGRAFÍA

1. Cerqueira MJ. Muerte fetal anteparto (sine cause). En: Cabero L. Riesgo elevado obstétrico. Barcelona: Masson, 1996.
2. Cordle CJ, Prettyman RJ. A 2-year follow-up of women who have experienced early miscarriage. J Repro Infant Psychol 1994; 12: 37-43.

3. Dickason E, Silverman B, Schult M. Duelo perinatal. En: *Enfermería materno-infantil*, 3.ª ed. Madrid: Harcourt Brace, 1999.
4. Steirman ED. Aspectos emocionales de la muerte perinatal. *Clin Obstet Ginecol* (ed esp) 1987; 2: 235-244.
5. Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry* 1944; 101: 141-148.
6. Savage JA. *Duelo por las vidas no vividas*. Barcelona: Luciérnaga, 1992.
7. Rubin R. *Maternal identity and the maternal experience*. Nueva York: Springer Publishing, 1984.
8. Kellner KR, Donnelly WH, Gould SD. Parental behavior after perinatal death. Lack of predictive demographic and obstetric variables. *Obstet Gynecol* 1984; 63: 809.
9. Cranley M. Development of a tool of the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nurs Res* 1981; 30(5): 257-281.
10. Theut SK, Moss HA, Zaslow MJ, Ravinovich BA, Levin L, Bartko JJ. Perinatal loss and maternal attitudes toward the subsequent child. *Infant Mental Health J* 1992; 13: 157-166.
11. Peppers LG, Knapp RJ. Maternal reactions to involuntary fetal/infant death. *Psychiatry* 1980; 43: 155.
12. Robertson PA, Kavanaugh K. Supporting parents during and after a pregnancy subsequent to a perinatal loss. *J Perinat Neonat Nurs* 1998; 12(2): 63-71.
13. Ewton DS. A perinatal loss follow-up guide for primary care. *Nurse Pract* 1993; 18: 30.
14. Wolff J, Nelson P, Schiller P. Emotional reaction to stillbirth. *Am J Obstet Gynecol* 1970; 108: 73-76.
15. Forrest GC, Standish E, Baum JD. Support after perinatal death: a study of support and counseling after perinatal bereavement. *BMJ* 1982; 285: 1.475-1.479.
16. Rowe J, Clyman R, Green C, Mikkelsen C, Haight J, Ataide L. 17. Follow-up of families who experience a perinatal death. *Pediatrics* 1978; 62: 166-170.
17. La Roche C, Lalinec-Michaud M, Engelsmann F et al. Grief reactions to perinatal death – a follow-up study. *Can J Psychiatry* 1984; 29: 14-19.
18. Hunfeld JA, Taselaar-Kloos AK, Agterberg G, Wladimiroff JW, Passchier J. Trait anxiety, negative emotions, and the mothers' adaptation to an infant born subsequent to late pregnancy loss: a case-control study. *Prenat Diag* 1997; 19(9): 843-851.
19. Swanson K. Effects of caring, measurement and timing on miscarriage impact and women's well-being in the first year subsequent to loss. *Nurs Res* 1999; 48(6): 288-298.
20. Phipps S. The subsequent pregnancy after stillbirth: anticipatory parenthood in the face of uncertainty. *Int J Psychiatry* 1985; 15(3): 243-264.
21. Hunfeld JA, Agterberg G, Wladimiroff W, Passchier J. Quality of life and anxiety in pregnancies after late pregnancy loss: a case-control study. *Prenat Diag* 1996; 16: 783-790.
22. Theut S, Pedersen F, Zaslow M, Rabinovich B. Pregnancy subsequent to perinatal loss: Parental anxiety and depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27: 289-292.
23. Armstrong D, Hutti M. Pregnancy after perinatal loss: the relationship between anxiety and prenatal attachment. *JOGNN* 1998; 27(2): 183-189.
24. Hughes PM, Turton P, Evans CDH. Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: cohort study. *BMJ* 1999; 318: 1.721-1.724.
25. Garel M, Blondel B, Lelong L, Bonenfant S, Kaminski M. Long-term consequences of miscarriage: the depressive disorders and the following pregnancy. *J Repro Infant Psychol* 1994; 12: 233-240.
26. Côté-Arsenault D, Mahlangu N. Impact of perinatal loss on the subsequent pregnancy and self: women's experiences. *JOGNN* 1999; 28(3): 274-282.
27. Statham H, Green JM. The effects of miscarriage and other 'unsuccessful' pregnancies on feelings early in a subsequent pregnancy. *J Repro Infant Psychol* 1994; 12: 45-54.
28. Wilson AL, Soule DJ, Fenton LJ. The next baby: Parents' responses to perinatal experiences subsequent to a stillbirth. *J Perinatol* 1988; 8(3): 188-192.
29. Brost L, Kenney JW. Pregnancy after perinatal loss: parental reactions and nursing interventions. *J Obstet Gynecol Neonat Nurs* 1992; 21(6): 457-463.
30. Paarlberg KM, Vingerhoets AJ, Passchier J, Heinen AG, Dekker GA, van Geijn HP. Psychosocial factors as predictors of maternal well-being and pregnancy-related complaints. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1996; 17(2): 93-102.
31. Avant K. Anxiety as a potential factor affecting maternal attachment. *JOGNN* 1981; 10: 416-419.
32. Gaffney K. Maternal-fetal attachment in relation to self-concept and anxiety. *Maternal-Child Nursing Journal* 1986; 15(2): 91-101.
33. Stumpf V. The promise of tomorrow: Subsequent pregnancy after prenatal loss. *Int Jnl Childbirth Educ* 1994; 9(1): 29-30.
34. Monleón J, Domínguez R, Mínguez JA, Perales A, Valero FJ. Identificación y control de las pacientes con parto de riesgo elevado. En: Cabero L. *Riesgo elevado obstétrico*. Barcelona: Masson SA, 1996.
35. Melchor JC. Presencia y ayuda familiar durante el parto. En: Fabre E. *Manual de asistencia al parto y puerperio normal*. Zaragoza: Fabre E ed, 1995.
36. Mothander PR. Maternal adjustment during pregnancy and the infant's first year. *Scan J Psychol* 1992; 33: 20-28.
37. Andersen I. Transition to parenthood research. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1984; 3: 3-16.
38. Davis DL, Stewart M, Harmon RJ. Postponing pregnancy after perinatal death: perspectives on doctors' advice. *J Am Acad Child Psychiatry* 1989; 28: 481-487.
39. Cuisinier M, Janssen H, de Graauw C, Bakker S, Hoogduin C. Pregnancy following miscarriage: Course of grief and some determining factors. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1996; 17: 168-174.
40. Green M, Solnit AJ. Reactions to the threatened loss of a child: a vulnerable child syndrome. *Pediatric management of the dying child, part III*. *Pediatrics* 1964; 34: 58-66.
41. Cummings ME, Davies PT. Maternal depression and child development. *J Child Psychol Psychiatry* 1994; 35: 73-112.

Correspondencia

M.ª Rosa Rozas: rrozaz@bell.uv.es
Lidia Francés: lfrances@bell.uv.es