

EXPERIENCIAS PERSONALES ANTE EL AFRONTAMIENTO DEL DUELO PERINATAL Y NEONATAL EN MUEJRES ECUATORIANAS

PERSONAL EXPERIENCES IN COPING WITH PERINATAL AND NEONATAL GRIEF IN ECUADORIAN WOMEN

Artículo Original

Milka Janael Lucero Lucero  ^{1,a} Catalina Fernanda Nuela Masaquiza  ^{1,b}

Resumen

Introducción: El afrontamiento del duelo perinatal y neonatal es una de las vivencias más dolorosas y difíciles que pueden atravesar los progenitores, debido al impacto emocional que puede desencadenar graves consecuencias psicológicas. **Objetivo:** Analizar las experiencias personales ante el afrontamiento del duelo perinatal y neonatal en mujeres ecuatorianas. **Métodos:** Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico. Participaron ocho mujeres que experimentaron la perdida perinatal y neonatal entre las 22 semanas de gestación y primeras 29 horas posteriores al nacimiento. La selección se realizó mediante muestreo por bola de nieve hasta alcanzar la saturación teórica. La recolección de datos se llevó a cabo a través de entrevistas en profundidad, las cuales fueron analizadas mediante codificación apoyada en software de análisis cualitativo. **Resultados:** Emergieron las categorías: contexto emocional, relación con el sistema, comunicación médica, apoyo familiar y consecuencias a largo plazo. **Conclusión:** El afrontamiento del duelo perinatal y neonatal es un acontecimiento traumático para aquellas que lo vive, en donde ciertas actividades y actitudes del personal de salud dejan mucho que desear ya que la comunicación inoportuna, juzgamiento y falta de empatía se ha resaltado mucho por parte de las madres que experimentan estas situaciones.

Palabras clave: Acontecimientos que Cambian la Vida; Habilidades de Afrontamiento; Muerte Perinatal; Mortalidad Neonatal Precoz; Aflicción (fuente: DeCS BIREME).

Abstract

Introduction: Coping with perinatal and neonatal grief is one of the most painful and difficult experiences parents can go through, with a profound emotional impact that can lead to serious psychological consequences. **Objective:** To analyze the personal experiences of coping with perinatal and neonatal grief in Ecuadorian women (Zone 3, Chimborazo, Tungurahua, Cotopaxi). **Methods:** A qualitative study with a phenomenological approach was conducted. Eight women who experienced perinatal and neonatal loss between 22 weeks of gestation and the first 29 hours after birth participated. Participants were selected using snowball sampling until theoretical saturation was reached. Data collection was carried out through in-depth interviews, which were analyzed using coding supported by qualitative analysis software. **Results:** The following categories emerged: emotional context, relationship with the system, medical communication, family support and long-term consequences. **Conclusion:** Coping with perinatal and neonatal bereavement is a traumatic experience for those who live through it. Certain activities and attitudes of healthcare personnel leave much to be desired, as inopportune communication, judgment, and a lack of empathy have been highlighted by mothers experiencing these situations.

Keywords: Life Change Events; Coping Skills; Perinatal Death; Early Neonatal Mortality; Bereavement (source: MeSH NLM).



Esta obra tiene una licencia de Creative Commons Atribución 4.0 Internacional

Copyright © 2025, Revista Científica de Enfermería

¹ Carrera de Enfermería. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad Técnica de Ambato, Ambato, Ecuador

^a Estudiante de enfermería

^b Enfermera

1. Introducción

La pérdida o fallecimiento de un hijo/a durante el embarazo, el parto, o en los primeros días de vida es una de las vivencias más dolorosas y difíciles que pueden atravesar los progenitores y familiares. Es conocido como duelo neonatal o perinatal, representa un proceso complejo que genera profundo dolor y requiere acompañamiento sensible y comprensivo, que muchas veces no es comprendido por la sociedad (1). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2) la mortalidad neonatal se refiere a la muerte que se produce entre el nacimiento y los primeros 28 días de vida. Y muerte perinatal se define como la muerte que abarca la semana 22 de gestación hasta el séptimo día posnatal.

Los primeros días de vida del neonato son los más vulnerables ya que la adaptación de vida extrauterina comienza. Los neonatos fallecen en los primeros 28 días de vida principalmente por falta de atención cualificada al nacer o falta de tratamientos después del alumbramiento y en los primeros días de vida, incluidos la falta de información por parte del profesional de salud en la atención prenatal (3). A nivel mundial, según la OMS (3), en el 2022 un aproximado de 2,3 millones de niños fallecieron en los primeros 20 días de vida, dando como resultado que un 47% de todas las muertes de menores de 5 años corresponde a la defunción de recién nacidos mostrando que se produce 6500 defunciones diarias. Mostrando un alto índice de mortalidad neonatal, de las cuales las causas más comunes son el nacimiento pretérmino, complicaciones en el parto como asfixia perinatal o traumatismo obstétrico, sepsis neonatal y deformidades o enfermedades congénitas, donde el 75% fallece en los primeros 7 días de vida, y aproximadamente 1 millón de recién nacidos fallecen dentro de las primeras 24 horas de vida (3).

En cambio, en América Latina y el Caribe en el 2022, la OMS (4) estimó que el 57% de muertes corresponden a menores de 5 años y el 47% en los primeros 28 días de nacimiento. Se destaca que la mortalidad neonatal se debe por factores económicos, educativos y sociales, ya que etnias al no saber hablar español dificulta la atención prenatal, parto con personal cualificado en emergencias y cuidados posparto o posnatales, a su vez la ubicación demográfica y nivel de escolaridad dificulta el ingreso o atención a los centros hospitalarios (5).

Asimismo, en Ecuador la tasa de mortalidad neonatal se debe a factores sociales, económicos y demográficos, reportando como resultado que la muerte neonatal es

de 5,1 por cada 1000 nacidos vivos en el 2022. Esto representa un alto índice de mortalidad según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) (6). Por esta razón, la educación del profesional de salud es muy importante para ofrecer atención integral antes, durante y después del embarazo y brindar apoyo e información que promueva un estilo de vida saludable para evitar complicaciones o posibles factores de riesgo que causen efectos negativos al finalizar el proceso de gestación (7).

Según la OMS (8) para reducir la morbilidad del neonato y maternas se debe mejorar la calidad de atención prenatal, para que sea una etapa segura de la mujer gestante. Todo esto causa efectos emocionales, psicológicos y sociales negativos en los progenitores y familiares. La vivencia del duelo y pérdida de su bebé puede generar un riesgo importante en la calidad de vida de la madre, de tal manera que, afrontar el duelo será diferente en cada una de ellas, en el cual esto puede disminuir si el profesional sanitario tiene protocolos o competitividad para poder manejar la situación.

El duelo perinatal es un proceso de emociones fuertes que experimental los padres ante el fallecimiento de su hijo/a, presenta características distintivas, en comparación con otros tipos de duelo, como la proximidad entre el nacimiento y la muerte de un nuevo ser, así también como el inesperado suceso. Este tipo de duelo implica múltiples pérdidas para los padres, no solo la pérdida de su hijo, sino también la pérdida de sí mismos, sueños, expectativas, ilusiones y planes de vida.

Esta complejidad lo diferencia de otros duelos, generando un proceso doloroso e incomprensible (9) Por lo que, es importante destacar que todo empieza desde la atención sanitaria que se brinde a la madre que acaba de perder su hijo, que de acuerdo con testimonios de madres el personal de salud es insensible durante este suceso, dando como resultado un impacto considerable en el proceso de afrontamiento al duelo neonatal (9,10).

Las experiencias son eventualidades que una persona vive, y dejan una impresión o recuerdo, que puede causar un impacto significativo en la salud mental de la persona, puede ser de tipo personal o individual, profesional y educativa. En este caso causa reacciones psicofisiológicas a nivel personal y emocional, ya que es una situación relevante donde puede marcar gravemente en los progenitores y familiares ante el fallecimiento del neonato (11).

El afrontamiento al duelo neonatal es una situación difícil, por el cual el personal de salud debe estar capacitado para



el manejo de este. En un estudio Valenzuela, M. et al (12), se evidenció que los profesionales de la salud reconocen su papel esencial en brindar apoyo a los padres que pierden a un hijo; sin embargo, muchos experimentan angustia, culpa, frustración y estrés, lo que afecta su bienestar psicológico y la calidad de la comunicación con los padres. El estudio destacó la necesidad de mejorar la comunicación y fomentar la empatía y el humanismo en la atención tras la pérdida neonatal. Por su parte, Páez, M. y Arteaga, L. (13) identificaron deficiencias en la asistencia profesional durante el duelo perinatal, caracterizadas por insensibilidad, falta de acompañamiento y trato inadecuado, lo cual agrava el impacto emocional en los padres. Ambas investigaciones coinciden en que un trato humanizado, empático y acompañante es fundamental para favorecer el proceso de afrontamiento del duelo materno y contribuir positivamente a la recuperación emocional y la calidad de vida de las madres que enfrentan este tipo de pérdidas.

Es importante conocer las experiencias vividas de mujeres que perdieron a su hijo/a, cómo fue el afrontamiento al duelo, y cómo aprendieron a vivir en su dolor estas mujeres que esperaron la llegada de una nueva vida, qué factores ocurrieron para que no se ejecute el proceso de desarrollo del neonato, además, cómo fue la atención del profesional de salud ante la trágica situación. Este estudio pretende mostrar el impacto emocional, consecuencias en la salud mental y la importancia de la atención por parte del personal de salud y el apoyo emocional, así como la necesidad de sensibilización y formación en este ámbito. Ya que merece una mayor atención y acción para mejorar las experiencias de las familias que atraviesan por esta situación dolorosa.

En relación con el afrontamiento del duelo perinatal y neonatal, el impacto emocional es una prioridad para el Ministerio de Salud Pública (MSP), la OMS y la Universidad Técnica de Ambato (UTA). Es importante analizar, prevenir y brindar una excelente calidad de atención a las madres que experimentan el fallecimiento de un hijo en el periodo perinatal y neonatal. Asimismo, el MSP se centra en la salud mental y bienestar social, implementando programas de apoyo psicológico para así mejorar el acompañamiento y el proceso de afrontamiento del duelo perinatal. Para la OMS proporciona directrices globales para apoyar la salud mental de las madres, promoviendo la resiliencia y la capacitación en manejo del afrontamiento del duelo. Por su parte, para la UTA es importante proporcionar información adecuada para obtener profesionales competentes ante el manejo del afrontamiento del

duelo perinatal y neonatal. Estas instituciones colaboran para abordar integralmente el impacto psicológico ante este suceso, asegurando el apoyo y formación continua para los futuros profesionales de salud, con especial énfasis en el duelo perinatal y neonatal. Este estudio tiene como objetivo analizar las experiencias personales ante el afrontamiento del duelo perinatal y neonatal en mujeres ecuatorianas.

2. Métodos

Tipo de estudio

Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico interpretativo, orientado a comprender el significado que las mujeres atribuyen a la pérdida perinatal y neonatal desde sus propias vivencias. Este diseño permite explorar la experiencia subjetiva, los procesos emocionales y la interacción con el sistema de salud. El sustento teórico del enfoque fenomenológico se fundamenta en las propuestas de Husserl y Heidegger, quienes señalan la importancia de interpretar el sentido de las experiencias vividas desde la perspectiva de los propios actores.

Escenario y contexto

La investigación se desarrolló con mujeres residentes en distintas provincias del Ecuador (Chimborazo, Tungurahua, Cotopaxi) que experimentaron la pérdida de un hijo en el periodo perinatal o neonatal. Debido a la sensibilidad del tema y la naturaleza del muestreo, las entrevistas se realizaron en espacios seleccionados por las participantes, tales como sus hogares o lugares privados que garantizaban confidencialidad, comodidad y seguridad emocional.

Población y muestra

La población estuvo conformada por mujeres que atravesaron duelo perinatal o neonatal. La muestra se obtuvo mediante muestreo no probabilístico por bola de nieve, identificando participantes a través de recomendaciones personales, grupos de apoyo, contactos institucionales y redes sociales. La selección se mantuvo hasta alcanzar saturación teórica, momento en que la información dejó de aportar nuevos elementos relevantes para el análisis.

La muestra final estuvo compuesta por ocho mujeres que vivieron la pérdida de su hijo desde las 22 semanas de gestación hasta las primeras 29 horas posteriores al nacimiento. No se establecieron restricciones respecto a edad, estado civil, nivel educativo, etnia o tiempo transcurrido desde la pérdida, con el fin de recoger diversidad de experiencias.

Se incluyeron mujeres que experimentaron la pérdida de su hijo/a desde las 22 semanas de gestación hasta las primeras 29 horas posteriores al nacimiento y que aceptaron voluntariamente participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado. Se excluyeron a Mujeres que experimentaron la pérdida de un hijo/a después del primer mes de vida y quienes se encontraban en una fase aguda de duelo y que, por su estado emocional, no podían participar de manera segura.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La información se obtuvo mediante entrevistas semiestructuradas, diseñadas para favorecer un diálogo abierto y profundo sobre las vivencias personales, la interacción con el personal de salud, las formas de afrontamiento y las consecuencias emocionales posteriores. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 30 a 45 minutos y fueron grabadas en audio con autorización previa de las participantes.

Antes de cada entrevista se realizó una conversación inicial donde se explicaron los objetivos académicos del estudio, se resolvieron dudas y se revisó conjuntamente el consentimiento informado. Las entrevistas se llevaron a cabo en un ambiente seguro, garantizando privacidad y apoyo emocional cuando fue necesario.

Procedimiento

El proceso inició con la identificación de posibles participantes mediante referencias comunitarias y profesionales. Una vez contactadas, se verificó el cumplimiento de los criterios de inclusión, se explicó el propósito del estudio y se acordó la fecha de la entrevista. Todas las participantes firmaron el consentimiento informado.

Posteriormente, se procedió a la realización de las entrevistas, las cuales fueron grabadas y transcritas de manera textual para preservar la fidelidad de sus relatos. Durante la recolección de datos se emplearon estrategias para favorecer la contención emocional, debido a la naturaleza sensible de las vivencias compartidas.

Procesamiento y análisis de la información

Las transcripciones fueron revisadas de manera detallada y analizadas mediante un proceso de codificación abierta, axial y selectiva. Se utilizó el software ATLAS. ti, seleccionado por su capacidad para organizar datos textuales extensos y facilitar la identificación de categorías emergentes.

El análisis se desarrolló siguiendo los principios de la fenomenología interpretativa, buscando comprender

el sentido profundo de las experiencias relatadas. A partir de la codificación se establecieron categorías y subcategorías relacionadas con el contexto emocional, la relación con el sistema de salud, la comunicación médica, el apoyo familiar y las consecuencias a largo plazo.

Para asegurar la credibilidad de los hallazgos, se aplicaron estrategias de rigor cualitativo como member checking, donde algunas participantes revisaron la interpretación de sus testimonios, y triangulación con literatura científica relevante. Asimismo, se mantuvo una bitácora reflexiva para evitar sesgos interpretativos.

Consideraciones éticas

El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética e Investigación de la Universidad Técnica de Ambato 288-CEISH-UTA-2024. Se garantizó el cumplimiento de los principios de respeto, autonomía, confidencialidad y protección emocional. Todas las participantes firmaron un consentimiento informado, se preservó su anonimato mediante códigos alfanuméricos y se les recordó su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin consecuencias.

3. Resultados

Respecto a la edad gestacional, tres participantes mencionaron haber sido diagnosticadas por óbito fetal a las 22 semanas de gestación, tres mencionaron que ocurrió a las 23 semanas de gestación, una reportó su pérdida a las 26 semanas, y finalmente, una experimentó la muerte neonatal 29 horas después del nacimiento (Tabla 1).



Tabla 1. Informantes en relación con la edad gestacional.

Informantes	Edad gestacional
Informante Nro. 1 (I1)	26 semanas de gestación.
Informante Nro. 2 (I2)	29 horas posterior al nacimiento.
Informante Nro. 3 (I3)	23 semanas de gestación.
Informante Nro. 4 (I4)	23 semanas de gestación.
Informante Nro. 5 (I5)	22 semanas de gestación.
Informante Nro. 6 (I6)	22 semanas de gestación.
Informante Nro. 7 (I7)	22 semanas de gestación.
Informante Nro. 8 (I8)	23 semanas de gestación.

En la tabla 2, se presentan las categorías y declaraciones relevantes de las mujeres que experimentaron un duelo perinatal y neonatal. Emergieron las categorías: contexto emocional, relación con el sistema, comunicación médica, apoyo familiar y consecuencias a largo plazo.

Tabla 2. Experiencias personales ante el afrontamiento del duelo perinatal y neonatal.

Categoría Principal	Subcategorías	Citas textuales relevantes
1. Contexto emocional	Culpa y responsabilidad	“Me culpaba de todo lo que pasó.” (Informante 2)
	Dolor profundo y depresión	“Me sentía como si todo se acabara, incluso me iba al cementerio y me quedaba dormida junto a la tumba de mi hijo.” (Informante 2)
	Resignación y fe	“Dios es el dueño de nuestras vidas, aunque sea un angelito lo llevamos en el corazón.” (Informante 8)
	Falta de apoyo psicológico	“No me ofrecieron ayuda psicológica.” (Informante 1, 3, 4, 5, 6, 8)
2. Relación con el sistema	Atención centrada en lo físico	“El personal se centra más en lo físico que en lo psicológico.” (Informante 1)
	Juzgamiento y falta de empatía	“Me juzgaron, me dijeron que nunca debemos alzar cosas pesadas en el embarazo.” (Informante 5)
	Notificación abrupta y cruda	“Me dijeron ‘ya no hay bebé, ya no hay latidos’, de esa manera.” (Informante 1)
3. Comunicación médica	Desinformación	“No todos conocemos de la situación, nadie me ayudaba.” (Informante 8)
	Papel crucial de la familia	“Mi mami me ha ayudado mucho, me ha dado la mano.” (Informante 5)
4. Apoyo familiar	Rituales y memoria	“Cada año solemos ir por esa fecha y lanzamos unas flores al río.” (Informante 1)
	Cambios de personalidad	“Me volví más irritable, me cambió bastante el carácter.” (Informante 1)
5. Consecuencias a largo plazo	Miedo en futuros embarazos	“Tenía miedo volverme a embarazar, porque tenía miedo a perder otro hijo.” (Informante 5)

En el contexto emocional las experiencias relatadas muestran un sentimiento de vacío, desesperanza y dolor profundo. Muchas madres mencionan tristeza e incluso depresión. “Me sentía como si todo se acabara, incluso me iba al cementerio y me quedaba dormida junto a la tumba de mi hijo” (Informante 2). La pérdida genera una crisis emocional además que está rompiendo el deseo una maternidad esperada. En los testimonios el

sentimiento de culpa es mencionado varias veces, donde varias madres se cuestionaron si hicieron algo mal que provocó la pérdida de su bebé y de una u otra forma se responsabilizan del hecho. Con esta información se puede destacar la falta de información, comunicación y educación por parte del personal de salud, quienes con comentarios hicieron que las madres sintieran que habían cometido errores en su embarazo.

Para algunas madres, la resignación, la fe y sus creencias fueron claves para el proceso de aceptación de lo ocurrido “Dios sabe por qué hace las cosas” (Informante 6). Esto quiere decir que la espiritualidad juega un papel fundamental para fortalecerse emocionalmente. Sin embargo, no todas experimentan el mismo tipo de consuelo durante el duelo, ya que utilizan distintos recursos.

En la categoría de Relación con el sistema desempeña un papel significativo en las experiencias de las madres, pero la atención brindada se manifiesta como deficiente en varios aspectos. Muchas madres relataron que el personal de salud se enfoca solamente en la parte física y hacen de lado el bienestar emocional. La falta de empatía junto con actitudes donde las madres percibían como juzgadoras, empeoró su sufrimiento “Me miraban feo, como si hubiese sido mi culpa” (Informante 4). La falta de apoyo psicológico fue una de las carencias más mencionadas, lo que fortalece la necesidad de implementar un enfoque de atención integral de acompañamiento del personal.

En Comunicación médica, la manera que se informó la pérdida también influyó en el proceso de duelo, ya que muchas mencionaron que la noticia fue dada de manera cruda y sin tacto. La falta de habilidades comunicativas incrementó en el impacto emocional “Fueron crudos al decirme que mi hijo se iba a morir” (Informante 2). Por lo que, establecer protocolos para anunciar malas noticias en el que asegure que se realice de manera empática y respetuosa, es necesario.

En la categoría de Apoyo familiar fue elemento clave durante el afrontamiento del duelo en cónyuges y madres. Lo que ayuda a sobrellevar el duelo. No obstante, en algunos casos generó tensiones en el ámbito familiar “Creo que tiene un duelo interno, no hemos hablado de eso, porque dolió mucho y cada uno se encerró en su mundo, sufrimos todos en silencio” (Informante 6). Cada testimonio refleja el proceso de duelo donde la familia puede ser un apoyo fomentando la comunicación para que todos afronten el duelo en conjunto.

En Consecuencias a largo plazo el impacto de la pérdida de un bebé deja más allá del fallecimiento de un nuevo ser, sino que también deja secuelas psicológicas, muchas madres relatan cambios en sus actitudes. Además, causa traumas psicológicos por miedo a vivir otra vez la experiencia. “y si pasa otra vez” (Informante 1), este tipo de consecuencias resalta la importancia de brindar apoyo y seguimiento psicológico, ayudando a enfrentar el duelo de manera saludable.

4. Discusión

La pérdida perinatal o neonatal es una experiencia significativamente traumática que afecta física, psicológica, social y emocionalmente entre sus progenitores y sus familiares. En este análisis cualitativo fenomenológico de las entrevistas realizadas, se determinó varios patrones comunes en las vivencias de las madres, mostrando relevancia de dolor, afrontamiento y déficit en el sistema de salud. Este estudio permitió comprender cómo las madres afrontan o han procesado esta pérdida, evaluando categorías como actitudes del personal de salud, apoyo familiar y consecuencias psicológicas.

El hallazgo más relevante de este estudio fue que las mujeres que experimentaron duelo perinatal y neonatal vivieron su perdida en un contexto marcado por un profundo sufrimiento emocional, acompañado de una atención sanitaria centrada principalmente en lo físico, con escaso acompañamiento psicológico y deficiencias en la comunicación por parte del personal de salud. Estas experiencias influyeron de manera significativa en la forma en que las participantes afrontaron y resignificaron su duelo.

En la categoría de contexto emocional, el duelo perinatal es una experiencia profundamente emocional donde las mujeres se emergen en sentimientos de culpa, dolor y búsqueda de resignación mediante la fe. Muchas relataron que se sentían responsables por la pérdida de su bebé, esta autopercepción de culpabilidad se puede atribuir a que culturalmente se percibe que la maternidad está completamente bajo responsabilidad de la madre, donde la culpa se ve intensificada por la misma razón (14).

Para muchas mujeres, la pérdida perinatal y neonatal no solo representa la ausencia de un hijo, sino también la ruptura de un proyecto de vida, de expectativas, de un anhelo y de su propia identidad como madres. La depresión, ansiedad y tristeza son respuestas a la falta de apoyo adecuado y soledad emocional. En algunos estudios muestran casos de mujeres que mencionan síntomas de depresión severos, ansiedad y dificultad para encontrar sentido a su cotidianidad (14).

La fe y la resignación es una estrategia de afrontamiento donde algunas mujeres utilizar para encontrar consuelo. La religión y la espiritualidad se convierten en un recurso importante para mitigar el dolor, encontrar otro significado de la pérdida de su bebé y reconstruir su mundo emocional. La teoría de reconstrucción de Neimeyer explica como las personas reorganizan



sus creencias y valores tras una pérdida significativa, adaptándose a una nueva realidad reconstruyendo su propio mundo de significados del acontecimiento vivido (15).

Durante el proceso del duelo las madres tienden a generar patologías psicológicas, donde la literatura revisada enfatiza en la importancia de intervenciones psicológicas tempranas para evitar que el duelo se torne crónico, recomendando grupos de apoyo, terapia conductual y acompañamiento emocional en el entorno hospitalario y fuera del ámbito hospitalario. La implementación de estrategias de apoyo no solo ayudara a que se lleve de manera saludable el duelo, sino también ayudan que durante el proceso tengan mayor comprensión de lo ocurrido disminuyendo el sentimiento de culpa (14,16).

En la esfera de sistema de salud se enfrenta varias deficiencias en la atención emocional de mujeres que experimentan la pérdida perinatal y neonatal, centrándose en procedimientos médicos y dejando en segundo plano el acompañamiento psicológico. Los testimonios analizados, manifiestan que no recibieron apoyo psicológico tras el fallecimiento de su bebé, lo que dificultó su proceso de duelo. A pesar de que la atención médica recibida en términos físico, la falta de apoyo emocional generó sensación de abandono, lo que se evidencia falta de atención integral en el duelo perinatal (17,18).

Otro factor crítico es la falta de empatía y el juicio por parte del personal de salud, lo que incrementa ansiedad en las mujeres en duelo. Algunas pacientes mencionan haber sido juzgadas, recibiendo comentarios que dejan toda la responsabilidad de lo acontecido recargue sobre la madre, lo que genera sentimientos de culpa y aislamiento. Este tipo de actitudes puede ser un resultado de la formación insuficiente de habilidades comunicativas, lo que impide brindar un acompañamiento adecuado (19,20).

La necesidad de implementar programas de formación en empatía y atención humanizada según la literatura revisada es importante ya que permitiría una mejor calidad de atención no solo médica sino también de apoyo psicológico (21). Es imprescindible que el sistema de salud opte por un enfoque integral donde incluya acompañamiento desde el momento de la pérdida, promoviendo así competencias emocionales entre profesionales de salud, asegurando que las pacientes reciban apoyo necesario para enfrentar el duelo de manera digna y respetuosa (17-19,21,22).

En la categoría de comunicación médica en el contexto de duelo perinatal juega un papel importante en las experiencias de las pacientes. Los relatos reflejan que muchas percibieron la noticia de la pérdida de su bebé de manera abrupta y carente de sensibilidad, usando expresiones como “ya no hay bebé, ya no hay latidos” lo que se evidencia la falta de preparación y empatía del personal de salud al notificar noticias delicadas, generando shock y angustia (18).

Otro problema recurrente es la desinformación. Muchas pacientes mencionan no haber tenido información clara sobre restricciones físicas o riesgos asociados, lo que puede atribuir a inseguridad y agravar su sensación de vulnerabilidad (23).

El análisis de la literatura indica que la falta de comunicación en el ámbito perinatal no solo afecta el bienestar de los pacientes, sino que incrementa la carga emocional de los profesionales de la salud. Muchos médicos y enfermeros experimentan estrés y ansiedad al enfrentarse a la comunicación de malas noticias, lo que le lleva a adoptar una actitud distante, lo que genera desconexión entre paciente – profesional donde se llevan una percepción negativa del sistema de salud (18).

El desarrollo de habilidades de comunicación en los profesionales de salud no solo mejoraría la experiencia de las mujeres en duelo, si no también fortalecería la relación entre profesional de salud y paciente, además reduciría la carga de estrés del personal de salud y la madre tendría un menor impacto emocional durante en duelo perinatal o neonatal (18,23,24).

En la esfera de apoyo familiar, juega un papel fundamental en el proceso de duelo perinatal, actuando como un sistema de escape emocional. En los testimonios reflejan que el acompañamiento es muy importante y significativo para aliviar el dolor especialmente de la pareja y la madre, ya que ayudan a procesar el duelo en un espacio seguro y conocido para ellas (25).

Sin embargo, no todas las experiencias son positivas, en algunos casos el duelo se vive de manera aislada y cada uno vive su duelo en su mundo, donde carece de comunicación y expresar su dolor, estas diferencias pueden generar conflictos en el entorno, acumulación de estrés y aislamiento, dificultando el proceso de duelo para los miembros de la familia (26).

También se hablan de rituales conmemorativos y la preservación de la memoria del bebé fallecido, son estrategias utilizadas para sobrellevar la pérdida. Realizar actos simbólicos como visitar el lugar donde

se encuentra el bebé, lanzar flores al río en su honor o tatuarse el nombre que llevaría, permite generar un vínculo simbólico con el hijo que han perdido. Según los estudios, el duelo ritualizado facilita la resignación al hecho desde una perspectiva de continuidad y recuerdo amoroso (26).

También, es importante destacar los grupos de ayuda, el apoyo psicológico fuera del hospital puede contribuir con un duelo saludable, donde disminuiría el aislamiento y fomentaría un entorno de comprensión (26).

En la categoría de consecuencias psicológicas se manifiestan cambios significativos en la personalidad, en los testimonios analizados muchas participantes describen haber desarrollado irritabilidad, sensibilidad y dificultad para manejar emociones negativas. Estos cambios son netamente asociados a el trauma o impacto emocional que no ha sido completamente procesado, por lo que es necesario intervenciones psicológicas y oportunas para evitar el desarrollo de patologías psicológicas crónicas (27).

El miedo a futuros embarazos es otro aspecto recurrente en las experiencias de duelo perinatal y neonatal, muchas mujeres temen volver a concebir ya que la angustia de revivir la pérdida genera una carga emocional grande, este miedo puede experimentar incluso durante una nueva gestación. Donde estudios mencionan que este miedo y preocupación puede llevarse por un mal afrontamiento psicológico ante el duelo (15).

Es importante que el sistema de salud contemple estrategias de atención integral no solo que aborden el aspecto físico, sino también emocional, integrar un enfoque multidisciplinario y humanizado podría prevenir prolongación de duelo patológico y también reducir secuelas emocionales a largo plazo (15,27).

Los resultados de esta investigación resaltan la necesidad de fortalecer las competencias emocionales y comunicativas del personal de salud, así como de implementar protocolos de atención humanizada en situaciones de duelo perinatal y neonatal. Integrar equipos multidisciplinarios que incluyan apoyo psicológico oportuno podría mejorar significativamente la experiencia de las madres y favorecer un afrontamiento más saludable del duelo.

Entre las principales limitaciones se encuentra el tamaño reducido de la muestra y el uso de muestreo por bola de nieve, lo que limita la generalización de los resultados. Asimismo, las experiencias narradas corresponden a percepciones subjetivas de las participantes y pueden estar influenciadas por el tiempo transcurrido desde

la perdida. No obstante, estas limitaciones no restan valor al estudio, ya que el enfoque cualitativo busca profundidad y comprensión del fenómeno desde las voces de las propias mujeres.

5. Conclusión

Finalmente, la presente investigación evidencia la urgencia de humanizar la atención de salud en casos de pérdida perinatal y neonatal. La falta de empatía, comunicación de malas noticias y falta de apoyo emocional en el ámbito hospitalario incrementa el sufrimiento en las madres durante el proceso de duelo, por lo que se resalta la importancia de capacitar a los profesionales de salud en la competitividad del manejo de este duelo. Asimismo, el apoyo familiar juega un importante papel para la recuperación emocional, aunque es necesario fomentar la comunicación para evitar que el duelo se viva de manera individual provocando rupturas familiares. Por último, las consecuencias emocionales a largo plazo subrayan la importancia de ofrecer atención psicológica continua y oportuna. La implementación de estos cambios no solo mejoraría el afrontamiento al duelo a la madre, sino también contribuiría a un modelo de atención más humanizado y sensible ante el duelo perinatal y neonatal.

Se recomienda implementar formas de llevar el afrontamiento de duelo perinatal y neonatal a nivel hospitalario, donde la mujer pueda vivir su duelo, sin juzgamiento ni falta de empatía. Además, es importante investigar sobre diferentes protocolos en el que la mujer que experimenta este duelo tenga un seguimiento psicológico y oportuno.

Financiamiento: Autofinanciado.

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Contribución de los autores: Contribución sustancial en la concepción, diseño del estudio o recolección de datos: MJLL, Análisis e interpretación de datos: MJLL, Redacción inicial del manuscrito: MJLL. Revisión crítica y aprobación final del manuscrito: CFNM, MJLL.



6. Referencias bibliográficas

1. Grupo de Vigilancia y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía . Intituto Nacional de Salud [Internet]. 2022 Mar 11 [cited 2024 Jun 5];1–26. <https://www.ins.gov.co/busador-eventos/Lineamientos/Protocolo-Mortalidad%20perinatal.pdf>
2. Pérez Díaz R, Rosas Lozano AL, Islas Ruz FG, Baltazar Merino RN, Mata Miranda M del P. Estudio descriptivo de la mortalidad neonatal en un Hospital Institucional. Acta Pediátrica de México. 2018 Jan 16;1(1):23.
3. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2024 [cited 2024 Jun 5]. Mortalidad neonatal. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality>
4. Organización Panamericana de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. 2024 [cited 2024 Jun 5]. Tendencias alentadoras y desafíos persistentes: Análisis de la mortalidad en menores de 5 años y perspectivas en América Latina y el Caribe. <https://www.paho.org/es/noticias/14-5-2024-tendencias-alentadoras-desafios-persistentes-analisis-mortalidad-menores-5-anos>
5. UNICEF. UNICEF. 2018 [cited 2024 Jun 5]. La desigualdad pone en riesgo la vida de los recién nacidos en América Latina y el Caribe. <https://www.unicef.org/argentina/comunicados-prensa/la-desigualdad-pone-en-riesgo-la-vida-de-los-recien-nacidos-en-amERICA-latina-y>
6. Olivo V. Registro Estadístico de Defunciones Generales. 2022 [cited 2024 Jun 7]. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2022/Boletin_EDG_2022.pdf
7. Vivanco K, Reyes E. Factores que influyen en el Control Prenatal. Polo del Conocimiento. 2023 Oct 1;8(8):448–62.
8. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud . 2016 [cited 2024 Jun 5]. Acceso/ Comunicados de prensa/La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado © La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
9. Román Abrams C, Plaza Montero A. Reconceptualización de la maternidad y estrategias de afrontamiento ante el duelo perinatal en mujeres que asisten a un grupo de apoyo. Rev Puertorriquena Psicol. 2024 Jan 17;34(3):432–49.
10. Rodríguez Villalón M, García Quirós P, Núñez García A, Merino Martín S, González Berrocal P. Role of the midwife in perinatal mourning in the current context of a pandemic. Clinical case. Enfermería Cuidándote. 2022;5(2):8–16.
11. Piqueras J, Ramos V, Martínez A, Oblitas L. Emociones negativas y su impacto. En la salud mental y física. Redalyc. 2009;16(2):85–112.
12. Valenzuela MT, Bernales M, Jaña P. Duelo perinatal: Perspectivas de los Profesionales de la Salud. Rev Chil Obstet Ginecol. 2020;85(3):281–305.
13. Páez Cala ML, Arteaga Hernández LF. Duelo por muerte perinatal. Necesidad de una atención diferencial e integral. Archivos de Medicina (Manizales). 2019;19(1):32–45.
14. Berry, S. N., Marko, T., & Oneal, G. (2021). Qualitative interpretive metasynthesis of parents' experiences of perinatal loss. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 50(1), 20–29. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.10.004>
15. Requena Vargas MB, Granizo Lara LV. Efectos psicológicos y estrategias de afrontamiento como predictores del duelo perinatal. Anatomía Digital. 2023;6(4.3):279–304.
16. Mota González C, Sánchez Bravo C, Carreño Meléndez J, Gómez López M. Los estilos de afrontamiento como predictores del duelo perinatal . Rev Argent Cienc Comport [Internet]. 2021 Apr [cited 2024 Jun 7];13(1):50–8. <http://www.scielo.org.ar/pdf/radcc/v13n1/1852-4206-radcc-13-01-00058.pdf>
17. Figueroa Ibarra C, Aranda Gallegos P. Experiencias del personal de enfermería ante la muerte perinatal. Revista Cubada de Enfermería. 2022;38(1):1–16.
18. Valenzuela MT, Bernales M, Jaña P. Duelo perinatal: Perspectivas de los Profesionales de la Salud . Rev Chil Obstet Ginecol. 2020;85(3):281–305.

19. Estrada Zapata K, Parada Romero B, Alfaro Romero D. Reflexión sobre el duelo perinatal invisibilizado a través del discernimiento bioético de un caso. Salud Uninorte. 2024;40(03):1113–25.
20. Durán-Flórez ME, Casallas-Murillo DM. Evaluación del cumplimiento de la guía en salud mental para atención de duelo perinatal en el ámbito hospitalario. Psicología y Salud. 2018;29(1):91–102.
21. Serna Cardona ÁF, Picazo Carranza AR, Paniagua Ramírez S, Jiménez Martínez M del C, Santillán Morelos JG. Duelo perinatal en mujeres residentes de Morelia, Michoacán, México. LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades. 2024;5(3).
22. Moreno-Tirado PS, Gil-García E, Tarriño-Concejero L. Cuidados enfermeros en el duelo perinatal. Una revisión sistemática y crítica de las actitudes y los conocimientos en la práctica clínica. Enferm Clin. 2023;33(5):327–37.
23. Kee JWY, Khoo HS, Lim I, Koh MYH. Communication Skills in Patient-Doctor Interactions: Learning from Patient Complaints. Health Professions Education. 2018;4(2):97–106.
24. Rodriguez R, Alba C, Gutiérrez S, Cobos Á, Sánchez J. Duelo Perinatal. Revisión Sistemática. PARANINFO DIGITAL [Internet]. 2019 Oct 14 [cited 2024 Jun 8];9(29). https://www.researchgate.net/profile/Juan-Carlos-Garcia-5/publication/337022366_Duelo_Perinatal_Revision_Sistematica/links/5dc13d23299bf1a47b160c4f/Duelo-Perinatal-Revision-Sistematica.pdf
25. Mota González C, Calleja N, Sánchez Bravo C, Carreño Meléndez J, Balbuena Buendía JL. Resiliencia y Apoyo Social como Predictores del Duelo Perinatal en Mujeres Mexicanas: Modelo Explicativo. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. 2021 Jan 1;58(1).
26. López Fuentetaja AM, Iriondo Villaverde O. Sentir y pensar el duelo perinatal: acompañamiento emocional de un grupo de padres. Clínica Contemporánea. 2018;9(3):E25, 1–24.
27. Navarro Orozco V. Duelo perinatal: cómo afecta en la salud mental de una persona gestante el tránsito por este proceso. 2024;17–22.

