

## **Factores biopsicosociales implicados en la vivencia del duelo perinatal de las madres en El Salvador**

***Biopsychological factors involved in the experience  
of mothers' perinatal grief in El Salvador***

DOI: <https://doi.org/10.51378/eca.v80i780.9497>

**Valeria Sofía Arévalo Monjarás**

Investigadora independiente

El Salvador

[valeriaa.monjaras@gmail.com](mailto:valeriaa.monjaras@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-5189-0792>

**Luz Gabriela Chacón Amador**

Investigadora independiente

El Salvador

[lg.chaconamador@gmail.com](mailto:lg.chaconamador@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-6998-9106>

**Ariela Alarcia Rivera**

Investigadora independiente

El Salvador

[arielaalarcia@gmail.com](mailto:arielaalarcia@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-0415-1513>

**Palabras clave:**

Duelo, muerte perinatal, madre.

**Keywords:**

*Grief, perinatal death, mothers.*

Fecha de recepción: 14 de octubre de 2024

Fecha de aceptación: 20 de diciembre de 2024



Artículo

## Resumen

El duelo perinatal es el proceso emocional posterior a la pérdida involuntaria de un bebé, ya sea durante la gestación, parto o tras el nacimiento (Huertas Fernández, 2017; García Sacristán, 2021). Esta experiencia suele ser incomprendida por la sociedad, invisibilizando y desautorizando la problemática y el dolor que conlleva (Cassidy *et al.*, 2018; Melo Ledermann, 2020). Por esto, se buscó comprender la implicación de los factores biopsicosociales en la vivencia del duelo perinatal de las madres salvadoreñas, tomando como guía la pregunta: ¿Cómo se ven implicados los factores biopsicosociales en la vivencia del duelo perinatal de las madres? Para ello, se realizó un abordaje desde tres categorías: factores biológicos, psicológicos y sociales, correspondientes a cada objetivo específico. Se seleccionó una metodología cualitativa con diseño fenomenológico y corte transversal, se utilizó la técnica de entrevista a profundidad y como instrumento un guión de entrevista semiestructurada. Se encontró que cada elemento inmerso en esta vivencia puede transformarse en un factor de protección o de riesgo, influyendo así en la manera que la madre transitará el duelo. Asimismo, se requiere psicoeducar a las mujeres, parejas, familias, personal de salud y a la población en general, de manera que las madres integren esta vivencia a su historia y la doten de significado.

## Abstract

*Perinatal grief is the emotional process afterwards the involuntary loss of a baby, either during the gestation, labor or after birth. This experience is usually misunderstood by society, invisibilizing and disavowing the problem and the pain that comes with it (Cassidy et al., 2018; Melo Ledermann, 2020). For this reason, we sought to understand the implication of biopsychosocial factors in the experience of Salvadoran mothers' perinatal grief, guided by the question: How are biopsychosocial factors involved in the experience of mothers' perinatal grief? In order to accomplish this, the research*

*approach started from three categories: biological, psychological, and social factors. Each category corresponds to a specific objective of this investigation. A qualitative methodology with a phenomenological and cross-sectional design was selected. In order to collect the information, the researchers used the in-depth interview technique and a semi-structured interview script as well. It was found that each element immersed in this experience can turn into a protective or risk factor, influencing the way the mother will go through grief. Likewise, it is necessary to psychoeducate women, couples, families, health personnel and the population in general, so that mothers integrate this experience into their history and give it meaning.*

\*\*\*

## 1. Introducción

El duelo perinatal es el proceso emocional posterior a la pérdida involuntaria de un bebé, ya sea durante la gestación, parto o tras el nacimiento (Huertas Fernández, 2017; García Sacristán, 2021). Esta pérdida tiene características particulares que lo diferencian de otros tipos de duelo, debido a la cercanía entre el nacimiento y la muerte, alterando el orden esperado del ciclo de vida. Esta experiencia suele ser incomprendida por la sociedad, provocando que no se reconozca la pérdida y, por ende, se invisibiliza la problemática y desautoriza el dolor que conlleva (Cassidy *et al.*, 2018; Melo Ledermann, 2020). Es por esto que surge el interés y la necesidad de explorar los factores biopsicosociales de la vivencia del duelo perinatal como una pérdida particular para las mujeres salvadoreñas.

En la sociedad salvadoreña existe un mandato social romantizado de la maternidad, en el cual no se reconoce que las mujeres durante la gestación, parto y postparto requieren, además de cuidados de salud reproductiva, protección y seguridad social por parte del Estado en materia de empleo, ingresos y en las tareas de cuidado (Martínez, 2015). Según el estudio *Mujer y mercado*

laboral, de 2022: protección de maternidad en políticas públicas, en 2022 dieron a luz 98,522 mujeres de las cuales únicamente 12,187 recibieron subsidio postparto del ISSS. Esto quiere decir que solo el 12.4% recibió de manera estable ingresos económicos durante su período postparto. Por el contrario, el 88% de las mujeres no recibieron dicho subsidio por ser trabajadoras informales (Organización de Mujeres Salvadoreñas por la Paz [ORMUSA], 2022).

La muerte perinatal es una experiencia a la que se enfrentan muchas madres. Se estima que entre el 15-20% de los embarazos clínicos acaban en un aborto espontáneo (Ministerio de Salud [MINSAL], 2023). Según un informe del Hospital Nacional de la Mujer de 2020 a 2021 el número de muertes neonatales aumentaron en 6% (de 86 a 91) el número de nacidos vivos disminuyó en 30% (de 4,395 en 2020 a 3.082 en 2021), en consecuencia, las tasas de mortalidad neonatal por mil nacidos vivos incrementaron en 51% (de 19.6 a 29.5) (Beza, 2021). Si bien estas cifras son significativas, es posible que exista un subregistro debido a la falta de acceso a centros de salud. Adicional a la limitada accesibilidad a los servicios, el marco legal salvadoreño que condena el aborto ha generado que el personal de salud salvadoreño haya generalizado la práctica de denunciar a las mujeres que asisten a los establecimientos de salud por emergencias obstétricas, aun si solo es una sospecha de aborto inducido voluntariamente, pues de lo contrario pueden ser acusados por complicidad (Centro de Derechos Reproductivos, 2020). A pesar de su prevalencia, es una problemática que posee poca visibilización en la sociedad salvadoreña, pues hasta finales del 2023 se crearon los *Lineamientos técnicos para la atención psicosocial en duelo perinatal y primera infancia*, a partir de la Ley Nacer con Cariño (2021). Es importante resaltar que dichos lineamientos han sido publicados recientemente y no se ha encontrado información acerca de la aplicación de éstos. Esto evidencia que, a nivel nacional, aún queda mucho trabajo por hacer en seguridad social, legislaciones y políticas

públicas que amparen a las mujeres en este proceso de pérdida.

En este sentido, hay muchas mujeres embarazadas que no cuentan con condiciones laborales dignas, apoyo familiar, controles médicos necesarios para padecimientos generales, psicológicos y el monitoreo de su embarazo, por lo que surge la duda si ante una pérdida perinatal estas condiciones puedan afectar la vivencia y significación del duelo perinatal de las madres. Este trabajo tiene la intención de visibilizar esta problemática a nivel nacional y ser una base para posibles investigaciones y regulaciones.

## 2. Fundamentos teóricos

Las primeras concepciones de duelo surgieron de los planteamientos de Freud (1917) en los que establece lo siguiente: “El duelo es la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente” (Freud, 1917, p. 1). Más adelante, Kübler-Ross (1969), citado en Oviedo Soto *et al.* (2009a,) identificó cinco etapas ante la proximidad de la muerte: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. A su vez, Bowlby (1993) citado en Oviedo Soto *et al.* (2009a), propone que surgen reacciones emocionales intensas, siendo necesaria la oportunidad de expresión emocional, para conectar con lo perdido y resignificar la experiencia. Con respecto a las concepciones actuales sobre duelo, Neimeyer (2002), menciona que este proceso no posee un orden predeterminado, cada persona lo transita de manera específica dependiendo de la calidad del vínculo y sus recursos. Ante esto postula ciertos desafíos que se enfrentan en el duelo: reconocer la realidad de la pérdida, abrirse al dolor, revisar el mundo de significados, reconstruir la relación con lo que se ha perdido y finalmente reinventarse a uno mismo.

### 2.1 Muerte y duelo perinatal

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), se establece que la muerte perinatal ocurre entre la semana 28 de gestación y

los primeros siete días de vida. En El Salvador se cuenta como muerte perinatal desde la vigésimo segunda semana de gestación. Sin embargo, se consideran como pérdidas perinatales el embarazo ectópico, el aborto espontáneo o inducido, la reducción selectiva, la muerte de un gemelo en gestación, el feto muerto intrauterino o intraparto, la muerte neonatal, en los cuales se incluye también niños prematuros y con anomalías congénitas (MINSAL, 2023).

El duelo perinatal es el proceso y la experiencia a la que se ven expuestos: la madre, el padre y el resto de la familia, inmediatamente posterior a la pérdida involuntaria de su bebé, ya sea durante la gestación, parto o tras el nacimiento (Huertas Fernández, 2017; García Sacristán, 2021). Es una experiencia particular, cuyo dolor se origina en el apego, la relación y las expectativas, pues a pesar de que el bebé no haya nacido, le han socializado desde antes, pues ha sido integrado en la vida familiar, por medio de las citas médicas, la preparación del hogar, los cuidados del embarazo, los rituales sociales como darle un nombre. Por lo que, aparte del gran cambio físico que experimenta la madre, su bebé tiene un gran impacto emocional y material en la familia y el entorno que le rodea (Cassidy, 2017). Los efectos de la pérdida impactan a diversos ámbitos como el emocional, social, y físico (Fernández-Alcántara *et al.*, 2012).

## **2.2 Factores biopsicosociales implicados en la vivencia del duelo perinatal**

La vivencia es la experiencia humana dotada de sentimientos y emociones que posibilitan la comprensión individual de los sucesos. Está compuesta por los hechos objetivos y la comprensión subjetiva de estos y, a su vez, influenciada por las condiciones históricas y el contexto social (Dilthey citado en Ruiz Acuña, 2022). El ser humano es un ser biopsicosocial, pues las dimensiones biológica, psicológica y social se influyen constante y mutuamente. Por lo que, en el duelo perinatal,

interactúan entre sí estas tres dimensiones. En este sentido, la sintomatología y efectos físicos de la pérdida traspasan de lo corporal a lo psíquico, manifestándose de manera emocional y conductual, modulada por el contexto social (Bouquet de Durán, 2012).

### **2.2.1. Factores biológicos**

Hacen referencia a la condición física, antes, durante y después de la pérdida. En este sentido, se pueden mencionar factores de salud preexistentes y factores gestacionales. Asimismo, se ha tomado en cuenta la intervención clínica ante el proceso de pérdida perinatal, desde el momento que se determinó la muerte hasta el procedimiento que se brinda para el parto (Fernández Medina y Camacho Ávila, 2022). De igual forma, se incluye la recuperación física de la madre.

La gestación es un proceso fisiológico complejo que trae consigo riesgos materno-fetales (Martos-López *et al.*, 2016). Durante el embarazo, las personas gestantes se enfrentan a cambios físicos y una serie de síntomas como náuseas, sensibilidad en las mamas, fatiga, entre otros (Oviedo Soto *et al.*, 2009b). Entre los factores gestacionales se encuentran la cantidad de embarazos, periodo entre gestaciones, historial de pérdidas perinatales, gestación múltiple y controles prenatales (Manríquez y Escudero, 2017; Fernández Medina y Camacho Ávila, 2022).

Las condiciones de salud preexistentes, ya sean inmunológicas, hipertensivas, infecciosas, o endocrinas, son factores de riesgo de gestación con anomalías cromosómicas, dificultades de crecimiento intrauterino y trabajo de parto prematuro espontáneo (Bouquet de Durán, 2012; Manríquez y Escudero, 2017). Otro factor vinculante son las enfermedades concomitantes (Fernández Medina y Camacho Ávila, 2022), como el COVID-19.

Por otro lado, las infecciones intrauterinas, preeclampsia, desprendimiento o disfunción placentaria y anatomía uterina anormal (Bouquet de Durán, 2012; Fernández Medina y Camacho Ávila, 2022) son factores de

riesgo de aborto espontáneo, pues los pólipos endometriales, fibromas uterinos y el síndrome de ovario poliquístico cambian la estructura y entorno propicio del útero, dificultando la implantación, crecimiento embrionario y flujo sanguíneo endometrial (Cceña Rupaila, 2024). Además, la edad de la madre es otro factor de riesgo, pues desde los 35 años se reducen las posibilidades de concebir de forma natural (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2022 citado en Martínez-Mollá y Martínez-Ruiz, 2024). Por otro lado, los tratamientos de fertilidad son una alternativa extensa y dolorosa, que puede afectar de manera desfavorable la relación afectiva y conductual de la pareja (OMS, s. f.).

La forma en la que se determina la muerte perinatal es a través de una ultrasonografía tras la confirmación del cese de actividad cardíaca, ausencia de movimientos o nulo crecimiento uterino, estos signos suelen ir acompañados de sangrado vaginal y cambios en síntomas de gestación (García Sacristán, 2021; Fernández Medina y Camacho Ávila, 2022). Ante la muerte perinatal, se procede mediante parto vaginal o cesárea, recomendando la primera (Camacho Ávila, 2020), siendo fundamental que la intervención no sea impuesta (Cassidy *et al.*, 2018). En cuanto al parto vaginal, existen dos procedimientos. El primero es el manejo expectante, este consiste en esperar a que inicie el trabajo de parto de manera espontánea (Cassidy *et al.*, 2018; Camacho Ávila, 2020; Furtado Eraso, 2021; Fernández Medina y Camacho Ávila, 2022). El segundo es el parto inducido mediante tratamiento farmacológico, administrando oxitocina y/o prostaglandinas (Camacho Ávila, 2020; Fernández Medina y Camacho Ávila, 2022). Sólo se recomienda el uso de cesárea en circunstancias de emergencia, pues está relacionada con el desarrollo de morbilidades (Cassidy *et al.*, 2018).

Al concluir los procedimientos anteriores, existe la posibilidad que persistan tejidos dentro del útero, en estos casos se requiere de procedimientos quirúrgicos como el legrado o la aspiración manual endouterina (AMEU).

Sin embargo, la OMS señala que el legrado tiene mayor duración, presenta mayor dolor y pérdida de sangre, por lo que se recomienda AMEU (Ruiz Acuña, 2022).

Karl *et al.* (2006) en Moreno Mojica *et al.* (2014) caracteriza el posparto como una fase acompañada de agotamiento y procesos fisiológicos y emocionales, como el manejo de síntomas de gravidez aunque esta haya concluido. En el caso de la muerte perinatal, es fundamental agregarle los efectos de las intervenciones clínicas como el legrado y la AMEU, estas pueden presentar complicaciones en la madre como hemorragia, infección y perforación o desgarro del útero (Ruiz Acuña, 2022).

### 2.2.2. Factores psicológicos

Las pérdidas perinatales suelen traer diversos efectos emocionales para las madres que atraviesan esta experiencia, variando en manifestación e intensidad; pudiendo ser influida por la cultura, la personalidad, los protocolos de atención, y la cantidad de pérdidas (Furtado Eraso, 2021). En las madres se identifican sentimientos de tristeza, impotencia, soledad, culpabilidad, ansiedad, añoranza, miedo y enfado, los cuales van cambiando según avanza el proceso de duelo (Cabodevilla, 2007).

Durante la vivencia del embarazo, se experimentan diversas emociones y sentimientos como alegría, tristeza, estrés, angustia, gratitud e ilusión, que se pueden manifestar desde la concepción, pasando por la experiencia sensorial del bebé dentro del vientre, sus movimientos, así como las modificaciones físicas que experimenta la madre en la gestación. Por ello, la pérdida trae consigo un proceso de cambio en la vida de las madres (Toro Ramírez y Romero, 2022; Vicente Sáez, 2014).

Atravesar una pérdida perinatal provoca diversos efectos psicológicos como tristeza, estado de *shock*, aturdimiento, culpabilidad, irritabilidad, síntomas somáticos y preocupación en próximos embarazos (Fernández-Alcantara *et al.*, 2012). En referencia a esto,

la investigación de Camacho Ávila (2020) encontró que la pérdida perinatal es un potencial detonador de ansiedad, depresión e incluso riesgo suicida. A su vez, la identidad femenina también se ve afectada, ya que experimentan la muerte del bebé dentro de sus cuerpos, lo cual es interpretado por ellas como la pérdida de una parte de sí mismas (Fernández-Alcántara *et al.*, 2012).

Para las madres, independientemente de la edad gestacional o el motivo de la muerte, significa una pérdida prematura, injusta e ilógica, que no había sido contemplada dentro de su proyecto de vida y que además implica el desvanecimiento de sueños e ilusiones creados alrededor del bebé (Martínez Osta *et al.*, 2012). Asimismo, el duelo perinatal se caracteriza por ser desautorizado y olvidado, ya sea por el Estado, la sociedad y el sistema sanitario que por mucho tiempo han negado la realidad de esta pérdida o, incluso la red de apoyo y la misma madre que en algunas ocasiones intentan cesar el dolor mediante el paso del tiempo (Vicente Sáez, 2014).

Según el modelo de afrontamiento de Stroebe *et al.* (2017), existen dos direcciones que un doliente puede tomar debido a la pérdida: por un lado, afrontarla por medio de estrategias que permitan la expresión del dolor como llorar, hablar del tema, descarga emocional, promover el recuerdo e ir a lugares significativos. Por otro lado, estrategias orientadas a evitar el dolor como la distracción, minimización y racionalización. Según lo encontrado por Furtado Eraso (2021) cada madre encontró distintas alternativas para sobrellevar la pérdida, como continuar con su maternidad, apoyarse en sus hijos vivos, pasatiempos y el trabajo.

Los rituales son acciones simbólicas que marcan públicamente la transición de un duelo, dichos actos permiten despedir al bebé y otorgarle un lugar en la familia y en la sociedad, propiciando aliviar la culpa de la madre y sobrellevar la muerte de mejor manera (Arnez Vargas, 2021; Freire Aragón, 2023). Dado que el duelo perinatal es caracterizado por ser olvidado y desautorizado, no

se suelen realizar muchos rituales de despedida, propiciando el riesgo de no elaborarlo adecuadamente (Román Abrams y Plaza Montero, 2024). A su vez, surge la necesidad de reconstruir los significados alrededor de la pérdida, a partir de la reinención de sí mismas y un cambio en el interior, todo esto modulado por la cultura, el sistema de valores y las creencias sobre la vida y la muerte, lo cual termina influyendo en la significación de la pérdida y la identidad de la madre (Niemeyer, 2012 citado en Melo Ledermann 2020; Furtado Eraso, 2021).

El nacimiento de un bebé se ve influenciado por variables culturales significativas, asignando a la mujer la tarea de la maternidad, generando una serie de emociones complejas, desde la anticipación y preparación hasta los cambios en diversos aspectos de la vida de la mujer. Por ello, al enfrentarse a una pérdida perinatal, la mujer puede experimentar sensación de traición por parte de su cuerpo, lo que conlleva sentimientos de culpa por no poder llevar a término el embarazo. Este sentimiento puede dar lugar a la envidia hacia aquellas mujeres que sí logran un parto exitoso, y la sensación de haber defraudado a su pareja (Toro Ramírez y Romero, 2022; López García de Madinabeitia, 2011).

### 2.2.3. Factores sociales

Los factores sociales están constituidos por las interacciones entre las personas en diversas áreas de la esfera social, como las instituciones, el Estado, la familia y la cultura que son determinantes de la salud física y mental de las personas (Guzmán-Miranda y Caballero-Rodríguez, 2012; World Health Organization [WHO], 2024). Estas interacciones pueden tener implicaciones en la elaboración del duelo, aumentando o disminuyendo el estrés de la pérdida perinatal, modulando la salud psicológica y física (Bouquet, 2012). Socialmente, el duelo perinatal tiende a tener poco reconocimiento, pues es difícil de comprender y se subestima el dolor generado. Esto conlleva a la invisibilización institucional, negación del duelo y

maternidad, y por ende, ocasiona un duelo desautorizado (Acheffay Tanan, 2022; Santos Redondo *et al.*, 2015). Según García Sacristán (2021), el duelo desautorizado es negado por la sociedad, el entorno o la misma persona, impidiendo la expresión y el reconocimiento, fomentando los sentimientos de soledad y aislamiento.

La forma de abordaje y el cuidado por parte del personal de salud es uno de los principales factores que afectan la vivencia y significación del duelo perinatal, pues acompañan de primera mano a las madres. Su papel es fundamental para impactar positivamente el duelo, a través de atención empática, compasiva y paciente (Acheffay Tanan, 2022; Cassidy, 2018; Santos Redondo *et al.*, 2015; Furtado Eraso, 2021). Sin embargo, el abordaje también puede ser perjudicial, cuando los profesionales muestran insensibilidad, indiferencia, no brindan la información necesaria e impiden el contacto con el bebé (González Castroagudín *et al.*, 2013; Acheffay Tanan, 2022; Cassidy *et al.*, 2018). También es desfavorable cuando se vive violencia obstétrica, que se refiere a prácticas y actitudes realizadas por profesionales de la salud durante el embarazo, el parto y el puerperio, que por acciones o negligencia son o se perciben como violentas. Estas prácticas incluyen procedimientos no consensuados, medicalización excesiva, intervenciones iatrogénicas y trato infantil, paternalista, autoritario o humillante (Rodríguez Mir y Martínez Gandolfi, 2021).

Por tanto, es de suma importancia la formación del personal de salud que les permita atender empáticamente, comunicando la noticia de forma asertiva y explicando las opciones disponibles, transmitiendo sensación de calma y brindando escucha activa que permita reconocer el dolor y validarlo. Asimismo, es importante propiciar el contacto y la creación de recuerdos. Evitando palabras técnicas y frases que invalidan el duelo como: “Sé fuerte”; “Eres joven; ya tendrás más”, o: “Ahora está en un lugar mejor” (MINSAL, 2023; Acheffay Tanan, 2022; Peters *et al.*, 2015).

Los lineamientos hospitalarios también pueden ayudar o perjudicar la elaboración del duelo, pues conforman el marco normativo que rige la actuación de los profesionales de la salud. Como parte de los lineamientos que favorecen la elaboración del duelo se puede mencionar la participación activa de la madre en la toma de decisiones, pues fomenta la sensación de control. Se recomienda dar la alternativa de esperar horas o días para la inducción del parto, con el fin de que las madres puedan prepararse, asimismo, debe evitarse el exceso de sedación para promover la toma de decisiones conscientes (Cassidy *et al.*, 2018; Santos Redondo *et al.*, 2015).

Otro de los lineamientos sugiere la utilización de un espacio de duelo, con un ambiente tranquilo, privado y destinado para dar la noticia a los padres, despedirse y realizar recuerdos y rituales. Dicho lugar, debe situarse alejado de las madres con bebés sanos (MINSAL, 2023; Santos Redondo *et al.*, 2015). Asimismo, se aconseja fomentar el contacto *post mortem* con el bebé, permitiendo que puedan conocer, vestir y arrullarles, favoreciendo la identidad parental (Peters *et al.*, 2015). También, se sugiere la creación de recuerdos, pues ayudan a la elaboración posterior del duelo, permitiendo conservar objetos concretos que demuestren la existencia del bebé; algunos hospitales ofrecen cajas de recuerdos en las que se pueden guardar fotografías, ultrasonografías y huellas (Thornton *et al.*, 2020; Camacho-Ávila *et al.*, 2019; Santos Redondo *et al.*, 2015). Además, se recomienda propiciar los rituales de despedida, pues permiten que la familia exprese su dolor de forma simbólica, dando sentido a la muerte (Cassidy *et al.*, 2018).

Se recomienda evitar la inhibición farmacológica de la lactancia, pues la segregación de oxitocina y dopamina generada con la lactancia son un factor de protección ante la depresión; asimismo, la donación de la leche conforma un ritual que ayuda a aceptar y sobrellevar la pérdida (Acheffay Tanan, 2022; Santos Redondo *et al.*, 2015). También, se recomienda ofrecer exámenes

médicos o autopsia para determinar la causa de la pérdida, facilitando la comprensión de la muerte, aliviando sentimientos de culpa (Cassidy *et al.*, 2018; García Sacristán, 2021). Se recomienda permitirle a la madre decidir acerca de la disposición del cuerpo, sin importar la etapa de gestación, pues la incerteza puede generar ansiedad dificultando el duelo (Cassidy *et al.*, 2018). Finalmente es importante referir a las madres a una intervención psicológica para ayudar a la elaboración del duelo (MINSAL, 2023).

Algunos de los actores claves para el acompañamiento de las madres son la pareja, la familia y las amistades (Camacho Ávila, 2020). El abordaje de este proceso suele ser desafiante, ya que no es reconocido por la sociedad provocando que la madre no encuentre el espacio para expresar su dolor abiertamente, experimentando sensaciones de aislamiento, incompreensión, vergüenza y soledad (Freire Aragón, 2023). La sociedad no posee las herramientas para contener este sufrimiento, obligando a pasar la página y desautorizando el duelo con actitudes que revictimizan y desvalorizan la experiencia (Mota González *et al.*, 2021).

Según El Código de Trabajo de la República de El Salvador de 2010 del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, los patronos deben otorgar permiso ante los casos de muerte o enfermedad de descendientes. En cuanto a la licencia de maternidad, el patrono está obligado a darle descanso por maternidad de dieciséis semanas, a la trabajadora embarazada, con lo cual se toman diez semanas obligatorias luego del parto. Además, debe pagarle anticipadamente una prestación equivalente al setenta y cinco por ciento del salario básico (ORMUSA, 2022).

Es importante resaltar que no se encontró un documento a nivel nacional que especifique un permiso o licencia laboral para las madres que experimentan la muerte perinatal. También es fundamental que una vez las madres regresen a trabajar las organizaciones se adapten y apoyen a sus trabajadoras por medio de programas de ayuda y flexi-

bilidad ante la jornada y carga laboral para un regreso sensible y respetuoso (Gagnon y Beaudry, 2013).

El duelo perinatal tiene repercusiones en la relación de pareja, pues suele experimentarse asincronía marital en el procesamiento del duelo, generando que se eviten entre sí, propiciando distancia e incluso, la disolución del vínculo. Asimismo, surgen retos respecto a la sexualidad, debido a que las necesidades y deseos de uno puede aumentar y las de otro disminuir, provocando desacuerdos. La comunicación se ve afectada por la culpabilización tras la pérdida, pues surge la inconformidad con el acompañamiento recibido y se manifiesta en reproches e irritabilidad (Vicente Sáez, 2014; Acheffay Tanan, 2022). Es por esto que el apoyo entre la pareja es un factor clave para transitar el duelo, mientras que la ausencia de este genera conflicto (Acheffay Tanan, 2022).

La maternidad es influida de manera ambivalente en la vivencia de gestaciones posteriores, ya que muchas parejas consiguen otro embarazo con deseo, pero con mucho miedo (Rozas García y Francés Ribera, 2001). Por otro lado, se transforman los vínculos con los hijos vivos, pues las madres tienden a ser más temerosas y sobreprotectoras (Acheffay Tanan, 2022) y a su vez significar su maternidad como fortaleza (Román Abrams y Plaza Montero, 2024), pues se sostienen y ocupan de sus hijos. Por el contrario, las madres que no tienen hijos vivos expresan mayor soledad, estrés e incertidumbre (Acheffay Tanan, 2022). Es importante resaltar que las madres que viven el duelo perinatal son capaces de transformar su perspectiva de la vida, a través de la revisión de sus prioridades y valores, posibilitando la reinención de sí mismas (Melo Ledermann, 2020).

### 2.3. Planteamiento del problema

Se tiene como objetivo general: Comprender la implicación de los factores biopsicosociales en la vivencia del duelo perinatal de las madres salvadoreñas. Para



alcanzarlo se proponen los siguientes objetivos específicos: (a) Conocer la implicación de los factores biológicos en la vivencia del duelo perinatal de las madres. (b) Entender la implicación de los factores psicológicos en la vivencia del duelo perinatal de las madres. (c) Indagar la implicación de los factores sociales en la vivencia del duelo perinatal de las madres. La pregunta de investigación planteada es: ¿Cómo se ven implicados los factores biopsicosociales en la vivencia del duelo perinatal de las madres? El supuesto de esta investigación es que existen diversos factores biopsicosociales que se ven implicados en la vivencia del duelo perinatal, favoreciéndola o perjudicándola.

### 3. Metodología

Este estudio se realizó con un enfoque cualitativo, diseño fenomenológico y corte transversal, pues se propuso describir y comprender el significado de las experiencias desde la visión de quienes lo han vivido (Sandoval Casilimas, 2002). Para alcanzar los objetivos planteados se abordó la investigación desde tres categorías: *Factores biológicos*: gestación, factores de salud preexistentes, proceso de pérdida y recuperación física. *Factores psicológicos*: estado emocional antes y durante la gestación, autopercepción, mecanismos y/o recursos de afrontamiento, significados otorgados, efectos psicológicos de la pérdida, caracterización del duelo perinatal y conmemoración de la pérdida perinatal. *Factores sociales*: proceso de abordaje del personal de salud, lineamientos hospitalarios, actitud y respuesta del entorno, regreso a la cotidianidad e impacto de la pérdida en la vida de la madre.

La investigación contempló la participación voluntaria de mujeres salvadoreñas que experimentaron una pérdida perinatal en el sistema hospitalario tanto público como privado, habiendo transcurrido como mínimo seis meses luego de la pérdida, debido a los principios éticos y el cuidado de las participantes, y un máximo de diez años, con el objetivo de que aún pudieran recordar con precisión su vivencia. Se seleccionó un

muestreo intencionado de once participantes por medio de actores claves y con la técnica denominada “bola de nieve”. Se tomaron en cuenta cinco criterios de inclusión: a) ser mujer salvadoreña; b) haber experimentado la pérdida en el contexto salvadoreño; c) ser mayor de edad; d) haber experimentado la última pérdida durante los últimos diez años; e) que hayan transcurrido al menos seis meses luego de la última pérdida.

La técnica seleccionada para la recolección de información fueron las entrevistas a profundidad en las que se utilizó una guía semiestructurada de preguntas, de elaboración propia. Para la construcción del instrumento se incluyeron las categorías y sus respectivas unidades de análisis y fue validada por un tribunal evaluador de especialistas: dos de sus integrantes eran doctoras obstetras perinatólogas y la otra, psicóloga.

Para garantizar la comprensión del estudio, el procedimiento y los riesgos potenciales asociados, las participantes firmaron los consentimientos informados explicativos del proceso y la finalidad de la investigación asegurando la participación de las mujeres de forma voluntaria, anónima, confidencial y brindando la posibilidad de retirarse del proceso en cualquier momento. De igual manera, para garantizar la no maleficencia, el bienestar y la seguridad de las participantes, en caso de que hubiese un desborde emocional durante la entrevista, se retomó el Manual ABCDE para la Aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos en crisis individuales y colectivas de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile (Cortés Montenegro y Figueroa Cabello, 2016). Una vez realizadas las entrevistas, se establecieron seudónimos para garantizar el anonimato y la protección. Para cumplir con el principio de confidencialidad, solo el equipo investigador tuvo acceso directo a las transcripciones de las entrevistas. Finalmente, se realizó una devolución de la información analizada a las participantes.

Se llevaron a cabo las 11 entrevistas con madres que cumplieran los criterios de inclu-

sión (Ver Anexo A). Se realizó la transcripción de las entrevistas y para analizarlas se llevaron a cabo las fases de codificación. En la primera fase, la codificación abierta, las transcripciones de las entrevistas realizadas fueron leídas y se identificaron, a partir de la triangulación del equipo de investigación, los discursos según las categorías y unidades de análisis previamente establecidas a priori y basadas en la teoría. Dado a la flexibilidad del enfoque, se agruparon y acomodaron las categorías y sus respectivas unidades de análisis cuando fue necesario. Posteriormente, en la codificación axial se colocaron en cuadro los fragmentos del discurso de cada participante en las respectivas unidades de análisis, pudiendo agrupar y contrastar las diversas narrativas encontradas. En la tercera fase, la selectiva, una vez identificadas y analizadas las categorías y sus respectivas unidades de análisis, se construyó una explicación del objeto de estudio, en este caso, la vivencia del duelo perinatal.

## 4. Resultados

### 4.1 Factores biológicos

#### 4.1.1. Gestación

La amplitud del estudio ha permitido conocer experiencias de pérdidas perinatales en distintas etapas del embarazo. La mayoría de las participantes presentaron periodos de gestación cortos, pues las pérdidas sucedieron entre el primer trimestre e inicios del segundo trimestre. Algunas de ellas experimentaron semanas de gestación con síntomas normales, sin embargo, otras se enteraron de su estado de embarazo, una vez comenzaron a presentar emergencias obstétricas, por lo que no tuvieron tiempo para vivir su proceso de gestación, ante esto, la participante que identificamos como Petunia manifestó:

[...] Me había dado negativo el embarazo en sangre [...] Para el 10 de mayo empezó el primer sangrado [...] Para el 12 de mayo ya no aguantaba el dolor abdominal y ya el sangrado

fue más fuerte y ahí fue la primera consulta que tuve [...]

Tanto en los periodos cortos de gestación, como los prolongados, algunas experimentaron un proceso de gestación en el que todo se encontraba bajo control y estable, hasta que se enteraron, en sus controles médicos, que ya no había signos vitales; mientras que otras experimentaron dificultades desde el inicio del embarazo, signos de alarma y amenazas de aborto que las mantuvieron en reposo, controles extras e incluso, hospitalización. Además, la mayoría de las participantes ha experimentado múltiples procesos de gestación y múltiples pérdidas perinatales.

#### 4.1.2. Factores de salud preexistentes

La mayoría de participantes manifestó haber presentado un padecimiento médico previo a alguno de sus embarazos, entre los cuales se puede mencionar enfermedades autoinmunes como el Síndrome Antifosfolípídico Obstétrico, resistencia a la insulina, toxoplasmosis, enfermedades endocrinas, endometriosis y condiciones como climaterio prematuro y embarazo geriátrico, Violeta dijo “Yo tengo un SAF, un síndrome antifosfolípídico que causa las pérdidas recurrentes en los embarazos, siempre y cuando no se tenga medicación [...] o sea sí, yo ya sabía que tenía una patología”. Algunas de ellas requirieron intervenciones médicas como administración de medicamentos o cirugías ginecológicas, con el objetivo de disminuir malestares y en algunos casos para facilitar el embarazo. Asimismo, una de las participantes indicó haberse sometido a tratamientos de fertilidad, sin embargo, otras tomaron medidas para favorecer las condiciones que posibilitaran el embarazo como el control de la ovulación, endocrino y alimenticio.

Para las participantes, contar con estos diagnósticos implicaba mayor dificultad para llevar a término sus embarazos, enfocando sus energías en seguir sus tratamientos, cuidarse y mantenerse estables para favorecer sus condiciones. Ante esto, la carga de las pérdidas

recae sobre ellas, específicamente sobre sus cuerpos.

#### 4.1.3. Proceso de pérdida

La participante identificada como Petunia expresó:

Me dio las primeras tomas, ¿verdad?, y las primeras descargas fueron, pero sumamente dolorosas, fue demasiado fuerte [...] Esta vez en las evacuaciones si venían partecitas del cuerpo, o sea yo no puedo decir que pude ver el cuerpecito de mi hija, sino que fue saliendo por partes.

Algunas de las participantes se enteraron de la muerte de su bebé al asistir a su control ginecológico en el cual no se pudieron encontrar signos vitales o el crecimiento adecuado para su periodo de gestación. Por otro lado, la mayoría experimentó la emergencia obstétrica en su casa al presentar sangrado. Posteriormente asistieron a un establecimiento de salud público o privado y fueron atendidas, ya sea, para intentar detener el proceso de pérdida o, luego de la verificación de la ausencia de signos vitales del embrión o feto, facilitar el proceso de evacuación. Ante la noticia de la muerte perinatal se les brindó tratamiento farmacológico para inducir el parto. Algunas regresaron a sus hogares por indicación médica a esperar que iniciara el proceso de evacuación y luego volvieron al establecimiento de salud para finalizar el procedimiento, mientras que otras permanecieron en los centros de salud hasta terminar el proceso. Es fundamental mencionar que durante el proceso de pérdida, la mayoría de las participantes expresan haber identificado el embrión, el saco gestacional o incluso partes del cuerpo de su bebé. La mayoría de las participantes fueron intervenidas con alguno de los siguientes procedimientos: utilización de pastillas para inducir contracciones y evacuar el embrión o el feto, legrados, aspirados y la realización de cesárea. Las participantes manifestaron que fueron procesos invasivos y dolorosos.

Tres de las participantes con mayor periodo de gestación experimentaron el

nacimiento de sus bebés. Las complicaciones que se presentaron fueron fallecimiento intrauterino de un gemelo, falla de órganos vitales al nacer y contracciones prematuras, la participante identificada en este trabajo como Violeta declaró:

[...] Porque él llegó a las 22 semanas, él sí fue el más doloroso, porque él nació y nació vivo [...] Me dijeron que estaba muy chiquitito, o sea porque me daban dolores y me dijeron, sí está muy pequeño y nace, no lo vamos a poder meter en incubadora [...]. Entonces nació [...] cuando ya llamé a la doctora, me lo quitaron [...].

#### 4.1.4. Recuperación física

Algunas de las participantes vivieron una recuperación física compleja, pues experimentaron complicaciones durante el proceso de pérdida, como hemorragias debido a residuos en el útero aún luego del legrado y desarrollo de necrosis, así lo expresó la participante Petunia:

Fue un proceso bastante largo de recuperación porque yo quedé con la infección a nivel sanguíneo porque se me extendió hasta el cerebro la infección por necrosis [...] Yo quedé con una anemia severa y cuando por fin me habían dado el alta de la anemia [...] Me aparecieron quistes en los ovarios.

Por otro lado, algunas participantes manifestaron haber tenido una recuperación física rápida. En cuanto a aquellas participantes con periodos de gestación más avanzados, que iniciaron el proceso de lactancia, algunas expresaron haber recibido medicación para detener la producción de leche y una de ellas dejó de producirla naturalmente al enterarse del estado de salud de su bebé. Cabe resaltar que algunas de las participantes mencionaron que, a pesar de la pérdida, los síntomas de embarazo continúan y se experimentan todas las consecuencias del post parto.

## 4.2 Factores psicológicos

### 4.2.1. Estado emocional antes y durante la gestación

Margarita declaró: “Como yo ya llevaba casi dos años y medio intentando y no se lograba y cada vez salía mal ese examen, yo ya estaba algo emocionalmente bastante cansada, triste, algo desesperada, por ratos deprimida”. Se pudieron identificar distintos escenarios emocionales. Uno de ellos, que se presentó en la mayoría de las mujeres que tuvieron dificultades para quedar embarazadas, fue la presencia de tristeza, cansancio emocional, desesperación, ansiedad y desesperanza antes de la gestación, ya que deseaban y buscaban constantemente el embarazo.

Una vez recibieron la noticia, expresaron sentir felicidad y simultáneamente mucho miedo, preocupación y angustia, “[...] Nos ponemos medio felices, pero yo realmente si seguía teniendo miedo... como te dicen, tanto que no que no se puede, entonces yo tenía miedo [...]” , manifestó Margarita. Esta combinación de alegría y temor se presentó también en las participantes que estaban en proceso de gestación y ya habían experimentado previamente una pérdida perinatal.

En palabras de Narcisa:

Yo siempre he sentido que la maternidad y yo... como cuesta arriba. Yo siempre tuve lío, o sea, ya mi primer embarazo difícil, ya una pérdida y esa segunda que además estaba yo con esa infección... yo estaba bien cargada, o sea preocupadísima.

Otro de los escenarios, las participantes manifestaron estar emocionalmente estables antes del embarazo, sin embargo, al enterarse de este, les provocó miedo, ansiedad, incomodidad y resistencia ante el embarazo, pues era algo que no esperaban, no se sentían preparadas y no estaba dentro de sus planes; no obstante, una vez avanzó el embarazo, lo aceptaron e incluso, se ilusionaron con la idea de un bebé. Por otro lado, hubo situaciones

externas que afectaron el estado emocional, antes y durante la gestación de algunas participantes, como la emergencia sanitaria del covid-19, desempleo y situaciones laborales demandantes.

### 4.2.2. Efectos psicológicos de la pérdida

Las participantes describieron, ante la noticia de la pérdida, reacciones iniciales como *shock* y llanto, en algunas se manifestaron sensaciones de desorientación y temblores en sus cuerpos. Al respecto, Margarita declaró: “[...] realmente un *shock*, no sabes dónde estás [...]”. Ante esta noticia, se presentaron diversas respuestas. Por un lado, reacciones más emocionales como muchísimo llanto y ataques de ansiedad. Por otro, reacciones más racionales en las que pusieron de lado sus emociones y se ocuparon en lo que quedaba por hacer, esto se evidencia en lo expresado por la participante identificada como Iris “[...] La situación ahí era resolver. Yo no estaba llorando [...]”. Asimismo, se presentaron dos polos, entre la desesperanza y la esperanza, pues algunas se resignaron rápidamente ante la pérdida, mientras que otras se negaron inicialmente, esperando que fuera un error, que sucediera un milagro e incluso negándose a inducir el aborto, como en el caso de la participante que se identifica en esta investigación como Orquídea “[...] No quiero tomarme esas pastillas. porque yo albergaba la ilusión de que tal vez un milagro pasara [...]”.

Una vez se asimiló la pérdida, se vivieron sentimientos de frustración, decepción, resentimiento con el propio cuerpo, envidia y tristeza, predominando principalmente esta última. Todas las participantes manifestaron haber presentado sentimientos de tristeza ante la pérdida, algunas fueron diagnosticadas con depresión e incluso presentaron riesgo suicida. La participante que identificamos aquí como Violeta dijo “[...] Yo lloraba [...] Me sentaba en la orilla de la cama y trataba de ahorcarme con la colcha, o sea, literal, me deprimí [...]” . Otra de las formas en que se vivió la

pérdida, fue el aislamiento y la soledad, pues la mayoría de las participantes se alejó de los contextos sociales, ya que algunas prefirieron guardar el duelo para ellas y otras se vieron en la necesidad de hacerlo. Como lo afirma Camelia “[...] Eso fue lo que más me dolía porque yo me sentía sola lidiando con mi duelo [...]”.

#### 4.2.3. Caracterización del duelo perinatal

Se pudo caracterizar el duelo perinatal como una experiencia que altera el orden “natural” de la vida, en la que se pierden ideas, ilusiones, planes, expectativas, sueños y un futuro imaginado que deja de ser posible, pues, aunque logren volver a ser madres, no será de la misma forma y en las condiciones que habían imaginado, Rosa declaró:

[...] Nada supera el dolor de una pérdida de un hijo... yo perdí a mi papá, sabemos que puede ser la ley de la vida, pero perder un hijo, te creas una ilusión adentro, tú decís es una vida... has pensado en su nombre, has pensado en su color de ojos, lo has visto ahí, lo has sentido [...].

Es importante mencionar que en el caso de las participantes que aún no tienen hijos vivos, mencionan que aparte del dolor generado por la pérdida, también sienten dolor por la incerteza de saber si tendrán otros hijos o no, así lo comentó Margarita: “[...] O sea, el dolor de la pérdida es una cosa, pero yo todavía cargo con el dolor de no saber si voy a poder volver a tener un bebé [...]”.

Asimismo, destaca la desautorización del duelo. Por un lado, la invisibilización por parte de la sociedad, pues las otras personas no comprenden el dolor que siguen transitando, la participante Orquídea declaró:

[...] Yo sigo creyendo que estas pérdidas la sociedad todavía no le da la importancia como cuando se muere alguien que ha vivido muchos años [...]. Es alguien que nunca lo

conocieron, más que solo la propia madre o el padre. Creo que la sociedad no le da la misma relevancia [...].

Por otro lado, la desautorización hacia su propio duelo por diversas condiciones de su contexto que las llevaron a negarse, ante esto la participante llamada Jazmín comentó: “Tomé la decisión [...], no voy a seguir llorando porque no quería que la niña me viera llorar [...]”. Además, este duelo se caracteriza por experimentar las consecuencias de un embarazo, intervenciones médicas y la muerte dentro de su propio cuerpo, la participante Iris relató lo siguiente “[...] Se te cae el pelo como si estás dando de mamar... tenés como todo, las consecuencias de un parto, pero no tenés al bebé [...]” .

#### 4.2.4. Mecanismos y/o recursos de afrontamiento

La manera en la que las participantes afrontaron la vivencia del duelo fue diversa. La mayoría menciona el papel de la religión o la creencia en Dios como una forma de enfrentar la experiencia, llevando a cabo prácticas como asistir a la iglesia, orar constantemente, buscarle un sentido a la pérdida e, incluso, algunas hicieron promesas a cambio de sus anhelos, como el caso de la participante identificada con el nombre de Jazmín: “[...] Le pedí a Dios que me ayudara y le pedí que si va a permitir que tuviera una pérdida... que la niña no se dé cuenta [...]”. Asimismo, otra manera en la que algunas mujeres transitaron el duelo fue a través del diálogo y la sororidad, compartiendo su experiencia con otras mujeres que vivieron algo similar. En esta unidad de análisis se presentó un contraste entre las participantes que se dieron el permiso de sentir su dolor, como en los casos de Orquídea “[...] No me resistí. O sea, si quería llorar, lloraba, si quería gritar, gritaba [...]”. Por su parte, Iris narra lo siguiente: “me acosté a la par en la tumba para que mi cuerpo entendiera dónde están esos bebés”, y las que no se permitieron experimentar el dolor tienen expresiones como las de Narcisa:

“[...] Yo creo que no lo viví. O sea, creo que me lo tragué en los dos casos [...]”.

Algunas enfocaron su energía y su atención en el cuidado de sus hijos y/o en el trabajo como una forma de anteponerse a la realidad. En este sentido, Magnolia expresó “Y en este último lo que realmente me ayudó a reponerme fue mi niño [...]”, mientras que Dalia expresó “Yo quería regresar [al trabajo] porque era mi manera de bloquear el dolor, entonces yo anhelaba regresar [...]”. Es valioso mencionar que algunas participantes utilizaron herramientas como pasar tiempo con sus mascotas, hacer ejercicio, realizar viajes, ir a talleres, la lectura y el arte para expresar sus emociones. A este respecto, Orquídea, por ejemplo mencionó:

“Yo necesito hacer algo artístico en honor a este bebé...Creo que tuve un par de episodios como de ataques que sentía que no podía respirar...me tiraba al suelo y lloraba y pasaba esos momentos que me calmaba y empecé a escribir [...]”.

Por otro lado, ciertas participantes tuvieron ayuda psicológica, a unas les permitió sentirse acompañadas y aprender estrategias para enfrentar su dolor, cabe destacar que algunas buscaron esta ayuda mucho tiempo después de la pérdida, Petunia indicó “[...] Tomé conciencia que yo necesitaba acompañamiento... Necesito que alguien me acompañe en esto, porque no, ya no puedo yo sola.”.

#### 4.2.5. Conmemoración de la pérdida perinatal

La mayoría de las participantes tuvieron sus pérdidas en el primer trimestre del embarazo, por lo que no tuvieron la posibilidad de realizar recuerdos y los rituales tradicionales de despedida como velaciones y entierros. Sin embargo, varias de ellas conservaron objetos que les recordaran a sus bebés y otras realizaron rituales conmemorativos, al momento de la pérdida o mucho tiempo después. En el

caso de la participante Camelia, se evidencia lo antes mencionado:

[...] Vamos a Suchitoto... era de nuestros lugares favoritos, me acuerdo que mi mami me había dado un vestidito amarillo para cuando mi pancita estuviera grande, me lo puse y no tenía ni panza...y le dije (a su pareja) mi bebé merece saber que fue un hijo deseado y se va a ir al cielo sabiendo que sus papás lo amaron y que fue el último momento que estuvo con nosotros... que sea feliz, que se vaya feliz, que todavía está mi panza sepa que lo amamos...ambos le dimos esa despedida que merecía [...].

Por otro lado, algunas tuvieron la oportunidad de realizar rituales tradicionales como entierros, visitar y enflorar las tumbas, Rosa, por ejemplo, relató lo siguiente:

[...] Yo necesitaba ir a enflorar a mi hijo... hasta el día de ahora yo no faltó para su aniversario ni para los días de difuntos, porque yo digo no le pude decorar una cuna, por lo menos su tumba puedo decorarle [...].

No obstante, otras participantes, como Petunia, quisieron tener recuerdos y no tuvieron la oportunidad de hacerlo: “[...] Hoy me lo sigo preguntando ¿por qué no lo pedí? (al embrión). Yo no pregunté en ningún momento si me lo iban a devolver, me lo sigo preguntando por qué no me lo quedé [...]”.

#### 4.2.6. Significados otorgados

Entre las formas de encontrarle un significado a la pérdida, las participantes mencionaron el componente espiritual explicando que Dios sabe lo que hace, que quizá no era el momento correcto y que el bebé hubiera podido sufrir. Así lo expresó Narcisca “Pero el bebé, a saber qué hubiera pasado. Tal vez hubiera sufrido mucho [...] Dios sabe lo que hace”. Jazmín lo expresa de esta manera: “Y lo que a veces me pongo a pensar es como bueno, como en la Biblia dice que de los

niños es el Reino de los cielos... me pongo a pensar... tengo dos angelitos”.

Asimismo, otras participantes manifestaron que la experiencia transformó su forma de ver la vida, ayudándoles a enfrentar las dificultades desde otra perspectiva, aceptando el dolor, como en el caso de Iris “[...] Sos más humano creo yo, pero también más vulnerable y hay partes que no vuelven a ser igual, pero no tienen por qué [...]”. Cabe destacar que algunas de ellas encontraron sentido a su experiencia, pues les dio la oportunidad de darle voz y relevancia al dolor de otras mujeres, ya sea a través del arte o la investigación, ejemplo de ello es la experiencia de Orquídea:

[...] Había muchas mujeres que se acercaban y lloraban y me decían gracias [...], me empecé a dar cuenta de lo poderoso que era ese trabajo [...], la estatua, igual con el testimonio [...], es que tengo que llevar más allá [...], en una obra, que vean que estos temas existen, que duelen [...] Ha afectado bastante en mí para darme cuenta que no estoy sola en esto, que es una lucha [...], y la voy a seguir luchando [...].

#### 4.2.7. Autopercepción

Las participantes se percibían como las principales responsables de la pérdida. En algunas surgió la sensación de culpa debido a no haber planificado su embarazo, por lo cual al presentarse la pérdida consideraban que se debía al rechazo inicial que habían experimentado al enterarse que se encontraban embarazadas. Así mismo, hubo otras participantes que experimentaron culpa por su sensación de no haber hecho lo suficiente para cumplir con las ideas previamente planteadas sobre su maternidad, así lo manifestó Magnolia: “¿qué hice?, qué no hice, que me hizo falta [...] he llegado a sentir que hay algo mal en mí y por eso es que no he podido que los embarazos sigan adelante [...], probablemente el problema sea yo [...]”. En cuanto a la decepción y resentimiento hacia el propio cuerpo varias participantes comentaron tener

la sensación de que sus cuerpos no eran lo suficientemente capaces de llevar a término un embarazo e incluso llegaban a sentirse muy frustradas por no lograrlo a pesar de todo el esfuerzo, cuidado y las medidas de salud que realizaban, esto se evidencia en lo dicho por la participante Margarita:

¿Cómo es posible que lo que se supone que pueda hacer, no lo puedo hacer? ¿Cómo es posible que haya tantas mujeres a las que en una borrachera, en una fiesta [...] Llevo 3 años sin comer azúcar, 3 años sin comer pan, haciendo ejercicio, yendo al psicólogo. Llevo 2 años sin siquiera tomar alcohol, todo lo saludable que puedes hacer, he hecho [...] no me puedo cuidar más [...].

A partir de ello también surgen sentimientos de envidia, injusticia o añoranza al compararse con otras mujeres en sus entornos que sí lograban tener embarazos exitosos.

### 4.3. Factores sociales

#### 4.3.1. Proceso de abordaje del personal de salud

Se presentó un contraste en la valoración que las participantes hacían en cuanto a la atención que les brindó el personal de salud respecto al proceso de pérdida. Hubo comentarios tanto positivos como negativos. Sin embargo, en su mayoría los comentarios negativos se referían al Sistema Nacional de Salud o al Seguro Social, destacando un trato inhumano e insensible que algunas de las participantes atribuían a la costumbre de las y los profesionales de la salud de atender ese tipo de emergencias. Así se evidencia en las palabras de Camelia:

[...] Quizás a la doctora le faltaba tacto porque como te dice: “no, el bebé ya no creció [...]”, “el bebé no sé qué”, porque quizás no lo han experimentado, o es aquello que ya lo vieron tantas veces que lo normalizan [...].

Varias participantes manifestaron haber recibido la noticia de su pérdida con lenguaje técnico, ambiguo, poco ético y profesional; también aseguraron que recibieron procedimientos innecesarios y que fueron presionadas para ingerir misoprostol (tratamiento farmacológico para la terminación del embarazo), a pesar de haberse negado a seguir dicho tratamiento. El caso de Camelia evidencia lo antes mencionado: “te dicen tómate las pastillas porque ya no hay nada, así de simple, tómate la pastilla porque a vos te va a pasar algo, pero yo no podía tomarme las pastillas [...]”, y haber recibido insinuaciones de provocarse de manera voluntaria un aborto, como en los casos de Petunia y Violeta:

[... ] Yo tenía también mucho miedo que me fueran a meter presa, a pesar de que no había sido ningún momento ni mi culpa, sino que una negligencia médica desde el primer médico que me vio y me mandó para mi casa sin dejarme evaluaciones ni seguimiento [...]. (Petunia)

Si en el primero [de los embarazos] me habían dicho que yo había querido que me sacarán al bebé, con el segundo iban a decir que yo me lo había querido sacar... porque hay muchas mujeres que pierden a sus bebés y les dicen que están muertos y las acusan de que ellas han matado a sus bebés, que se han hecho abortos y no son ellas, pues. (Violeta)

Todas estas experiencias derivaron en que muchas de las participantes no quisieran regresar y ser atendidas en el sistema nacional del Seguro Social. Así comentó su experiencia Violeta: “fue traumante [...], sufrí mucho [...], ya de ahí el segundo si ya no quise volver al seguro, entonces fuimos a donde otro doctor en Ahuachapán [...]”.

El resto de participantes, que fueron atendidas en el ámbito privado, expresaron haber recibido, en su mayoría, una atención empática, con un acercamiento más humano y sensible, al respecto comentó Narcisa lo siguiente: “me siento privilegiada [ ...] En lo

privado pues un poco te consienten, el doctor que yo tengo un doctor así de los consentidores con la mamá [...]”. Ellas se manifestaron conscientes de tener el privilegio de acceder a ese tipo de atención, pues tenían la idea de que en el ámbito público dichos casos no son tratados de la misma manera. Sin embargo, también hubo experiencias negativas en el sector privado, como, por ejemplo, en el caso de Iris:

[...] Se colapsó y yo le veía la cara y entonces [...], llegó un punto donde yo la agarré, le dije (a la doctora) créanme que yo puedo con esto, pero me tienen que decir la verdad [...] dígamelo dígamelo, pero cálmese [...].

#### 4.3.2. Lineamientos hospitalarios

Las directrices de los establecimientos de salud varían debido al tipo de emergencia, el tiempo de gestación, si es atención pública o privada y las condiciones y recursos de cada establecimiento. Uno de los aspectos es la consideración de la opinión de las madres para la toma de decisiones, a unas pocas se les dio la oportunidad de escoger cómo proceder. Tal es el caso de Rosa, quien recuerda lo siguiente:

“estaba la anestesióloga, el pediatra y la doctora que iba a intervenir [...]. Me dijeron [...]: ‘lo hemos decretado como un sufrido [...], hay dos opciones, esperar que su bebé fallezca en su vientre o ahorita mismo... sacamos al bebé’”.

No obstante, a la mayoría no se le dio opción, en su lugar, les dieron lineamientos directivos. Así lo relató Camelia: “te dicen: ‘tómate las pastillas porque ya no hay nada’, así de simple, ‘tómate la pastilla, porque a vos te va a pasar algo’, pero yo no podía tomarme las pastillas [...]”. Asimismo, la mayoría expresa que no les explicaron en qué consistía el procedimiento a llevar a cabo, ni les facilitan información que les hubiera permitido entender por qué tuvieron la pérdida:



Nadie me dijo: “vas a sentir esto”. No hay nadie que se te acerque, que te diga cómo se siente, sino que sos vos... “mire, ya sangre, quiero ir al baño”, vas al baño, regresás y como que nada... no te dice: “le vamos a dar un control, le vamos a averiguar por qué le pasó, cómo evitar”.

De igual manera, una vez iniciado el proceso de pérdida, a algunas se les dio la indicación de regresar a su casa y a otras de permanecer sentadas en el centro de salud, sin algún tipo de monitoreo; la mayoría de las que se quedaron, relataron que estaban en el área donde otras mujeres estaban dando a luz o recibiendo a sus bebés, Rosa manifestó: “ellas estaban recibiendo sus bebés, entonces a mí me dolía estar ahí [...], yo no aguantaba estar ahí [...] las otras tenían a sus bebés y yo no”. Además, una de las participantes, Violeta, expresó que su bebé estaba vivo, pero al no cumplir con las semanas necesarias para acceder a la incubadora, no se le permitió y falleció “me dijeron que estaba muy chiquitito [...], sí está muy pequeño y nace, no lo vamos a poder meter en incubadora”. Por otro lado, respecto a la creación de recuerdos y rituales de despedida; algunas de las participantes, especialmente las de mayor tiempo de gestación, pudieron despedirse, cargar a sus hijos, cantarles una canción, así lo aseguró la participante Iris “[...] me llevaron a un cuartito para que todos pudiéramos conocerlo y despedirnos” . Sin embargo, la mayoría no tuvo la oportunidad, ya que no les preguntaron si querían el cuerpo o no les avisaron que posiblemente sería la última visita y darles la opción de cargar a su bebé vivo, tal y como lo relató Iris: “le pregunté a la doctora: ‘¿me van a dar el cuerpo del bebé para enterrarlo?’ [...] Ni me preguntaron antes, ‘¿qué quiere hacer con su bebé?’... Los tiran como basura, como el resto de desechos patológicos” . Ante todas estas dificultades, es importante destacar que las participantes expresaron desconocer el marco normativo respecto a esta experiencia, pues no se les han informado de los procedimientos, ni sus derechos, como el

acceso a las incapacidades, sin embargo, están al tanto de la penalización del aborto.

#### 4.2.4. Actitud y respuesta del entorno

Se pueden mencionar diversos modos de respuesta hacia la pérdida de parte de las parejas, la familia, las amistades y otros significativos. Por un lado, actitudes que las hicieron sentir acompañadas, algunas expresaron que su pareja fue un apoyo fundamental pues tuvieron un rol activo en esta experiencia, brindando su atención y cuidados, Margarita dijo: “[...] Pues también la lloró un montón, sufrió un montón. Me apoyó un montón, realmente él fue el pilar más fuerte [...] el más permanente. A pesar de todo su dolor...” . Mientras que Rosa comentó: “Yo no tenía valor de ver a mi hijo así. Él se encargó de todo [...] lo cambió. (Él dijo): ‘No te preocupes, lo arrullé, le canté’ [...]”.

Asimismo, mencionaron que su familia se mantuvo pendiente e involucrada durante el proceso, resaltando los cuidados de las madres y en algunos casos, hermanas, hermanos y padres, la participante Petunia comentó: “[...] Mi mamá me estaba cuidando. Ella se quedó pendiente de todas las cosas de mi hijo y cuidando de mí”. Con respecto a las amistades y otros significativos, la mayoría valoraron que las acompañaran desde la convivencia y el disfrute y no desde la lástima.

Por otro lado, otras de ellas comentaron actitudes que las hicieron sentir incomprendidas. En cuanto a las parejas, resalta la indiferencia, descuido e irrespeto hacia su proceso de duelo, la participante Violeta manifestó: “[...] Yo creo que con él sí cero acompañamiento, no sé si él estaba enfocado [...], en otras cosas o no era tan importante [...], la paternidad para él [...]” . De manera general, resaltan actitudes que, a pesar de ser bien intencionadas, generan más dolor, frustración y enojo ante esta experiencia. A su vez, también manifestaron que las personas tienen dificultades para enfrentarse al dolor de las madres que han vivido una pérdida, pues las evitaban, ignoraban el tema o hacían comen-

tarios insensibles, sin tomar en cuenta lo que cada una de ellas necesitaba particularmente en este proceso. La participante Dalia dijo: “[...] Me hubiese gustado que no minimizaran las cosas que yo les decía, porque alguna persona dice pues si está bien chiquito, pues sí mejor porque tal vez traía algo, pero yo no quería que me dijeran eso [...]”.

#### 4.2.5. Regreso a la cotidianidad

Se presentan dos escenarios respecto al trabajo. El primero corresponde a las participantes que se vieron en la obligación de regresar unos días después de la pérdida o incluso, inmediatamente después de esta, debido a que sus empleadores exigían una constancia médica que justificara sus ausencias y no en todos casos la obtuvieron. Al respecto, la participante Iris expresó:

[...] Es difícil porque tenés que tener otra cara, fingir que estás mejor y la gente dice que te apoyan, pero en realidad trabajo es trabajo y tenés que funcionar [...] Tenés que siempre tratar de estar bien, porque si no profesionalmente pueden dudar de vos, o que no estás siendo tan productivo o que no estás estable emocionalmente [...].

Asimismo, en algunos casos si obtuvieron incapacidad, pero esta correspondía a un periodo menor al que necesitaban para recuperarse, tal y como lo manifestó la participante Magnolia: “[...] Me dijo: ‘Bueno, ¿y qué estás haciendo aquí?’ Y yo (contesto): ‘Me dijeron que no tenía derecho a incapacidades’ y me dijo: ‘¡ah, pues!, bienvenida’”. El segundo escenario hace referencia a las participantes que contaron con mayor apoyo y flexibilidad por parte de sus empleadores, pues ni siquiera fue necesario gestionar las incapacidades y se les permitió regresar a su propio ritmo, como en el caso de Margarita: “[...] Yo no pedí permiso, no pedí incapacidad, nada, sólo dejé de ir, sólo desaparecí. Y él solo le dijo a mis compañeros: ‘tiene una situación de salud, entonces necesitamos apoyarla’ [...]”.

Por otro lado, regresar a las actividades cotidianas y a los eventos sociales les tomó más tiempo, pues inicialmente no deseaban arreglarse, salir, convivir con otras personas y se les dificultaba cumplir con sus hábitos de ejercicio y sueño. Sin embargo, se fueron incorporando poco a poco, una vez se sentían listas.

#### 4.2.6. Impacto en la vida de la madre

Se evidenció el impacto de las pérdidas perinatales en distintas esferas de la vida de la madre, entre ellas la pareja, la maternidad y sus proyectos. En cuanto a la pareja, para algunas el perder a sus bebés propició una relación más cercana, al respecto, Iris declaró: “[...] Nos unió más, nos hizo más fuertes [...]”, mientras que para otras provocó una distancia e incluso la separación, como en el caso de Dalia “[...] Ya el acto sexual para mí era: ‘hoy nos toca, hoy estoy ovulando’, o sea, ya se perdía la relación íntima [...], ya sólo era para un objetivo. Al final me divorcié [...], se perdió el objetivo de pareja [...]”. Con respecto a la maternidad, las participantes que tienen hijos y/o hijas, como en el caso de la participante Narcisa, centraron su atención y energía en ellas y ellos, incluso considerándose sobreprotectoras “[...] porque haber perdido también te aferra más al que tenés [...]”. Aquellas que tuvieron embarazos posteriores a la pérdida, mencionaron haberlos vivido con mucho miedo y ansiedad de perder a otro bebé, debido a sus experiencias previas, así lo expresó Iris “[...] Al mismo tiempo, uno ya es consciente de que algo puede salir mal, entonces ese embarazo es como retraumatizante [...]”. Las participantes que no tienen hijos vivos siguen anhelando tener otro bebé, pues su proyecto de maternidad sigue incompleto. Otro de los cambios en sus planes de vida fue que algunas decidieron ya no tener más hijos.

Las participantes mencionan que la vivencia del duelo perinatal les permitió madurar, ver la vida desde otra perspectiva, ser más empáticas, cerrar y abrir etapas. Asimismo, es importante destacar que algunas de las participantes crearon proyectos a partir

de esta vivencia, en los que abrieron espacios para visibilizar, conversar, investigar, denunciar y transformar esta experiencia, como en el caso de Orquídea:

“Eso me llevó a hacer conversatorios y hablar del tema, me hizo conocer más y más gente [...] que no se atrevían a decirlo y que para mí es tan normal, porque para denunciar [...], aunque duelen, las digo”.

## 5. Discusión

En cuanto a la fase previa a la pérdida, se encontraron componentes gestacionales predisponentes como múltiples procesos de gestación y un historial de pérdidas perinatales, tal como lo evidencia el estudio de Manríquez y Escudero (2017) y el planteamiento de Fernández Medina y Camacho Ávila (2022). Los resultados de la investigación confirmaron lo revisado en el estudio de Rozas García y Francés Ribera (2001) acerca del miedo y la preocupación que surge en embarazos posteriores a una pérdida perinatal, condicionando el estado emocional de las madres. Entre los factores de riesgo de salud materna se encontraron padecimientos hipertensivos, endocrinos, inmunológicos, concomitantes y condiciones reproductivas, lo cual fue corroborado por Alemán *et al.* (2006), citado en Bouquet de Durán (2012). Según lo evidenciado en este estudio, para las madres dichos diagnósticos implican mayor dificultad, pues socialmente la carga de las pérdidas recae sobre ellas y sus cuerpos, lo que resulta en culpa, encontrado también por Toro Ramírez y Romero (2022), y a su vez resentimiento y envidia hacia aquellas mujeres que han logrado un parto exitoso tal como lo postulado por Herz (1984), citado en López García de Madinabeitia (2011). El estado emocional durante la gestación varía debido a la planificación y/o aceptación del embarazo según lo planteado por Vicente Sáez (2014), tal como se encontró en esta investigación, pues las madres experimentaron antes y durante la gestación diversas emociones

como cansancio, desesperanza, temor, alegría e ilusión, variando a partir del contexto de planificación y aceptación del embarazo.

Una vez iniciada la emergencia obstétrica, según lo postulado en Cassidy *et al.* (2018) y Santos Redondo *et al.* (2015), entre los lineamientos para atender el proceso de pérdida y favorecer la elaboración del duelo, se sugiere que las madres reciban la información pertinente y que tengan una participación activa, decidiendo entre el manejo expectante o el tratamiento farmacológico. Sin embargo, en dichas investigaciones los resultados evidenciaron que las madres no recibieron esa atención, lo cual también fue encontrado en la presente investigación, pues se evidenció que a la mayoría de las madres no se les permite decidir y se utiliza el tratamiento farmacológico. Por otro lado, la OMS citada en Ruiz Acuña, (2022), recomienda la utilización de AMEU sobre legrado si persisten tejidos en el útero, sin embargo, en la información recolectada se evidencia el uso de legrado sobre AMEU.

En cuanto a la recuperación, los resultados verificaron lo planteado por Karl *et al.* (2006) citado en Moreno Mojica *et al.* (2014), ya que las madres experimentan las consecuencias del posparto sin tener un bebé y los síntomas tardan en desaparecer. A su vez, presentaron complicaciones como hemorragias e infecciones, tal como lo postula Ruiz Acuña (2022). En cuanto al posparto, en este estudio se encontró que el manejo de la lactancia fue, en su mayoría, a través de la inhibición farmacológica. Sin embargo, los lineamientos recomendados por Acheffay Tanan (2022) y Santos Redondo *et al.* (2015) establecen evitar la inhibición de la lactancia, ya que la segregación de oxitocina y dopamina son factor de protección ante la depresión; y la donación de leche conforma un ritual para sobrellevar la pérdida.

Al recibir la noticia de la pérdida, los resultados muestran que el *shock* y los síntomas somáticos son las reacciones iniciales, esto se corrobora en la revisión realizada por Fernández-Alcantara *et al.* (2012). A su vez, surgen respuestas de desesperanza como

resignación ante la noticia, o esperanza de otras posibilidades. Una vez asimilada la muerte, se abre paso al desafío de reconocer la realidad de la pérdida planteado por Neimeyer (2002). Lo encontrado resalta que, de los efectos emocionales de la pérdida, el más predominante es la tristeza profunda, presentando el riesgo de diagnóstico de depresión e ideación suicida, evidenciado también en los resultados de Camacho Ávila (2020). Según lo demostrado en la investigación de Camacho Ávila (2020) las madres que no tienen hijos vivos experimentan mayor soledad y estrés tal como se encontró en este estudio, donde además se encontró la incertidumbre de si podrán tener otro bebé.

Otro de los sentimientos más frecuentes y evidentes en las madres participantes en este estudio, fue la culpa, ya sea por no haber cumplido con las expectativas de su maternidad o por haber experimentado resistencia inicial al embarazo. Esto se corrobora también en los resultados y planteamientos de Furtado Eraso (2021), que menciona que la culpa surge de la necesidad de encontrar el porqué de la pérdida. Otro de los efectos encontrados en este estudio es el aislamiento de las madres, esto se evidencia también en los planteamientos de Santos Redondo *et al.* (2015) y Freire Aragón (2023) en los que describe que la pérdida perinatal no es reconocida socialmente, provocando que la madre no pueda expresar su dolor abiertamente, se sienta incomprendida y sola. Todos estos efectos demuestran la necesidad de brindar acompañamiento psicológico a las madres, también evidenciado en los resultados de la investigación de Cassidy *et al.* (2018). Este servicio es parte de los lineamientos del Ministerio de Salud (2023), sin embargo, no se mostró en la experiencia de las participantes.

En este estudio se encontraron actitudes insensibles y revictimizantes por parte del entorno de las madres provocando la desautorización de su proceso de duelo, tal como plantea García Sacristán (2021). Asimismo, Mota González *et al.* (2021) mencionan que la sociedad no posee las herramientas para reconocer y acompañar este dolor, tal como

se encontró en esta investigación, donde, además, se evidenció que las madres percibieron que las evitaban e ignoraban su duelo. Por otro lado, en el ámbito médico-hospitalario, los resultados de Cassidy *et al.* (2018) demuestran que el uso de terminología inadecuada y poca sensibilidad, pueden desautorizar la experiencia de las madres, tal como se evidenció en esta investigación, donde además se encontró la falta de explicaciones del proceso, realización de procedimientos innecesarios y haber sido presionadas para ingerir el tratamiento farmacológico para la terminación del embarazo. Según lo descrito por Rodríguez Mir y Martínez Gandolfi (2021), estas interacciones son catalogadas como violencia obstétrica. A su vez, se encontró que las madres recibieron insinuaciones de provocarse de manera voluntaria un aborto. Este hallazgo no se encuentra en la base teórica consultada, ya que El Salvador es de los pocos países que prohíbe y castiga la interrupción voluntaria del embarazo.

Esta desautorización social, acompañada de factores externos como crisis sanitarias, trabajo demandante, desempleo o circunstancias familiares, lleva a las madres a desautorizar su propio proceso de duelo, dando más importancia a necesidades externas que a las propias. A diferencia del planteamiento de Vicente Sáez (2014) que menciona que la misma madre se desautoriza intentando cesar el dolor. Sin embargo, en algunas vivencias se encontró que la familia, principalmente las abuelas, las amistades y especialmente la pareja, tuvieron un rol activo en esta experiencia, brindando su atención y cuidados, facilitando la expresión y elaboración del duelo, tal como se evidenció en los resultados de Camacho Ávila (2020). Asimismo, se puede rescatar que, en el ámbito médico-hospitalario, se encontraron limitados abordajes asertivos y empáticos que tomaran en cuenta las necesidades de las madres. Este vínculo y trato empático por parte del personal de salud también se encontró en los resultados de Melo Ledermann (2020) y Furtado Eraso (2021).

Los modos de afrontamiento encontrados en esta investigación fueron diversos, tal como

en los resultados de Furtado Eraso (2021). Por un lado, reacciones más emocionales, dirigidas a sentir y expresar el dolor por medio del arte, la espiritualidad y compartir su experiencia; y, por otro lado, reacciones más racionales, enfocándose en lo que queda por hacer, como el trabajo y el cuidado de sus hijos. Esto corresponde al modelo de afrontamiento de Stroebe *et al.* (2017) en el que se plantean dos caminos: uno que permite conectar y expresar el dolor y otro en el que se busca escapar o distraerse de este. Este contraste se relaciona con el desafío de abrirse al dolor establecido por Neimeyer (2002).

En el periodo de reincorporación a la rutina diaria, en este estudio se evidenció que, a pesar de haber experimentado los síntomas y consecuencias de un parto, las madres no reciben el descanso postparto establecido en el Código de Trabajo (ORMUSA, 2023). En relación al trabajo se encontró que las madres que experimentaron flexibilidad en el ámbito laboral se sienten más apoyadas y cómodas al regreso, esto se corrobora en los resultados de la investigación realizada por Gagnon y Beaudry (2013), que mencionan que es fundamental adaptar el tiempo de trabajo para un regreso sensible y respetuoso.

En referencia a los rituales de despedida ante la pérdida, los lineamientos hospitalarios planteados por el Ministerio de Salud (2023) y Santos Redondo *et al.* (2015) sugieren un espacio de duelo distinto, con el fin de promover el contacto posmortem, la despedida y los rituales. Por el contrario, en esta investigación se encontró que las madres experimentan la pérdida en el mismo espacio que otras madres reciben a sus hijos vivos, esta experiencia se evidencia también en los resultados de las investigaciones de Furtado Eraso (2021) y Melo Ledermann (2020). En los casos con mayor gestación, se identificó que algunas madres pudieron despedirse y realizar rituales, mientras que a otras no se les dio la oportunidad, a pesar de que les hubiese gustado hacerlo, tal como sucedió con las participantes de Furtado Eraso (2021). Se evidenció que a nivel institucional no se ofrece la posibilidad de crear recuerdos, limitando

la reconstrucción de la relación madre-bebé, esto se corrobora en los resultados de Melo Ledermann (2020) y Camacho Ávila (2020). Por otro lado, según los resultados de Cassidy *et al.* (2018) se debe dar la opción de decidir acerca de la disposición del cuerpo, sin importar la etapa de gestación, pues la incerteza puede generar ansiedad dificultando el duelo. Sin embargo, sólo los casos con mayor tiempo de gestación incluidos en esta investigación tuvieron acceso al cuerpo del bebé.

Ante esta falta de oportunidad de despedirse de su bebé en el hospital, se encontró que cada una de las madres tiene distintas formas de despedirse, recordar y reconstruir la relación con su bebé fallecido, al igual que en los hallazgos de Furtado Eraso (2021), a su vez, esto corresponde al desafío planteado por Neimeyer (2002), sobre la reconstrucción del vínculo con lo que se ha perdido. Asimismo, la investigación evidencia aspectos que permiten darle un nuevo significado a la pérdida, entre ellos la espiritualidad, nuevas visiones de vida o perspectivas hacia el dolor y las dificultades, así como los resultados de Furtado Eraso (2021) que además menciona la cultura, los valores y las creencias. Todo lo anterior se relaciona con lo planteado por Neimeyer (2002), sobre la revisión del mundo de significados. La investigación mostró que la pérdida perinatal transformó distintos aspectos de las vidas de las madres, al igual que los resultados de la investigación de Melo Ledermann (2020) y los planteamientos de Acheffay Tanan (2022). Surgieron cambios en la vida de pareja, en la maternidad, en el ámbito profesional y en el desarrollo personal, llevando a cabo proyectos que le dan significado a la pérdida a través del compartir, el arte o la investigación, reinventándose a sí mismas, tal como plantea Neimeyer (2002).

## 6. Conclusiones

De manera general, se concluye que cada uno de los elementos que están inmersos en esta vivencia pueden transformarse en factores de protección o de riesgo, impactando en la manera en que la madre transitará el duelo.

Dado que el duelo perinatal se caracteriza por ser desautorizado e invisibilizado por la sociedad, aquellas madres que lo atravesaron, en su mayoría no contaron con los recursos necesarios, a nivel físico, emocional o social, para poder enfrentar la experiencia de manera digna, obstaculizando el proceso de dotar de significado e incorporar la vivencia a su historia de vida.

En cuanto a los factores biológicos, se puede concluir que las condiciones o enfermedades previas en las madres, impactan en la forma en la que asimilan la experiencia dirigiendo la responsabilidad de la pérdida hacia sus cuerpos. A su vez, atravesar por una pérdida perinatal es una experiencia sumamente dolorosa, la cual implica procesos invasivos y efectos similares al puerperio, pero con ausencia del bebé.

Respecto a los factores psicológicos, a partir de la pérdida perinatal surgen diversas emociones, predominando la tristeza profunda y la culpa. A su vez, cada mujer que atraviesa esta experiencia se enfrenta a ella de manera distinta y recurre a diversas herramientas, ya sea sintiendo o redirigiendo el dolor. Asimismo, al ser los entierros rituales limitados para esta experiencia, son las madres las que buscan otras formas de despedirse y recordar a sus bebés, construyendo un vínculo que trasciende lo físico y dota de significado la experiencia de la muerte.

Con relación a los factores sociales, las interacciones de los profesionales de la salud, contextualizadas en los lineamientos médico-hospitalarios y el marco legal, que desautoriza y castiga las emergencias obstétricas, unido con la actitud de la pareja, la familia, amistades y otros significativos, afectan la vivencia del duelo perinatal. Estos actores son clave, pues pueden acompañar o invisibilizar el dolor de la madre, y por ende modular el bienestar físico y psicológico de ella. Asimismo, esta experiencia transforma la perspectiva de vida de las madres salvadoreñas y por lo tanto, la forma en la que interactúan y se relacionan con los demás.

## 6.1 Recomendaciones

Considerando los hallazgos relevantes de la investigación, y con el fin de contribuir a la visibilización, concientización y favorecer la transformación de la vivencia del duelo perinatal para las madres salvadoreñas, se plantean las siguientes recomendaciones:

Se sugiere que el Estado salvadoreño establezca un plan de vigilancia para la aplicación de los Lineamientos Técnicos para la Atención Psicosocial del Duelo Perinatal y Primera Infancia. También se propone la creación de leyes y políticas que protejan a las madres salvadoreñas que han experimentado el duelo perinatal. Por un lado, establecer un periodo de incapacidad ante la pérdida perinatal, que les permita recuperarse y reintegrarse al ámbito laboral respetando sus necesidades, pues en la revisión teórica no se encontró un lineamiento que especifique el periodo de incapacidad ante la pérdida perinatal. Por otro lado, flexibilizar la ley que penaliza la interrupción voluntaria del embarazo, pues genera un ambiente hostil en el que se culpabiliza a las madres que han sufrido una emergencia obstétrica que lleva a la muerte perinatal.

Se recomienda a los directivos de los establecimientos de salud capacitar a su personal a través de talleres de sensibilización y concientización para atender el duelo perinatal, con el fin de formar profesionales que visibilicen esta experiencia y acompañen desde la empatía y respetando la dignidad de las madres salvadoreñas. Estas capacitaciones deben estar actualizadas para adoptar lineamientos como salas de duelo, creación de recuerdos, contacto postmortem, entre otros, así como los procedimientos para atender la muerte perinatal.

A la pareja, familia y amistades se les recomienda abrirse al dolor para acompañar a las madres desde sus necesidades particulares, preguntándoles cómo desean ser acompañadas, reconociendo su capacidad de decidir, fomentando en las madres, la sensación de control de esta experiencia.

Para futuras investigaciones se sugiere explorar la vivencia del duelo perinatal desde otras perspectivas como el duelo del padre, las abuelas y los abuelos, hermanos y hermanas, pues también es relevante comprender la vivencia desde su lugar y rol en el sistema familiar. Asimismo, se recomienda investigar a profundidad cada uno de los elementos evidenciados en este trabajo como la atención-médico hospitalaria, las redes de apoyo, el tiempo necesario para recuperarse y las estrategias adecuadas para regresar al trabajo, la maternidad antes y después de la pérdida, la vida de pareja, entre otros. Dentro del contexto salvadoreño, se propone llevar a cabo estudios que permitan establecer la diferencia en la atención médico-hospitalaria antes y después de la aplicación de los lineamientos publicados por el MINSAL en septiembre de 2023. Asimismo, se recomienda hacer una investigación más profunda acerca de la acusación percibida por algunas madres de parte del personal de salud de haberse realizado un aborto voluntario, pues no se encontraron investigaciones de este fenómeno en el contexto salvadoreño.

## 7. Referencias

- Acheffay Tanan, F. Z. (2022). *Muerte perinatal: impacto sobre la familia y el papel de la enfermera en el afrontamiento* [tesis de grado, Universidad de las Islas Baleares]. UIBrepositori. [https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/160197/Acheffay\\_Tanan\\_Fatima.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/160197/Acheffay_Tanan_Fatima.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Arnez Vargas, L. (2021). *Cómo socializamos la muerte y el duelo. Una comparativa entre culturas: Bolivia y España* [tesis de grado, Universitat de Barcelona]. Dipòsit Digital de la Universitat de Barcelona. [https://dipositub.edu/dspace/bitstream/2445/180084/1/TFG-SOC\\_Arnez\\_2021.pdf](https://dipositub.edu/dspace/bitstream/2445/180084/1/TFG-SOC_Arnez_2021.pdf)
- Asamblea Legislativa de El Salvador. (2021, 17 de agosto). *Ley Nacer con Cariño para un Parto Respetado y un Cuidado Cariñoso y Sensible para el Recién Nacido*. Diario Oficial n.º 36, tomo n.º 434. [https://crecerjuntos.gob.sv/dist/documents/Ley\\_nacer\\_con\\_carino.pdf](https://crecerjuntos.gob.sv/dist/documents/Ley_nacer_con_carino.pdf)
- Beza, J. M. (2021). *Informe de resultados de enero a junio 2021*. Ministerio de Salud. [https://www.transparencia.gob.sv/descarga\\_archivo.php?id=NDQ5MzAy](https://www.transparencia.gob.sv/descarga_archivo.php?id=NDQ5MzAy)
- Bouquet de Durán, R. I. (2012, 30 de junio). Aborto Espontaneo. *Liberabit. Revista Peruana de Psicología*, 18(1), 53-57. <https://ojs3.revistaliberabit.com/index.php/Liberabit/article/view/303>
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(3), 163-176. <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s3/original11.pdf>
- Camacho-Ávila, M., Fernández-Sola, C., Jiménez-López, F. R., Granero-Molina, J., Fernández-Medina, I. M., Martínez-Artero, L. y Hernández-Padilla, J. M. (2019, 19 de diciembre). Experience of parents who have suffered a perinatal death in two Spanish hospitals: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(512), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2666-z>
- Camacho Ávila, M. (2020). *Estudio fenomenológico sobre la experiencia de las familias en el duelo perinatal* [tesis de doctorado, Universidad de Almería]. Repositorio UAL. <http://hdl.handle.net/10835/10825>
- Cassidy, P. R. (2017). La vida social del bebé no-nato: la comprensión de la naturaleza del duelo perinatal. *Muerte y Duelo Perinatal*, (2), 30-37. <https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2017/06/2017-Cassidy-La-vida-social-del-bebe-no-nato.pdf>
- Cassidy, P. R., Cassidy, J., Olza, I., Martín Ancel, A., Jort, S., Sánchez, D., Claramunt, M. À., Pi-Sunyer, M. T., Bianco, G. y Martínez Serrano, P. (2018). *Informe Umamanita: Encuesta sobre la calidad de la atención sanitaria en casos de muerte intrauterina*. Umamanita. <https://www.umamanita.es/>

- wp-content/uploads/2020/10/Informe-Umamanita-Calidad-Atencion-Muerte-Intrauterina-2018\_1.pdf
- Cceñua Rupaila, A. (2024). *Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en gestantes atendidas en el Centro de salud de Talavera, 2021-2022* [tesis de grado, Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco]. Repositorio UNSAAC. [https://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/8813/253T20240321\\_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/8813/253T20240321_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Centro de Derechos Reproductivos. (2020). *Manuela*. reproductiverights.org. [https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2020/12/crr\\_toolkit\\_Manuela\\_Sp.pdf](https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2020/12/crr_toolkit_Manuela_Sp.pdf)
- Cortés Montenegro, P. y Figueroa Cabello, R. (2016). *Manual ABCDE para la aplicación de primeros auxilios psicológicos: en crisis individuales y colectivas*. Pontificia Universidad Católica de Chile. <https://www.preventionweb.net/publication/manual-abcde-para-la-aplicacion-de-primeros-auxilios-psicologicos-en-crisis>
- Fernández-Alcántara, M., Cruz-Quintana, F., Pérez-Marfil, N. y Robles-Ortega, H. (2012). Factores psicológicos implicados en el duelo perinatal. *Index de Enfermería*, 21(1-2), 48-52. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000100011>
- Fernández Medina, I. M. y Camacho Ávila, M. (2022). *Los brazos vacíos: el fenómeno de la muerte perinatal*. Universidad de Almería. [https://www.google.com/sv/books/edition/Los\\_brazos\\_vac%C3%ADos/LSS0EAAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=0](https://www.google.com/sv/books/edition/Los_brazos_vac%C3%ADos/LSS0EAAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=0)
- Freire Aragón, M. J. (2023). *Validación de la pérdida: duelo desautorizado e historias de vida atravesadas por muerte perinatal* [tesis de maestría, Flacso Ecuador]. Repositorio Flacso Andes. <http://hdl.handle.net/10469/19648>
- Freud, S. (1917). *Duelo y Melancolía*. LeBooks. [https://books.google.es/book/s?hl=es&lr=&id=I9uYEEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=duelo+y+melancol%C3%ADa+freud&ots=lwwfR-TLLj&sig=iHxj8voxUaisL0P46Vu\\_UWYPwQl#v=onepage&q=duelo%20y%20melancol%C3%ADa%20freud&f=false](https://books.google.es/book/s?hl=es&lr=&id=I9uYEEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=duelo+y+melancol%C3%ADa+freud&ots=lwwfR-TLLj&sig=iHxj8voxUaisL0P46Vu_UWYPwQl#v=onepage&q=duelo%20y%20melancol%C3%ADa%20freud&f=false)
- Furtado Eraso, S. (2021). *Vivencias de las mujeres que sufren pérdidas perinatales y análisis de la respuesta emocional que se desencadena como consecuencia de la pérdida* [tesis de doctorado, Universidad Pública de Navarra]. UPNA. <https://academica-e.unavarra.es/handle/2454/40990>
- Gagnon, M. y Beaudry, C. (2013, 24 de septiembre). Le retour au travail lors d'un deuil périnatal: des pratiques organisationnelles en porte-à-faux? *Relations industrielles/Industrial Relations*, 68(3), 457-478. <https://doi.org/10.7202/1018436ar>
- García Sacristán, L. (2021, 7 de junio). *El duelo perinatal, la necesidad de una atención integral* [tesis de grado, Universidad de Cantabria]. Repositorio UNICAN. <http://hdl.handle.net/10902/22428>
- González Castroagudín, S., Suárez López, I., Polanco Teijo, F., Ledo Marra, M. J. y Rodríguez Vidal, E. (2013). Papel de la Matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal. *Cuadernos de Atención Primaria*, 19(2), 113-117. [https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL19/vol\\_2/ParaSaberDe\\_vol19\\_n2\\_2.pdf](https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL19/vol_2/ParaSaberDe_vol19_n2_2.pdf)
- Guzmán-Miranda, C. O. y Caballero-Rodríguez, C. T. (2012). La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. *Revista Santiago*, 128(2), 336-350. <https://santiago.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/view/164>
- Huertas Fernández, S. (2017). *Vivencia del duelo perinatal* [tesis de grado, Universidad Autónoma de Madrid]. Repositorio UAM. [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680284/huertas\\_fernandez\\_silviatfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680284/huertas_fernandez_silviatfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- López García de Madinabeitia, A. P. (2011). *Duelo perinatal: un secreto dentro de*



- un misterio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(1), 53-70. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s0211-57352011000100005&script=sci\\_arttext](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s0211-57352011000100005&script=sci_arttext)
- Manríquez, G. y Escudero, C. (2017). Analysis of risk factors for neonatal death in Chile, 2010-2014. *Revista Chilena de Pediatría*, 88(4), 458-464. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062017000400003>
- Martínez, E. (2015, 15 de febrero). *Día de las Madres en El Salvador*. Agrupación Ciudadana por la Despenalización del Aborto en El Salvador. <https://agrupacionciudadana.org/dia-de-las-madres-en-el-salvador/>
- Martínez-Mollá, T. M. y Martínez-Ruiz, M. E. (2024, 31 de mayo). Infertilidad y duelo perinatal. *Musas. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 9(1), 4-26. <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/43997/41798>
- Martínez Osta, N., Quesada Amundarain, S., Subiza Pérez, I., Torrea Araiz, I. y Urtasun Martínez, I. (2012). *El duelo desautorizado: muerte perinatal pechos llenos, brazos vacíos* [asesoramiento psicológico]. <https://www.cop.es/uploads/PDF/DUELO-DESAUTORIZADO-MUERTE-PERINATAL.pdf>
- Martos-López, I. M., Sánchez-Guisado, M. del M. y Guedes-Arbelo, C. (2016, 28 de noviembre). Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 7(2), 300-309. <http://dx.doi.org/10.20318/recs.2016.3454>
- Melo Ledermann, P. (2020). *Duelo perinatal: Significados de padres respecto a su proceso de duelo en el contexto de atención del sistema de salud público chileno* [tesis de maestría, Universidad de Chile]. Repositorio Académico de la Universidad de Chile. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/177132>
- Ministerio de Salud. (2023, 21 de septiembre). *Lineamientos técnicos para la atención psicosocial en duelo perinatal y primera infancia*. [https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicos-paralaatencionpsicosocialendueloperinatalyprimerainfancia-Acuerto-2180\\_v1.pdf](https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicos-paralaatencionpsicosocialendueloperinatalyprimerainfancia-Acuerto-2180_v1.pdf)
- Ministerio de Trabajo y Previsión Social. (2010). *Código de Trabajo de la República de El Salvador*. COLSIBA. [https://www.colsiba.org/wp-content/uploads/2021/09/Cod\\_Trab\\_ElSalv1.pdf](https://www.colsiba.org/wp-content/uploads/2021/09/Cod_Trab_ElSalv1.pdf)
- Moreno Mojica, C. M., Villa Mil, T. R., Arenas Cárdenas, Y. M., Sierra Medina, D., Cano Quintero, Á. P. y Cárdenas Pinzón, D. L. (2014). La mujer en posparto: un fenómeno de interés e intervención para la disciplina de enfermería. *Revista CUIDARTE*, 5(2), 739-747. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.86>
- Mota González, C., Sánchez Bravo, C., Carreño Meléndez, J. y Gómez López, M. E. (2021). Los estilos de afrontamiento como predictores del duelo perinatal. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 13(1), 50-58. <https://www.redalyc.org/journal/3334/333469858003/333469858003.pdf>
- Neimeyer, R. A. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Paidós. [https://www.academia.edu/36890522/Aprender\\_de\\_la\\_perdida\\_Neimeyer](https://www.academia.edu/36890522/Aprender_de_la_perdida_Neimeyer)
- Organización de Mujeres Salvadoreñas por la Paz. (2022). *Mujer y Mercado Laboral 2022: El Salvador. La protección de la maternidad en las políticas públicas*. ORMUSA. <https://observatoriolaboral.ormusa.org/wp-content/uploads/2023/12/Mercado-laboral-2022-vf.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (s. f.). *Infertilidad*. WHO. [https://www.who.int/es/health-topics/infertility#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/infertility#tab=tab_1)
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Vigilancia y respuesta a la muerte materna y perinatal: material de apoyo para la implementación*. UNICEF. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/364704/9789240044562-spa.pdf?sequence=1>

- Oviedo Soto, S. J., Parra Falcón, F. M. y Marquina Volcanes, M. (2009a, febrero). La muerte y el duelo. *Enfermería global*, (15). <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/reflexion1.pdf>
- Oviedo Soto, S., Urdaneta-Carruyo, E., Parra-Falcón, F. M. y Marquina-Volcanes, M. (2009b). Duelo materno por muerte perinatal. *Revista Mexicana de Pediatría*, 76(5), 215-219. <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2009/sp095e.pdf>
- Peters, M., Lisy, K., Riitano, D., Jordan, Z. y Aromataris, E. (2015). Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based guidance for maternity care providers. *Women and Birth*, 28(4), 272-278. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1871519215000803>
- Rodríguez Mir, J. y Martínez Gandolfi, A. (2021). La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gaceta Sanitaria*, 35(3), 211-212. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.019>
- Román Abrams, C. y Plaza Montero, A. (2024, 17 de enero). Reconceptualización de la maternidad y estrategias de afrontamiento ante el duelo perinatal en mujeres que asisten a un grupo de apoyo. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 34(3), 432-449. <https://doi.org/10.55611/rebs.3403.10>
- Rozas García, M. R. y Francés Ribera, L. (2001). Maternidad tras una muerte perinatal. *Matronas Profesión*, 2(3), 29-34. <http://hdl.handle.net/2445/33077>
- Ruiz Acuña, A. (2022). *Vivencias de mujeres sometidas a procedimientos de aspiración manual endouterina y legrado uterino en el hospital José Soto Cadenillas-Chota 2020* [tesis de maestría, Universidad Nacional de Cajamarca]. Repositorio Institucional Universidad Nacional de Cajamarca. <http://hdl.handle.net/20.500.14074/5627>
- Sandoval Casilimas, C. A. (2002). *Investigación cualitativa*. Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior. <https://panel.inkuba.com/sites/2/archivos/manual%20colombia%20cualitativo.pdf>
- Santos Redondo, P., Yáñez Otero, A. y Al-Adib Mendiri, M. (2015). *Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad*. Servicio Extremeño de Salud. [https://www.elpartoestrueno.es/sites/default/files/recursos/documents/libro\\_duelo\\_ses.pdf](https://www.elpartoestrueno.es/sites/default/files/recursos/documents/libro_duelo_ses.pdf)
- Stroebe, M., Schut, H. y Boerner, K. (2017, 1 de septiembre). Models of coping with bereavement: an updated overview / Modelos de afrontamiento en duelo: un resumen actualizado. *Studies in Psychology*, 38(3), 593-607. <https://doi.org/10.1080/02109395.2017.1340055>
- Thornton, R., Nicholson, P. y Harms, L. (2020). Creating Evidence: Findings from a Grounded Theory of Memory-Making in Neonatal Bereavement Care in Australia. *Journal of Pediatric Nursing*, 53, 29-35. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0882596320300312>
- Toro Ramírez, A. Y. y Romero, M. V. (2022). *Interacciones sociales de tres mujeres, posterior a la pérdida de su bebé en estado perinatal* [trabajo de grado, Tecnológico de Antioquia Institución Universitaria]. Repositorio Digital Tecnológico de Antioquia Institución Universitaria. <https://dspace.tdea.edu.co/handle/tdea/2534>
- Vicente Sáez, N. (2014). *Duelo perinatal: el duelo olvidado* [trabajo de grado, Universidad de Salamanca]. Repositorio Documental CREDOS. <http://hdl.handle.net/10366/128540>
- World Health Organization. (2024). *Operational framework for monitoring social determinants of health equity*. WHO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375732/9789240088320-eng.pdf?sequence=1>

## ANEXOS

### Anexo A

Caracterización de las participantes

#### Caracterización de las participantes en la investigación

Participante	Edad	Número de	Número de hijos	Número de	Momento de la	Tiempo desde
Jazmín	39	3	1 2° embarazo	2	Intrauterina S11	9 meses
					Intrauterina S7	
Margarita	36	1	0	1	Intrauterina S9	9 meses
Violeta	31	5	2 4° y 5° embarazo	3	Intrauterina S6	5 años
					Intrauterina S8	
					Posparto S22	
Petunia	45	3	1	2	Intrauterina S20	4 años
					Intrauterina S8	
Dalia	44	3	1 3° embarazo	2	Intrauterina S5	8 años
Orquídea	45	2	1	1	Intrauterina S2	
Camelia	35	1	0	1	Intrauterina S12	10 años
Magnolia	33	4	1	3	Intrauterina S10	3 años, 4 meses
					Intrauterina S6	
					Intrauterina S6	
Narcisa	46	3	1 1° embarazo	2	Intrauterina S6	2 años, 3 meses
					Intrauterina S12	
Iris	42	5*	2 1° y 4° embarazo	3**	Intrauterina S16	7 años
					Intrauterina S32	
					Posparto 1.5 meses	
Rosa	39	4	2 1° y 4° embarazo	2	Intrauterina S12	1 año
					Posparto 4 días	
					Intrauterina S12	7 años; 6 meses

\*Un embarazo ectópico y un embarazo gemelar

\*\*Pérdida de ambos bebés por embarazo gemelar

