



Medicent Electrón. 2026;30:e4181

ISSN 1029-3043

Artículo Original

Factores de riesgo del duelo en pacientes con gestación interrumpida voluntariamente por defectos congénitos

Risk factors for grief in patients with voluntarily termination of pregnancy due to congenital defects

Anamarys Quintero Machado^{1*} <https://orcid.org/0009-0000-9233-0223>

Emilia Antonia Botello Ramírez¹ <https://orcid.org/0000-0003-1573-1861>

Yaritza García Ortiz¹ <https://orcid.org/0000-0002-5758-4671>

Senia María González Alcántara¹ <https://orcid.org/0000-0002-5839-3607>

Yurianelys Machado Machado¹ <https://orcid.org/0000-0002-3412-041X>

¹Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Cuba.

* Autor para la correspondencia: Correo electrónico: namarysgm@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La duración y resolución del duelo perinatal se relacionan con factores de riesgo que condicionan la evolución de este; por lo que es preciso el acompañamiento terapéutico adecuado a las pacientes, por parte del equipo básico de salud.

Objetivo: Describir los factores de riesgo en la evolución del duelo en pacientes con interrupción voluntaria de la gestación por defectos congénitos.



Métodos: Se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud con enfoque mixto concurrente, en el Centro Provincial de Genética Médica de Santa Clara, Villa Clara, entre enero de 2022 y agosto de 2023. La muestra estuvo conformada por 13 pacientes, con previo consentimiento informado. Se tuvieron en cuenta, como criterio de exclusión, los antecedentes personales de enfermedades psiquiátricas; y como criterio de salida, las pacientes que no asistieron a las sesiones programadas.

Resultados: En la mitad de las pacientes se detectó duelo complicado o de alta intensidad; y se evidenciaron factores de riesgo personales, circunstanciales y relacionales que influyeron en su intensidad.

Conclusiones: Los factores de riesgo observados se relacionaron con las variables: avanzada edad materna, ocupación, ausencia de hijos, antecedentes de duelos no resueltos, baja autoestima, presencia de ansiedad y depresión, acontecimientos vitales estresantes y recuerdos dolorosos del proceso de interrupción.

DeCS: factores de riesgo; pesar; anomalías congénitas.

ABSTRACT

Introduction: the duration and resolution of perinatal grief are related to risk factors that condition its evolution. Therefore, adequate therapeutic support for patients is necessary from the basic health team.

Objective: to describe risk factors in the evolution of grief in patients with voluntary termination of pregnancy due to congenital defects.

Methods: a research in health systems and services with a concurrent mixed approach was carried out at the Provincial Center for Medical Genetics of Santa Clara, Villa Clara between January 2022 and August 2023. The sample consisted of 13 patients with their prior informed consent. Personal history of psychiatric illnesses were taken into account as an exclusion criterion and patients who did not attend the scheduled sessions as an exit criterion.



Results: complicated or high-intensity grief was detected in half of the patients; personal, circumstantial and relational risk factors were shown to influenced in its intensity.

Conclusions: the observed risk factors were related to the variables: advanced maternal age, occupation, absence of children, history of unresolved grief, low self-esteem, presence of anxiety and depression, stressful life events and painful memories of the interruption process.

MeSH: Risk factors; grief; congenital abnormalities.

Recibido: 25/03/2025

Aprobado: 13/12/2025

INTRODUCCIÓN

Los defectos congénitos (DC) son alteraciones morfológicas, bioquímicas o funcionales con alta mortalidad y una variedad de complicaciones asociadas. Los niños que los padecen, comparados con aquellos que no los tienen, son más propensos a hospitalizaciones, así como a alteraciones neurológicas, psicológicas y cognitivas.⁽¹⁾

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que estas anomalías afectan cada año a 7,9 millones de recién nacidos, 3,3 millones de infantes menores de cinco años mueren por su causa y 3,2 millones sobreviven con algún tipo de discapacidad. Los DC se consideran la primera causa de muerte infantil en los países desarrollados, y la segunda en muchos países en vías de desarrollo como Cuba.^(2,3,4)

En Cuba existen redes de salud multidisciplinarias con amplia participación intersectorial y social, entre las que se encuentra el Centro Nacional de Genética Médica, creado en 1980. Esta institución es la encargada de conducir



metodológicamente el Programa Nacional de Diagnóstico, Manejo y Prevención de Enfermedades Genéticas y Defectos Congénitos, organizado y dirigido por el Ministerio de Salud Pública; mediante una red nacional conformada por 184 centros, múltiples servicios y un valioso capital humano especializado, tanto en genética clínica como comunitaria, que actúa desde la atención primaria de salud.⁽⁵⁾

La pareja, al detectar el embarazo, debe acudir de inmediato al médico de familia para realizar su captación tempranamente. Como parte de la atención genética prenatal, la embarazada recibe consulta de evaluación de riesgo genético y se indican estudios que permiten detectar alteraciones en el feto que, de ser diagnosticadas, pueden conducir a la instrumentación legal del aborto por defectos congénitos incompatibles con la vida. Esto se efectúa a partir de guías metodológicas sustentadas en normas jurídicas, que garantizan la atención a las gestantes que optan por la terminación voluntaria de la gestación y garantizan la salud reproductiva de manera integral.⁽⁵⁾

La llegada de un hijo es una de las etapas más significativas en la vida del ser humano, en que los sueños e ilusiones comienzan a formar parte de la historia familiar, y plantea una serie de cambios en las expectativas, proyectos y metas a corto y largo plazo. La posibilidad de que ese fruto sea portador de un defecto congénito que limite su calidad de vida o, incluso, la comprometa, genera en los padres y en la familia en general, un desajuste emocional. Al primer momento en que se recibe la noticia no esperada y dolorosa, le sigue un proceso de duelo.

La palabra «duelo» proviene del latín (*duellum*) y significa «dolor». Es un proceso de adaptación que sigue a la pérdida, simbólica o física, y comprende tanto las repercusiones directas como las acciones que se emprendan para manejar estas consecuencias. Aunque se presenta como una reacción adaptativa natural, es un acontecimiento vital estresante, sobre todo cuando se trata de la pérdida en etapa prenatal.⁽⁶⁾ La duración y resolución del duelo por esta causa se relacionan



estrechamente con factores de riesgo que condicionan su evolución; y que pueden ser contextuales, circunstanciales o personales.

En Villa Clara no existen evidencias de investigaciones acerca de los factores de riesgo que predisponen al duelo patológico en embarazadas que interrumpen la gestación por DC. Sin embargo, el tema adquiere relevancia por el considerable número de diagnósticos prenatales de defectos congénitos y el necesario conocimiento, que deben tener los profesionales dedicados a su manejo, de los aspectos afectivos, emocionales y comportamentales que sobrevienen a la interrupción voluntaria de la gestación. Así, el presente artículo tiene como objetivo describir los factores de riesgo que intervienen en la evolución del duelo en pacientes con interrupción voluntaria de la gestación por defectos congénitos.

MÉTODOS

Se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud, con enfoque mixto concurrente, en el Centro Provincial de Genética Médica del municipio Santa Clara, provincia Villa Clara, en el periodo comprendido entre enero de 2022 y agosto de 2023.

La población estuvo conformada por la totalidad de pacientes (15) con terminación voluntaria de la gestación a causa de defectos congénitos, pertenecientes al municipio de Santa Clara. De ellas se seleccionó una muestra de 13, por muestreo intencional a partir de criterios de inclusión (voluntad de participar en el estudio), exclusión (antecedentes personales de enfermedades psiquiátricas) y salida (ausencia a las sesiones programadas).

Los factores de riesgo que constituyeron variables de la investigación se agruparon en cuatro dimensiones: 1. personales (edad, hijos anteriores, duelos previos, abortos recurrentes, autoestima, ansiedad y depresión); 2. circunstanciales (acontecimientos vitales estresantes, recuerdos dolorosos del



proceso y trimestre gestacional); 3. relacionales (apoyo familiar y relación de pareja); 4. sociales (apoyo social, nivel de escolaridad y ocupación).

Se emplearon métodos y técnicas del nivel teórico y empírico. Dentro de los métodos teóricos se utilizó el analítico-sintético y el inductivo-deductivo; y de los empíricos, la entrevista, el análisis documental y los exámenes psicológicos. De los psicológicos se trabajó con: inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE), inventario de depresión rasgo-estado (IDERE), prueba de completar frases *rotter*, inventario de autoestima de Coopersmith y escala de duelo perinatal. A partir de este último instrumento, las pacientes fueron clasificadas en las categorías: duelo activo, sospecha de duelo complicado y duelo de alta intensidad.

Los datos fueron analizados y procesados mediante la estadística descriptiva y el análisis de contenido. La investigación tuvo en cuenta los siguientes principios éticos: justicia, beneficencia, no maleficencia y respeto a las personas.

RESULTADOS

1. Las técnicas cuantitativas aportaron los siguientes datos:

De acuerdo con las categorías de duelo perinatal, según los factores de riesgo personales, se determinaron 7 pacientes con duelo normal, 4 con sospecha de duelo complicado y 2 con duelo de alta intensidad. Predominaron las mujeres entre 20-35 años de edad, y en este grupo, el duelo normal. No se observaron diferencias en cuanto a la presencia de hijos anteriores y la existencia de duelos previos. Se constató la prevalencia, en las mujeres sin hijos y en aquellas con duelos previos, del duelo complicado. Los abortos recurrentes solo se dieron en 1 paciente.

Con respecto a los indicadores psicológicos, las mujeres con alta autoestima presentaron un duelo normal. La depresión y la ansiedad como estado fueron elevadas en gran parte, con independencia del duelo perinatal que cursaban las



pacientes. Los niveles medios de ansiedad y depresión como rasgo predominaron en aquellas con duelo normal. Las que presentaban duelo complicado o duelo de alta intensidad, presentaban rasgos ansiosos y depresivos. (Tabla 1)

Tabla 1. Duelo perinatal según factores de riesgo personales.

Factores		Duelo perinatal		
		Normal	Sospecha de complicación	Alta intensidad
		(n=7)	(n=4)	(n=2)
Grupos de edad (años)	< 20	0	1	0
	20 - 35	5	2	1
	> 35	2	1	1
Hijos	No	2	3	1
	Sí	5	1	1
Duelos previos	No	5	1	1
	Sí	2	3	1
Abortos recurrentes	No	6	4	2
	Sí	1	0	0
Autoestima	Baja	0	1	1
	Media	2	3	1
	Alta	5	0	0
Ansiedad (estado)	Baja	0	0	0
	Media	4	0	0
	Alta	3	4	2
Ansiedad (rasgo)	Baja	0	0	0
	Media	6	1	0
	Alta	1	3	2
Depresión (estado)	Baja	1	0	0
	Media	1	0	0
	Alta	5	4	2
Depresión (rasgo)	Baja	2	0	0
	Media	5	1	0
	Alta	0	3	2

Fuente: Elaboración propia.

En la mayoría de las pacientes con duelo complicado y de alta intensidad, se evidenciaron acontecimientos vitales estresantes. Los recuerdos dolorosos del proceso de interrupción fue una constante en casi la totalidad. En cuanto a los



factores relacionales, todas contaron con apoyo familiar; no así con una relación de pareja madura que garantizara la armonía y la estabilidad para enfrentar el proceso. De las 4 féminas con dificultades en este sentido, 2 presentaron duelo complicado y 1, duelo de alta intensidad.

Como parte de los riesgos sociales, se evidenció el predominio del duelo complicado en amas de casa; y el duelo normal en las trabajadoras. Los niveles de escolaridad más frecuentes fueron el preuniversitario y el universitario. Las profesionales fueron más propensas al duelo normal. Entre las pacientes que solo tenían secundaria básica cursada, 1 presentaba duelo normal y la otra, duelo de alta intensidad. El apoyo social se evidenció en 11 féminas, pero ello no impidió el duelo complicado y de alta intensidad en 5 de ellas. (Tabla 2)

Tabla 2. Duelo perinatal según factores de riesgo circunstanciales, relacionales y sociales.

Factores		Duelo perinatal		
		Normal	Sospecha de complicación	Alta intensidad
		(n=7)	(n=4)	(n=2)
Circunstanciales				
Acontecimientos vitales estresantes	Presente	2	4	2
	Ausente	5	0	0
Recuerdos dolorosos del proceso	No	2	1	1
	Sí	5	3	1
Trimestre de la gestación	Primer	0	1	0
	Segundo	7	3	2
Relacionales				
Apoyo familiar	Sí	7	4	2
Relación de pareja	Adecuada	6	2	1
	No adecuada	1	2	1
Sociales				
Apoyo social	No	1	1	0
	Sí	6	3	2
Nivel de escolaridad	Secundario	1	0	1
	Preuniversitario	3	3	0
	Universitario	3	1	1
Ocupación	Ama de casa	2	3	1
	Trabajadora	5	1	1

Fuente: Elaboración propia.



2. Las técnicas cualitativas aportaron los siguientes datos:

En las 7 pacientes con duelo perinatal normal, gran parte de los factores fueron protectores, a excepción de los recuerdos dolorosos del proceso de interrupción. Esto se evidenció en expresiones obtenidas en la entrevista como: «el proceso de la interrupción fue muy difícil, pasé varios días ingresada, las primeras dosis de las tabletas no me hicieron casi efecto y tuve que repetir de nuevo el tratamiento, sentí mucho malestar»; «el proceso de la interrupción fue doloroso, fue difícil tomar la decisión a pesar de comprender que era lo correcto para ambos»; «no tuve mucha suerte en relación a la interrupción».

Con sospecha de duelo complicado se hallaron 4 pacientes, y al analizar los factores de riesgo personales, se evidenció la edad como uno de ellos. Una era menor de 20 años y la otra mayor de 35, ambas sin hijos. Durante la entrevista se constatan sus preocupaciones en torno a la edad y la posibilidad de ser madres: «sé que soy joven, tengo 28 años, pero no he podido tener hijos. Este embarazo fue planificado y deseado y no esperaba que me sucediera esto»; «me duele mucho haber tenido que interrumpir mi embarazo con la edad que tengo, pues era mi primer embarazo y tenía mucha ilusión con mi bebé».

De forma similar ocurrió con los duelos previos. Se constató que la mayoría con duelo complicado tuvieron duelos recientes: «perdí a mi abuelita materna hace 6 meses y aún la extraño mucho, convivía conmigo y siempre fuimos muy apegadas y sé que no hubiese querido que sucediera esto con mi embarazo»; «hace un año falleció enferma de cáncer mi tía materna y su pérdida me ha afectado bastante, era como mi mamá».

Al analizar la autoestima en pacientes con sospecha de duelo complicado, se observa que tuvieron niveles bajos y medios. Este fue un factor de riesgo que influyó en el curso del duelo perinatal; y se evidenció en una inadecuada autovaloración, inestabilidad emocional e inseguridad. En las siguientes ideas obtenidas por medio del inventario de autoestima de Coopersmith y de la prueba de completamiento de frases, se patentiza lo anterior: «no puedo tomar una



decisión fácilmente»; «mi vida es muy complicada»; «tengo mala opinión de mí misma»; «con frecuencia me desanimo con lo que hago»; «me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo»; «yo soy muy insegura»; «la felicidad, muy difícil de alcanzar»; «fracasé como mujer».

La ansiedad como estado fue alta en pacientes con sospecha de duelo complicado; lo que se consideró, en gran medida, propio de la situación que afrontaban. Esto se constató en expresiones del inventario de ansiedad como estado: «no me siento calmada»; «me siento un poco alterada»; «no me siento descansada»; «me siento un poco ansiosa»; «me siento bastante nerviosa»; «estoy bastante preocupada»; «no me siento bien».

La ansiedad como rasgo alcanzó valores altos y medios; que evidenció la prevalencia, en este grupo de pacientes, de características individuales relativamente estables de ansiedad, lo que constituyó un factor de riesgo. Esto se apreció en frases del inventario de ansiedad como rasgo: «algunas veces siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas»; «casi nunca me siento satisfecha»; «frecuentemente me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza»; «algunas veces cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me tenso y altero».

La depresión como estado fue alta. Se consideró normal el haber presentado una reacción emocional transitoria consecuente con la situación. Ello se evidenció en frases del inventario de depresión como estado: «pienso que mi futuro es desesperado y no mejorará mi situación»; «no me siento con confianza en mí misma»; «deseo mucho desentenderme de todos los problemas que tengo»; «siento que nada me alegra como antes».

La depresión como rasgo alcanzó niveles altos y medios; que reveló la propensión a sufrir estados depresivos como cualidad relativamente estable de la personalidad. Ello se apreció en las siguientes frases del inventario de depresión como rasgo: «quisiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo»; «algunas veces creo haber fracasado más que otras personas»; «casi siempre me deprimó



por pequeñas cosas»; «casi nunca tengo confianza en mí misma»; «frecuentemente pienso que las cosas me van a salir mal»; «casi nunca soy indiferente a las situaciones emocionales»; «algunas veces sufro cuando no me siento reconocido por los demás».

Al analizar los factores de riesgo circunstanciales se pudo confirmar que tanto los acontecimientos vitales estresantes como los recuerdos dolorosos del proceso de interrupción, fueron determinantes en pacientes con sospecha de duelo complicado. Son prueba de ello las siguientes expresiones vertidas en la entrevista: «pienso que los conflictos con mi pareja y el no decidirme a romper con él me han estresado bastante»; «estrés sí he tenido, pues perder a mi abuelita ha sido algo muy duro para mí»; «me generó estrés y tristeza el hecho de separarme de mi pareja al inicio del embarazo, no pensé que pudiera suceder y fue algo que me afectó»; «el proceso de la interrupción fue difícil para mí, estuve tres días ingresada, las tabletas me hicieron sentir mal, tuve fiebre, diarreas, mucho dolor y no sé si es que estaba sensible pero pienso que la enfermera podía haberse preocupado un poco más, el proceso de la interrupción fue muy doloroso y demoró, tuve vómitos y fiebre, bastante dolor, la atención no fue mala pero quizás pudo haber sido mejor»; «para mí fue muy difícil enfrentarme a la interrupción de mi embarazo, no sentí tanto malestar aunque sí dolor, no tenía idea de cómo sería pues era mi primer embarazo».

En la categoría de duelo de alta intensidad se encontraron 2 pacientes. Al analizar los factores de riesgo personales, la edad fue significativa en 1 de ellas, sin hijos y con 37 años; lo cual se evidenció en las siguientes expresiones de la entrevista: «me preocupa mucho que tengo 37 años y no he podido tener hijos, tuve dos abortos provocados y uno espontáneo, a veces me culpo por haber provocado esos abortos, sin pensar que podía pasar por esto ahora». También en expresiones de la prueba de completamiento de frases: «lamento no haber tenido hijos aún», «fracasé en ser madre», «yo necesito ser mamá».



En relación con los duelos previos, 1 paciente vivía una experiencia de duelos superpuestos. En la entrevista esta planteaba: «tuve dos óbitos fetales con casi nueve meses y el último coincidió con el fallecimiento de mi abuelita, todavía lo siento mucho, muchas veces estoy triste, y con este embarazo tenía mucho miedo y sucederme esto es muy difícil». Esto se corroboró en la prueba de completamiento de frases; «mi mayor temor, la pérdida de un ser querido», «mis nervios se preocupan ante la muerte de un ser querido», «sufro por haber perdido a mis bebés».

La autoestima presentó niveles bajos y medios, por lo que resultó un factor de riesgo en el curso del duelo perinatal. En el inventario de autoestima de Coopersmith pueden encontrarse expresiones que lo demuestran: «generalmente los problemas me afectan mucho»; «si pudiera cambiaría muchas cosas de mí»; «me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo»; «mi vida es muy complicada»; «tengo mala opinión de mí misma»; «muchas veces me gustaría ser otra persona».

La ansiedad como estado resultó elevada; lo que se consideró normal, en gran medida como reacción a la pérdida. En el inventario de ansiedad como estado las pacientes expresaron lo siguiente: «me siento un poco alterada»; «me siento un poco ansiosa»; «no me siento calmada»; «no me siento relajada»; «estoy un poco preocupada». La ansiedad como rasgo también fue alta; lo que evidencia la propensión a presentar ansiedad: «casi nunca soy una persona tranquila, serena y sosegada»; «algunas veces me preocupo demasiado por cosas sin importancia»; «casi nunca me siento satisfecha».

La depresión como estado en ambas pacientes fue alta; lo cual se consideró como una reacción emocional transitoria por la pérdida y se constató en las siguientes expresiones: «me canso con facilidad»; «deseo mucho desentenderme de todos los problemas que tengo»; «nada me alegra como antes»; «pienso bastante que mi futuro es desesperado y no mejorará mi situación».



La depresión como rasgo también fue alta; lo que constituyó un factor de riesgo en la superación del duelo y se apreció en frases del inventario de depresión como rasgo: «frecuentemente sufro por no haber alcanzado mis mayores aspiraciones»; «me deprimó por pequeñas cosas»; «casi siempre creo haber fracasado más que otras personas»; «quisiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo».

Como factores de riesgo circunstanciales, se identificaron en ambas pacientes acontecimientos vitales estresantes; y en una de ellas los recuerdos dolorosos del proceso de interrupción. Esto se apreció en las siguientes expresiones de la entrevista: «me preocupa bastante mi papá que fue operado de cáncer. En estos momentos está bien, pero temo por su salud, además estoy construyendo en la casa y a veces tengo mucha tensión en ese sentido»; «tengo algunas cosas que me estresan, vivimos en una casa muy pequeña, mi mamá, esposo, y mis cuatro niños, casi no cabemos, además tengo problemas con mi esposo y eso me altera»; «la interrupción fue difícil porque aunque comprendí que el defecto que tenía mi bebé era grave quería tener a mi bebé y me sentí muy mal durante todo el proceso».

DISCUSIÓN

Los resultados cuantitativos y cualitativos del presente estudio revelan convergencia entre ambos enfoques. Por otro lado, pudieron constatar similitudes con la bibliografía consultada. Distintos autores afirman la existencia de una gran cantidad de factores, no necesariamente patológicos, que condicionan los parámetros del duelo.^(7,8,10,11)

En esta investigación la variable edad mostró la tendencia a la complicación del duelo o al duelo de alta intensidad, en pacientes mayores 35 años; mientras la edad óptima (20-35 años) resultó ser un factor protector, al observarse que la



mayoría de las pacientes cursaron un duelo normal. Sin embargo, algunos artículos científicos señalan que no existe una relación estadísticamente significativa entre la edad del doliente y el duelo normal o complicado.⁽⁷⁾ Otros refieren esta variable como un factor inversamente proporcional al desarrollo del duelo complicado: a menor edad mayor probabilidad de complicación del duelo o al de alta intensidad.⁽⁸⁾

La ausencia de hijos actúo como factor de riesgo personal para el desarrollo de un duelo perinatal con sospecha de complicación o de alta intensidad; lo cual coincide con otros estudios.^(9,10,11,12,13,14)

La presencia de duelos anteriores no resueltos también ha devenido, en estudios precedentes, un factor de riesgo, al presentarse dificultades para superar pérdidas o situaciones de crisis pasadas; lo que puede acompañar formas de afrontamiento poco flexibles o no dar sentido a la pérdida.^(7,8,9,10,11,12) Ello se corresponde con la presente investigación, donde las pacientes con estas condiciones presentaron sospecha de duelo complicado y de alta intensidad.

La autoestima es un constructor de naturaleza multidimensional, que funciona como regulador de la conducta. Es un factor determinante para la adaptación personal y social. Expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica hasta qué punto nos creemos capaces, importantes, competentes y dignos, tanto de nosotros mismos como del mundo circundante.⁽¹⁵⁾ De acuerdo con los resultados de la investigación, este factor se presentó con valores medios y bajos, en las pacientes con sospecha de duelo complicado y de alta intensidad.

La ansiedad y la depresión fueron analizadas según las categorías de estado y rasgo. Ambas se presentaron con niveles altos en aquellas féminas con sospecha de duelo complicado y de alta intensidad. En el caso de la depresión (estado) alta, también puede valorarse como una consecuencia de la situación traumática, lo que a su vez complica el proceso de duelo.

Parro-Jiménez y colaboradores⁽⁷⁾ encuentran una relación específica mayor entre el duelo complicado y la sintomatología depresiva que en las personas con duelo



normal. En igual medida, establecen una relación significativa entre el duelo complicado y la sintomatología ansiosa, e informan que las pacientes con duelo prolongado presentan más trastornos de ansiedad generalizada.⁽⁷⁾

Varios investigadores coinciden en que el duelo perinatal puede complicarse por diversos factores. Entre estos refieren la coincidencia de la pérdida con otros problemas vitales como: experiencia de situaciones estresantes durante el embarazo, dificultades matrimoniales o financieras, pérdida tardía del embarazo con un vínculo establecido con el bebé y el sentimiento de culpa.^(9,13) Los autores del presente estudio coinciden con estos investigadores al corroborarse, en gran parte de las pacientes, la relación entre acontecimientos vitales estresantes y la sospecha de duelo complicado o de alta intensidad.

Ridaura Pastor⁽¹⁶⁾ refiere que la mayoría de las mujeres que pasan por este procedimiento reconocen lo doloroso que resulta, la gran angustia que experimentan al comienzo del proceso, que acabaría con la expulsión del feto. Ello también coincide con los resultados del presente estudio.

Para otros autores, un retraso en la facilitación de información a las familias puede aumentar el sufrimiento. Exponen que si en el momento de recibir esa información la paciente no se encuentra con acompañante, los sentimientos característicos del duelo perinatal -la ira, la conmoción y el desamparo- se intensifican. Además, recomiendan evitar que estas mujeres compartan habitación con otras que han dado a luz bebés sanos; ya que si esto no sucede, se potencia aún más el sufrimiento ante la pérdida perinatal.⁽¹⁷⁾

Por otro lado, se ha reconocido en la literatura científica que el bajo nivel de escolaridad y la ocupación provocan mayor sintomatología depresiva manifiesta, mayor dificultad para aceptar la muerte y un duelo más nítido.^(7,12,18) Las mujeres de estratos socioeconómicos bajos encuentran menos oportunidades para realizarse en otras áreas de su vida, por lo que la maternidad deviene la única oportunidad de desarrollo vital y, en muchos casos, la vía de reconocimiento social.



CONCLUSIONES

Los factores de riesgo observados en el presente estudio se relacionan con las siguientes variables: avanzada edad materna, ocupación, ausencia de hijos, antecedentes de duelos no resueltos, baja autoestima, presencia de ansiedad y depresión como rasgo, acontecimientos vitales estresantes y recuerdos dolorosos de la interrupción del embarazo.

Los resultados obtenidos demuestran lo complejo que puede llegar a ser este proceso. Ello impone la necesidad de profundizar los estudios sobre el tema pero, sobre todo, de elaborar e implementar propuestas de intervención que ayuden a prevenir el malestar psicológico del duelo y su evolución hacia estados patológicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez-Acosta Y, Almeida-Campos S, Blanco-Pereira ME. Defectos congénitos: de la embriogénesis a la prevención. Rev Med Electrón [Internet]. 2023 [citado 2024 nov. 08];45(4):675-90. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242023000400675&lng=es
2. Organización Mundial de Salud [Internet]. Washington, D.C: OMS; 2023 [citado 2024 nov. 17]. Trastornos congénitos; [cerca de 5 pantallas]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/birth-defects>
3. Ruiz Botero F, Ariza Araujo Y, Pachajoa H. Supervivencia durante el primer año de recién nacidos con defectos congénitos. Salud y Ciencia [Internet]. 2017 [citado 2024 nov. 17];22:618-24. Disponible en: <https://www.siicsalud.com/dato/sic/227/153684.pdf>



4. Travieso Téllez A, Falcón Fonte Y, Cabrera Rodríguez N, Sainz Padrón L, Licourt Otero D. Caracterización epidemiológica de los defectos congénitos mayores en Pinar del Río. Rev Cuban Genét Comun [Internet]. 2020 [citado 2024 nov. 08];13(2):[cerca de 20 pantallas]. Disponible en:

<https://revgenetica.sld.cu/index.php/gen/article/view/98>

5. Corona Martínez LA, Fonseca Hernández M. Necesidad de la investigación en sistemas y servicios de salud: a propósito de la utilización de guías prácticas clínicas. Medisur [Internet]. 2020 [citado 2022 nov. 02];18(4):540-44. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000400540

6. Toro Ramírez AY, Romero MV. Mujeres en duelo perinatal [tesis]. [Medellín]: Tecnológico de Antioquia; 2022. Disponible en:

https://dspace.tdea.edu.co/bitstream/handle/tdea/2534/1_%20IF_Interacc%20soc%20muj%20duelo%20perinatal.pdf?sequence=1&isAllowed=y

7. Parro-Jiménez E, Morán N, Gesteira C, Sanz J, García-Vera MP. Duelo complicado: una revisión sistemática de la prevalencia, diagnóstico, factores de riesgo y de protección en población adulta de España. Anal Psicol [Internet]. 2021 [citado 2023 jul. 30];37(2):189-201. Disponible en:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282021000200001&lng=pt&tlng=es

8. Guerrero García V. Programa de intervención psicológica en duelo perinatal [tesis]. [Alicante]: Universidad Miguel Hernández de Elche; 2022. Disponible en:

<http://dspace.umh.es/bitstream/11000/27874/1/TFG-Guerrero%20Garc%c3%ada%2c%20Violeta.pdf>



9. Ricardo Meza MA, Vallejo AM. Implicaciones del duelo perinatal en el bienestar psicológico de mujeres entre los 18 y 30 años de la comuna 2 de Medellín y estrategias de afrontamiento [tesis]. [Antioquia]: Corporación Universitaria Minuto de Dios; 2022. Disponible en:

<https://repository.uniminuto.edu/server/api/core/bitstreams/02ccc67a-7e2a-42a3-b916-d5cf872d4503/content>

10. Arévalo Monjarás VS, Chacón Amador LG, Alarcía Rivera A. Factores biopsicosociales implicados en la vivencia del duelo perinatal de las madres en El Salvador. ECA [Internet]. 2025 [citado 2025 ag. 30];80(780):15-41. Disponible en:

<https://revistas.uca.edu.sv/index.php/eca/article/view/9497>

11. Arthaud Manzanera P. Intervención de enfermería en el duelo perinatal. Propuesta de plan de cuidados [tesis]. [Valladolid]: Universidad de Valladolid; 2021. Disponible en:

<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/47880/TFG-H2312.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

12. Contreras García M. Efectividad de una intervención mínima educacional en el control prenatal sobre la evaluación del duelo perinatal [tesis]. [Santander]: Universidad de Cantabria; 2015. Disponible en:

<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/7383/ContrerasGarciaM.pdf?sequence=4>

13. Febles Llizo R, Morales Torres JC. Propuesta de Intervención Psicológica en el Duelo Perinatal [tesis]. [La Orotava]: Universidad Europea de Canarias. 2024. Disponible en:

https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/9191/feblesllizorebeca_MUPGS_2024_Febles_Llizo_Rebeca_Olena.pdf?sequence=1&isAllowed=y



14. Chavarría Mora AJ, Murillo Castro P. Vivencias de mujeres que gestaron niños y niñas con malformaciones congénitas incompatibles con la vida: Una revisión integrativa [tesis]. [San Pedro]: Universidad de Costa Rica; 2022. Disponible en: <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/87794/TFG%20terminado.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
15. Batista Beltrán V. Relación entre depresión y autoestima [tesis]. [Montevideo]: Universidad de la República; 2022. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/36285/1/monografia- relacion depresion y autoestima.pdf>
16. Ridaura Pastor I. Estudio del duelo perinatal: interrupciones médicas del embarazo, muertes prenatales y muertes postnatales [tesis]. [Bellaterra]: Universidad Autónoma de Barcelona; 2015. Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2015/hdl_10803_295973/irp1de1.pdf
17. Edo Miralles AL. Actuaciones de enfermería para facilitar el duelo a las familias después de una pérdida perinatal [tesis]. [Castellón de la Plana]: Universitat Jaume I; 2023. Disponible en: <https://repositori.uji.es/items/d2f6ae39-e781-4fb2-b6ea-36293a1eb05f>
18. Mota González C, Sánchez Bravo C, Carreño Meléndez J, Gómez López ME. Los estilos de afrontamiento como predictores del duelo perinatal. RACC [Internet]. 2021 [citado 2023 jul. 21];13(1):50-58. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3334/333469858003/333469858003.pdf>

Conflicto de intereses

Los autores declararan no tener conflicto de intereses.



Contribución de los autores

Conceptualización: Anamarys Quintero Machado, Emilia Botello Ramírez.

Recolección de datos: Anamarys Quintero Machado, Yaritza García Ortíz.

Procesamiento: Anamarys Quintero Machado, Emilia Botello Ramírez, Yaritza García Ortíz.

Revisión bibliográfica: Anamarys Quintero Machado, Yurianely Machado Machado.

Redacción: Anamarys Quintero Machado, Emilia Botello Ramírez.

Diseño, revisión crítica, edición: Senia María González Alcántara, Evelyn Tejeda Castañeda.

