

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v5i3.2171>

Duelo perinatal en mujeres residentes de Morelia, Michoacán, México

Perception of perinatal grief in women residents of Morelia, Michoacán,
México

Ángel Francisco Serna Cardona

1704736f@umich.mx

<https://orcid.org/0009-0001-1567-7115>

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Morelia, Michoacán – México

Alma Rosa Picazo Carranza

alma.picazo@umich.mx

<https://orcid.org/0000-0001-9954-0792>

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Morelia, Michoacán – México

Silvia Paniagua Ramírez

silvia.paniagua@umich.mx

<https://orcid.org/0000-0002-9374-5428>

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Morelia, Michoacán – México

María del Carmen Jiménez Martínez

carmen.jimenez.martinez@umich.mx

<https://orcid.org/0009-0005-7433-7612>

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Morelia, Michoacán – México

José Guadalupe Santillán Morelos

jose.santillan@umich.mx

<https://orcid.org/0009-0007-2436-5310>

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Morelia, Michoacán – México

Artículo recibido: 20 de mayo de 2024. Aceptado para publicación: 05 de junio de 2024.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

Las pérdidas perinatales tienen un impacto en la vida de la madre, ocasionando un duelo perinatal que suele extenderse a la familia y que requiere apoyo de los profesionales de enfermería. Objetivo. Evaluar el duelo perinatal en mujeres residentes de Morelia, Michoacán, México. Estudio cuantitativo con diseño no experimental, observacional, descriptivo y transversal. Muestra no probabilística de 115 mujeres de 15 a 45 años usuarias de consulta externa de una unidad de salud de Morelia, Michoacán, México. Escala de Duelo Perinatal con 33 ítems y escala tipo Likert de cinco opciones de respuesta, a mayor puntaje se considera duelo patológico ($\geq .95$). El análisis estadístico se realizó con estadística descriptiva con uso del programa SPSS v.27. Se consideró investigación sin riesgo, con respeto a la dignidad de las participantes. Del total de mujeres, 69.6% cursaron estudios de licenciatura, 55.7% eran casadas, 53% laboraban como empleadas y 62.6% eran católicas. La media de edad fue 32.67 (DE = 6.47), con rangos de 19 – 45 años. Se identificó duelo patológico en la escala total (71.3%) y en las subescalas duelo activo (87.8%), dificultad para afrontar la pérdida (58.3%) y desesperanza

(55.7%). En siete de cada 10 mujeres que tuvieron pérdida neonatal hubo duelo patológico, lo que requiere la participación de enfermería y el equipo multidisciplinario de la salud para tratar los duelos de las madres afectadas.

Palabras clave: duelo, muerte perinatal, enfermería, enfermería neonatal

Abstract

Introduction. Perinatal losses have an impact on the mother's life, causing perinatal grief that usually extends to the family and requires support from nursing professionals. Objective. Evaluate perinatal grief in women residents of Morelia, Michoacán, Mexico. Quantitative study with non-experimental, observational, descriptive and transversal design. Non-probabilistic sample of 115 women aged 15 to 45 years who are outpatient clinic users of a health unit in Morelia, Michoacán, Mexico. Perinatal Grief Scale with 33 items and a Likert-type scale with five response options, the higher the score is considered pathological grief ($\alpha = .95$). The statistical analysis was carried out with descriptive statistics using the SPSS v.27 program. It was considered risk-free research, with respect for the dignity of the participants. Of the total participants, 69.6% completed bachelor's degrees, 55.7% were married, 53% worked as employees, and 62.6% were Catholic. The mean age was 32.67 (SD = 6.47), with ranges of 19 – 45 years. Pathological grief was identified in the total scale (71.3%) and in the subscale's active grief (87.8%), difficulty coping with the loss (58.3%) and hopelessness (55.7%). In seven out of 10 women who had neonatal loss there was pathological grief, which requires the participation of nursing and the multidisciplinary health team to treat the grief of the affected mothers.

Keywords: grief, perinatal death, nursing, neonatal nursing

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons . 

Cómo citar: Serna Cardona, A. F., Picazo Carranza, A. R., Paniagua Ramírez, S., Jiménez Martínez, M. del C., & Santillán Morelos, J. G. (2024). Duelo perinatal en mujeres residentes de Morelia, Michoacán, México. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 5 (3), 1956 – 1967. <https://doi.org/10.56712/latam.v5i3.2171>

INTRODUCCIÓN

La muerte es inevitable en los seres humanos, pero algunas muertes suelen ser más dolorosas, especialmente las muertes que se presentan en la etapa perinatal, considerada como aquella que ocurre desde las 22 semanas completas (154 días después de la gestación) y termina siete días después del nacimiento del producto (Instituto Nacional de Salud de Colombia, 2022).

Igualmente, trágica es la muerte que sucede durante la etapa fetal, es decir, cuando la muerte se presenta previa a la completa expulsión o extracción de su madre de un producto de la concepción con independencia de la duración del embarazo, de acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010).

En ambos casos, las cifras no son alentadoras. En el año 2022 la OMS (2024a) calcula que murieron 2.3 millones de niños nacidos durante la etapa perinatal; en tanto que cada año se producen casi 2 millones de muertes prenatales, es decir, una cada 16 segundos (OMS, 2024b). En México los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2022) registraron 25 041 muertes fetales en 2022, con una tasa nacional de 72.2 por cada 100.000 mujeres en edad fértil. Del total de muertes, 83.2% ocurrió antes del parto, 15.8% durante el parto y en 1.0% no se especificó el momento.

Los datos previos muestran que la meta establecida en el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3 Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas y todos en todas las edades (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2024), que busca que para el año 2030 se ponga fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de cinco años, buscando que los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, lo que, por lo menos para México, aún está lejos de lograrse (ONU Mujeres, 2024).

Y esto es así porque para abatir la muerte neonatal y perinatal se deben controlar las causas que las provocan. Respecto a las muertes en recién nacidos, las principales causas de defunción son el parto prematuro, las complicaciones en el parto (asfixia perinatal o traumatismo obstétrico), infecciones neonatales y anomalías congénitas (OMSa, 2024). Por otra parte, las causas de la muerte fetal pueden ser múltiples, desde etiologías fetales (malformaciones, alteraciones cromosómicas), maternas (antecedentes patológicos, patologías placentarias y líquido amniótico), hasta causas externas (trauma externo), de acuerdo con Redondo – De Oro et al. (2016).

En México las afectaciones al feto por factores maternos y por complicaciones tanto del embarazo como del trabajo de parto y del parto mismo constituyeron el 43.9% de las principales causas de muerte fetal (INEGI, 2022). Y la muerte perinatal tiene consecuencias en la esfera emocional, pero también en la económica y la social, por lo que resulta muy relevante el correcto manejo del proceso de duelo debido a que la muerte perinatal se ha descrito como un importante factor de riesgo para la ruptura de pareja que se exacerba si no se produce una adecuada gestión y comunicación durante dicho proceso, en virtud de la afectación a la dinámica familiar (Guerrero, 2022) y a que si el duelo perinatal en la mujer se invisibiliza, en el padre es mucho mayor (Montañés, 2022).

Las muertes perinatales están en el foco de los organismos internacionales, quienes, en consonancia con el ODS 3, reconocen la importancia de tener una cobertura en salud que permita la supervivencia de las madres, los recién nacidos y los niños debido a que eso contribuirá a un nivel de salud y bienestar físico y mental y, por tanto, a conseguir un mundo que sea equitativo y sostenible (OMS, 2024c).

En México desde el año 2013 el Programa de Acción Específico (PAE) de Salud Materna y Perinatal se constituyó como el instrumento de la política nacional de salud con el que se buscó contribuir al cumplimiento de los llamados Objetivos de las Metas del Milenio, ahora los ODS. Este programa planteaba la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de salud, brindando atención

pregestacional, prenatal integral, efectiva, oportuna y programada a toda mujer en edad fértil así como control prenatal integral (Gobierno de México, 2015). El Estado de Michoacán de Ocampo no es la excepción y fortalece acciones desde el primer nivel de atención con intervenciones integrales desde el inicio del embarazo a fin de prevenir la muerte materna y perinatal realizando acciones de atención preconcepcional (Gobierno de Michoacán, 2020).

Recientemente, el Senado de la República integró medidas para evitar la muerte fetal y perinatal estableciendo la obligatoriedad de proveer capacitación adecuada por parte de autoridades sanitarias al personal de salud para enfrentar los casos. El proyecto, que fue remitido a la Cámara de Diputados, contempla los permisos de duelo a madres y padres trabajadores por la muerte fetal o perinatal (Canal del Congreso, 2023). Así que, el 6 de mayo de 2024 fue avalado el dictamen de la iniciativa para prevenir y eliminar la discriminación en materia de derecho al duelo por muerte perinatal o neonatal (Cámara de Diputados LXV Legislatura, 2024).

Como puede apreciarse, es necesario tomar en cuenta el bienestar físico, psicológico y emocional de la madre y el padre que sufren una pérdida familiar, ya que la muerte prenatal tiene consecuencias psicológicas para las mujeres y sus familias, tales como la depresión materna, repercusiones económicas; además, y en muchos casos, puede considerarse un tema tabú y provocar estigmatización en las mujeres que sufren pérdidas neonatales (OMS, 2024b) debido a que destruye las expectativas de los padres y de la sociedad en sí y se considera un hecho antinatural que un hijo muera antes que sus padres (Gobierno Vasco, sf) y, al mismo tiempo, representa una ruptura en el proceso natural de la vida, puesto que rompe con las expectativas respecto de los procesos biológicos (Noope, 2000, como se citó en Mota et al., 2011).

Se ha documentado que las muertes perinatales generan un impacto psicológico, emocional y económico para los padres y familiares; cuyas manifestaciones de duelo incluyen aspectos físicos (vacío en el estómago, palpitaciones, sueño o pesadillas); emocional (aturdimiento, tristeza, culpa, reproche, rabias, desesperación, anhedonia, soledad, vacío o añoranza); conductual (mente ausente, aislamiento social, crisis de llanto, conductas de búsqueda, consumo de tóxicos o hiperactividad); psicológico (negación, ideas de suicidio, falta de concentración y memoria) y espiritual (búsqueda de sentido, conciencia propia de la mortalidad y replanteamiento de creencias) (López – García, 2011).

Desde enfermería también se han investigado las manifestaciones específicas del duelo perinatal, cuyas principales áreas incluyen la sensitiva, sensorial, cognitiva, perceptiva y conductual (Castro, 2016). De igual manera, no se descarta que la madre o el padre tengan un alto riesgo de sufrir episodios de ansiedad y depresión después del fallecimiento de su hijo o hija (Pariona – Gutiérrez, 2023).

La muerte perinatal, por tanto, lleva a experimentar el duelo perinatal. Cabe resaltar que en la práctica clínica y en la literatura científica la acepción es mucho más amplia (Fernández, 2021) y se considera que el duelo perinatal no sólo ocurre en las muertes producidas en el período perinatal, sino que se extiende a los abortos, partos de fetos inmaduros y las reacciones al tener un hijo con anomalías congénitas (Martos – López et al., 2016). Este proceso conocido como duelo perinatal suele ser invisibilizado, olvidado o incluso desautorizado (Vicente, 2014; Candil, 2023; López – García, 2011; Martos – López et al., 2016).

El duelo perinatal desautorizado se refiere a la dimensión interpersonal o aspecto social y se aplica a los duelos que no pueden ser socialmente reconocidos o públicamente expresados (Pastor, 2016); el duelo perinatal invisible, por otra parte, se debe a que la pérdida perinatal se sufre en soledad y sin apoyos de tipo familiar, social e incluso institucional, ya que los familiares no se sienten autorizados a expresar sus emociones y sentimientos, y les es difícil encontrar una escucha adecuada a su malestar (López – García, 2011).

Por tanto, un proceso de duelo mal atendido puede desarrollar en los progenitores alteraciones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales. Así, en los casos en los que hay mayor afectación aparecen aspectos propios del insomnio, depresión, aislamiento social, trastornos alimenticios, enfermedades crónicas o crisis personales (Cámara de Diputados LXV Legislatura, 2024). Y es muy común que cuando se presenta una muerte perinatal intempestiva, la madre no se encuentra preparada para reaccionar, y si no se actúa de manera oportuna el duelo perinatal a corto o largo plazo apoyado requerirá psicoterapéutico o incluso farmacológico por las repercusiones que provoca no sólo en la madre, sino también en la familia.

El duelo perinatal se define como la experiencia de los padres que comienza inmediatamente después de la pérdida de un bebé a través de la muerte por aborto involuntario, muerte fetal, pérdida neonatal o terminación electiva por anomalías fetales (Fenstermacher y Hupcey, 2013, como se citó en Fernández, 2021). Como ya se señaló, si el duelo no es tratado de manera oportuna y correcta, puede derivar en un duelo patológico, también llamado complicado o crónico, que interfiere sensiblemente en el funcionamiento general de la persona, comprometiendo su salud y esto puede durar años e inclusive cronificarse indefinidamente (Martínez, 2016), ya que un proceso de duelo normal oscila de dos a tres o cuatro años aproximadamente, aunque se ha documentado que algunos aspectos pueden influir de manera positiva en su elaboración, incrementando o disminuyendo su duración e intensidad (Barreto y Sánchez, 2019; Pastor, 2016).

Ahora bien, el duelo perinatal no sólo impacta negativamente en la madre y el padre, sino que también se vive de modo paralelo en familiares directos y amigos cercanos que, aunque no lo experimentan en la misma intensidad, precisan de un apoyo mutuo para su correcto afrontamiento (Gómez, 2022), porque aunque el duelo perinatal es un proceso normal, no lo son las circunstancias en las que se desarrolla debido a la existencia de factores personales, psicosociales y situacionales que influyen en la manera en que progresa el proceso del duelo perinatal (Pastor, 2016).

Y lo mismo suele suceder con los profesionales de la salud, ya que si ignoran los protocolos específicos para esta situación, cómo abordar la muerte perinatal y cómo comportarse con la madre, se enfocarán en los aspectos médicos y administrativos de la muerte perinatal y dejarán de lado el aspecto emocional; lo que hace que, en ocasiones, ellos adopten una actitud no siempre correcta ante una pérdida gestacional, tales como las conductas evitativas derivadas de sentimientos de incompetencia para hacer frente a estas situaciones. (Serrano et al., 2015; Pariona – Gutiérrez, 2023). Estas actitudes o conductas pueden deberse a falta de conocimiento, recursos y formación en aspectos tanatológicos (Montañés, 2022).

Es decir, para enfermería, la posibilidad de la muerte subyace al propio cuidado, y en el caso de la muerte perinatal se presenta desde que reciben a una mujer embarazada hasta la atención del parto, ya que la muerte es un continuum de la vida. A pesar de vivir la experiencia de la muerte prácticamente desde su formación y a que el proceso de muerte y del duelo es parte inherente de su cuidado, enfrentarse a la muerte perinatal le exige a la enfermera y enfermero enfrentarse a sus propios miedos ante la muerte y a la posibilidad de experimentar el fracaso personal, la impotencia y la necesidad de distanciarse de esos padres en duelo porque muchas veces se sienten incapaces de hacer frente a la magnitud de los sentimientos de los padres ante la pérdida (Martos – López et al., 2016), lo que puede tener consecuencias directas no deseables en la mujer y su familia (Elorz, 2016).

Esto es necesario porque los cuidados integrales humanizados e individualizados que prestan los profesionales de salud, específicamente enfermería, pueden facilitar el proceso natural de duelo y, para los padres, las intervenciones de apoyo y comprensión por parte de las enfermeras y enfermeros, supone un punto primordial para elaborar un duelo saludable (Ortega, 2021).

A partir de lo expuesto previamente, los autores propusieron como objetivo general evaluar el duelo perinatal en mujeres residentes de Morelia, Michoacán, México.

METODOLOGÍA

La propuesta metodológica para esta investigación fue con enfoque cuantitativo, en tanto que el diseño fue no experimental, observacional, descriptivo y transversal. (Argimon y Jiménez, 2019; Grove y Gray, 2019).

Se consideró que esta investigación tuviera una muestra no probabilística de 115 mujeres residentes de una ciudad del centro occidente de México, quienes fueron seleccionadas con un muestreo a conveniencia.

Fueron seleccionadas mujeres residentes de Morelia, Michoacán, México que acudieron al servicio de consulta externa de un hospital público, con edades de 15 a 45 años, quienes sufrieron una pérdida neonatal en los últimos cinco años. Se excluyeron a mujeres con embarazo actual y se eliminaron las cédulas de colecta de datos incompletas.

Para medir el duelo perinatal se utilizó la Escala de Duelo Perinatal (Perinatal Grief Scale o PGS) que fue elaborada por Toedter y colaboradores en 1988 (Fernández-Alcántara, 2023, p. 68). Esta es una escala autoadministrada que permite valorar diferentes reacciones ante el duelo tales como depresión, enfado, disfunción social o espiritual, pérdida de control o culpa y consta de 33 ítems o reactivos que emplean una escala de Likert de cinco puntos que van desde 1 = estoy totalmente en desacuerdo, 2 = no estoy de acuerdo, 3 = ni estoy de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = estoy de acuerdo y 5 = estoy totalmente de acuerdo.

La escala está conformada por tres subescalas: duelo activo (ítems 1, 3, 5, 6, 7, 10, 12, 13, 14, 19, 27) que corresponde a las reacciones normales del duelo; dificultad para afrontar la pérdida (ítems 2, 4, 8, 11, 21, 24, 25, 26, 28, 30, 33) que describe el estado de salud mental de la mujer, lo que incluye síntomas depresivos, sentimientos de culpa, falta de apoyo social y problemas en la relación de pareja; y, desesperanza (ítems 9, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 29, 31, 32), que indica síntomas que perduran en el tiempo y que dependen, entre otras cosas, de los recursos de afrontamiento de las mujeres que experimentan el duelo perinatal (Mota et al., 2011). La escala obtuvo buen índice de confiabilidad ($\alpha = .95$).

Los autores establecieron que cada subescala tiene rangos de 11 - 55 puntos, mientras que la suma de las tres subescalas o escala total considera un rango de 33 - 165 puntos, donde un puntaje de 90 o más indicará morbilidad psiquiátrica (33 - 89 = sin duelo y 90 - 165 = duelo patológico).

Adicionalmente se elaboró una cédula que incluyó variables sociodemográficas (edad, escolaridad, estado civil, ocupación y religión) y datos gineco-obstétricos (número de hijos, número de embarazos, número de partos por vía vaginal, número de cesáreas, número de abortos, tiempo de pérdida de bebé y edad gestacional del bebé)

El procedimiento establecido para esta investigación incluyó la elaboración y aprobación del protocolo y posteriormente se acudió al servicio de consulta externa de un hospital público del centro occidente de México donde se solicitó autorización de las autoridades. Una vez en el servicio se acudió al inicio del turno para abordar a las mujeres que acudían a consulta y de manera respetuosa se realizaba la pregunta para identificar si habían sufrido alguna pérdida neonatal, cuando la respuesta era afirmativa se les explicaba el objetivo del estudio y se les invitaba a participar. Cuando accedían se entregaba la carta de consentimiento informado en materia de investigación para su firma y se entregaba la cédula de colecta. El investigador principal se mantenía atento por si surgían dudas. Al concluir se agradece a las participantes y se ofrecía la oportunidad de enviar los resultados y se brindaba información de las

instituciones de salud que brindan cuidados psicológicos o psiquiátricos por si lo requerían. En todo momento se respetó el derecho a la dignidad de las personas.

El análisis estadístico incluyó estadística descriptiva mediante medidas de tendencia central y de dispersión cuando las variables fueron cuantitativas y de frecuencias y porcentajes al tratarse de variables cualitativas. Los datos se procesaron en el programa SPSS versión 27 para Mac. Para la presentación de los resultados se elaboraron tablas.

Esta investigación se consideró sin riesgo de acuerdo con la normatividad de México y se respetó en todo momento la dignidad de las mujeres participantes, proporcionando privacidad para contestar la cédula y respetando su anonimato y el derecho a no continuar contestando cuando así lo decidieron (Diario Oficial de la Federación, 2012; Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2014; Asociación Médica Mundial, 2013; Organización Panamericana de la Salud, 2017), enfatizando que no hacerlo no influiría en la atención recibida en la unidad de salud. Se explicó a las participantes que la información obtenida se utilizaría con fines académicos pero que sus datos personales no serían revelados,

RESULTADOS

En este estudio, 69.6% de las participantes cursaron estudios de licenciatura, 55.7% se encontraban casadas, 53% laboran como empleadas y 62.6% se refieren como católicas. La media de edad de las mujeres fue 32.67 (DE = 6.47), con rangos de 19 – 45 años. Ver tabla 1.

Tabla 1

Datos sociodemográficos y obstétricos de las participantes (n = 115)

Datos sociodemográficos	□	%
Escolaridad		
Primaria	3	2.6
Secundaria	11	9.6
Media superior	21	18.3
Superior	80	69.6
Estado civil		
Soltera	23	20
Casada	64	55.7
Unión libre	28	24.3
Ocupación		
Ama de casa	22	19.1
Empleada	61	53.0
Otro	32	27.8
Religión		
Católica	72	62.6
Cristiana	20	17.4
Otra	23	20.0

En los datos obstétricos se identificó que 71.3 % de las mujeres tuvieron de 1 – 2 embarazos, 89.6 % reportaron de 0 – 1 partos vaginales y el mismo porcentaje de 0 – 1 cesáreas, 96.5% informaron de 1 – 3 abortos y 42.6% de las participantes sufrieron la pérdida de su producto entre las semanas 0 a 11, como se observa en la tabla 2.

Tabla 2

Datos obstétricos de las participantes (n = 115)

Datos obstétricos	□	%
Embarazos		
1 – 2	82	71.3
3 – 4	28	24.3
5 – 6	5	4.3
Partos		
0 – 1	103	89.6
2 – 3	12	10.4
Cesáreas		
0 – 1	103	89.6
2 – 3	12	10.4
Abortos		
1 – 3	111	96.5
4 – 6	4	3.5
Edad gestacional del producto al momento de la pérdida		
0 – 11	49	42.6
12 – 19	21	18.3
20 – 27	21	18.3
28 – 41	24	20.9

Respecto al duelo perinatal, en la tabla 3 se aprecia que hubo duelo patológico en la escala total (71.3%) y en las subescalas duelo activo (87.8%), dificultad para afrontar la pérdida (58.3%) y desesperanza (55.7%).

Tabla 3

Duelo perinatal (n = 115)

Duelo perinatal	□	%
Escala total		
Sin duelo	33	28.7
Duelo patológico	82	71.3
Subescalas		
Duelo activo		
Sin duelo	14	12.2
Duelo patológico	101	87.8
Dificultad para afrontar la pérdida		
Sin duelo	48	41.7
Duelo patológico	67	58.3
Desesperanza		
Sin duelo	51	44.3
Duelo patológico	64	55.7

CONCLUSIÓN

En cuanto a la edad, en esta muestra cinco de cada 10 de las participantes se ubicaron en los rangos de 30 – 34 años (27 %) y 35 – 39 (27 %), igual que el estudio de Mota et al. (2021) donde la media de edad de mujeres de la Ciudad de México; fue de 30.51 años; aunque mayor a lo reportado por INEGI

(2022) en donde las mujeres de 20 – 24 años (24.2 %) y de 25 – 29 años (23.3 %), 45.5 % del total, concentraron las defunciones fetales.

En relación con la escolaridad, casi siete de cada 10 participantes del estudio contaban con estudios de licenciatura, mayor al reporte del INEGI (2022), donde predominó el nivel de secundaria completa o incompleta en 34 %.

Respecto al estado civil, cinco de cada 10 de las mujeres de esta investigación estaban casadas, semejante al resultado de Mota et al. (2021) donde siete de cada 10 personas de muestra fueron casadas; pero fue diferente a la información de INEGI (2022), que encontró que el mayor número de casos de embarazo que derivó en la muerte del producto se presentó en mujeres que vivían en unión libre, con 53.1 %.

Al comparar la situación laboral, en esta muestra cinco de de cada 10 de las participantes refirió que trabajaba como empleadas y casi dos de cada 10 se refiere como ama de casa, contrario a lo identificado en INEGI (2022), donde 68 % declaró que no trabajaba y semejante al estudio de Mota et al. (2021) donde el mismo porcentaje no laboraba.

En este estudio la pérdida gestacional se ubicó en el primer trimestre en cuatro de cada 10 mujeres, semejante al estudio de Mota et al. (2021), aunque fue definitivamente menor que los resultados de INEGI (2022), donde casi cuatro de cada 10 mujeres mexicanas reportaron una muerte fetal intermedia, es decir, de las 20 a las 27 semanas de gestación.

Al analizar el nivel de duelo perinatal se encontró que siete de cada 10 participantes presentó duelo patológico, mayor a lo reportado por Fernández (2021) quien encontró duelo complicado en 53.9% mujeres de varios centros hospitalarios de Málaga, España, aunque semejante a Ridaura et al. (2017), donde las mujeres de Barcelona presentaron sintomatología propia del duelo, aunque las autoras mencionan que disminuyó significativamente al cabo de un año, tal como lo mencionan otros autores que consideran que el duelo perinatal puede durar de dos a cuatro años, aunque es posible que a los seis meses la pérdida deje de ser el centro de la vida emocional de los padres (Pastor, 2016). A ese respecto, actualmente existe una coincidencia en la literatura respecto al duelo que señala que el duelo resuelto no es necesariamente aquel en el que la sintomatología y el malestar han desaparecido, ni tampoco aquel donde se produce una desvinculación con el ser querido que ha fallecido (Pastor, 2016).

En cuanto a las subescalas del duelo perinatal, el mayor porcentaje se observó en el duelo activo, donde ocho de cada 10 mujeres presentaron reacciones normales durante el duelo Mota et al., 2011).; en la subescala dificultad para afrontar la pérdida, la mitad de las participantes presentaron duelo patológico en algunos de los siguientes elementos, tales como síntomas depresivos, sentimientos de culpa, falta de apoyo social y problemas en la relación de pareja Mota et al., 2011).; y. finalmente, en la subescala desesperanza, se identificó que en la mitad de las mujeres que contestaron la cédula se encontró duelo patológico, lo que indica que pueden experimentar síntomas que perduran en el tiempo y que dependen, entre otras cosas, de los recursos de afrontamiento de las mujeres que experimentan el duelo perinatal (Mota et al., 2011).

El duelo perinatal es una realidad insoslayable entre las mujeres mexicanas, quienes viven el proceso de la muerte en una sociedad que suele invisibilizar, con poco apoyo de los profesionales de enfermería para afrontarlo. Y con un sistema de salud que poco a poco establece medidas para garantizar un cuidado humanizado.

REFERENCIAS

- Argimon, J.M. y Jiménez, J. (2019). *Métodos de Investigación Clínica y Epidemiológica*. Elsevier.
- Asociación Médica Mundial. (2013). Declaración de Helsinki. <http://bit.ly/3wOoJxm>
- Barreto, C.A. y Sánchez, J.A. (2019). Duelo perinatal. Revisión teórica. [Tesis de Licenciatura, Corporación Universitaria Minuto de Dios]. <https://repository.uniminuto.edu/handle/10656/7723>
- Cámara de Diputados LXV Legislatura. (2024). Avala Pleno reformas para prevenir y eliminar discriminación en materia de derecho al duelo por muerte perinatal o neonatal: Sofía Gómez. <https://comunicacionsocial.diputados.gob.mx/index.php/notilegis/avala-pleno-reformas-para-prevenir-y-eliminar-discriminacion-en-materia-de-derecho-al-duelo-por-muerte-perinatal-o-neonatal-sofia-gomez>
- Canal del Congreso. (2023). Impulsan reforma contra muerte perinatal. <https://www.canaldelcongreso.gob.mx/noticias/16536/Impulsanreformacontramuerteperinatal>
- Candil, G. (2023). Producción de cuidados en abordajes integrales del duelo perinatal desde los aportes del Trabajo Social en salud. *Rev. Plaza Pública*, 15(28), 32 – 47. <https://ojs2.fch.unicen.edu.ar/ojs-3.1.0/index.php/plaza-publica/article/view/1716>
- Castro, O.P. (2016). Validación del diagnóstico enfermero duelo en casos de pérdida perinatal. [Tesis de Doctorado, Universidad de Cádiz]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=51080>
- Diario Oficial de la Federación. (2013). NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. <https://bit.ly/3PTcCYp>
- Elorz, J. (2016). Guía para la atención a la muerte perinatal. [Tesis de Licenciatura, Universidad Pública de Navarra]. <https://hdl.handle.net/2454/23434>
- Fernández, E. (2021). Duelo perinatal y trastorno de estrés postraumático en una gestación posterior a una pérdida gestacional. [Tesis de Doctorado, Universidad de Málaga]. <https://hdl.handle.net/10630/20944>
- Gobierno de México. (2015). Salud Materna y Perinatal. Introducción. Programa de Acción. <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/acciones-y-programas/salud-materna-y-perinatal>
- Gobierno de Michoacán. (2020). Fortalece SSM acciones preventivas para evitar muerte materna y perinatal. <https://salud.michoacan.gob.mx/fortalece-ssm-acciones-preventivas-para-evitar-muerte-materna-y-perinatal/>
- Gobierno Vasco. (sf). Guía de atención al duelo perinatal. https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_bilbas_hospi_infoutil/es_def/adjuantos/Guia_Duelo_Perinatal_ES1.pdf
- Gómez, R. (2022). Propuesta de programa de prevención del duelo perinatal complicado para madres y padres en atención primaria pública. [Tesis de Licenciatura, Universidad de Cádiz]. <http://hdl.handle.net/10498/27382>
- Grove, S.K. y Gray, J.R. (2019.). *Investigación en Enfermería. Desarrollo de la Práctica Enfermera Basada en la Evidencia*. Elsevier.

Guerrero, V. (2022). Programa de intervención psicológica en duelo perinatal. [Tesis de Licenciatura, Universitas Miguel Hernández]. <https://hdl.handle.net/11000/27874>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2010). Diagnóstico y Tratamiento de la muerte fetal con feto único. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/567GER.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022). Estadística de defunciones fetales (EDF) 2022. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/EDF/EDF2022.pdf>

Instituto Nacional de Salud de Colombia. (2022). Protocolo de vigilancia de mortalidad perinatal y neonatal tardía. https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Mortalidad%20perinatal.pdf

López – García, A.P. (2011). Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 31(109), 53 – 70. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n1/05.pdf>

Martínez, E. (2016). Propuesta de un programa de apoyo y seguimiento para padres en proceso de duelo perinatal. [Tesis de Licenciatura, Universitat de Lleida]. <http://hdl.handle.net/10459.1/57605>

Martos – López, I.M., Sánchez – Guisado, M.M. y Guedes – Arbelo, C. (2016). Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado. *Rev Esp Comun Salud*, 7(2), 300 – 309. <http://dx.doi.org/10.20318/recs.2016.3454>

Montañés, R. (2022). El duelo tras la pérdida perinatal: actuación de enfermería. [Tesis de Licenciatura, Universitat de Jaume I]. <http://hdl.handle.net/10234/200925>

Mota, C., Calleja, N., Sánchez, C. y Balbuena, J. (2021). Resiliencia y Apoyo Social como Predictores del Duelo Perinatal en Mujeres Mexicanas: Modelo Explicativo. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 1(58), 35 – 46. <https://www.redalyc.org/journal/4596/459669141003/movil/>

Mota, C., Callejo, N., Aldana, E., Gómez, M.E. y Sánchez, M.A. (2011). Escala de duelo perinatal; validación en mujeres mexicanas con pérdida gestacional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(3), 419 – 428. <http://www.scielo.org.co/pdf/rtps/v43n3/v43n3a03.pdf>

Organización de las Naciones Unidas Mujeres. (2024). ODS 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas y todos en todas las edades. <https://www.unwomen.org/es/news/in-focus/women-and-the-sdgs/sdg-3-good-health-well-being#:~:text=Para%202030%2C%20poner%20fin%20a,por%20cada%201.000%20nacidos%20vivos.>

Organización de las Naciones Unidas. (2024). Objetivo 3. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible y un 2030 más saludable. <https://www.un.org/es/chronicle/article/objetivo-3-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible-y-un-2030-mas-saludable>

Organización Mundial de la Salud. (2024a). Mortalidad neonatal. Datos y cifras. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality>

Organización Mundial de la Salud. (2024b). Muerte prenatal. https://www.who.int/es/health-topics/stillbirth#tab=tab_1

Organización Mundial de la Salud. (2024c). Acelerar los progresos hacia la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil para alcanzar las metas 3.1. y 3.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB154/B154_CONF4-sp.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2017). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf

Ortega, E. (2021). Traducción, validación y evaluación psicométrica del cuestionario perinatal Bereavement Care Confidence Scale (PBCCS) en matronas españolas. [Tesis de Máster, Universidad de Almería]. <http://hdl.handle.net/10835/13789>

Pariona – Gutiérrez, E.S. (2023). El duelo perinatal: un duelo invisible. *Rev Int Salud Materno Fetal*, 8(3), 1-2. <https://doi.org/10.47784/rismf.2023.8.3.286>

Pastor, S. M. (2016). Abordaje de la pérdida perinatal. Un enfoque desde la investigación acción participativa. [Tesis de Doctorado, Universidad de Alicante]. <http://hdl.handle.net/10045/54551>

Redondo - De Oro, K., Gómez -Villa, J., Barrios – García, L. y Alvis – Estrada, L. (2016). Identificación de las causas de muerte fetal en una institución hospitalaria de atención materna de Cartagena, Colombia, 2012-2014. *Rev Colomb Obstet Ginecol*, 67(3). <https://doi.org/10.18597/rcog.766>

Ridaura, I., Penelo, E. y Raich, R.M. (2017). Sintomatología depresiva y duelo en mujeres españolas que han sufrido una pérdida perinatal. *Psicothema*, 27(1), 43 – 48. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/11587/10771>

Serrano, C., López, E., Castillo, A.M., Gómez, M.T., Amezcua, A.N. y González, G. (2015). Muerte fetal ante parto. Duelo perinatal. *Prog Obstet Ginecol*, 58(8), 368 – 372. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pog.2015.02.017>

Vicente, N. (2014). Duelo perinatal: el duelo olvidado. [Tesis de Licenciatura, Universidad de Salamanca]. <http://hdl.handle.net/10366/128540>