

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

NADA HUMANO ME ES AJENO

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Una mirada a la salud mental de mujeres
que pasan por un suceso de muerte perinatal en México**

Tesina

TRABAJO RECEPCIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTA

ELIZABETH NAVARRETE AMADOR

DIRECTORA

DRA. PATRICIA HUERTA ENCARNACIÓN

Ciudad de México, Agosto de 2026.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

Agradecimientos:

A mi familia, por todo el apoyo que me brindó durante mi proceso de formación académica.

A mi hijo Uriel, por ser mi compañero de clases, te amo hijo.

A mi esposo, por su complicidad y motivación para no rendirme.

A mi pequeña Zoe por acompañarme siempre y decirme - ¡¡ Tú puedes mami !!.

A mi ángel en el cielo José de Jesús, gracias por elegirme como tu mamá.

A mis maestros y maestras, por compartir su conocimiento conmigo, pero en especial gracias por su infinita paciencia y empatía al permitirme tomar clases con mi pequeño.

!! Gracias !!

La pareja se siente desautorizada para hablarlo porque no ha habido nacimiento, bautizo o entierro; el niño no tiene nombre, no quedan fotos ni recuerdos, nada que pudiera avalar su existencia. Sin embargo, el niño/a es su hijo/a desde la concepción, en la imaginación, en las expectativas y esperanzas de los padres y de la familia.

El parto es Nuestro y Umamanita

ÍNDICE

	Página
Introducción	1
Capítulo I Salud Mental	4
1.1 Definición de salud.....	4
1.2 Definición de salud Mental.....	7
1.3 Marco jurídico sobre la salud mental en México.....	10
1.4 Atención de la salud mental en México.....	14
1.5 Principales problemas de salud mental de las mujeres en México...	22
 Capítulo II Embarazo y etapa perinatal	26
2.1 Elementos biológicos, psicológicos y sociales del embarazo.....	27
2.1.1 Elementos biológicos	28
2.1.2 Elementos Psicológicos.....	32
2.1.3 Elementos Sociales.....	36
2.2 Desarrollo prenatal	40
 Capítulo III Bases teóricas del proceso de duelo	43
3.1 Definición del duelo.....	43
3.2 Tipos de duelo.....	44
3.3 Etapas del duelo.....	46
3.4 Muerte perinatal.....	49
3.5 Duelo materno.....	50
 Capítulo IV Políticas Públicas a nivel internacional y nacional en torno a la salud mental por muerte perinatal	53
4.1 Políticas a nivel internacional sobre salud mental por muerte perinatal.....	53
4.1.1 Legislación internacional sobre salud mental por muerte perinatal....	54
4.1.2 Programas de atención sobre salud mental por muerte perinatal a	

nivel internacional.....	56
4.2 Políticas a nivel nacional.....	60
4.2.1 Iniciativas de ley del duelo materno.....	63
4.2.2 Programas de atención en México.....	65
4.2.3 Habilidades para la vida, una propuesta desde la Promoción de la Salud.....	68
 Capítulo V Metodología	 74
5.1 Justificación.....	74
5.2 Planteamiento del problema.....	75
5.3 Preguntas de investigación.....	77
5.4 Objetivos de investigación.....	77
5.5 Procedimiento en la búsqueda y procesamiento de la información....	78
 Valoración crítica	 79
 Conclusiones	 88
 Referencias	 90

Introducción

La muerte perinatal no es un tema del que se hable comúnmente, y menos se habla de qué pasa con las madres que viven este terrible suceso. La pérdida de un hijo es difícil de superar, ya que se cree que los hijos no mueren antes que los padres, aunque las cifras nos señalan que en 2022 murieron 2.3 millones de niños en todo el mundo, durante los primeros días de vida.

Es importante decir que, a pesar de que las cifras han disminuido considerablemente en el mundo al pasar de los años, se sabe que estas muertes se debieron a causas prevenibles o tratables, por lo que es importante que exista en el mundo el acceso equitativo a la atención primaria de salud para todos, y en especial para mujeres y niños.

Respecto a estas cifras, es importante mencionar que dichas muertes son equivalentes al mismo número de madres que pasan por un duelo perinatal, esto nos hace reflexionar y preguntarnos, ¿Cómo afecta a la salud mental de las mujeres que viven un suceso de muerte perinatal?, por lo tanto, la presente revisión bibliográfica tuvo como finalidad conocer el impacto en la salud mental de estas madres en México.

Para ello, el proceso metodológico que se siguió fue realizar una revisión bibliográfica para dar respuesta a esta pregunta. Cabe señalar que dicha revisión se dividió básicamente en tres momentos: el primero se centró en una búsqueda de información sobre la muerte perinatal, duelo y la salud mental, las cuales dieron origen al marco teórico.

En un segundo momento, se llevó a cabo la búsqueda de información de artículos especializados y actualizados principalmente en buscadores académicos. Las palabras que se emplearon para la búsqueda fueron: muerte perinatal, duelo

perinatal y salud mental. De esta manera, se seleccionaron 50 artículos de investigación que se consideraron podrían aportar datos para este trabajo.

En un tercer momento, se clasificó, organizó y sistematizó la información en una base de datos clasificando los artículos en las siguientes categorías: Duelo en mujeres, duelo en parejas, profesionales de la salud ante la muerte perinatal, factores de riesgo en la muerte perinatal, el impacto a la salud mental y los factores psicológicos implicados en la muerte perinatal, el impacto social sobre la muerte perinatal y finalmente los cambios que se provocan en la dinámica familiar después de una muerte perinatal.

Sobre los resultados obtenidos en relación a los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que están involucrados en el embarazo, podemos decir que la mujer embarazada experimenta una serie de cambios biológicos, algunos son notorios y evidentes, otros no lo son tanto, como los cambios metabólicos y bioquímicos que juegan un papel fundamental en la salud, no solo física sino también psicológica, ya que como se ha mencionado, debido a las hormonas las mujeres son más susceptibles a padecer depresión, ansiedad, etcétera, o algunos otros padecimientos más serios que pueden comprometer también la salud del feto.

Socialmente las mujeres embarazadas enfrentan grandes retos, ya que en nuestro país, la sociedad en su mayoría de casos discrimina a la mujer embarazada, esto trae como consecuencia en algunos casos que pierda su trabajo, también en algunas ocasiones se enfrente a la maternidad sola, debido al abandono de su pareja.

Sumado a lo antes mencionado y para el caso del tema que nos interesa, hay que decir que existen algunas mujeres que en todo este contexto sufren la pérdida de sus hijos, generando en estas madres un evento devastador, que frecuentemente comienza por la forma en la que se da la noticia por parte del

personal de salud, que en muchas ocasiones no es de forma sensibilizada, como en los casos en los que se les somete a parir a sus hijos ya muertos por medio de cesáreas para terminar pronto con el proceso; o la común colocación de métodos anticonceptivos sin consentimiento, así como estos podríamos citar más.

Todo esto coloca a las madres en un proceso de duelo, considerado como la reacción emocional por la que pasan las personas que viven una pérdida, el cual se transita a través de etapas que no siempre se viven en un orden específico, ya que esto depende de cada persona, por ello es fundamental identificar las diferentes formas en las que se puede presentar el duelo, según los especialistas, dado que uno de los objetivos es reconocer en qué momento se encuentra la madre afectada para buscar apoyo, con la finalidad de prevenir algún trastorno mental, y por el contrario promocionar su salud física y mental.

Respecto a la atención de la salud mental de las mujeres que pasan por un proceso de muerte perinatal en México, podemos decir que nuestro país se enfrenta a un gran reto, porque los recursos tanto económicos, como humanos y materiales con los que se cuenta, para atender la salud mental en general de la población mexicana no son suficientes y están mal administrados, según datos de la Secretaría de Salud (2022) sumado a esto en nuestro país, no se cuenta con un marco jurídico puntual que proteja a estas mujeres, es por ello que, como en otros casos, la sociedad civil se ha organizado, junto con algunos grupos han instrumentado acciones que visibilizan las circunstancias por las que la mayoría de las mujeres pasan al vivir un proceso por muerte perinatal, además de impulsar acciones como “Código Mariposa” y las “Salas de despedida”, sumado a las propuestas de ley: “Ley de cunas vacías” y “Ley Olivia”, que de esta manera hacen más llevadero el proceso de duelo por el que transitan las mujeres y sus familias.

CAPÍTULO I

SALUD MENTAL

En este primer capítulo se aborda de manera general las definiciones de salud y salud mental, dada su importancia para este tema, además de conocer cuáles son las leyes o normas que garantizan este derecho en México, para saber qué acciones se llevan a cabo con la finalidad de promover la salud mental en nuestro país.

Así mismo, para fines de esta investigación, es relevante averiguar los principales problemas de salud mental que aquejan a las mujeres mexicanas, en particular evidenciar los problemas de salud mental al que se enfrentan las mujeres que pasan por una muerte perinatal.

1.1 . Salud

La salud en general es un Derecho Humano básico y esencial para el desarrollo social y económico de todas las personas. En los siguientes párrafos exploramos brevemente a qué nos referimos con el término salud, a continuación, se presentarán algunas definiciones.

La salud es definida por la Organización mundial de la salud (OMS, 2024) como “(...) un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad” (p. 1) es importante señalar que, este concepto menciona que es un estado de “completo bienestar”, y esto se puede entender como un estado estático, en realidad la salud es un estado dinámico, que está determinado no solo por la ausencia de enfermedad, sino que están involucrados otros factores como son: el ambiente en el que nos desarrollamos, factores biológicos, económicos, políticos y sociales.

Mientras tanto en el Programa de Acción Específico (PAE, 2022) Salud Mental y Adicciones 2020-2024, se define el término salud dentro del contexto de la promoción de la salud como: “no un estado abstracto, sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente gratificante y productiva” (p. 88). Es decir, que la salud es el medio que permite a las personas desarrollarse favorablemente.

Así mismo, Milton Terris señala que: “la salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de malestar o enfermedad” (Como se citó en Ponte, 2003. p. 34), esto quiere decir que la salud está determinada por el entorno social, el estado físico y mental de las personas, el cual les permite desarrollarse favorablemente en su entorno.

Por otro lado, los autores Guzmán, Angulo, García y Gómez (2016), refieren que la palabra salud puede tener diversos significados, ya que estos los construimos a partir de los referentes simbólicos que les atribuimos, desde nosotros como sujetos y desde nuestra cultura. Además, mencionan que durante mucho tiempo las definiciones de salud han estado asociadas a la medicina e íntimamente relacionadas con los procesos de enfermedad, que en muchas ocasiones describen lo que no es la salud.

Como se puede observar, las definiciones de salud que proponen los autores van de la mano, ejemplo de esto es que ellos coinciden en que la salud no es solo la ausencia de enfermedad, además es un estado dinámico que está determinado por otros factores que influyen en ella como son : La cultura, nuestro entorno político, social, económico e indiscutiblemente los factores biológicos; por ello, es importante comprender los factores que determinan nuestra salud, para ello, se hará referencia, de forma breve a los siguientes modelos:

La Determinación social de acuerdo con Cardona (2016), “conceptualiza la salud-enfermedad como un proceso determinado social e históricamente, en el cual se interrelacionan diferentes componentes en 3 dominios” (p. 187) a modo de resumen el autor señala que los 3 dominios son: Global (en el que destacan los modos de vida, que incluyen las dimensiones política, económica, cultural, ambiental), el dominio Particular (dónde se encuentran las condiciones de vida, el entorno cotidiano de las personas), y el último dominio que es el Singular (que hace referencia a los estilos de vida, comportamientos de las personas).

En síntesis, podemos decir que la determinación social de la salud es un enfoque que señala que la salud está determinada por múltiples factores en los que destacan las condiciones sociales, económicas, biológicas y políticas en las que las personas se desarrollan.

Por otro lado, el modelo de los Determinantes Sociales de la salud de acuerdo con (Cardona, 2016), señala que los determinantes sociales se componen de 2 determinantes que son: Estructurales (en los que destaca el gobierno, política pública y sociales, posición socioeconómica, clases sociales, género, educación, ocupación, etc.), por otro lado, los Intermedios (que son las circunstancias materiales: condiciones de vida, trabajo, disponibilidad de comida, factores biológicos y conductuales.) Cabe señalar que, él autor menciona que “en conjunto los determinantes estructurales e intermedios más la cohesión y el capital social, son los que impactan y definen la salud y el bienestar de las poblaciones” (p. 187)

Con esto podemos entender que los determinantes sociales de la salud son: las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, por ello la importancia de implementar acciones para reducir las inequidades y desarrollar condiciones favorables para la salud.

En conclusión, con todo lo antes mencionado es importante señalar que, para fines de este trabajo se considera que la definición de salud que nos ayuda a comprender mejor el tema que nos ocupa, es la propuesta por Milton Terris, ya que como se mencionó anteriormente, la salud es un estado dinámico, que está determinado no solo por la ausencia de enfermedad, sino que están involucrados otros factores como son: el ambiente en el que nos desarrollamos, factores biológicos, económicos, políticos y sociales, en los que es importante incidir para propiciar un ambiente adecuado para la salud.

1.2 . Definición de salud Mental

La salud mental, de acuerdo con la OMS (2022) se define como:

Un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental. Y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico (p.1).

Este concepto refiere que la salud mental es un estado que permite a las personas enfrentar los retos que se presentan en su día a día, para poder desarrollarse favorablemente en su entorno.

En este mismo artículo titulado *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*, la OMS propone que la salud mental tiene un valor fundamental y es parte integral de nuestro bienestar en general, además de que está determinada por una compleja interacción de factores de estrés y vulnerabilidad individual, social y estructural.

Por otro lado, Gallegos y Gil (2002) definen la salud mental “como el óptimo ajuste a su medio y a sus congéneres con un máximo de efectividad y felicidad.” (p. 20) Esto hace referencia a que la salud mental es indispensable para que las personas puedan desarrollarse favorablemente en su entorno, con las personas que los rodean.

El Programa de Acción Específico Salud Mental y Adicciones 2020-2024 (PAE, 2022), define a la Salud mental como:

El estado de bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación. (p. 88)

Esta definición concuerda con la anterior, señalando que la salud mental es la que permite a las personas desarrollarse individual y colectivamente de una manera satisfactoria.

Así mismo el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), (2025) en su documento titulado *Salud Mental* define a ésta como:

El estado de equilibrio que debe existir entre las personas y el entorno socio-cultural que los rodea, incluye el bienestar emocional, psíquico y social e influye en cómo piensa, siente, actúa y reacciona una persona ante momentos de estrés. La salud mental es la base para el bienestar y funcionamiento efectivo de una persona y su comunidad. (p. 1)

Como podemos observar en las definiciones antes mencionadas, las cuales coinciden en que la salud mental es un estado que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, es un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario, socioeconómico y parte fundamental de la salud en general.

Cabe señalar que, para fines de esta investigación la definición de salud mental que tendremos presente será la propuesta por el Instituto Mexicano del Seguro Social (2025), ya que cuenta con los elementos personales y sociales involucrados para comprender este concepto.

Como anteriormente hemos mencionado, nuestra salud en general está determinada por distintos factores, es por ello que resulta necesario reiterar cuáles son los determinantes de nuestra salud mental, ya que:

A lo largo de la vida, múltiples determinantes individuales, sociales y estructurales pueden combinarse para proteger o socavar nuestra salud mental y cambiar nuestra situación respecto a la salud mental. Factores psicológicos y biológicos individuales, como las habilidades emocionales, el abuso de sustancias y la genética, pueden hacer que las personas sean más vulnerables a las afecciones de salud mental. La exposición a circunstancias sociales, económicas, geopolíticas y ambientales desfavorables, como la pobreza, la violencia, la desigualdad y la degradación del medio ambiente, también aumenta el riesgo de sufrir afecciones de salud mental. (OMS, 2022, p. 2)

Además, es importante para poder entender un poco más sobre este tema, mencionar brevemente a qué se refiere la OMS (2022) cuando se habla sobre las afecciones de salud mental, estas “comprenden trastornos mentales y

discapacidades psicosociales, así como otros estados mentales asociados a un alto grado de angustia, discapacidad funcional o riesgo de conducta autolesiva.” (p. 1)

Como podemos observar la salud mental es parte importante de nuestra salud en general, y como se mencionó anteriormente, existen múltiples determinantes que pueden protegerla o ponerla en riesgo en nuestro día a día, por lo anterior expuesto, se destaca la importancia de este tema.

1.3 . Marco Jurídico sobre la salud mental en México

Dicho lo anterior, es necesario conocer las leyes a nivel internacional, nacional y local, que ejercen la protección sanitaria en función de mejorar la salud mental en este país.

En la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* de la Organización de las Naciones Unidas (1948). En el Artículo 25, se establece que:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. [...] La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. (p.8)

Esto quiere decir que, todas las personas deberían contar con las condiciones necesarias, como son la alimentación, la vivienda, acceso a los servicios sociales, etc. para que de esta manera se garantice su derecho a la salud.

En lo que respecta al nivel internacional, México siendo un Estado miembro de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se sumó en 2015 a la *Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*, ésta se conforma de 17 objetivos, con referencia a la

salud mental, destaca que el objetivo 3. Salud y bienestar, determina “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.” (p. 1) Dicha agenda es incluyente con las prioridades de salud mental, establece entre otras cosas que para el año 2030 se reduzca “en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar” (Naciones Unidas en México, 2025, p.1)

Es importante decir que de acuerdo con el *Diario Oficial de la Federación* (2023), México ha firmado diversos tratados Internacionales con respecto a la salud mental, entre ellos destacan:

- I. La Declaración de Caracas, *Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, Caracas, Venezuela*, la cual establece que la capacitación del recurso humano en salud mental y psiquiatría debe dirigirse a un modelo de servicio de salud comunitaria y propiciar la internación psiquiátrica en los hospitales generales, así como salvaguardar la dignidad, los derechos humanos y civiles.
- II. Los Principios de Brasilia, *Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas*, que enfatizan la protección de los derechos humanos, el reemplazo de hospitales psiquiátricos por redes de servicios comunitarios, la atención integral y multidisciplinaria, la admisión de personas en crisis en los hospitales generales, y la participación de usuarios y de diversos actores sociales en la planificación y desarrollo de los programas y servicios de salud mental.
- III. El Consenso de Panamá, que contempla la salud mental como prioridad en la política, el acceso universal y equitativo en redes de servicios, el fortalecimiento del modelo de atención comunitaria en la salud mental, la protección de los derechos humanos, y la eliminación del estigma y discriminación. (p. 1)

Como se puede observar a nivel internacional, existen tratados que señalan la importancia de la capacitación del recurso humano en salud mental, para la atención digna de la comunidad, el respeto a los derechos humanos, la planificación de programas y el acceso a servicios de salud mental para todos.

Con respecto a nivel nacional, es importante mencionar que, en México la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*,¹ señala en el artículo 4, párrafo cuarto y quinto que:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social. Toda persona tiene derecho a un medio ambiente sano para su desarrollo y bienestar. El Estado garantizará el respeto a este derecho (p.38).

Se puede apreciar que, de acuerdo con lo antes mencionado el Estado mexicano tiene la obligación de garantizar la atención a la salud y la creación de un medio ambiente sano para toda su población, ya que esto es considerado un derecho.

La *Ley General de Salud* establece en el artículo 72 que:

¹ Es la carta que rige jurídicamente al país.

La prevención de las enfermedades mentales tiene carácter prioritario. Se basará en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control de las enfermedades mentales, así como otros aspectos relacionados con la salud mental. (p.18)

Dicho lo anterior, se entiende que la salud mental es prioritaria, y para protegerla es importante incidir en los determinantes que pueden deteriorarla.

En el *Plan Nacional de Desarrollo 2025- 2030* en el apartado de República Sana se mencionan los siguientes compromisos:

Consolidación del IMSS Bienestar, Se crearán las Farmacias para el Bienestar, Programa de cuidados desde los primeros 1,000 días de vida, Modernización de hospitales y centros de salud, Inauguración de 27 unidades médicas del IMSS, IMSS Bienestar e ISSSTE (p. 9)

Cabe señalar que en lo que respecta al *Plan Nacional de Desarrollo* vigente en este año, no se menciona específicamente como será la atención a la salud mental de los mexicanos.

En México se elaboran *Programas de Acción Específicos*, para abordar los problemas de salud prioritarios, con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad, del mismo modo, se busca mejorar la calidad de vida de las personas, respecto a esto vale la pena señalar que en lo que concierne a la salud mental, los programas que se elaboran en este país, han estado ligados históricamente a las adicciones, ya que de acuerdo con Ríos (2023) a lo largo de la historia las personas que consumían sustancias adictivas se les consideraba enfermas mentales.

En conclusión, debemos decir que respecto a las leyes tanto a nivel internacional como nacional, se considera que la salud mental es un derecho, así mismo se señala que es prioridad promover la salud mental y el bienestar de todas las personas, por ello la importancia de la elaboración de programas que inciden en los determinantes sociales, además de garantizar el acceso a los servicios de salud mental para todos.

Para que la salud mental de las mujeres que tienen una pérdida perinatal no sea traumática, y no lleguen a un trastorno mental, es importante que se construyan políticas públicas firmes en torno al tema.

1.4. Atención de la salud mental en México.

Para iniciar con este tema, se aborda de forma breve parte de la historia de la atención de la salud mental en México con la finalidad de comprender las deficiencias que existen en el sistema de salud mexicano para la atención de esta.

Con respecto a la atención que se le ha dado a la salud mental en México, Andrés Ríos Molina², menciona que en un inicio la forma de tratar a las personas que se consideraban tenían alguna enfermedad mental era por medio del cuidado y el encierro, hasta que se fueron destinando distintos tratamientos a los padecimientos mentales gracias al avance de la neurología y la farmacología. (Ríos, citado por Dominguez, 2023). Cabe mencionar que, los padecimientos mentales históricamente se han estigmatizado, son sinónimo de persecución, violencia, encierro, aislamiento, castigo, etc. pues la mayoría de las culturas les consideraban que eran cosas del demonio, castigos divinos, eran vistos de una manera distinta a la que conocemos actualmente, ya que en 1566 se consideraba que cualquier persona que amenazara el orden social o presentará una conducta

² Investigador del Instituto de Investigaciones Históricas

inapropiada, por ejemplo los vagabundos, los criminales, las personas que tuvieran alguna adicción o abuso de sustancias adictivas (alcohólicos, etc.), que eran vistas como inmorales, consideradas enfermas mentales, en muchas ocasiones no tenían un diagnóstico acertado.

El investigador refiere que en 1566 en México existían dos hospitales que atendían la demencia: el Hospital de San Hipólito para hombres y el Hospital del Divino Salvador en el cual se proporcionaba atención exclusiva para mujeres.

Posteriormente, en 1910 durante el gobierno del presidente Porfirio Díaz, en México se edificó el centro psiquiátrico conocido como “La Castañeda”, que albergaba a una población mixta, en este lugar normalmente la gente se quedaba por mucho tiempo, debido a que la mayoría de los casos, los pacientes eran abandonados por sus familiares.

El presupuesto que se destinaba para cubrir las necesidades, era sumamente limitado y se reflejaba en las deficiencias para atender a los pacientes, en consecuencia, se presentaban enfermedades epidémicas por la insalubridad que había en el recinto.

Pese a lo antes mencionado, se sabe que en la Castañeda se llegó a tener un espacio privilegiado para las personas que contaban con un alto poder adquisitivo, podían pagar una mensualidad y con esto obtenían ciertos privilegios, como no usar el uniforme, tener una enfermera personal, y recibir visitas en cualquier momento.

En lo que respecta a los tratamientos que se empleaban para atender a los pacientes, destacan las técnicas para subir la temperatura del cuerpo, ya que se creía que los delirios y los comportamientos maníacos disminuían de esta manera,

en ocasiones contagiaban a los pacientes de malaria, lo que les provocaba fiebre, y posteriormente se dedicaban a curar el parásito introducido.

Algunas veces, inducían a los pacientes a varios tipos de coma para provocar una muerte artificial e intentar revivirlos, o administraban cardiazol que era un medicamento que generaba convulsiones, y finalmente los electrochoques. Cabe señalar que, Ríos Molina refiere que ninguno de estos remedios era usado excesivamente porque costaban dinero que no se tenía.

Con el paso del tiempo, en la década de los cincuenta es cuando aparecen los primeros psicofármacos para atender los padecimientos mentales.

Es importante decir que en un inicio los diagnósticos en la Castañeda no eran muy acertados, y, muchas personas eran diagnosticadas con esquizofrenia, epilepsia o psicosis maníaco-depresiva, sin padecerla.

Ríos Molina, señala que fue hasta 1952 cuando aparece el primer *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM), este artículo es un referente para lograr obtener datos a partir de criterios Internacionales, el documento destaca que los padecimientos mentales no son solamente un problema biológico o bioquímico, sino que tienen una vertiente social, que resalta la desigualdad de esa época, ya que mientras en las clases bajas, el loco era visto como un potencial criminal que había que encerrar, la persona rica era una persona de mundo, estresada, nerviosa y artística. (Domínguez, 2023)

En lo que se refiere a la salud mental en México durante la segunda década del siglo pasado, Ramón de la Fuente (1988) señala que entre 1950 y 1960, el avance de la psicofarmacología tuvo importantes consecuencias en cuanto a la atención de los enfermos mentales, además de que los avances terapéuticos fueron un fuerte impulso al estudio del cerebro como sustrato de la mente y de la conducta,

cabe mencionar que otro logro en este periodo fue que se tuvo una mejor actitud hacia los enfermos mentales, que ya no fueron vistos como casos perdidos sino como personas con posibilidades de ser reintegradas a la sociedad y merecedoras de un trato más humano.

El mismo autor refiere que entre 1960 y 1970, la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia fundó una red de 11 hospitales, 9 de ellos hospitales-granja, para así sustituir el ya abarrotado manicomio general, las 9 instalaciones antes mencionadas se encontraban alejadas de los centros médicos, además de estar mal distribuidas en el territorio nacional.

Con respecto a 1971, fue el periodo en el que la enseñanza se amplió con cursos de subespecialización en las áreas de psicoterapia médica, psiquiatría social y psiquiatría infantil y de la adolescencia, al personal médico.

En el año de 1977, el Centro de Estudios en Salud Mental y, desde 1980, el Instituto Mexicano de Psiquiatría, que le sustituyó, asumieron un papel muy importante en la investigación científica de la psiquiatría y la salud mental en México, ya que dicho instituto entre sus principales tareas tenía la formación de personal especializado e investigadores en el campo, mediante programas de especialización, maestría y doctorado.

Para finalizar, el doctor Ramón de la Fuente en esta semblanza de 1988 señalaba que los hospitales sufrían de una gran escasez de personal capacitado en relación con el número de pacientes y en varios de ellos los programas de rehabilitación y seguimiento eran muy limitados.

Además de que hacía énfasis en que los profesionales de la salud deberían de luchar más enérgicamente por la humanización de los hospitales psiquiátricos,

asimismo de involucrar en esta tarea a la comunidad y especialmente a las familias de los enfermos, quienes deberían de asumir mayor responsabilidad en su cuidado.

Para poder hablar sobre los siguientes años de evolución sobre la atención a la salud mental en México me gustaría mencionar que Benassini, 2001 en su artículo titulado “La atención psiquiátrica en México hacia el siglo XXI” menciona como dato importante que en 1981, la *Dirección General de Salud Mental* pierde recursos y facultades, y se transforma en una instancia de carácter exclusivamente normativo como *Dirección de Normas de Salud Mental, Asistencia Social y Rehabilitación*, al mismo tiempo que se crea el *Consejo Nacional contra las Adicciones* (CONADIC).

En lo que respecta a 1995, es el año en el que se considera conveniente reactivar la Dirección General de Salud Mental, para lo cual se fusiona *la Dirección de Normas de Salud Mental* con la oficina operativa del CONADIC, y se propone un programa nacional de salud mental, pero desafortunadamente este no llega a concluirse.

Posteriormente en 1996, CONADIC vuelve a operar en forma autónoma y se crea la Coordinación de Salud Mental *CORSAME* en 1997, es importante señalar que en estos años se destaca el interés por mejorar las condiciones en que operan los servicios especializados en los hospitales psiquiátricos de todo el país, mediante apoyo financiero y trabajo de asesoría y coordinación.

Para finalizar, Benassini hace mención en este artículo como modo de conclusión que en 2001 la atención psiquiátrica en México había pasado de la creación y operación de servicios, por la instalación y el desarrollo de su normatividad y asesoría, hasta la coordinación, sin que durante este trayecto haya podido operar programas y acciones de alcance nacional, y que a pesar de los muchos esfuerzos por mejorar la atención a la salud mental nuestro país se

encontraba rezagado, por ello enfatiza en la importancia de la atención primaria a la salud mental y las actividades de vigilancia epidemiológica, para desarrollar programas prioritarios de salud .

Este recorrido histórico nos muestra cómo es que se ha atendido la salud mental a lo largo del tiempo en México, además de poner en evidencia las grandes limitaciones en relación a la atención de la sociedad mexicana, y la falta de políticas públicas en pro de la promoción de la salud mental. Para poder entender un poco más acerca de este tema en la actualidad, me gustaría mencionar que de acuerdo con la OMS (2022):

Las intervenciones de promoción y prevención de la salud mental se centran en identificar los determinantes individuales, sociales y estructurales de la salud mental, para luego intervenir a fin de reducir los riesgos, aumentar la resiliencia y crear entornos favorables para la salud mental. Pueden ir dirigidas a individuos, grupos específicos o poblaciones enteras. (p. 1)

Por ello la importancia de contar con acciones encaminadas a atender la salud mental desde la primera línea de acción.

Para ello en México se ha creado un *Programa de Acción Específico (PAE) para la Salud Mental y Adicciones 2020- 2024*, cabe señalar que este se encuentra ligado a las adicciones, debido a que a lo largo de la historia las personas que consumían sustancias adictivas se les consideraba enfermas mentales.

Este programa tiene como objetivo:

Mejorar el bienestar mental de la población, a través de servicios de salud mental oportunos, continuos y de calidad basados en la Atención Primaria a la Salud Integral (APS-I), con efectividad, eficiencia y equidad, para reducir

la morbilidad, mortalidad y la discapacidad atribuida a los trastornos mentales y el consumo de sustancias. (p. 38)

En este mismo programa se menciona que nuestro país se enfrenta a un gran reto ya que los recursos tanto económicos como humanos y materiales con los que se cuenta para atender a la población mexicana no son suficientes y están mal administrados, esto ha ocasionado que no todas las personas con trastornos mentales que requieren de algún tratamiento lo reciban.

Esto es debido en gran parte al factor económico que transformado en cifras se dice que:

El 2% del presupuesto de salud se destina a atender la salud mental y de ese porcentaje, el 80% se va en gastos operativos de los hospitales psiquiátricos, por lo que no hay suficiencia para otras acciones costo-efectivas como: la prevención y la promoción del autocuidado, la actuación en la comunidad, la capacitación del personal en salud mental y adicciones, la investigación y, principalmente a acciones para disminuir el estigma, la discriminación y el deterioro de las personas con problemas de salud mental. (Secretaría de Salud, 2022, p. 21)

Así mismo, cabe mencionar que a partir del 2021 se amplió la cobertura de la atención a otros trastornos mentales como son: la depresión, ansiedad y conducta suicida. Para ello se contemplaron 3 fases: la primera consiste en la capacitación de todo el personal para atender los principales trastornos de salud mental, en la segunda fase se han ido incluyendo intervenciones en salud mental, lo cual ha ido incrementando la cantidad de atenciones brindadas, y la tercera fase implica el cambio de nombre a *Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones (CECOSAMA)*.

Otro dato importante que podemos destacar es que en este informe se menciona que, durante la pandemia, el personal de CECOSAMA participó en la atención a personas afectadas por problemas de salud mental, tanto de manera presencial como virtual en donde los principales motivos de consulta fueron:

El consumo de sustancias adictivas (36.54%), problemas relacionados con la infección de covid-19 (23.50%), los trastornos de ansiedad (13.96%), la depresión (12.63%) y el estrés (7.27%). Asimismo, es importante señalar que actualmente se detectan y se da seguimiento a personas con otros trastornos de salud mental, entre los que destacan: los trastornos de la conducta alimentaria, psicosis, Parkinson, alteraciones de memoria y usuarios atendidos por enfermedades crónicas. (Secretaría de Salud, 2024, p.61, 62)

Con lo antes mencionado, en definitiva, podemos decir que, a pesar de los esfuerzos, el panorama para atender la salud mental de la población mexicana es desolador.

En resumen, desde mi perspectiva, la salud mental es un estado mental satisfactorio, que se evidencia cuando las personas pueden enfrentar las adversidades que se les presenten en su día a día, cuando pueden desarrollar plenamente sus habilidades, sus capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, y cuando esto les permite desarrollarse favorablemente en la sociedad.

La salud mental es, además, un derecho humano fundamental y a pesar de que México ha firmado diversos instrumentos internacionales respecto a esta, aunado a que existen leyes que exigen se garantice nuestro derecho a la salud mental como lo es la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que es la carta que rige jurídicamente al país; la realidad es que México se enfrenta a un gran reto ya que los recursos tanto económicos, como humanos y materiales con los que se cuenta para atender a la población mexicana no son suficientes y están

mal administrados, considerando que solo el 2% del presupuesto de salud se destina a atender la salud mental y de ese porcentaje, el 80% se va en los gastos operativos de los hospitales psiquiátricos, esto definitivamente ha ocasionado que no todas las personas con trastornos mentales que requieren de algún tratamiento lo reciban.

Con lo antes mencionado, se puede observar que existe poco presupuesto para la atención y promoción de la salud mental. Este es un tema que debería atenderse, ya que en nuestro país de acuerdo con la *ENSANUT* (2023) “las mujeres experimentan mayor prevalencia de estrés y trastornos de ansiedad que pueden desencadenar o empeorar otros síntomas” (p.121), además en esta misma encuesta se menciona que las mujeres respecto a las enfermedades mentales presentan principalmente dolores de cabeza, trastornos depresivos, Alzheimer y otras demencias.

1.5. Principales problemas de salud mental de las mujeres en México.

Para fines de esta investigación es de suma importancia conocer los principales problemas de salud mental que aquejan a las mujeres mexicanas, ya que estos influyen en su forma de pensar, sentir y actuar, y tienen consecuencias en su salud en general.

Cabe mencionar que en México según datos del *Instituto Nacional de Estadística y Geografía* (INEGI, 2023), en nuestro país “residían 67 millones de mujeres, lo que representó 52.0 % de la población total durante el cuarto trimestre del año 2022” (p.1) con esto podemos observar que las mujeres mexicanas representamos un número importante de la población de nuestro país.

De acuerdo con datos de la *Organización Panamericana de la Salud* (OPS, 2020) en cuanto a las afecciones mentales “las mujeres se ven afectadas principalmente por dolores de cabeza, trastornos depresivos, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias” (p. 1)

En este mismo informe titulado *La carga de los trastornos mentales en la región de las Américas: Perfil del país. México* se reporta que:

Alrededor de los 20 años de edad surge un patrón que se mantiene estable durante la juventud y la edad adulta: los trastornos comunes (ansiedad, depresión, autolesiones y trastorno somatomorfo) representan el 36% de la carga, los trastornos por consumo de sustancias el 22% (17% debido al alcohol), los dolores de cabeza el 20%, y los trastornos mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) alrededor del 8%. (OPS, 2020, p .1)

Mientras tanto, la Dirección General de Epidemiología (2022) en el Anuario de Morbilidad 1984 -2022, menciona las veinte principales causas de enfermedad Nacional, por grupos de edad en México. En lo que respecta a la Población Femenina menciona que la depresión afecta a un gran número de mujeres, poniendo esto en cifras se dice que “8, 974 mujeres en el rango de edad entre los 20 y los 24 años, y 27, 008 mujeres en el rango de edad de los 25 a los 44 años padecen depresión.” (p. 1)

En el mismo sentido, la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición* (ENSANUT, 2023) reportó que “las mujeres experimentan mayor prevalencia de estrés y trastornos de ansiedad que pueden desencadenar o empeorar otros síntomas y tienden a responder al estrés con conductas internalizantes como la depresión.” (p.121)

Además, es conveniente mencionar que en esta encuesta se describe que:

La depresión es un trastorno mental caracterizado por tristeza persistente, falta de interés en actividades placenteras, alteración del sueño y apetito, además de cansancio y falta de concentración. Se ha identificado que las mujeres tienen dos veces más probabilidad de presentar depresión que los hombres. (ENSANUT, 2023, p.117)

Es importante mencionar que la *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares* (ENDIREH, 2021), la cual tiene el objetivo de generar información estadística respecto a la prevalencia y gravedad de la violencia que han enfrentado las mujeres reportó que:

En México, 70.1 % de las mujeres de 15 años y más ha experimentado, al menos, una situación de violencia a lo largo de la vida. La violencia psicológica fue la de mayor prevalencia (51.6 %), seguida de la violencia sexual (49.7 %). En el ámbito comunitario es donde viven mayor violencia (45.6%), seguido de la relación de pareja (39.9 %). (p. 1)

En un breve resumen, de la encuesta (ENDIREH, 2021), se reporta que el Estado de México tiene la mayor prevalencia de violencia contra las mujeres de 15 años y más, seguido por la Ciudad de México y Querétaro, además de mencionar que la violencia contra las mujeres se presentó principalmente en el ámbito comunitario, seguido por el laboral, en la relación de pareja, escolar, y en el ámbito familiar. Además, revela datos muy importantes respecto a la violencia obstétrica a la que son sujetas las mujeres mexicanas estas son:

De las mujeres de 15 a 49 años que tuvieron un parto o cesárea entre 2016 y 2021, 33.4 % experimentó maltrato en la atención obstétrica durante la cesárea y 29.6 % en el parto. Del mismo modo, 19.5 % de las mujeres que tuvo cesárea vivió maltrato psicológico y/ o físico y a 23.7 % se le realizó tratamiento médico no autorizado. Asimismo, de las mujeres que tuvieron un

parto, 22.0 % experimentó maltrato psicológico y/ o físico y a 16.9 % se le practicó tratamiento médico sin su autorización. (p. 27)

Como sabemos la violencia en todas sus formas tiene profundas repercusiones en la salud mental, ya que como se menciona en el artículo titulado *“La violencia puede afectar a cualquiera”* de la Organización Mundial de la Salud 2014 el cual cita que:

La violencia provoca depresión, ansiedad y otros trastornos de salud mental. También contribuye a la aparición de cánceres, enfermedades del corazón, accidentes cerebrovasculares y VIH/sida, pues las víctimas de la violencia a menudo tratan de hacer frente a sus experiencias traumáticas adoptando comportamientos de riesgo, como consumir tabaco, alcohol y drogas, así como con prácticas sexuales de riesgo. (p.1)

Con lo antes dicho, podemos concluir que los principales problemas de salud mental que aquejan a las mujeres mexicanas son: dolores de cabeza, trastornos depresivos, ansiedad, además de experimentar mayor prevalencia de estrés, la enfermedad de Alzheimer y cabe mencionar que entre los trastornos mentales graves se presentan la esquizofrenia y los trastornos de bipolaridad. Es importante mencionar que la violencia psicológica es otro serio problema que enfrentan las mujeres mexicanas, la cual pone en riesgo su salud en general.

Saber los problemas de salud mental que enfrentan las mujeres en general, nos ayuda a comprender que en este marco hay mujeres que además de eso tienen que pasar por un proceso de muerte perinatal.

CAPÍTULO II

EMBARAZO Y ETAPA PERINATAL

En este capítulo se aborda en un primer momento el proceso de embarazo en sus implicaciones biológicas, las cuales generan en el cuerpo de las mujeres una avalancha de cambios físicos y hormonales, aunado al proceso psicológico e incluso lo que socialmente esté representa. Al mismo tiempo en este capítulo se abordará el tema de la etapa perinatal con el objetivo de ampliar la comprensión de este periodo de desarrollo de la vida del infante.

Ciertamente el embarazo es una etapa que la mayoría de las mujeres que deciden ser madres viven con mucha emoción, a continuación, se abordarán estas etapas desde el punto de vista biológico, psicológico y social.

Para comprender este tema es importante definir el concepto de embarazo, que de acuerdo con los autores Llanes, Cervantes, Peña y Cruz, (2020):

El embarazo es el período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto, el cual comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos significativos en la gestante, destinados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, la interrupción de los ciclos menstruales y el aumento en el tamaño de los senos para preparar la lactancia. (p. 54)

Así mismo Tortora (1996) refiere que “El embarazo es una secuencia de acontecimientos que por lo general incluyen a la fertilización, la implantación, el crecimiento embrionario y el crecimiento fetal, y que culmina con el nacimiento” (p.1168)

Por otro lado, Tame (2007) define: “El embarazo es un estado especial, el único momento en la vida en que la mujer lleva otra vida en su interior. En el nivel psicológico es común que sienta que el bebé es parte de ella y, al mismo tiempo, un ser independiente” (p, 104).

Cabe señalar que, para fines de esta investigación tendremos en cuenta la definición de Llanes et al. (2020), debido a que esta aborda de manera breve y explícita lo que ocurre durante este periodo, mencionando los cambios que se originan en la mujer y el nuevo ser en formación.

2.1. Elementos biológicos, psicológicos y sociales del embarazo.

Como previamente se ha mencionado, cuando una mujer está embarazada presenta distintos cambios, a continuación, se dará un panorama general de estos.

En el embarazo los cambios biológicos son los más evidentes ya que por medio de la ausencia de la menstruación es como la mayoría de las mujeres tiene la sospecha de la formación de un nuevo ser en su vientre. Respecto a los cambios psicológicos debido a la avalancha de cambios hormonales las mujeres son más susceptibles a tener cambios repentinos de humor y en ocasiones algunas mujeres pueden deprimirse, aunque también es importante mencionar que la mayoría de las mujeres que deciden ser madres se llenan de alegría y comienzan a elaborar planes para el nuevo ser.

Y en lo que concierne al aspecto social, debemos decir que la mujer embarazada representa protección, además para la sociedad es principalmente la función reproductora que perpetuará nuestra especie.

Cuando en realidad la maternidad es un rol, una experiencia, una identidad, y una relación, emocional, social, cultural e histórica sumamente compleja

atravesada, definida y condicionada de manera importante por las estructuras del patriarcado que derivan en fenómenos que van desde la violencia de género hasta los estereotipos.

2.1.1 . Elementos Biológicos

En relación con los cambios biológicos durante el embarazo en la mujer Carrillo et al, (2021) señalan que:

Los cambios que se experimentan van desde cambios metabólicos y bioquímicos que pueden no ser evidentes, hasta cambios anatómicos macroscópicos evidentes, e incluso cambios conductuales y emocionales. Todos estos cambios suponen una exigencia aumentada (estrés) para la fisiología normal del cuerpo de la mujer, y si estos cambios se combinan con enfermedades previas o una condición predisponente, esto puede traducirse en distintos estados patológicos durante el embarazo como preeclampsia, diabetes gestacional, insuficiencia cardíaca, etcétera. (p.40)

También, de acuerdo con Olivar (2002): los cambios biológicos son evidentes a partir del:

aumento de peso y de volumen, alteración en la coloración de la piel y en las mucosas genitales, hiperflexibilidad de las articulaciones, hasta cambios fisiológicos mayores como son los ocurridos en el sistema cardiovascular, urinario, digestivo, respiratorio, de coagulación y órganos reproductivos (p. 1)

Para entender estos cambios un poco más a fondo se presenta la siguiente tabla elaborada por Papalia, Wendkos y Duskin (2009)

Tabla 1***Primeros Signos y síntomas de embarazo.***

Cambios Físicos	Causas y momento
Mamas o pezones adoloridos e hinchados.	La mayor secreción de las hormonas femeninas estrógenos y progesterona estimulan el crecimiento de las mamas en preparación para que produzcan leche (es más notable en el primer embarazo.)
Cansancio: necesidad de dormir siestas	El corazón de la mujer late más de prisa y con más fuerza para impulsar la sangre adicional que lleve nutrientes al feto. La producción acentuada de hormonas requiere más esfuerzos. La progesterona deprime el sistema nervioso central y causa somnolencia. Las preocupaciones por el embarazo minan la energía.
Alguna hemorragia o cólicos	La hemorragia de la implantación ocurre de 10 a 14 días después de la fertilización, cuando el óvulo fertilizado se adhiere en la pared del útero. Muchas mujeres también sienten cólicos (parecidos a los menstruales) porque el útero comienza a crecer.
Antojos	Los cambios hormonales alteran las preferencias alimenticias, en especial durante el primer trimestre, cuando las hormonas ejercen el mayor efecto.
Náuseas con o sin vómito	Como la placenta y el feto producen más estrógenos, el estómago se vacía con mayor lentitud. Además, se afina el sentido de olfato, de modo que ciertos olores, como los de café, carne, lácteos o especias, causan náuseas. Los mareos matutinos comienzan a las dos semanas de la concepción, pero por lo general aparecen hacia las cuatro a ocho semanas y pueden ocurrir a cualquier hora.
Micción frecuente	El útero se agranda y, durante el primer trimestre, presiona la vejiga
Frecuentes jaquecas leves	Los cambios hormonales provocan el aumento de la circulación sanguínea.
Constipación	El incremento de la progesterona lentifica la digestión, por lo que la comida pasa más lentamente por el aparato digestivo.

Variaciones de ánimo	Las oleadas de hormonas al comienzo del embarazo producen altibajos emocionales.
Desvanecimiento y mareo	La sensación de vértigo puede deberse a hipotensión y dilatación de los vasos sanguíneos o a baja del azúcar.
Aumento de la temperatura	La temperatura basal (la que se toma a la primera hora de la mañana) aumenta normalmente todos los meses, poco después de la ovulación, y luego baja durante la menstruación. Cuando la menstruación cesa, la temperatura se mantiene elevada.

Cabe señalar que de acuerdo con Carrillo et al. (2021):

(...), muchos de estos cambios suponen un verdadero estado de estrés fisiológico para el organismo de la embarazada, por esta razón resulta crucial que la mujer esté preparada y en un estado de salud óptimo para poder enfrentar adecuadamente todos estos cambios y, por lo tanto, el embarazo no resulte en estados patológicos. (p.48)

Por otro lado, se considera importante mencionar que con los grandes avances de la tecnología se han realizado distintas investigaciones a nivel celular, para poder comprender qué sucede durante la formación de un nuevo ser en el vientre materno, prueba de esto es el informe realizado por López (2009) en el que se habla sobre la comunicación Materno-filial que se presenta en el embarazo, siendo esta la comunicación celular de la madre y el hijo. La autora refiere que:

El diálogo madre hijo en la primera etapa de la vida es real e interpersonal, hecho con un tipo de palabras que parten de las señales moleculares que traducen los cuerpos personales. Real porque es un diálogo que crea una unidad de vida la más perfecta simbiosis entre dos seres humanos” (p.306)

Posteriormente en este mismo informe López (2009) señala que se ha descubierto que:

(...), el diálogo molecular del embrión convierte al sistema inmunológico materno en tolerante hacia él. La tolerancia inmunológica se activa a través de una red de sustancias que liberan y actúan localmente y silencian todas las células maternas que generarían el natural rechazo hacia lo extraño: las células denominadas «asesinas naturales», los linfocitos T, tóxicos para las células extrañas; y los linfocitos B, que producen los anticuerpos de rechazo (p.312)

Es impresionante saber que dentro del cuerpo materno la comunicación celular entre madre e hijo persiste para la supervivencia de este nuevo ser.

Además, si esto fuera poco López (2009) señala que se ha encontrado que existe un intercambio celular rejuvenecedor del cuerpo materno. “Por ser la gestación una simbiosis de dos vidas existe un tráfico bidireccional de células a través de la placenta materno-fetal.” (p.312) y en este caso López señala que se han encontrado células del feto que han servido de forma reparadora para algunos órganos de la madre y menciona un ejemplo en particular referente a esto: “Existen datos de la participación de esas células en procesos regenerativos de órganos afectados en la madre, como es el caso de la reparación del corazón de mujeres que padecían cardiopatías” (p. 313)

Otro dato importante que se resalta en este informe, es el concepto de “microquimerismo maternal” que hace referencia a que se ha encontrado que:

Los órganos de la madre contienen células procedentes de cada feto que ha gestado, algunas células madre de la sangre del feto y su placenta, que son

pluripotenciales, pasan a la circulación materna. Se almacenan en nichos, especialmente en la médula ósea, y se dispersan en los órganos de la madre: piel, tiroides, hígado, riñón, glándula adrenal, pulmón, etc. (p.312)

Con este respaldo científico me atrevo a decir que cada embarazo en la mujer, cada ser que se forma en su vientre deja una huella imborrable en ella.

Como podemos ver y como hemos señalado anteriormente, la mujer embarazada biológicamente enfrenta una avalancha de cambios, algunos evidentes como el aumento de peso y otros no tan notorios como los cambios metabólicos y bioquímicos que se presentan en su cuerpo y que en algunos casos no son tan perceptibles.

2.1.2. Elementos Psicológicos

Para poder referirnos a los cambios psicológicos es importante decir que estos se entenderán como las modificaciones en la forma de pensar, actuar y verse a sí mismo de una persona.

En lo que respecta a los cambios psicológicos Castillo (2022) afirma que:

El embarazo y el posparto son eventos delicados en la vida de una mujer, donde experimenta vulnerabilidad en muchos sentidos. Los cambios hormonales y psicológicos por los que atraviesa su cuerpo son muy fuertes y debe pasar por ellos mientras tiene la responsabilidad de cuidar del recién nacido. (p.1)

Olivar (2002) menciona que los cambios psicológicos, “son más importantes cuantas más condiciones desfavorables rodeen la gestación, el parto y el puerperio, esto debido a que la mujer se encuentra susceptible debido a los cambios que está experimentando en su cuerpo.” (p.1) debido a esto es importante que las mujeres

embarazadas se encuentren en un entorno favorable, además de que tengan atención médica para así poder detectar cualquier anomalía que pueda presentarse y dañar la salud mental de la mujer embarazada.

Navarrete (2023) informa que 75 por ciento de las mujeres que sufren depresión durante este periodo no son diagnosticadas, y no reciben el tratamiento ni la atención adecuada, dado que los síntomas de la depresión tienen que ver con tristeza, pérdida de interés en cosas que antes realizaban, aumento o disminución del apetito y de las horas de sueño, sentimientos de culpa, dificultad para tomar decisiones o la idea de que su bebé podría estar mejor sin ella, la misma autora señala que existen factores que aumentan el riesgo de desencadenar depresión como el bajo nivel de escolaridad, desempleo, abortos previos, miedo al parto, embarazo no deseado, ser madre sola, mala relación de pareja, violencia de género, prenatal u obstétrica, o eventos estresantes durante y posteriores al embarazo.

Debido a lo antes mencionado, resalta la importancia del apoyo de la pareja, la familia u otras mujeres cercanas a la mamá, además de la necesidad de crear conciencia y visibilizar los diversos trastornos mentales que pueden afectar a las madres, como lo son la depresión, ansiedad, psicosis posparto y trastornos por estrés postraumático.

Como ya se ha mencionado, hay que tener en cuenta que existen situaciones en las que las mujeres embarazadas se puede ver seriamente afectada, debido a los cambios hormonales del embarazo ya que como señala Castillo, (2022):

Si una mujer ya tiene una vulnerabilidad biológica o está en un ambiente que amenaza su salud mental, es más fácil que desarrolle algún problema. Los más comunes en embarazadas son la depresión y los trastornos de ansiedad. También se han observado exacerbaciones de enfermedades como la esquizofrenia o el trastorno bipolar. (p.2)

Por ello la importancia de fijar la atención en el cuidado de la salud mental de este grupo poblacional, y prioritariamente a las mujeres que previamente han presentado algunos padecimientos psiquiátricos o situaciones de gran estrés, ya que, de acuerdo con Castillo, (2022) :

El desequilibrio también causa un estado continuo de estrés patológico porque es constante, sostenido e intenso, este a su vez, genera las sustancias propias del estrés que alcanzan al bebé en el vientre materno. Estos niveles no deseables de neurotransmisores y hormonas son como bombas químicas que afectan el desarrollo del feto. (p. 4)

Como podemos ver la salud mental de las mujeres embarazadas, puede influir en el desarrollo del feto y en este mismo sentido Beversdorf citado en Papalia (2009) señala que “el estrés intenso durante las semanas vigesimocuarta a vigesimoctava del embarazo puede ser causa de autismo por deformidad del cerebro en desarrollo” (p. 86)

Aunque cabe señalar que, no todos los padecimientos mentales se pueden presentar exclusivamente durante el embarazo, sino que también pueden presentarse posteriormente, ejemplo de esto es la depresión posparto que, de acuerdo con Castillo, (2022):

La depresión posparto es una condición totalmente diferente. En este padecimiento, la depresión vinculada a los cambios hormonales es tan intensa que el cerebro de la mujer está “aniquilado”, no puede pensar e incluso una tarea sencilla como preparar algo de comer o planear el baño del bebé parece imposible de realizar. (p. 4)

Es de suma importancia mencionar que las mujeres embarazadas deben tener atención médica para poder detectar cualquier anomalía que pueda estar afectando su salud mental, del mismo modo la salud del feto, ya que como se mencionó anteriormente esta puede estar seriamente afectada si la mujer embarazada presenta alguna alteración psicológica.

Además, es importante visibilizar que la salud mental de las mujeres embarazadas en algunos casos puede estar seriamente comprometida, ya que como describe Castillo, (2022):

Para muchas de ellas es muy complicado pedir ayuda de un especialista, en gran medida porque socialmente prevalece la presión de que la maternidad es el periodo más feliz en la vida de una mujer. Por lo mismo, quienes lo viven diferente suelen ser blanco de críticas; se reprimen y viven solas ese dolor y sufrimiento. (p. 4)

Como podemos observar en base a lo que los autores mencionan, los cambios psicológicos por los que pasa una mujer embarazada pueden ser temporales y no afectar seriamente a la mujer, estos son debido a la avalancha de hormonas que están jugando un papel importante en el desarrollo de ese nuevo ser que se forma en el vientre materno, cabe señalar que existen algunos casos en los que la salud mental de las mujeres embarazadas pueden verse seriamente comprometida, y si no se trata a tiempo puede ocasionar serias complicaciones en la salud de la mujer embarazada y el feto.

2.1.3. Elementos sociales

A continuación, hablaremos sobre lo que significa el embarazo socialmente ya que de acuerdo con Hernández (2020) “la cultura impone un modelo patriarcal en el cual la mujer tiene la función de reproducción, no obstante, se puede observar que la maternidad no es puramente biológica, sino que es un fenómeno que conlleva aspectos sociales, culturales, contextuales y psicológicos” (p. 42).

En este mismo sentido, los autores Linares, Nazar, Sánchez, Zapata, y Salvatierra. (2017), citan a (Torres, 2005) el cual señala que “la reproducción biológica es una función al servicio de los demás, las mujeres son concretadas como seres sociales a partir de su cuerpo y sus funciones reproductivas” (p. 2)

Así mismo Palomar (2005) afirma que: “La maternidad no es un “hecho natural”, sino una construcción cultural multideterminada, definida y organizada por normas que se desprenden de las necesidades de un grupo social específico y de una época definida de su historia” (p. 36).

Sánchez (2016) refiere que:

Sustentar que la maternidad es una construcción social implica romper con la idea que sostiene que todas las mujeres tenemos la función natural de ser madres, y que dicha función se encuentra en una especie de código biológico que se traduciría en capacidades, habilidades y saberes, producto de un instinto inscrito en la naturaleza femenina. (p. 922)

Algunas circunstancias sociales a las que se enfrentan las mujeres durante su embarazo de acuerdo con Olivar (2002) menciona que:

Si damos un vistazo a los aspectos sociales, nuestra sociedad machista sigue discriminando a la mujer gestante en su trabajo y en su estudio. Las separaciones conyugales son cada vez más frecuentes y la mujer debe enfrentarse sola al mantenimiento económico del hogar y a la protección de sus hijos. (p. 1)

Como se menciona previamente, las mujeres al estar embarazadas en muchas ocasiones son despedidas de sus empleos y aunque en México el despido injustificado de una mujer embarazada se considera una forma de discriminación laboral y esta, está prohibida por la ley federal del trabajo en el artículo 133 fracción XV en donde se señala que está prohibido “despedir a una trabajadora o coaccionarla directamente o indirectamente para que renuncie por estar embarazada, por cambio de estado civil o por tener el cuidado de hijos menores” (Ley Federal del Trabajo, 2022, p. 31) esta ley no siempre se aplica.

Sánchez (2016) menciona que:

La participación de las mujeres en la vida social ha sido construida con base en su “capacidad reproductora”, confinándola al espacio doméstico, especializándolas en el desempeño de un trabajo no reconocido como trabajo y, por tanto, no remunerado, a pesar de que contribuyan en la reproducción de la fuerza de trabajo, la mercancía más valiosa. (p. 946)

Respecto a lo antes dicho Llanes, et al. (2020) mencionan que “en México la legislación a pesar de que ha tenido avances al respecto, en algunas ocasiones puede no ser suficiente para permitir el crecimiento adecuado de la mujer en el contexto laboral y a la vez su realización como madre,” (p. 58)

Otro dato interesante que señala Hernández (2020) nos dice que “Nacer mujer significa, implícitamente, ser madre en algún momento y, si se decide salir de

esta regla social, se entra automáticamente al grupo de las mujeres “diferentes” (p.34). Referente a este grupo de “mujeres diferentes” es importante decir que en ellas hay mujeres que por alguna razón biológica no pueden concebir y no está en sus manos la decisión de ser madres, pero además en este grupo también se encuentran las mujeres que deciden conscientemente no serlo respecto a esto Agudelo, Bedoya y Osorio (2016) señalan que “en el momento actual, las mujeres incluyen en sus proyectos de vida, otra variedad de metas, no sólo ser madres, y al parecer esas otras posibilidades les aportan felicidad y satisfacción, al igual que hace la maternidad.”(p.310) aunque esto no siempre está bien visto por la sociedad.

Defendiendo esta idea Palomar (2005) refiere que:

“(…) la “naturaleza femenina” radica en una biología que asegura ambos elementos, la maternidad es entendida como algo que está separado del contexto histórico y cultural, y cuyo significado es único y siempre el mismo. Más aún: cualquier fenómeno que parezca contradecir la existencia de los elementos mencionados, es silenciado o calificado como “anormal”, “desviado” o “enfermo””. (p. 36)

Respecto a lo antes mencionado podemos decir que como ya se ha expresado en algunas ocasiones muchas mujeres deciden no tener hijos, hecho que es penalizado por la sociedad y causa que a las mujeres se les juzgue por no seguir con lo “tradicional”. Al respecto considero importante mencionar que Ávila (2005), realizó una investigación con un grupo de mujeres mexicanas que nacieron en la época de 1950, y que han elegido voluntariamente no ser madres; el objetivo de esta investigación fue conocer los procesos que las llevaron a tomar esta elección, así como las experiencias y la presión social a la que se enfrentaron al tomar esa decisión. Cabe resaltar que las mujeres de este estudio mencionaron que al no querer tener hijos se enfrentaron a críticas en las que destacan que la mujer “es incompleta, egoísta, inmadura, fría, que no le gustan los niños, que se está

perdiendo del amor más grande de la vida, que se va a arrepentir, que se va a quedar sola,” (p.118) como podemos ver existe una gran presión social para que las mujeres sean madres y esa presión en muchas ocasiones comenta Ávila proviene de otras mujeres. En este mismo contexto Hernández (2020) menciona que:

México, al ser un país tan cercano a la religión católica, aún mantiene los valores conservadores que forjan a la familia. La iglesia, de la mano con el Estado y con algunas instituciones educativas, luchan por la preservación de la estructura familiar tradicional. Estas instituciones desempeñan una función moralizadora al momento de hablar sobre la práctica materna, avalando el estereotipo de la mujer – madre y utilizando la maternidad como un dispositivo de control sobre el cuerpo de la mujer. (p. 42)

Contemplando lo anterior, los autores mencionados han señalado que, socialmente la mujer embarazada representa principalmente en la sociedad la función de la reproducción, o dicho de otra manera la supervivencia de la especie.

Además de mencionar que se cree que, por solo el hecho de ser mujer, naturalmente debemos ser madres y en este pensar no se analiza que por algunas circunstancias no todas las mujeres pueden o quieren ser madres y esto en la sociedad crea serios problemas ya que las mujeres al no ser madre se les excluye “al grupo de las mujeres diferentes”, como menciona Hernández (2020).

Por otro lado, cabe señalar que los autores señalan que las mujeres que, si deciden ser madres, se enfrentan también a otros retos, ya que social y principalmente hablando de México la sociedad discrimina a la mujer embarazada, ya que en muchas ocasiones la mujer pierde su trabajo, atrasa sus estudios, y en algunas ocasiones se enfrenta a la maternidad sola, debido al abandono de su pareja, aunado a esto y si esto no fuera suficiente la mujer es confinada al trabajo doméstico y no remunerado.

2.2. Desarrollo prenatal

Para fines de esta investigación es importante conocer como es el desarrollo prenatal del nuevo ser que se forma en el vientre materno, recopilando información proporcionada por Papalia (2009) se mencionarán los cambios más relevantes en este proceso trimestralmente.

Primer trimestre: durante el primer mes el crecimiento es más rápido que en cualquier otro momento del desarrollo del ser humano, en este momento la sangre del embrión fluye por sus venas y arterias, tiene un corazoncito que late 65 veces por minuto. Cabe señalar que al final del segundo mes el embrión se convierte en feto, durante este periodo su rostro está desarrollado, los brazos tienen manos con dedos, que a su vez presentan huellas dactilares, las piernas están completamente desarrolladas, aparecen las células óseas, los impulsos cerebrales coordinan la función de sistemas y aparatos, además el estómago produce jugos digestivos, el hígado, células sanguíneas; y los riñones eliminan el ácido úrico de la sangre. Es importante decir que la piel del feto es lo bastante sensible para reaccionar a la estimulación táctil.

Al final del tercer mes el feto tiene uñas parpados, cuerdas vocales, labios y nariz, en esta etapa el sexo puede determinarse con facilidad, los sistemas y aparatos están en funcionamiento de modo que el feto respira, aspira líquido amniótico, mueve sus extremidades y orina; es importante decir que en este periodo el feto puede dar respuestas especializadas.

Segundo trimestre: en esta etapa, el cuerpo del feto aumenta de tamaño, el cordón umbilical es tan largo como el feto, la placenta está desarrollada por completo, en este momento es cuando la madre puede sentir las patadas del bebé, respecto a esto Papalia menciona que este es “un movimiento llamado animación, que en algunas sociedades y grupos religiosos se considera el principio de la vida.”

(p.76). Además, cabe señalar que alrededor del quinto mes el feto comienza a mostrar signos de personalidad individual, asimismo se ha encontrado que en esta etapa el feto es más activo y tiene ritmos definidos de vigilia y sueño, es importante decir que “el aparato respiratorio todavía no es capaz de sostener la vida fuera del vientre; un bebé nacido a esta edad no sobrevive” (p. 76). Cabe señalar además que en esta etapa el feto puede oír, además puede abrir y cerrar los ojos, y al final de este periodo el ritmo del crecimiento comienza a disminuir.

Tercer trimestre: durante esta etapa el feto presenta reflejos bien desarrollados, llora, respira y traga. Además “se desarrolla una capa de grasa en todo su cuerpo, para que pueda ajustarse a las variaciones de temperatura fuera del vientre” (p. 77), también es importante decir que en esta última etapa los aparatos y sistemas del feto funcionan mejor, y el pulso de este nuevo ser se acentúa.

Hay que destacar que: “El periodo perinatal tiene una influencia decisiva en la calidad de vida del individuo, en el desarrollo físico, neurológico y mental, condicionando su futuro.” (Ticona, M. y Huanco, D. 2005, p.314). de ahí la importancia de esta etapa en el ser humano. Además, en este mismo sentido Papalia (2009) refiere que “Como el ambiente prenatal es el cuerpo de la madre, casi todo lo que afecte su bienestar desde lo que come hasta su estado de ánimo, altera el ambiente del nonato e incide en su crecimiento” (p. 82)

Como podemos observar, el proceso de desarrollo de este nuevo ser no se puede ver aislado de su madre, ya que esto implica una simbiosis, como previamente se describió existe una comunicación materno-filiar que no es más que la comunicación celular mediante la cual madre e hijo expresan sus necesidades.

A modo de resumen de este capítulo, podemos decir que la mujer embarazada experimenta una serie de cambios biológicos, en donde algunos son

notoriamente evidentes y otros no lo son tanto, como los cambios metabólicos y bioquímicos que juegan un papel fundamental en la salud no solo física sino también psicológica, ya que como se ha mencionado, debido a los procesos hormonales que involucran al embarazo, algunas mujeres en esa condición pueden ser susceptibles a padecer algún grado de depresión, ansiedad, incluso algo tan grave como episodios de psicosis para lo que deben combinarse varios factores desencadenantes (psicobiológicos y sociales) etc. Cabe mencionar que algunos otros padecimientos pueden comprometer también la salud del feto.

Además, tenemos que decir que socialmente las mujeres embarazadas enfrentan grandes retos, ya que en nuestro país ocasionalmente la sociedad discrimina a la mujer embarazada, esto trae como consecuencia que pierda su trabajo, atrase sus estudios, en algunos casos se enfrente a la maternidad sola, debido al abandono de su pareja, aunado a esto, y si esto no fuera suficiente la mujer es asignada al trabajo doméstico y no remunerado.

Sumado a lo antes mencionado y para el caso del tema que nos interesa, vale la pena reflexionar sobre lo que puede experimentar anímicamente una mujer que por nueve largos meses, ve cómo cambia su cuerpo, construye una relación tanto física como emocional con el nuevo ser que se desarrolla dentro de ella, que genera expectativas de vida propias y familiares con respecto al hijo que está por llegar, y que por diversas situaciones se enfrentan a la traumática pérdida de sus hijos, generando en las mujeres un evento devastador, ya que no siempre se cuenta con las redes de apoyo necesarias para transitar por este proceso.

Capítulo III

Bases teóricas del proceso de duelo

A lo largo de nuestra vida, al pasar de los años es inevitable sufrir alguna pérdida que nos coloque en el proceso de duelo, siendo la vida un ciclo en el que nacemos, crecemos, e inevitablemente morimos. En el presente capítulo se aborda el proceso de duelo, su significado, los tipos y las etapas que, de acuerdo a algunos autores, se presentan en él.

También se aborda la definición de muerte perinatal, duelo materno y su atención en México.

3.1. Definición de duelo

Para hablar sobre el duelo, primeramente considero importante conocer a qué nos referimos con este término, para ello mencionaremos algunas definiciones propuestas por distintos autores.

Para Centeno (2013) “el duelo es la reacción ante una pérdida que puede ser la muerte de un ser querido, pero también la pérdida de algo físico o simbólico [...], cuya elaboración no depende del paso del tiempo sino del trabajo que se realice” (p.23) respecto a lo antes dicho la autora quiere decir que el duelo no tiene un tiempo definido para terminar, ya que esto depende de cada persona y lo que hace para transitar este proceso.

Para Alvarado (2003) “el duelo es la respuesta de abatimiento debida a la pérdida de algo valioso; no es racional ni intelectual. Es tristeza profunda, incontrolable que lleva al luto en fases a través del tiempo.” (p.305).

Cabodevilla (2007) refiere que el duelo “es un proceso normal, una experiencia humana por la que pasa toda persona que sufre la pérdida de un ser

querido” (p.165). En este mismo sentido, Papalia et al (2009) menciona que “El duelo es la pérdida de alguien a quien la persona se siente cercana y el proceso de ajustarse a ella, puede afectar casi todos los aspectos de la vida de un superviviente” (p. 623)

Como podemos observar, los autores coinciden con que el duelo es la reacción por una pérdida, ya sea de algo simbólico (un objeto, el trabajo, etc.) o algo físico (la muerte de un ser querido, un divorcio, etc.) que genera en las personas una tristeza profunda, además de que esta reacción no tiene un tiempo determinado de transición.

La definición que considero pertinente para esta investigación es la propuesta por Alvarado (2003), ya que es la que describe el duelo como la reacción emocional por la que pasan las personas que enfrentan una pérdida, además de que menciona que esto se da a través de etapas, por lo tanto, considero que define de una manera clara y breve este concepto.

3.2. Tipos de duelo

Así como es importante hablar sobre la definición del duelo, considero igual de trascendental hablar sobre las diferentes formas de éste, ya que de acuerdo con Cabodevilla (2007) “La presencia o no de duelo patológico se va a caracterizar, fundamentalmente, por la intensidad y la duración de la reacción emocional” (p.170) para poder identificar las diferentes formas de duelo el autor describe las siguientes:

Duelo anticipatorio: “Es un tipo de duelo en el que el deudo ya ha empezado la elaboración del dolor de la pérdida sin que esta haya ocurrido todavía.” (p.170) menciona el autor que esto ocurre normalmente cuando el ser querido se encuentra en etapa terminal, y esta es una forma de adaptarse a lo que va a ocurrir.

Duelo crónico: “El deudo se queda como pegado en el dolor pudiéndolo arrastrar durante años, unido muchas veces a un fuerte sentimiento de desesperación.” (p.170) en esta forma de duelo el autor señala que el deudo es incapaz de rehacer su vida, ya que esta gira en torno a la persona fallecida, por lo tanto, cree una ofensa el restablecer cierta normalidad.

Duelo congelado o retardado: “Se presenta en personas que, en las fases iniciales del duelo no dan signos de afectación o dolor por el fallecimiento de su ser querido” (p.170) respecto a esta forma de duelo Cabodevilla señala que al deudo le cuesta trabajo expresar sus emociones respecto a la pérdida.

Duelo enmascarado: en esta forma de duelo “la persona experimenta síntomas (somatizaciones) y conducta que le causan dificultades y sufrimiento, pero no las relaciona con la pérdida del ser querido.” (p.170)

Duelo exagerado o eufórico: en lo que respecta a esta forma de duelo el autor señala que este puede adquirir tres formas diferentes, ya que puede estar caracterizado por una intensa reacción de duelo, o también puede presentarse negando la realidad de la muerte es decir teniendo la sensación de que la persona fallecida continúa viva, y finalmente puede presentarse “reconociendo que la persona sí falleció, pero con la certeza exagerada de que esto ocurrió para beneficio del deudo.” (p.171)

Duelo ambiguo: “la pérdida ambigua es la que más ansiedad provoca ya que permanece sin aclarar.” (p.171) de acuerdo con el autor existen dos tipos de pérdida ambigua, en la primera los deudos perciben a la persona como ausente físicamente pero psicológicamente presente, esta forma se presenta con regularidad en los casos donde las personas están desaparecidas y no se tiene la certeza de si está vivo o muerto. En el segundo caso del duelo ambiguo “el deudo percibe a la persona como presente físicamente, pero ausente psicológicamente” (p.170) este tipo de

duelo ambiguo puede verse comúnmente en personas que padecen demencia o daño cerebral que los mantiene en estado vegetativo.

Duelo norma: de acuerdo con Cabodevilla (2007) esta forma de duelo es la más frecuente y para poder comprender esta forma de duelo el autor se basa en las consideraciones de Kaplan para hablar sobre las características de este, en las que encontramos:

(...) aturdimiento y perplejidad ante la pérdida, dolor y malestar, sensación de debilidad, pérdida de apetito, peso, sueño; dificultad para concentrarse, culpa, rabia, momentos de negación, ilusiones y alucinaciones con respecto al fallecido, identificación con el fallecido. (p 171)

Como podemos observar, es importante identificar las diferentes formas en las que se puede presentar el duelo, para saber en qué momento es indispensable buscar ayuda ya que como menciona Cabodevilla (2007) “Si no aprendemos a asimilar los sufrimientos de las pérdidas pueden degenerar en enfermedades mentales e incluso físicas que irán desmoronando nuestro equilibrio vital” (p.166).

3.3. Etapas del duelo.

Es importante decir que, para poder entender lo que conlleva un proceso de duelo existen 5 etapas descritas por la psiquiatra Kübler- Ross, (1975) las cuales fue descubriendo al atender a pacientes en etapa terminal, cabe señalar que, aunque estas etapas se pensaron inicialmente en las personas moribundas, estas son también un referente importante para entender el proceso de duelo de las personas que viven la pérdida de un ser querido.

Es necesario mencionar que para fines de esta investigación, tomaré estas etapas como bases para entender el proceso de duelo.

La primera etapa es la Negación y Aislamiento en la que la autora menciona que “La negación funciona como un amortiguador después de una noticia inesperada e impresionante” (p.60) En esta fase la primera reacción ante una noticia terrible es: “No, no es verdad, no, no puede afectarme a mí” (p.73)

La segunda etapa es la Ira “Cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación, es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento” (p.73). En esta fase nos preguntamos ¿Por qué yo? ¿Por qué a mí? ¿Por qué no esa otra persona?; la autora menciona que esta fase es muy difícil de afrontar para la familia o el personal de salud ya que “la ira se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra lo que les rodea, a veces casi al azar” (p.74)

La Tercera fase es el Pacto, es la etapa donde se intenta “llegar a una especie de acuerdo que posponga lo inevitable” (p.111). La autora en esta etapa pone de ejemplo la reacción de los niños cuando piden algo de manera exigente y se les dice “no”, reaccionando con enojo a la negativa, y luego reflexionando se ofrecen a hacer alguna tarea en casa, (dicho de otra manera, pidiendo por favor) esperando que esto cambie la opinión de los padres y logren su objetivo. “En realidad el pacto es un intento de posponer los hechos; incluye un premio “a la buena conducta”, además fija un plazo de “vencimiento” impuesto por uno mismo” (p.113) Kübler Ross menciona que en esta etapa la mayoría de los pactos se hacen con Dios, donde las personas afectadas prometen “una vida dedicada a Dios” a cambio de vivir un poco más de tiempo o a cambio de no sufrir esa pérdida inevitable, referente a esto la autora explica que “Psicológicamente, las promesas pueden relacionarse con una sensación de culpabilidad oculta” (p. 114)

Cuarta fase Depresión “la depresión es un instrumento para prepararse a la pérdida inminente” (p.118) Es el momento en el que la autora señala que se necesita expresar el dolor sin ser juzgado, para así encontrar más fácilmente la aceptación final.

Por último, la quinta fase que es la Aceptación, que de acuerdo con la autora es una fase que “Está casi desprovista de sentimientos, es como si el dolor hubiera desaparecido, el momento del “descanso final antes del largo viaje” (p.148) Kübler-Ross señala que “llegará a una fase en la que su “destino” no le deprimirá ni le enojará” (p.147).

Cabe señalar que, como previamente se ha mencionado estas etapas fueron pensadas en las personas moribundas, pero a lo largo del tiempo han servido para comprender cualquier tipo de pérdida.

A modo de conclusión podemos decir que, para poder entender cómo se lleva a cabo un proceso de duelo es indispensable conocer las etapas que en este se presentan, en este caso las propuestas por la autora Elisabeth Kübler-Ross que como ya se ha mencionado son 5 etapas: la negación o aislamiento, Ira, Pacto, Depresión y finalmente la Aceptación, aunque estas etapas se pensaron en un principio para las personas moribundas, estas han servido también para entender el proceso de duelo de cualquier tipo de pérdida.

Las etapas del duelo llevándolas al tema que nos interesa nos hace pensar lo complicado que es para las mujeres que pasan por este proceso transitar por estas, desde la negación: ¡No puede estar pasándome esto a mí!, la Ira: ¿Por qué mi bebé y no el de otra persona?, Pacto ¡Si mi bebé se salva, prometo llevar a cabo alguna “manda”, en lo que respecta a la depresión, es el momento en el que algunas mujeres sienten la necesidad de expresar su dolor y algunas otras se aíslan y, finalmente la Aceptación, cuando la mujer aprende a vivir con la ausencia de su bebé.

3.4. Muerte perinatal

Como anteriormente se mencionó la etapa perinatal es crucial en el desarrollo del ser humano y es difícil decirlo, pero existe alguna circunstancia que no permite que ese desarrollo se lleve a cabo de la mejor manera, de acuerdo con Papalia et al (2009):

La gran mayoría de los partos culminan en el nacimiento de niños sanos, pero, tristemente, algunos no. Unos nacen antes de tiempo o demasiado pequeños; otros se quedan en el vientre demasiado tiempo y otros más nacen muertos o mueren a poco de nacer (p. 105)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud OMS (2022), la mortalidad perinatal es definida como “El número de muertes de fetos de al menos 28 semanas de gestación y/o 1000 g de peso y muertes de recién nacidos (hasta los primeros siete días después del nacimiento inclusive)” (p. 5).

En México de acuerdo, con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2023) señala que:

Durante el año 2022, ocurrieron 24, 172 muertes perinatales, las cuales se integran con las estadísticas de defunciones fetales en conjunto con las estadísticas de defunciones registradas y comprenden las defunciones ocurridas entre las 22 semanas de gestación y los primeros siete días después de que ocurre el nacimiento. (p. 4)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, con respecto a las principales causas de muerte perinatal, menciona que: “pueden ser provocados por muchos factores, como anomalías fetales, edad de la madre e infecciones, muchas de las cuales son prevenibles, como el paludismo y la sífilis, pero a menudo es difícil

determinar la causa exacta.” (OMS ,2024). Además, Papalia et al (2009) refiere que “Otras malformaciones graves se relacionan con los ojos, rostro, boca, el sistema circulatorio, el músculo esquelético o el aparato digestivo” (p.61)

Es importante decir que en México se llevó a cabo una investigación titulada “Perfil epidemiológico de la mortalidad perinatal.” (Tapia, 2014) con el objetivo de determinar el perfil epidemiológico de la mortalidad perinatal y mujeres gestantes, el estudio fue de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo teniendo como resultados que se presentaron 149 muertes perinatales, con una tasa de mortalidad perinatal de 10.76 por cada mil nacimientos. Predominando el sexo masculino. El 50% de las pacientes tuvieron control prenatal, el 30.2% de las pacientes se encontraban fuera del grupo de edad fértil. La muerte perinatal se asoció principalmente al aborto previo, malformaciones congénitas, duración de la gestación y crecimiento fetal. Finalmente obtuvieron como resultado que las causas más comunes de muerte perinatal son: duración de la gestación y malformaciones congénitas por lo que se sugiere se debe mejorar la atención prenatal con énfasis al binomio materno- fetal.

Considero que este es un tema que se debe de atender para así evitar estas pérdidas tan dolorosas.

3.5. Duelo materno

Es importante mencionar a qué nos referimos cuando hablamos de duelo materno, además de conocer cómo es la atención de éste en nuestro país. En este apartado se incluyó información sobre la definición del término, así como la legislación que existe al respecto y la forma en cómo se ha atendido en las instituciones de salud hasta el momento.

El duelo materno es un evento difícil de superar, en el artículo “Por qué es fundamental hablar de la pérdida de un bebé” la Organización Mundial de la Salud, (2024) señala que:

La pérdida de un bebé por aborto o muerte prenatal sigue siendo un tema tabú y es fuente de estigma y vergüenza en todo el mundo. Continúa siendo frecuente que muchas mujeres cuyo bebé muere durante el embarazo o el parto no reciban una atención adecuada ni sean tratadas con respeto. (p.1)

Este evento resulta realmente traumático ya que como menciona Alvarado (2003):

En cierta forma es perder el amor por el ser en formación aún sin haberlo conocido. Son todas las fantasías que tienen los padres, antes de nacer el cuerpo que nunca abrazarán y que, sin embargo, ya tenía un lugar como sujeto irremplazable en su vida. (p.305)

Papalia (2009) menciona que “Un padre rara vez está preparado emocionalmente para la muerte de un hijo. Este evento, no importa a qué edad ocurra, representa un golpe duro y antinatural, un suceso prematuro que, en el curso normal de las cosas, no debería haber ocurrido nunca.” (p.632) Por ello la importancia de visibilizar el duelo por el que pasan las madres que pierden a un hijo durante esta etapa.

A forma de conclusión del capítulo, podemos decir que el proceso de duelo es la reacción emocional por la que pasan las personas que enfrentan una pérdida, la cual se transita a través de etapas que no siempre se vive en un orden específico, ya que esto depende de cada persona, además de lo importante que es identificar las diferentes formas en las que se puede presentar el duelo, para saber en qué momento es indispensable buscar ayuda para no ver afectada nuestra salud física y mental. Asimismo, la pérdida de un bebé deja en la madre un enorme vacío, deja

recuerdos en ella desde los primeros movimientos de su hijo en su vientre, que siempre habrá algo que haga que lo tenga presente un olor en particular, una canción, un juguete, una habitación que se quedó vacía, un trajecito que se quedó sin estrenar, y que no importa a qué edad ocurra la pérdida, esta representa un golpe duro difícil de superar. Es por ello la importancia de visibilizar esta problemática desde la promoción de la salud la cual tiene como objetivo desarrollar condiciones favorables para la vida, actuando sobre los diversos factores relacionados a la salud con el fin de mitigar su impacto en la calidad de vida y bienestar de las personas, para ello es de suma importancia que existan leyes en México que colaboren a hacer más llevadero el proceso por el que pasan muchas mujeres y sus familias todos los días.

Capítulo IV Políticas Públicas a nivel internacional y nacional en torno a la salud mental por muerte perinatal.

En el siguiente capítulo se mencionan las Políticas Públicas y los Programas de atención entorno a la salud mental por muerte perinatal más relevantes a nivel Internacional y Nacional.

También se abordará el tema de Habilidades para la vida, como una propuesta desde la Promoción de la Salud para contribuir a la salud mental de las mujeres que transitan por una muerte perinatal.

4.1. Políticas a nivel Internacional sobre Salud Mental por muerte perinatal.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2025)

La experiencia de una muerte prenatal durante el embarazo o el parto es una tragedia que no se aborda de manera suficiente en las agendas, las políticas ni los programas financiados a nivel mundial. Tiene consecuencias psicológicas para las mujeres y sus familias, como la depresión materna, así como repercusiones económicas; además, puede considerarse un tema tabú y provocar estigmatización. (p,1)

Dicho lo anterior, se puede entender que la muerte perinatal es un evento de salud pública a nivel mundial que requiere de atención integral, es por ello que a continuación se mencionan leyes y programas que se han implementado en algunos países de Sudamérica.

4.1.1. Legislación Internacional sobre Salud Mental por muerte perinatal.

A continuación, se expondrán brevemente algunas leyes Internacionales que se han implementado en algunos países para atender a las mujeres y las familias que transitan por un suceso de muerte perinatal, a modo de hacer más llevadero este proceso, y por lo tanto contribuir al cuidado de la salud mental de estas mujeres y sus familias.

Chile

En 2019, se crea en este país la **Ley 21.171** o la también conocida **Ley mortinato**, de acuerdo con el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (2019) esta ley “modifica la ley No. 4.808, sobre registro civil, y crea un catastro nacional de mortinatos, facilitando su individualización y sepultación” (p.1). Esta ley permite a los padres de un bebé fallecido registrarlo con nombre y apellidos, entregándoles identidad y un espacio social, para de este modo dignificar su existencia y al mismo tiempo apoyar el proceso de duelo.

Además, Chile cuenta con la ley **21.371** “Norma General Técnica y Administrativa para el Acompañamiento Integral del Duelo Gestacional y Perinatal” o también conocida como “**Ley Dominga**”. De acuerdo con el Ministerio de Salud (2022) el objetivo principal de esta es:

Establecer los estándares para el cumplimiento de la Ley 21.371, por medio de lineamientos técnicos y administrativos para la implementación de medidas concretas de contención, empatía y respeto por el duelo de la mujer o persona gestante, que viven una muerte gestacional o perinatal; así como también, para el padre y/o madre o aquella persona significativa que la acompañe en el proceso. (p. 14)

Cabe señalar que esta ley busca apoyar a los padres que enfrentan un duelo perinatal, mediante permisos laborales, inscripción en el registro civil de hijos fallecidos en el útero y el acceso a apoyo psicológicos, además señala la necesidad de capacitar a los profesionales de la salud en duelo perinatal, asegurando que puedan ofrecer un trato adecuado y empático a las familias afectadas.

Es importante señalar que esta ley se originó a partir de una demanda ciudadana impulsada por Aracelly Brito, tras perder a 2 de sus hijos y experimentar trato deshumanizado.

Argentina

Ley 27733, *Procedimientos médico-asistenciales para la atención de mujeres y personas gestantes frente a la muerte perinatal*, o popularmente conocida como la "**Ley Johanna**", cabe señalar que esta iniciativa fue impulsada por Johanna Piferrer, quien denunció violencia obstétrica al pasar por la muerte de su primogénito. De acuerdo con el Ministerio de Justicia (2023), la presente ley tiene por objetivo:

Garantizar los derechos como información clara, trato digno, acompañamiento emocional, acceso al cuerpo del bebé si lo desean, y contención psicológica, buscando un abordaje integral y respetuoso en establecimientos públicos y privados, e invitando a las provincias a adherir a la normativa.

Como podemos observar, esta ley busca proteger a las personas que pasan por una muerte perinatal, brindándoles atención centrada en el respeto y acompañamiento digno.

Colombia

La **Ley 2310** “Lineamiento técnico para la atención integral y el cuidado de la salud mental de la mujer o persona gestante, sus familias y comunidades en casos de duelo por pérdida gestacional o perinatal” o también conocida como **Ley de Brazos vacíos**, que de acuerdo con el Ministerio de Salud (2023) tiene como objetivo:

Establecer el lineamiento técnico para la atención integral y el cuidado de la salud mental de la mujer o persona gestante, sus familias y comunidades en casos de duelo por pérdida gestacional o perinatal. (p. 8)

Esta ley enfatiza la importancia de la atención a la salud mental, además de la relevancia de brindar herramientas a los diferentes actores del sector salud para cuidar a las familias que se encuentran transitando por un proceso de muerte gestacional o perinatal.

En conclusión, podemos observar que las leyes internacionales que se han ido estableciendo entorno a la atención de las mujeres y las familias que transitan por un suceso de muerte perinatal, son relativamente nuevas, pero es realmente gratificante saber que estas se están replicando en otros países.

4.1.2. Programas de atención sobre salud mental por muerte perinatal a nivel internacional.

A continuación, se hará mención de algunos programas a nivel internacional preocupados por hacer más llevadero el proceso de duelo por el que transitan las familias que pasan por una muerte perinatal, cabe señalar que la mayoría de estas iniciativas se han impulsado desde los mismos padres que han pasado por la pérdida de sus hijos.

En España la asociación Umamanita en colaboración con El Parto es Nuestro, son las pioneras en crear la primera ***Guía de Atención a la Muerte Perinatal y Neonatal*** en este país, la cual ha sido de gran ayuda para facilitar la atención sanitaria a las madres y padres que transitan por una muerte perinatal y neonatal. Asimismo, la asociación Umamanita brinda apoyo a madres, padres y familias que enfrentan este suceso mediante “Apoyo, humanización de la atención, investigación, prevención y sensibilización.” Umamanita (2019). Cabe señalar que la asociación fue creada en 2009 por Jillian Cassidy y Juan Castro, después de la muerte intrauterina de su hija.

En Reino Unido y Estados Unidos, la Fundación **The Skye High**, una organización benéfica que apoya a familias que han sufrido la pérdida de un bebé en un embarazo múltiple, crearon:

La tarjeta de cuna de la **mariposa morada**, que se coloca en una incubadora o cuna en memoria de su hermano. La tarjeta de cuna se utiliza junto con un póster que se coloca alrededor de las unidades de maternidad y neonatología, que explica el significado de la mariposa morada. La tarjeta de cuna permite a las familias la oportunidad de concienciar a quienes las rodean sobre el viaje que están atravesando. (The Skye High, 2024, p.1)

Es importante destacar que, esta iniciativa se está replicando en otros países, como es el caso de México (como se menciona posteriormente) y aunque inicialmente la mariposa morada se utilizaba para señalar el fallecimiento de un bebé en un embarazo múltiple, ahora se ha adaptado al fallecimiento de un solo bebé, todo esto para fomentar la compasión y el apoyo en los entornos clínicos.

De igual modo en Chile, la fundación Amparos, conformada por padres y madres que han vivido un duelo perinatal, se han dado a la tarea de proporcionar, **Cajas de Memoria**, que es:

Una caja que se regala a padres que han sufrido la muerte de un bebé, para que puedan almacenar en ella objetos y recuerdos de él, y les sirva como una herramienta de ayuda a la hora de despedirlo y de enfrentar el proceso de duelo. (Amparos, 2025)

En la página de esta asociación se menciona que la caja de memoria contiene:

- Mantita tejida y donada por otras madres para cobijar al bebé de color neutro/unisex
- Dos peluches idénticos, (“pareja de vínculo”). Uno es para quedarse con el bebé y el otro con la madre/familia.
- Vela
- Marco de foto
- Cuadernillo, para que los padres, familia o visitas puedan escribir, o para que madre/familia le dé el uso que desee.
- Marcador de Páginas, que consta de un papel reciclado en cuyo interior posee semillas de flores que pueden ser sembradas. Además, éste estimula la generación de recuerdos sensoriales, ya que cuenta con el aroma de un aceite especialmente creado para transmitir una sensación de paz y tranquilidad.
- Carta, que explica de qué se trata esta caja y sus elementos, la razón de su entrega y de quién proviene.
- Lámina de Estampado que permite generar el recuerdo de la huella de los pies o manos del bebé.

Amparos (2025) señala que:

la caja de memoria facilita en varios aspectos la elaboración del duelo de los padres: les ayuda a aceptar la muerte, le da espacio a expresar su dolor y amor contenidos, a realizar ritos necesarios de despedida significativos para

la historia de esos padres y familias, a sentir que la existencia de ese bebé es reconocida por otros (por quienes le regalan la caja) y a ver validados sus sentimientos por esta pérdida. (p.1)

Es importante mencionar que esta iniciativa se ha replicado en otros países como España y México por referir algunos, modificando el contenido de la caja acorde a las necesidades que se observan en cada uno.

Otro programa de atención internacional por mencionar, es el implementado en Estados Unidos por la organización **Now I Lay Me Down to Sleep** (NILMDTS), (Ahora me acuesto a dormir) que tiene el objetivo de “Introducir la fotografía de recuerdo a los padres que sufren la pérdida de un bebé”. (Now I Lay Me Down to Sleep, 2025), mediante la colaboración de fotógrafos voluntarios que ofrecen una sesión íntima de retratos digitales en blanco y negro, a las familias de forma gratuita, de acuerdo con la asociación:

La fotografía de recuerdo NILMDTS valida la existencia y presencia de estos preciosos bebés honrando su legado. Los padres adquieren una sensación de inclusión, aliviando la alienación y la percepción de estar solos en su proceso de embarazo o pérdida de un bebé. (Now I Lay Me Down to Sleep, 2025)

Como podemos observar, la mayoría de las iniciativas de atención que se ofrecen a las familias en duelo a nivel internacional, provienen de madres y padres que sufrieron estas pérdidas, el apoyo se brinda mediante algunos actos como son las cajas de memoria, talleres de duelo para padres, líneas telefónicas de apoyo, grupos de autoayuda, y espacios de formación para el personal sanitario entorno a la atención de la pérdida perinatal. Todo esto con el principal objetivo de facilitar el acompañamiento, reducir los riesgos en la salud mental de las familias a modo de hacer más llevadero el proceso de duelo.

4.2. Políticas a nivel Nacional.

En lo que respecta a nuestro país, hasta el momento en el que se está escribiendo esta investigación se cuenta con dos propuestas de ley impulsadas desde la sociedad civil que se ha organizado y pretende visibilizar las circunstancias por las que la mayoría de las mujeres pasan al vivir un proceso de duelo por muerte perinatal, comenzando por la forma en la que se dan las noticias por parte del personal de salud que, en algunos casos no es de una forma sensibilizada, el tener que parir a sus hijos por medio de cesáreas cuando estos ya no presentan latido para terminar pronto con el proceso, el que se les coloquen métodos anticonceptivos sin el consentimiento de las mujeres, así como estos podríamos citar muchos más. Hay que mencionar, además que estos grupos pretenden impulsar algunas leyes que garanticen la atención digna y multidisciplinaria a estas mujeres y sus familias.

Para ahondar más con respecto a este tema, se presenta un breve resumen, del Conversatorio titulado “El duelo silencioso: derechos por muerte fetal y perinatal” llevado a cabo el día 28 de Junio del 2022 en el Senado de la República, con el que se pretende impulsar la ley titulada “Ley cunas vacías”, en el cual participaron madres y padres que han vivido la muerte fetal o perinatal de sus hijos e hijas, además de representantes de algunas instituciones (Instituto de Perinatología) y asociaciones sin fines de lucro que ayudan a hacer más llevadero el proceso de duelo por el que pasan las madre que enfrentan una muerte perinatal.

Cabe resaltar que en este conversatorio se visibilizan las circunstancias por las que la mayoría de las mujeres pasan al vivir un proceso por muerte perinatal, comenzando por la forma en la que se dan los diagnósticos por parte del personal de salud que en algunos casos no es de una forma sensibilizada, el tener que parir a sus hijos por medio de cesáreas cuando estos ya no presentan latido para terminar pronto con el proceso, el que se les coloquen métodos anticonceptivos sin el consentimiento de las mujeres, se enfrentan a la interrupción de la lactancia se les

proporciona una pastilla para detener la producción de leche y se les pide vendar sus senos, sin consultarles que existe la alternativa si así lo desean de donar la leche materna hasta que desaparezca naturalmente.

En otros casos, lo complicado que es que sus hijos estén en terapia intensiva y no puedan estar las familias con ellos, el no poder conservar una fotografía debido a que todo esto pasa dentro del hospital y esto no está permitido.

Además de lo difícil que es lidiar con la terrible noticia de que sus hijos han fallecido, estar en una sala de recuperación con madres con hijos vivos, aunado a que deben realizar trámites de defunción cuando ni física ni emocionalmente se encuentran en condiciones de hacerlo.

Por todo lo anterior, la salud mental de las madres que pasan por la muerte perinatal se ve severamente afectada y en algunos casos se vuelven duelos sin procesar, se dice que:

- Salir con los brazos vacíos las hace pensar en ¡No soy mamá!
- Tienen que enfrentar las preguntas de la gente ¿Dónde está el bebé?, ¿Con quién lo dejaste?
- Lo difícil que es reconocer el cuerpo, recibirlo, llegar a casa, ver la ropita que estaba destinada para ese bebé.
- El duelo es personal, por lo tanto, es un proceso que tiene una duración e intensidad particular dependiendo de la persona.

La tanatóloga Georgina Gonzales sostiene que “Morir pequeño no es morir menos”, (No por el hecho de ser un feto o un bebé, no se considere una vida que se perdió). En México son pocos los grupos de apoyo a comparación de otros países para atender a estas familias.

Cabe señalar que, las propuestas para esta iniciativa vienen de madres y padres que han pasado por una pérdida perinatal. Entre las que destacan:

- Las familias son las que deberían decidir cómo llevar este suceso.
- La ley debería contemplar a las “nuevas familias” ya que en la actualidad estás no sólo se forman por mamá y papá (familia tradicional), sino que podría ser una familia que está conformada por personas de la diversidad sexual, o por diversos vínculos entre familiares como hijos con abuelos, etc. que es la red de apoyo y a ellos no se les da incapacidad para poder acompañar a la madre.
- Tener un parto humanizado cuando se sabe que el bebé fallecerá, en el cual pueda la madre ser acompañada por una persona de su elección.
- La importancia de poder despedirse de sus bebés, teniendo en cuenta que también habrá quienes decidan no hacerlo.
- Derecho a vivir su proceso de duelo.
- Derecho a decidir.
- Derecho a conocer a sus hijos.
- Derecho a tener una escucha activa y recolección de recuerdos (foto, huella, ultrasonido, mechón de cabello, etc.)
- Licencia de paternidad a los padres, aunque el bebé haya fallecido.
- Derecho a estar presentes en los servicios funerarios ya que no siempre las madres pueden asistir y los bebés deben ser sepultados por los padres o familia.
- Visibilizar que el duelo también lo viven los padres no solo las mujeres.
- Considerar que cuando exista la posibilidad, que los padres puedan elegir que su bebé muera en casa.
- Que la familia pueda despedirse, hermanos, tíos, abuelos etc.
- Comprender que habrá personas que requieren apoyo antes, durante y después de una muerte perinatal.

- Mejorar la calidad de muerte (poder estar sobre el pecho de su madre).
- Derecho a la incapacidad de maternidad, aunque el bebé haya fallecido.
- Visibilizar la muerte perinatal, no minimizar ni romantizar, pero tener conciencia, trato humano y respetuoso.

Por otro lado, es importante mencionar que en lo que respecta a la opinión del Personal Sanitario, consideran que no hay recursos, por lo tanto, se requiere de un apoyo integral en el que participen en conjuntos médicos, enfermeras, tanatólogos, psicólogos, psiquiatras, etc.; asimismo, es indispensable contar con guías y capacitación tanatológica a médicos y enfermeras para poder acompañar a las familias en este proceso.

En este conversatorio, se menciona que el personal de salud no tiene tiempo para atender estos procesos, pero cabe destacar que solo se necesita cuidar el lenguaje verbal y no verbal del personal de salud y permitir a los padres poder tomar una fotografía del bebé, para hacer más llevadero el duelo.

Finalmente, se menciona la importancia de replicar algunos protocolos realizados en otros países, por ejemplo: “The Skye High” (ya antes citado) en Reino Unido, por mencionar alguno para apoyar a las familias en duelo.

4.2.1. Iniciativas de Ley del duelo materno.

Con lo antes mencionado, es importante resaltar que, en nuestro país, para atender a las mujeres y las familias que pasan por un proceso de duelo por muerte perinatal en México existen propuestas de ley aún no concretadas como son:

Ley de Cunas vacías

Es un paquete de reformas legales aprobadas por el Senado a partir del 28 de abril de 2023, las cuales tienen el “objetivo de garantizar la atención integral y multidisciplinaria a los deudos de víctimas de muerte gestacional y perinatal.” (Senado de la República, 2023). Esta ley demanda permisos laborales para guardar duelo de cuando menos cinco días laborables con goce de sueldo para madres y padres trabajadores tras la muerte fetal o perinatal, independientemente del tiempo de servicio, además de contar con protocolos adecuados en clínicas y hospitales para una atención adecuada que garantice un trato digno y humanizado para las mujeres y las familias que pasan por este proceso de duelo.

Además, esta propuesta de ley propone la capacitación del personal de salud para abordar la muerte fetal y perinatal. Además, se pretende que exista el derecho de las mujeres a ser acompañadas por la persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, posparto y puerperio. Y finalmente se establece que los bancos de leche humana deberán contar con los protocolos necesarios, para recibir leche humana de mujeres con pérdida fetal o perinatal que decidan donarla.

Ley Olivia

Es una iniciativa propuesta por Mariana Nassar, diputada federal y madre de Olivia que ha pasado por un proceso de duelo por la pérdida de su pequeña, esta ley pretende garantizar 7 derechos a las madres y padres que han pasado por la muerte de un hijo en etapa gestacional, prenatal, perinatal y neonatal. Estos derechos son:

- Recibir una atención digna, humana, profesional y respetuosa por parte del personal de salud.

- Establecer que las madres y padres reciban información veraz, clara, oportuna y comprensible sobre el estado de salud de su hija o hijo, así como las causas del fallecimiento.
- En la medida de lo posible permanecer en una habitación independiente al área de maternidad.
- Poder conservar recuerdos de su hija o hijo.
- Recibir apoyo de contención emocional, así como atención psicológica y tanatológica durante el proceso de duelo.
- Poder despedirse de su hija o hijo.
- Recibir asesoría legal para la obtención del certificado por muerte fetal o certificado de defunción. (Cámara de Diputados, 2023)

Cabe señalar que esta propuesta ya fue aprobada en la Cámara de Diputados, pero aún falta su aprobación en el Senado de la República para que estos derechos sean garantizados para todas las familias que atraviesan por un proceso de duelo por la muerte de sus hijos.

4.2.2. Programas de atención en México.

Respecto a lo antes expuesto, es importante decir que existen algunas iniciativas que pretenden colaborar a hacer más llevadero el proceso de duelo a las mujeres y a las familias que pasan por una pérdida perinatal, algunas de ellas se mencionan a continuación.

Comenzaremos por hablar sobre el Código Mariposa, para ello es indispensable conocer los antecedentes de esta iniciativa que fue impulsada principalmente por Georgina González que es la primera mujer en México en certificarse como Asesora en Duelo Gestacional y Perinatal y en dar voz a este duelo a través del podcast *Duelo Respetado*, ella menciona que la idea de esta

iniciativa está inspirada en la fundación “*The Skye High*” movimiento que brinda apoyo a las familias durante y después de la pérdida de un gemelo, trillizo o más bebés, el cual surge a partir de una pareja Millie y Lewis Smith en Reino Unido los cuales experimentaron la lamentable pérdida de uno de sus gemelos y al visitar a su bebé sobreviviente se enfrentan a comentarios incómodos por parte del personal de salud y otras madres que visitan a sus pequeños, desconociendo el proceso de duelo por el que estos padres estaban transitando, de ahí surgió la necesidad de pensar qué se podría hacer para que esto no sucediera a otros padres, por lo que en esta fundación se creó una tarjeta con la forma de una mariposa morada para colocarla en la incubadora o cuna de los bebés sobrevivientes en memoria de su hermano. Esta iniciativa del código mariposa se replicó en México y es definida en la página oficial de Duelo Respetado (2024) como:

(...) un protocolo de atención que facilita en los hospitales la identificación de las mamás y las familias que han experimentado la pérdida de su bebé durante el embarazo, el parto o poco después de nacer, para ello se coloca una mariposa morada en la cabecera de su cama y en su expediente, con el objetivo de que todo el personal sanitario pueda brindar una atención empática y respetuosa ante su proceso de duelo.

De acuerdo con la Secretaría de Salud de Jalisco (2024), desde el 2020 en México se impulsó la implementación de este protocolo de atención en hospitales y centros de salud, siendo Jalisco el primer estado en hacer realidad este proyecto y es importante decir que: “Del 15 de octubre de 2021 en que se implementó el Código Mariposa en el Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos, en Guadalajara, hasta el 7 de septiembre del 2023, se han otorgado 1,765 atenciones en la Habitación Mariposa de cinco hospitales”.

Así mismo, en 2022 en Tlaquepaque Jalisco se implementó por primera vez una “Sala de Despedida”, esta consiste en:

Espacios privados ubicados dentro del centro hospitalario, donde las familias pueden brindar un homenaje a su bebé fallecido, y donde tienen la oportunidad de conocerle, reconocerle, abrazarle, vestirle, despedirse y crear recuerdos que les validen y ayuden en su caminar por su proceso de duelo (duelo respetado, 2024)

Siguiendo la línea de información lo antes mencionado, sirvió para que otros estados del país en la actualidad estén implementando el “Código Mariposa” y las “Salas de despedida” en sus Hospitales y Centros de salud, solo por mencionar algunos estados son:

- Tehuacán Puebla en el “Hospital de la Mujer y Neonatología Tehuacán.” (Secretaría de Salud de Puebla, 2023).
- En Jalisco existen ya 6 hospitales públicos en los que se han implementado satisfactoriamente este protocolo. (Secretaría de Salud de Jalisco, 2024).
- Veracruz, en el “Hospital Regional de Xalapa “Dr. Luis F. Nachón” donde se encuentra “la Sala Código Mariposa, única en este Estado” (Secretaría de Salud de Veracruz, 2023).

Otro dato importante tomado de la página oficial de la Cámara de Diputados en 2024, señala que, “en el ámbito de entidades federativas y los municipios, dos congresos estatales y un municipio han declarado un día para hacer conciencia sobre la muerte gestacional, perinatal y neonatal.” (p.1), podemos mencionar que en Sonora el 15 de octubre es el “Día Estatal de la Concientización sobre la muerte fetal, neonatal e infantil,” mientras tanto en Chihuahua ese día es el “Día Estatal de la Concientización de la muerte Gestacional, Perinatal y Neonatal.” y finalmente en Morelia, Michoacán es el “Día Municipal del duelo Gestacional, Perinatal y Neonatal”, cabe mencionar que para conmemorar ese día los edificios se iluminan de color rosa y azul que son los colores que se utilizan para identificar las acciones

entorno a la muerte gestacional, perinatal y neonatal, esto se lleva a cabo con el fin de concientizar sobre el difícil proceso que pasan las madres y las familias que sufren una pérdida perinatal.

Como se ha expresado anteriormente, en lo que respecta al marco jurídico en México sobre la muerte perinatal, podemos destacar que los avances que se han logrado son impulsados principalmente por las madres y las familias que han pasado por un proceso de duelo por muerte perinatal, aunque los esfuerzos son formidables por garantizar una mejor atención a esta situación, las leyes en nuestro país aún no se concretan, ya que no en todo el territorio nacional se implementan estos protocolos dejando hoy día a muchas mujeres que pasan por esta experiencia en un estado de vulnerabilidad en términos de atención a su salud mental.

4.2.3. Habilidades para la vida, una propuesta desde la Promoción de la Salud

Como previamente se ha mencionado, las cifras de muerte perinatal son el mismo número de madres que pasan por un duelo materno, que es invisibilizado ya que no se comprende que se tenía un plan de vida y de pronto todo se desvanece de un momento a otro, obligando a estas mujeres a redireccionar su vida abandonando sus expectativas sobre la maternidad de forma abrupta, deteriorando de esta manera la salud mental de las madres, es por ello la importancia de que existan políticas públicas además de iniciativas de atención en cada país que protejan a estas mujeres.

Conforme a lo expuesto, falta mucho por hacer para atender nuestro tema de interés en México, es por ello que considero importante proponer desde la promoción de la salud la implementación de habilidades para la vida las cuales

considero podrían ayudar a las mujeres y sus familias a hacer frente a este terrible suceso.

De acuerdo con Mantilla y Chahin (2012), en 1993 la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó la iniciativa de Educación en Habilidades para la Vida en las escuelas, dirigido principalmente para niños y adolescentes a nivel mundial, con el objetivo de fortalecer las competencias psicosociales para afrontar las exigencias y desafíos de la vida diaria.

Cabe señalar que, aunque este programa fue inicialmente diseñado para niños y adolescentes, se ha adaptado a diferentes grupos de edad.

Las habilidades para la vida, de acuerdo con la OMS (1998) “son las habilidades personales, interpersonales, cognitivas y físicas que permiten a las personas controlar y dirigir sus vidas, desarrollando sus capacidades para vivir con su entorno y lograr que éste cambie” (p,26).

Las habilidades para la vida de acuerdo con la OMS (1993) son 10:

Habilidades emocionales:

Empatía: (...) nos ayudará a aceptar a personas diferentes a nosotros y mejorará nuestras interacciones sociales. La empatía también nos ayudará a fomentar comportamientos de apoyo y soporte hacia personas necesitadas de cuidados, asistencia o tolerancia. (p.7)

Esta habilidad, nos permite comprender cómo es la vida para otra persona, aun en situaciones con las que no estamos familiarizados.

Manejo de emociones y sentimientos: (...) nos ayuda a reconocer nuestras emociones y las de otros, a ser conscientes de cómo influyen en nuestro comportamiento, y a responder a ellas en forma apropiada. Las emociones intensas, como la ira o la tristeza, pueden tener efectos negativos en nuestra salud sino respondemos a ellas de manera adecuada. (p.7)

Esto quiere decir que, el manejo de emociones y sentimientos, es la habilidad que nos permite identificar, comprender qué es lo que estoy sintiendo y actuar frente a ello de la mejor manera.

Manejo de tensiones y estrés: nos ayuda a reconocer las fuentes de estrés y sus efectos en nuestras vidas, a nuestra capacidad de responder a ellas para controlar los niveles de estrés, a realizar acciones que reduzcan las fuentes de estrés, por ejemplo, haciendo cambios en nuestro entorno físico o en nuestro estilo de vida, y aprender a relajarnos de tal manera que las tensiones creadas por el estrés inevitable no nos generen problemas de salud. (p.8)

Como ya se mencionó, esta habilidad permite identificar el origen de la tensión y estrés en la vida cotidiana, además de reconocer cómo se manifiesta y encontrar la vía para eliminarlas o, al menos, contrarrestarlas de manera saludable.

Habilidades sociales

Comunicación asertiva: tiene que ver con nuestra capacidad de expresarnos tanto verbal como no verbalmente y en forma apropiada con nuestra cultura y las situaciones que se nos presentan. (p.7)

Esto significa que esta habilidad permite comunicarse dando a conocer, y hacer valer sus opiniones, derechos, sentimientos y necesidades, siempre respetando las de las demás personas.

Relaciones interpersonales: nos ayudan a relacionarnos en forma positiva con las personas con quienes interactuamos, a tener la destreza necesaria para iniciar y mantener relaciones amistosas que son importantes para nuestro bienestar mental y social, a mantener buenas relaciones con los miembros de la familia —una fuente importante de apoyo social—, y a ser capaces de terminar relaciones de manera constructiva. (p.7)

Las relaciones interpersonales, son fundamentales para el desarrollo personal y social, por ello la importancia de mantener relaciones basadas en el respeto y a la vez tener la capacidad de terminar las relaciones que afecten al crecimiento personal.

Solución de problemas o conflictos: nos permite enfrentar de forma constructiva los problemas en nuestras vidas. Los problemas importantes no atendidos pueden causar estrés mental y generar, por consiguiente, tensiones físicas. (p.7)

Esta habilidad, permite identificar y establecer soluciones que permitan a las partes involucradas llegar a un acuerdo.

Habilidades cognitivas

Autoconocimiento: implica reconocer nuestro ser, carácter, fortalezas, debilidades, gustos y disgustos. Desarrollar un mayor conocimiento de

nosotros mismos nos ayudará a reconocer los momentos en que estamos preocupados o nos sentimos tensionados. (p. 7)

El autoconocimiento, es una habilidad que nos permite identificar con qué fortalezas disponemos y con qué carencias o debilidades contamos.

Toma de decisiones: nos ayuda a manejar constructivamente las decisiones respecto a nuestras vidas. Esto puede tener consecuencias para la salud si la gente toma decisiones en forma activa acerca de sus comportamientos relacionados con la salud, evaluando las opciones y los efectos que éstas podrían tener. (p. 7)

Esta habilidad nos permite evaluar las diferentes posibilidades y elegir la mejor alternativa para resolver los conflictos o alcanzar un objetivo.

Pensamiento creativo: contribuye en la toma de decisiones y en la resolución de problemas, lo que nos permite explorar las alternativas disponibles y las diferentes consecuencias de nuestras acciones u omisiones. Nos ayuda a ver más allá de nuestra experiencia directa, y aun cuando no existe un problema, o no se ha tomado una decisión, el pensamiento creativo nos ayuda a responder de manera adaptativa y con flexibilidad a las situaciones que se presentan en nuestra vida cotidiana. (p.7)

Referente al pensamiento creativo, se puede entender como la capacidad para idear algo nuevo.

Pensamiento crítico: es la habilidad para analizar información y experiencias de manera objetiva. El pensamiento crítico contribuye a la salud al ayudarnos a reconocer y evaluar los factores que influyen en nuestras

actitudes y en nuestro comportamiento, como los medios masivos de comunicación y las presiones de los grupos de pares. (p. 7)

Como podemos ver las habilidades para la vida sirven para incidir tanto en la vida personal como en la colectiva, por lo que pueden aplicarse a diversos campos como la salud, la educación, el trabajo, la ciudadanía y en cualquier otro espacio que involucre la promoción del desarrollo humano.

Por lo tanto, considero que las habilidades para la vida son una gran herramienta, desde la promoción de la salud que puede ayudar a las personas que transitan por un duelo, ya que estas les permitirán desarrollar sus capacidades mediante el manejo de tensiones y estrés y el manejo de emociones y sentimientos, que les permiten a las personas reconocer sus emociones y hacer frente a las adversidades de la vida.

Además, el contar con este tipo de habilidades para la vida les permite a las personas exigir que sus derechos humanos se respeten y se cumplan, ejemplo de esto son las iniciativas de ley (ley de cunas vacías y ley Olivia) de las que hacemos mención en este trabajo, las cuales pretenden hacer más llevadero el proceso de duelo para las familias que lo transitan.

Para finalizar este capítulo, cabe señalar que las habilidades para la vida persiguen mejorar la vida de las personas interviniendo sobre los determinantes de la salud, es por ello la importancia de la implementación de políticas Nacionales e Internacionales que ayuden a proporcionar los medios necesarios para que las personas aumenten el control sobre su salud y la mejoren.

Capítulo V

Metodología

En este apartado, se plantea el proceso metodológico que se llevó a cabo para la realización de esta revisión bibliográfica y mediante el cual se pretende responder nuestra pregunta de investigación.

5.1. Justificación

Hablar sobre la muerte de un hijo no es un tema que se aborde comúnmente, mi interés por éste surge a partir de haber experimentado un proceso de duelo por muerte perinatal, con el paso del tiempo me di cuenta de que no siempre se cuenta con los recursos sociales y personales que permitan facilitar o mitigar este proceso.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud en su informe (2024), nos revelan que en 2022 murieron en todo el mundo 2,3 millones de niños en los primeros 20 días de vida y cada día se producen unas 6,500 defunciones de recién nacidos. A pesar de que las cifras han disminuido considerablemente en el mundo al pasar de los años, se menciona en este informe que estas muertes se debieron a causas prevenibles o tratables, por lo que es importante que exista en el mundo el acceso equitativo a la atención primaria de salud para todas las mujeres y niños.

En México en relación con el tema, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2024) informó que, durante el año 2022, ocurrieron 24,172 muertes perinatales, lo que nos hace pensar que existe la misma cifra de mujeres que pasaron o están pasando por un proceso de duelo por la pérdida de sus hijos.

Dichas cifras son alarmantes y me hacen pensar respecto a qué pasa con la salud mental de las mujeres que transitan por la muerte de un hijo en etapa perinatal,

ya que no se cuentan con cifras que visibilicen el problema de la salud mental de las madres que pasan por este suceso, puesto que los números están enfocados a las muertes de los infantes, -no menos importantes- que a registrar qué sucede con las madres, y sobre todo en términos de salud mental.

Es importante decir que el duelo al que se enfrentan estas madres, en la mayoría de los casos es silenciado ya que desde la institución de salud en donde nacen sus hijos en algunos casos no se les permite conocerlos y mucho menos despedirse de ellos, cuando las madres paren por cesárea en la mayoría de los casos ellas no pueden enterrar a sus hijos y mucho menos tener una fotografía o algún recuerdo de ellos, ya que eso no está permitido. Es un duelo invisibilizado porque las mismas personas que rodean a esas madres en su intento de ayudarlas con palabras reconfortantes para que estas superen pronto esta pérdida les piden no llorar y pensar en que pronto podrán tener otro bebé, todo esto ocasiona que estas mujeres no puedan expresar libremente sus sentimientos, deteriorando de esta manera su salud mental.

Por ello la importancia de que se reoriente la política pública para que estas ayuden a mitigar este suceso, además de que existan leyes que respalden los derechos de estas mujeres, dicho lo anterior, se considera que este es un problema que debe abordarse desde la Promoción de la Salud, específicamente desde las habilidades personales, como lo menciona la Carta de Ottawa (Ottawa, 1986). Considero que de esta manera la Promoción de la Salud podría contribuir a mejorar la salud mental de las mujeres que pasan por un proceso de duelo perinatal.

5.2. Planteamiento del problema

Hablar sobre la muerte es un tema que en general no nos gusta tratar, y en lo que respecta a la muerte de un hijo en etapa perinatal es un hecho prematuro

que no se espera, pero lamentablemente sucede, indagando sobre el tema llamó mi atención que no existían cifras entorno a qué pasa con las madres que viven este suceso generando la pregunta que sostiene esta investigación ¿Cómo afecta a la salud mental de las mujeres que viven un suceso de muerte perinatal?

Teniendo como panorama general, que la salud mental en nuestro país es un tema desatendido, a pesar de ser considerada un derecho humano fundamental y aunque en México se han firmado diversos acuerdos internacionales en los que se compromete a garantizar este derecho de todos los mexicanos, la realidad es que nuestro país se enfrenta a un gran reto ya que los recursos tanto económicos, como humanos y materiales con los que se cuenta para atender a la población mexicana no son suficientes y están mal administrados, prueba de esto es que como se mencionaba anteriormente solo el 2% del presupuesto de salud se destina a atender la salud mental y de ese porcentaje, el 80% se va en los gastos para el mantenimiento de los hospitales psiquiátricos, esto definitivamente ha ocasionado que no todas las personas que requieren de algún tratamiento psicológico lo reciban.

Por lo tanto, considero que la problemática que planteo está invisibilizada y necesita ser atendida, ya que puede tener consecuencias severas en la salud mental de las mujeres, para ello es importante conocer cuáles son las afectaciones sobre la salud mental de estas madres, además de entender el proceso de duelo por el que transitan y conocer con qué recursos se cuentan para atender a estas mujeres.

5.3. Pregunta de investigación

¿Cómo afecta a la salud mental de las mujeres que viven un suceso de muerte perinatal?

5.4. Objetivos de investigación

Objetivo general:

Describir las afectaciones sobre la salud mental de las mujeres que pasan por una muerte perinatal, mediante la indagación de fuentes documentales para así visibilizar este problema y proponer futuras acciones promotoras de la salud para las mujeres que transitan por este suceso.

Objetivos específicos:

Objetivos específicos:

- Identificar mediante una revisión bibliográfica cómo se atiende la salud mental en México.
- Describir los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que están involucrados en el embarazo y proceso perinatal del infante.
- Indagar sobre el proceso de duelo por el que pasan las mujeres que tienen una pérdida perinatal.
- Identificar las políticas públicas a nivel internacional y nacional que refieran al tema de la salud mental en las mujeres que han pasado por una pérdida perinatal.

5.5. Procedimiento en la búsqueda y procesamiento de la información

Para el desarrollo de la presente investigación, el proceso metodológico que se siguió fue realizar una revisión bibliográfica para dar respuesta a la pregunta que da origen a esta investigación. Cabe señalar que dicha revisión se dividió básicamente en tres momentos: el primero se centró en una búsqueda de información sobre la muerte perinatal, duelo y la salud mental, las cuales dieron origen al marco teórico.

En un segundo momento se llevó a cabo la búsqueda de información de artículos especializados y actualizados principalmente en buscadores académicos como son: Scielo, ERIC, medigraphic, Redalyc, Google académico, Dialnet y Elseiver. Las palabras que se emplearon para la búsqueda fueron: muerte perinatal, duelo perinatal y salud mental.

Se seleccionaron 50 artículos de investigación cabe señalar que la mayoría de estos pertenecen a España, siendo este el país que durante el tiempo de la investigación concentra el mayor número de artículos relacionados con las pérdidas perinatales, por mencionar otros países que cuentan con estas investigaciones esta México, Colombia, Chile, Cuba, Argentina, Brasil, por mencionar algunos.

En un tercer momento, y para fines de dar respuesta a nuestra pregunta de investigación, se clasificó, organizó y sistematizó la información de la siguiente manera, en una base de datos se clasificaron las investigaciones en los siguientes apartados: Duelo en mujeres, duelo en parejas, profesionales de la salud ante la muerte perinatal, factores de riesgo en la muerte perinatal, el impacto a la salud mental y los factores psicológicos implicados en la muerte perinatal, el impacto social sobre la muerte perinatal y finalmente los cambios que se provocan en la dinámica familiar después de una muerte perinatal.

Esto permitió dar respuesta a los objetivos y pregunta de investigación que se planteó al inicio de la investigación.

Valoración crítica

En este apartado se describirá y analizará la información obtenida para poder dar cuenta del principal objetivo planteado en esta investigación, para ello es necesario señalar que se revisaron 50 artículos de los cuales el 54% de estos se centraron en trabajo de campo y el 46% en revisiones bibliográficas.

Cabe destacar que, respecto al enfoque que siguieron las investigaciones 28% de estas se centraron en indagar cómo se lleva a cabo el proceso de duelo en mujeres que han pasado por una pérdida perinatal, esta información es de suma importancia ya que nos permite identificar algunas de las afectaciones que se pueden presentar en la salud mental de estas madres.

Referente a esto Figueroa (2024) señala que ante la muerte fetal las mujeres expresaron sentimientos de culpa, dolor, tristeza, además de que los testimonios obtenidos en esta investigación revelaron que estas mujeres vivieron violencia obstétrica por parte de los profesionales de la salud, asimismo evidencian la falta de protocolos de atención, la violación al derecho a la información y la deficiente infraestructura que no permite que las mujeres tengan acompañamiento y privacidad en estos momentos tan difíciles de su procesos de duelo.

Evidencia de lo anterior es lo reportado por Serna, Picazo, Paniagua, Jiménez, y Santillán (2024) señalan que los resultados de su investigación sobre mujeres mexicanas de Morelia Michoacán, reveló que en siete de cada 10 mujeres que tuvieron una pérdida neonatal hubo duelo patológico, señalando que esta es una realidad inevitable que se vive en una sociedad que suele invisibilizar el problema.

Algunos puntos en los que coinciden estas investigaciones son que las mujeres reaccionaron ante la pérdida principalmente con enojo, tristeza y negación.

Es por ello que, desde la Promoción de la Salud se necesita incidir en el desarrollo de habilidades para la vida que permitan a las mujeres hacer frente a los momentos difíciles que se presentan a lo largo de su día a día, y de este modo, contribuir en el mejoramiento de su salud mental, teniendo como medio el uso de la política pública logrando que a través de la presión de la sociedad civil se aprueben las leyes “ley de cunas vacías” y “ley Olivia”, para garantizar que se respeten los derechos humanos de las mujeres que transitan por este suceso.

Por otro lado, en este mismo sentido 22% de las investigaciones se centraron en esta misma problemática, pero vivida en parejas (padres y madres) que pasan por este difícil proceso, y estas exploraciones nos revelan que el fallecimiento de un hijo en etapa perinatal provoca en estos, principalmente cuadros clínicos de depresión, ansiedad, estrés postraumático y duelo complicado.

Gaitán, Morera, Zuluaga, González, y Barrero. (2023) en su investigación señalan que las consecuencias negativas en la salud mental de los padres que transitan por este duelo se presentan de esta manera: la mujer es más vulnerable a presentar un impacto negativo, ya que se reportan altos niveles de ansiedad, depresión y estrés; mientras que, en el padre, las consecuencias negativas comprenden sentimientos de culpa, aislamiento, ansiedad y resentimiento.

Deseo subrayar que la mayoría de estas indagaciones señalan la importancia de prestar atención a los padres, pero también voltear a ver a la familia extensa: abuelos, tíos, hermanos mayores, quienes también viven el duelo.

Otro dato relevante es el que señala Freire (2023), ya que menciona en su investigación que el duelo por la muerte perinatal es un hecho entendido como algo contrario al orden natural, por lo que comúnmente se invisibiliza el dolor y se obliga a los padres y madres a vivir este duelo en silencio, el autor resalta que el silencio es violencia. Por ello la necesidad de que desde la Promoción de la Salud se propongan prácticas que contribuyan a hacer más llevadero el proceso de duelo, en

las que se fomenten la creación de redes de apoyo, ya que referente a esto Soler (2019) en su indagación para conocer las experiencias de los padres frente a la muerte perinatal, encontró que las parejas que acuden a grupos de apoyo aseguran haber recibido una gran ayuda social, así como también califican satisfactoriamente el hecho de compartir su experiencia con personas que han pasado por una situación similar.

Hay que señalar además que 28% de las investigaciones nos hablan sobre las experiencias de los profesionales de salud frente a este suceso, y es trascendental mencionar que Cordero, Palacios, Mena, y Medina. (2004) dejan ver que la muerte forma parte de un evento cotidiano en la medicina, sin embargo, hasta hace algunos años la manera de actuar frente a la muerte de un recién nacido, seguía una serie de recomendaciones, ya que se pedía que la madre no tuviera contacto con el niño, además de que se le administraban tranquilizantes a la familia para evitar toda manifestación emocional, se pedía no hablar del tema, y finalmente se recomendaba tener otros hijos; es importante decir que en la actualidad las recomendaciones son totalmente opuestas.

De igual forma, Bautista (2014) en su investigación menciona que la muerte de un recién nacido, es una situación difícil de comprender, en donde los padres manifiestan actitudes de negación, tristeza o agresividad. Además, de poner a la vista, la falta de conocimientos del personal de salud sobre las etapas de duelo por las que transitan los padres, así como la falta de habilidad emocional para poder enfrentar adecuadamente la situación.

Como podemos observar, las investigaciones resaltan, la falta de capacitación del personal de salud para hacer frente al proceso de duelo por muerte perinatal, además de que se señalan iniciativas propuestas desde el personal de salud como son guías para hacer más llevadero este proceso a las madres y las familias que pasan por este terrible suceso, ya que ellos se encuentran en la primera

línea de atención. Igualmente, estas experiencias nos permiten identificar las deficiencias que existen en el sistema de salud, y desde la Promoción de la Salud tomar acciones como la construcción de políticas públicas saludables que garanticen el derecho a la salud en general de las mujeres que pasan por un proceso de muerte perinatal, además de proponer la creación de entornos saludables dentro y fuera de los hospitales a manera de humanizar la práctica médica, ya que aunque la muerte es un suceso que no se puede evitar, se pueden proponer acciones que hagan más llevadero este proceso.

Por otro lado, cabe señalar que 10% de las investigaciones abordan los principales factores de riesgo en la mortalidad perinatal, teniendo como resultado que los defectos estructurales congénitos son la causa principal de la mortalidad perinatal, otros factores que influyen en esta son: la preeclampsia, la HTA crónica (enfermedades cardiovasculares), el hematoma retro placentario (acumulación de sangre entre la placenta y la pared uterina), la diabetes gestacional, el asma bronquial, la RCIU (retraso de crecimiento intrauterino), el parto pretérmino, la presentación no cefálica y la cesárea.

En este sentido, Panduro, Pérez, Panduro M, Castro y Vázquez. (2011) señalan que otros factores de riesgo referentes a la muerte perinatal se asociaron a líquido amniótico anormal, doble circular de cordón umbilical al cuello del producto, malformaciones congénitas mayores del recién nacido y la edad materna mayor de 35 años. Aunado a lo anterior Hernández, Llano, Rivera, Aguinaga y Mayen. (2007) en su estudio evidencian que cuando la edad materna fue mayor de 35 años, se obtuvo un exceso de riesgo 500 veces mayor de fallecimiento, a comparación con las embarazadas de 17 años o menos que presentan 14.2 veces más riesgo de fallecimiento en sus hijos por defecto anatómico.

Otro punto en el que coinciden estas investigaciones respecto a estos factores, es la atención prenatal deficiente, por ello la importancia de que desde la

Promoción de la Salud se reorienta a los servicios de salud, ya que esta información nos sirve para saber en dónde incidir y de esta manera mejorar la atención prenatal.

Desde otro punto de vista, los resultados de esta revisión encontraron que el 2% de las investigaciones nos hablan sobre el impacto social que genera la muerte perinatal, cabe mencionar que esto es importante de abordar ya que se menciona que este duelo provoca un desgaste en las relaciones interpersonales e intrapersonales, además de visibilizar que después de este evento surgen nuevas angustias, como es la incapacidad de volver a embarazarse, el aislamiento social, la baja en la productividad y la poca responsabilidad en los roles sociales, Mendoza (2014) señala que estos puntos no son abordados en las políticas públicas, siendo importantes para el bienestar social de los individuos.

Por ello la importancia que, desde la Promoción de la Salud, como anteriormente se mencionaba se construyan políticas públicas en favor de las mujeres que transitan por un duelo por muerte perinatal, además de la importancia de sensibilizar a la comunidad respecto a lo que implica el transitar por un proceso de duelo y de esta manera se fortalezca la acción comunitaria y se generen entornos más saludables, ya que las mujeres que han pasado por este terrible suceso, empáticamente se han organizado para proponer acciones que hagan más llevadero el camino que recorren las mujeres que pasan por una muerte perinatal, dado que podríamos ser cualquiera de nosotras.

En este mismo sentido 4% de las investigaciones nos hablan sobre los cambios que se generan en la dinámica familiar después de una muerte perinatal, acorde con esta idea Ponce y Rodríguez (2022) señalan que la familia se verá afectada si los miembros pierden su capacidad de expresar su sentir, más cuando su comunicación se centra en reclamos y culpas, ya que esto deteriora los vínculos afectivos, y esto puede desencadenar en los diferentes tipos de duelo complicado. Es por esto que desde la Promoción de la Salud se debe sensibilizar sobre la

importancia de crear redes de apoyo que ayuden a sostener a las mujeres y sus familias en su transitar por el proceso de duelo.

Finalmente es importante señalar que, respecto al enfoque sobre el impacto a la salud mental y los factores psicológicos implicados en la muerte perinatal, 6% de las investigaciones se centraron en estos, mencionando que, de acuerdo con García, Grau, e Infante. (2013) el duelo constituye una etapa de riesgo para la aparición de algunas enfermedades como la depresión, la susceptibilidad inmunológica o para que el mismo se convierta en una enfermedad o duelo patológico. De acuerdo con el artículo sobre depresión de OMS (2023) se menciona que las mujeres son más propensas a padecer depresión que los hombres, y que este puede generar estrés, disfunción, además de que en algunos casos puede llevar al suicidio.

Avanzando en el tema, Herbert, Young, Pietrusińska y MacBeth. (2022) señalan que la evaluación de la salud mental después de una pérdida es una prioridad de salud materna ya que, para muchas mujeres, el trauma de la pérdida perinatal en cualquier etapa puede tener un efecto significativo en su bienestar y, para algunas mujeres embarazadas, el costo emocional es lo suficientemente grave como para llevarlas a un diagnóstico de trastorno psiquiátrico.

En conclusión, podemos decir que esta revisión bibliográfica evidencia la deficiencia de investigaciones respecto al impacto en la salud mental de las mujeres mexicanas que pasan por un suceso de muerte perinatal, por lo que es indispensables se siga investigando a manera de conocer las necesidades de este grupo de mujeres y de este modo incidir en hacer más llevadero el proceso de duelo de estas madres.

Finalmente, para cumplir con el objetivo propuesto de esta investigación es importante señalar que, de acuerdo con los artículos revisados podemos rescatar

que las principales afectaciones sobre la salud mental de las mujeres son los altos niveles de ansiedad, depresión y estrés, además de que se reportan sentimientos de culpa, dolor, tristeza, enojo, y negación. Otros aspectos que influyen en el deterioro de la salud mental de estas mujeres son el hecho de que se invisibiliza su dolor y se les obliga a vivir este duelo en silencio, sumado a esto se señala que después de este evento traumático surgen nuevas angustias, como es la incapacidad de volver a embarazarse.

Es por ello que considero importante que, desde la mirada de la Promoción de la Salud se le de atención a este problema, proponiendo acciones concretas mediante las 5 líneas de acciones que plantea la carta de Ottawa las cuales son:

- Construir políticas públicas saludables: esto se refiere a las políticas que tienen como objetivo crear un entorno de apoyo equitativo que permita a las personas llevar una vida más saludable.

En el caso del duelo por muerte perinatal es importante decir que se requiere vigilar y dar seguimiento a que se concreten las propuestas de ley impulsadas desde la sociedad civil como las mencionadas anteriormente en este documento, “ley de cunas vacías” y “Ley Olivia” que pretenden hacer más llevadero el camino de las mujeres y las familias que transitan por este suceso.

- Crear entornos favorables: esto implica el mejoramiento de los entornos o ambientes físicos, sociales, culturales, económicos, políticos, etc. haciéndolos más sanos para proteger la salud y de esta manera aumentar la calidad de vida de las personas.

En lo que respecta a nuestro tema de interés, podemos decir que es de suma importancia que desde los hospitales que son los espacios donde

comúnmente ocurren las muertes perinatales se cuente con un ambiente empático, además de que se puedan implementar los protocolos que anteriormente se han mencionado como son el “código mariposa” y “salas de despedida” que contribuyen a que se respeten los derechos de las mujeres y sus familias y de esta manera sea más llevadero su proceso de duelo. Asimismo, es relevante señalar que posterior al parto, se requiere de un espacio en el que se otorgue seguimiento y acompañamiento respetuoso a las mujeres y las familias que transitan por este duelo.

- Fortalecer la acción comunitaria: son los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud, dicho de otra manera, es la capacidad de la gente de actuar y decidir sobre sus vidas.

En lo que concierne a las mujeres que transitan por un proceso de muerte perinatal podemos verlo reflejado en los esfuerzos de los padres que han transitado por la muerte de sus hijos y se han organizado proponiendo acciones para hacer más llevadero este camino a las mujeres y sus familias que lamentablemente transitarán por este suceso.

- Desarrollar aptitudes personales: esto se refiere a favorecer el desarrollo personal y social proporcionando información y educación sanitaria.

Respecto a las mujeres que transitan por un proceso de duelo por la muerte de sus hijos es indispensable, sensibilizar a la comunidad respecto a lo que implica el transitar por un proceso de duelo, conocer cuáles son nuestros derechos y potenciar habilidades que permitan a las mujeres hacer frente a los momentos difíciles que se presentarán a lo largo de su vida.

- Reorientar los servicios de Salud: se caracteriza por la preocupación de lograr mejores resultados de salud para la población, centradas en las necesidades de las personas.

En referencia al duelo por muerte perinatal es importante que exista una capacitación constante respecto al duelo, al personal sanitario y que las propuestas de ley, las guías, y todas las propuestas que se están sugiriendo no se queden solo en un papel, sino que se vigile que se implementen correctamente, y de esta manera hacer más llevadero el camino por el que transitan muchas mujeres y sus familias todos los días.

Conclusión

Hasta hace relativamente poco tiempo, el impacto de la muerte perinatal en la salud mental de las mujeres era un tema poco visibilizado, aunque existen pocas investigaciones al respecto lo importante es que cada día este tema toma mayor relevancia.

La muerte de un hijo es algo que no se espera ocurra tan pronto, este proceso genera que las mujeres se aíslen y, en algunos casos les provoca angustia el pensar que tal vez no podrán volver a embarazarse o que existe la posibilidad de que les vuelva a ocurrir este terrible suceso, comprometiendo de esta manera la salud mental de estas mujeres.

El duelo por muerte perinatal es un duelo invisibilizado, el hecho de que no exista un registro, un nombre, un certificado de nacimiento, no permite que exista algo tangible que compruebe que ese bebé existió, esto dificulta el transitar del proceso de duelo a las mujeres y sus familias.

Ahora bien, debemos decir que en relación a la atención que se les brinda a estas madres que transitan por un proceso de duelo por muerte perinatal en México, es deficiente ya que el trato que se les proporciona de acuerdo a lo documentado, es deshumanizado, existe escasa sensibilidad por parte de los profesionales de salud, además de la ausencia de acompañamiento ante la situación de duelo. Hablando sobre la legislación con la que cuenta nuestro país respecto al tema, cabe señalar que en nuestro país aún no se concretan leyes que colaboren a hacer más llevadero este proceso por el que pasan muchas mujeres y sus familias todos los días, y aunque desde la sociedad civil se han generado propuestas para mejorar la atención a este tema se requiere legislar para garantizar la atención y el trato digno a estas mujeres y sus familias.

Por lo tanto, considero que desde el campo de la Promoción de la Salud se podría contribuir haciendo hincapié en la importancia de voltear a ver, la salud mental de las mujeres, además de proporcionar los medios necesarios para que se

garantice el derecho a la salud en general y de esta manera ellas puedan desarrollar habilidades que les permitan ejercer mayor control sobre su salud teniendo la capacidad de decidir cómo vivir este suceso inevitable.

Desde esta disciplina se podrían proponer prácticas que faciliten o ayuden a hacer más llevadero el proceso de duelo, de esta manera se podría cuidar la salud mental de las mujeres y sus familias. Una propuesta a futuro podría ser la implementación de Grupos de Compartir de mujeres y sus familias que han pasado por una pérdida perinatal, a fin de intercambiar información útil sobre el duelo sabiendo que este es un proceso que requiere de tiempo, además de brindar acompañamiento empático en donde se facilite la creación de redes de apoyo y de esta manera poder ayudar a otras mujeres que transitan por este mismo suceso.

Además, es indispensable que se reoriente a los servicios de salud, a fin de humanizar la práctica médica, y de esta manera crear entornos saludables desde los hospitales siendo estos los lugares en donde comúnmente ocurren los hechos.

Y finalmente, es importante que desde la Promoción de la Salud se construyan políticas públicas saludables que garanticen el ejercicio pleno de los derechos humanos, y de esta manera se favorezca la autonomía de las mujeres.

Referencias:

Agudelo Londoño, J., Bedoya García, J., y Osorio Tamayo, D. L. (2016). Ser mujer: entre la maternidad y la identidad. *Poiésis*, (31), 306–313. Recuperado de: <https://doi.org/10.21501/16920945.2121>

Alvarado García, Rafael. (2003) “Muerte perinatal y el proceso de duelo”. *Acta Pediátrica de México* 24(5):304-11 Recuperado de: <http://repositorio.pediatrica.gob.mx:8180/handle/20.500.12103/1381>

Amparos, (2025) *Cajas de Memoria*. Recuperado de: <https://amparos.cl/que-hacemos/cajas-de-memoria/>

Arteaga Hernández, L., y Páez Cala, M. (2019). Duelo por muerte perinatal. Necesidad de una atención diferencial e integral. *Archivos de Medicina*. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/2738/273859249003/html/>

Ávila González, Yanina. (2005). Mujeres frente a los espejos de la maternidad: las que eligen no ser madres. *Desacatos*, (17), 107-126. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2005000100007&lng=es&tlng=es.

Bautista, Patricia. (2014) El duelo ante la muerte de un recién nacido. *Enfermería Neonatal*. Recuperado de: <https://www.fundasamin.org.ar>

Benassini, F, Oscar. (2001, Diciembre) LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA EN MÉXICO HACIA EL SIGLO XXI. *Salud Mental*. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2001/sam016h.pdf>

Cabodevilla, I. (2007). *Las pérdidas y sus duelos*. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 30, pp. 163-176). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. Recuperado de: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s3/original11.pdf>

Cámara de diputados (2024). *Dictamen a la iniciativa con proyecto de decreto por el que se declara el 15 de Octubre de cada año, como “Día Nacional de concientización sobre la muerte gestacional, perinatal y neonatal”*. Recuperado de: http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2023/07/asun_4582321_2023_0705_1688572045.pdf

Cámara de Diputados (2023) *Nota No 8046 Presenta Mariana Nassar la “ley Olivia” para acompañar a madres y padres durante el duelo cuando pierden a su bebé*. Recuperado de: <https://comunicacionsocial.diputados.gob.mx/index.php/notilegis/presenta->

[mariana-nassar-la-ley-olivia-para-acompa-ar-a-madres-y-padres-durante-el-duelo-cuando-pierden-a-su-bebe](#)

Carbonell, Miguel. (2024) *Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos*. 15 a Edición. México: Tirant lo Blanch.

Cardona-Arias (2016). Determinantes y Determinación Social de la Salud como confluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica. *Archivos de Medicina*. Manizales, 183.

Carrillo-Mora, Paul, García-Franco, Alma, Soto-Lara, María, Rodríguez-Vásquez, Gonzalo, Pérez-Villalobos, Johendi, y Martínez-Torres, Daniela. (2021) Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Revista de la Facultad de Medicina* (México) Vol. 64, n.o 1, Enero-Febrero 2021. Recuperado de: <https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v64n1/2448-4865-facmed-64-01-39.pdf>

Castillo, Naix'ieli (2022) *Especial Día de la Mujer. La salud mental durante el embarazo*. Ciencias UNAM Recuperado de <https://ciencia.unam.mx/leer/1239/especial-dia-de-la-mujer-la-salud-mental-durante-el-embarazo->

Centeno, S. (2013) *Gestión del duelo y las pérdidas. Aprendiendo a convivir con lo ausente*. España. Alcalá.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (1948) *DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS*. Recuperado de https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/Discapacidad/Declaracion_U_DH.pdf

Conversatorio titulado “*El duelo silencioso: derechos por muerte fetal y perinatal*” el día 28 de Junio del 2022 en el *Senado de la República*.

Cordero V, Miguel Ángel, Palacios B, Paulina, Mena N, Patricia, y Medina H, Luis (2004). Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento de un recién nacido. *Revista chilena de pediatría*. 75(1), 67-74. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062004000100011>

De la Fuente, Ramón. (1988) Semblanza de la salud mental en México. *Revista de Salud Pública Mex*. VOL. 30, No. 6. Recuperado de: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/134/127>

Diario Oficial de la Federación. (2023) *DECRETO por el que se crea la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones como un órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud*. Recuperado de

https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5690283&fecha=29/05/2023#gs.c.tab=0

Díaz, del Castillo (1981) *Pediatría Perinatal*. México: Interamericana.

Dirección General de epidemiología. (2022) *Anuario de Morbilidad 1984- 2022. Veinte principales causas de enfermedad Nacional, por grupos de edad Estados Unidos Mexicanos 2022. Población Femenina*. Recuperado de https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/20220/morbilidad/nacional/veinte_principales_causas_enfermedad_nacional_grupo_edad.pdf

Domínguez, Álvarez-Icaza (2023) *Tratar la locura. La historia de la psiquiatría en México*. Recuperado de <https://ciencia.unam.mx/leer/1387/tratar-la-locura-la-historia-de-la-psiquiatria-en-mexico>

Duelo respetado (2024). *Código Mariposa*. Recuperado de: <https://duelorespetado.com/>

El parto es Nuestro y Umamanita, (2009). *GUÍA PARA LA ATENCIÓN A LA MUERTE PERINATAL Y NEONATAL*. España. Recuperado de: <https://www.umamanita.es/guia-de-atencion-a-la-muerte-perinatal-y-neonatal/>

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2023) *Sintomatología depresiva en adolescentes y adultos mexicanos*. Ensanut 2022. Recuperado de <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/14827/12410>

Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/endireh/Endireh_2021_Nal.pdf

Figueroa, I. (2024). *Maternaje en la ausencia: Un estudio sobre maternidad y muerte fetal*. Recuperado de: <https://libros.colson.edu.mx/index.php/colson/catalog/book/280>

Freire, A. (2023). *Validación de la pérdida: duelo desautorizado e historias de vida atravesadas por muerte perinatal*. (Tesis de maestría). Flacso, Ecuador.

Gaitán-Gómez, O. L., Morera Villani, H. S., Zuluaga Gonzalez, D., y Barrero Castro, A. (2023, 01, 03). CONSECUENCIAS EN LA SALUD MENTAL DE LOS PADRES ANTE UN DIAGNÓSTICO DE MUERTE FETAL O NEONATAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA. *Enfermería Investiga*. 8(1), 53–62. Recuperado de: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/1885>

García-Viniegras, Carmen Regina Victoria, Grau Abalo, Jorge A, y Pedreira, Infante. (2014, 01, 30) Duelo y proceso salud-enfermedad en la Atención Primaria de Salud como escenario para su atención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 30(1), 121-131. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v30n1/mgi12114.pdf>

Gallegos- D´ Santiago, L. y Gil- Montes, V. (2002) *Una aproximación a la higiene mental*. México: edere.

Guzmán Pizarro, L., Angulo Menassé, A., García Cárdenas, D, y Gómez Pananá, M. (2016). *Introducción a la promoción de la salud*. CDMX, México. Materiales educativos UACM.

Hernández González, J. (2020). La construcción social de la maternidad en México y las mujeres que deciden no procrear. *FEMERIS: Revista Multidisciplinar de Estudios de Género*, 5(1), 33-44. Recuperado de: <http://www.uc3m.es/femeris>

Hernández-Trejo M., Llano-Rivas I, Rivera RA, Aguinaga-Ríos M, y Mayén-Molina D. (2007, 03, 21) Mortalidad perinatal por defectos estructurales congénitos: Un estudio de sitio. *Perinatología y Reproducción Humana*. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=22601>

Herbert D, Young K, Pietrusińska M, MacBeth A. (2022, 01, 15). El impacto de la pérdida perinatal en la salud mental: una revisión sistemática y un metaanálisis. The mental health impact of perinatal loss: A systematic review and meta-analysis. *Revista de Trastornos Afectivos*. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032721011009>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2023) *ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA INTERNACIONAL DE LA MUJER*. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_8M2023.pdf

INEGI. (26 de Julio de 2023). *Estadísticas de defunciones registradas (EDR) 2022*. COMUNICADO DE PRENSA NÚMERO 644/23. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/EDR/EDR2022.pdf>

Instituto Mexicano del Seguro Social (2022) *La importancia de un adecuado control prenatal*. Recuperado de: <https://www.gob.mx/imss/articulos/la-importancia-de-un-adecuado-control-prenatal>

Instituto Mexicano del Seguro Social (2025). *Salud Mental*. Recuperado de: <https://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/salud-mental#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%20la%20salud%20mental,persona%20en%20momentos%20de%20estr%C3%A9s>.

Kübles- Ross (1975) México “Sobre la muerte y los moribundos”. Diana.

León y Berenson (1996). Medicina teórica. Definición de la salud. *Revista Médica Herediana*, 7(3), 105-107. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X1996000300001&lng=es&tlng=es.

Llanes Castillo, A; Cervantes López, M.; Peña Maldonado, A.; y Cruz Casados, J. (2020). Maternidad en legislación mexicana: Una visión desde los derechos laborales de la mujer. *Revista de ciencias sociales*, 26(1), 51-60.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7384405>

Ley General de Salud (2024). Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/422611/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf

Ley general del trabajo, [L.F.T] (2022), Reformada, Diario Oficial de la Federación [D.O.F], 18 de mayo de 2022, (México). Recuperado de: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lft.htm>

Linares Bravo, B. C., Nazar Beutelspacher, A., Sánchez Ramírez, G., Zapata Martelo, E., y Salvatierra Izaba, B. (2017). La no-maternidad en México. El rol del género y la desigualdad socioeconómica. *Población y Salud en Mesoamérica*, 15(1), 1-17. Recuperado de: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/psm/v15n1/1659-0201-psm-15-01-00057.pdf>

López Moratalla, N. (2009). Comunicación materno – filial en el embarazo. *Cuadernos de Bioética*, vol. XX, (3), p.303-315. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87512342001>

Mantilla y Chahin (2012) *Habilidades para la vida. Manual para aprenderlas y enseñarlas*. Bilbao. EDEX.

Mendoza Luján, E. (2014). Impacto social de la muerte perinatal: aspectos antropológicos. *Revista de Perinatología y reproducción humana*, 28(2), 108-113.

Recuperado

de:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000200007&lng=es&tlng=es.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (Agosto, 2017) *Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía*. Recuperado de: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/operational-guidance/gtm-mn-94-01-operational-guidance-2017-esp-protocolo-vigilancia-mortalidad-perinatal-neonatal.pdf>

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (2019) *Ley 21.171. Modifica la Ley N° 4.808, sobre registro civil, y crea un catastro nacional de mortinatos, su individualización y sepultación*. Recuperado de: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1135245>

Ministerio de Justicia (2023). *Ley de procedimientos médico-asistenciales para la atención de mujeres y personas gestantes frente a la muerte perinatal*. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27733-391366/texto>

Ministerio de Salud. (2022). *“Norma General Técnica y Administrativa de la Ley 21.371 para el Acompañamiento Integral de las personas en Duelo Gestacional y Perinatal”*. Recuperado de: <https://www.hospitalcastro.gob.cl/attachments/article/375/Norma-Tecnica-y-Administrativa-Ley-21.371-Dominga-publicado.pdf>

Ministerio de Salud (2023) *Lineamiento técnico para la atención integral y el cuidado de la salud mental de la mujer o persona gestante, sus familias y comunidades en casos de duelo por pérdida gestacional o perinatal en cumplimiento de la Ley 2310*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/lineamiento-duelo-gestacional-perinatal-msps.pdf>

Naciones Unidas en México (2025) *Acerca de nuestro trabajo para los Objetivos de Desarrollo Sostenible en México*. México: Naciones Unidas en México. Recuperado de: <https://mexico.un.org/es/sdgs>

Navarrete Reyes, L. (2023). *En México, dos de cada 10 mujeres presentan depresión durante el embarazo o después del parto*. México: Gobierno de México. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/prensa/122-en-mexico-dos-de-cada-10-mujeres-presentan-depresion-durante-el-embarazo-o-despues-del-parto?idiom=es>

Norma Oficial Mexicana 007 (2016). *Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*. Recuperado de: https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/5950/salud12_C/salud12_C.html

Now I Lay Me Down to Sleep (2025). *Sobre nosotros – Ahora me acuesto a dormir*. Recuperado de: <https://www.nowilaymedowntosleep.org/about-us/>

Olivar Bonilla, A (2002, Febrero). Cambios biológicos, psicológicos y sociales durante el embarazo. *Rev. Fed. Odontol. Colombia*, 37-51. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-351858>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022) *Vigilancia y respuesta a la muerte materna y perinatal: material de apoyo para la implementación* [Maternal and perinatal death surveillance and response: materials to support implementation]. Ginebra: Recuperado de: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/364704/9789240044562-spa.pdf?sequence=1>

Organización Mundial de la Salud (2024) *La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

Organización Mundial de la Salud. (2022) *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Recuperado de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response/?gad_source=1&gclid=EALalQobChMI5tqRtpPjhAMVQprCCB0PRQYsEAAYASAAEgIkWPD_BwE

Organización Mundial de la Salud (2014) *La violencia puede afectar a cualquiera*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/commentaries/detail/violence-can-affect-anyone>

Organización Mundial de la Salud (2024) *Por qué es fundamental hablar de la pérdida de un bebé*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/spotlight/why-we-need-to-talk-about-losing-a-baby>

Organización Mundial de la Salud (2023). *Depresión*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud (2025) *Muerte prenatal*. Recuperado de: https://www.who.int/es/health-topics/stillbirth#tab=tab_1

Organización Mundial de la Salud (1998) *Promoción de la Salud. Glosario*. Ginebra. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Organización Mundial de la Salud (2025) *Mortalidad Neonatal*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality#:~:text=Panorama%20general,ni%C3%B1os%20menores%20de%205%20a%C3%B1os>.

Organización Mundial de la Salud. (1993) División de salud mental. *Enseñanza en los colegios de las habilidades para vivir*. Ginebra.

OTTAWA. (1986). *CARTA DE OTTAWA publicado por la DGPS*. Obtenido de la 1ª Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud; Ottawa, Canadá (1986). Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/documentos/carta-de-ottawa-publicado-por-la-dgps>

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2020). *La carga de los trastornos mentales en la región de las Américas: Perfil del país. México*. Recuperado de: <https://www.paho.org/sites/default/files/2020-09/MentalHealth-profile-2020%20Mexico%20esp.pdf>

Palomar Vereá, Cristina. (2005). Maternidad: historia y cultura. *La ventana. Revista de estudios de género*, 3(22), 35-67. Recuperado de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-94362005000200035&script=sci_arttext

Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2025-2030. México : Recuperado de : <https://setuesbcs.gob.mx/wp-content/uploads/2025/01/EjesPND2025-2030.pdf>

Panduro B, J. Guadalupe, Pérez M, J. Jesús, Panduro M, Elizabeth Guadalupe, Castro H, Juan Francisco, y Vázquez G, María Dolores. (2011). Factores de riesgo prenatales en la muerte fetal tardía. Hospital Civil de Guadalajara, México: *Revista*

chilena de obstetricia y ginecología. 76 (3), 169-174. Recuperado de: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262011000300006#:~:text=Los%20factores%20de%20riesgo%20que,doble%20o%20triple%20circular%20de

Papalia, Wendkos y Duskin (2009) *Desarrollo Humano*. México: Mc Graw Hill.

Ponce -Reyes, J y Rodríguez-Álava, L. (2022, 04, 03). La dinámica familiar frente al duelo por la pérdida de un miembro del sistema. *Revista Científica Arbitrada En Investigaciones De La Salud GESTAR*. Recuperado de: <https://journalgestar.org/index.php/gestar/article/view/59>

Ponte Mittelbrunn, Carlos (2003). Conceptos Fundamentales de la Salud a través de su historia reciente. *Revista Ciencia y salud colectiva*, vol. 8 núm 1 pp. 33 – 45. Brasil. Recuperado de: http://www.fedicaria.org/miembros/fedAsturias/Apartado_7/CONCEPTOS_FUNDAMENTALES_SALUD_HISTORIA_PONTE.pdf

Programa Sectorial de Salud (PSS) 2020-2024. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/870887/NotaLenguajeCiudadano_Actualizaci_n_2023.pdf

Programa de Acción Específico (PAE) Salud Mental y Adicciones 2020-2024. Editado por la Secretaría de Salud (2022) Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/720846/PAE_CONASAMA_28_04_22.pdf

Roncallo, Patricia. (2018, Mayo-Junio). Los profesionales sanitarios ante la muerte perinatal. *Revista Muerte y duelo perinatal*. Recuperado de: <https://www.umamanita.es/los-profesionales-sanitarios-ante-la-muerte-perinatal-estrategias-de-autocuidado-y-apoyo-mutuo/>

Sánchez Rivera, M., (2016, Octubre) Construcción social de la maternidad: el papel de las mujeres en la sociedad. *Opción*, vol. 32, núm. 13, 2016, pp. 921-95. Venezuela. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31048483044>

Secretaría de Salud de Puebla (2023). *Implementa Salud Código Mariposa y Sala de Despedida en Tehuacán*. Recuperado de: <https://ss.puebla.gob.mx/noticias/item/3285-implementa-salud-codigo-mariposa-y-sala-de-despedida-en-tehuacan>

Secretaría de Salud de Veracruz (2023) *Inaugura SESVER Lactario y Sala Código Mariposa en el Hospital Regional de Xalapa*. Recuperado de : <https://www.ssaver.gob.mx/blog/2023/08/01/boletin-inaugura-sssesver-lactario-y-sala-codigo-mariposa-en-el-hospital-regional-de-xalapa/>

Secretaría de Salud de Jalisco. (2024). *Boletín no. 240. Con más espacios del Código Mariposa, se impulsa en Jalisco la atención especializada ante muerte gestacional y neonatal.* Recuperado de: <https://ssj.jalisco.gob.mx/prensa/noticias/boletin-no-240-con-mas-espacios-del-codigo-maripo>

Secretaría de salud (2024) Quinto Informe de Gobierno de la Ciudad de México, 2019-2023. Prevención en los centros comunitarios de salud mental y adicciones (CECOSAMA) Recuperado de: <https://salud.cdmx.gob.mx/storage/app/media/2018-2024/Glosas/Quinto%20Informe%20de%20Gobierno%20-%20OLA.pdf>

Senado de la República, (2023), *Cámara de Senadores aprueba “Ley de cunas vacías”* Recuperado de: <https://comunicacion.senado.gob.mx/informacion/comunicados/5882-camara-de-senadores-aprueba-ley-de-cunas-vacias>

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

Soler, P. (2019) Las experiencias de los padres ante una muerte perinatal. (Tesis de grado) Universidad central de Catalunya. España

Tame, Nancy. (2007) *Infertilidad. El dolor secreto. Métodos para revertirla.* México. Pax México.

Ticona R., Manuel, y Huanco A., Diana. (2005). Mortalidad perinatal hospitalaria en el Perú: factores de riesgo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 70(5), 313-317. Recuperado de: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262005000500006&script=sci_arttext

Tortora, G. (1996) *Principios de anatomía y fisiología.* Colombia. Harla.

The Skye High (2024). *La Fundación Skye High. Apoyo a las familias durante y después de la pérdida de un gemelo, trillizo o más bebés.* Recuperado de: <https://www.theskyehighfoundation.com/about>

UNICEF. (2023). *Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil (UN IGME).* Obtenido de Niveles y tendencias de la

mortalidad infantil: <https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality/>

Umamanita (2019). *Sobre Umamanita: Una asociación pionera*. Recuperado de: <https://www.umamanita.es/sobre-umamanita/>