



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

RELACIÓN ENTRE DUELO PERINATAL Y APOYO SOCIAL EN ADOLESCENTES
Y ADULTAS CON UNA EXPERIENCIA DE INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ANA MARÍA VERDE MARTÍNEZ

TUTORA:

DRA. BLANCA ESTELA BARCELATA EGUIARTE
(FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM)

MIEMBROS DEL COMITÉ:

DR. GERARDO BENJAMÍN TONATIUH VILLANUEVA OROZCO
(FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM)

DRA. BERTHA RAMOS DEL RÍO
(FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA, UNAM)

MTRA. ESTHER GONZÁLEZ OVILLA
(FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM)

MTRO. FLAVIO SIFUENTES MARTÍNEZ
(FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM)

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., MARZO 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (**CONACYT CVU 1083581**) por el apoyo económico proporcionado para realizar estudios de maestría, y al Proyecto **PAPIIT IN 308420**, “Desarrollo de modelos psicológicos de evaluación-intervención para promover la adaptación positiva en adolescentes y familias vulnerables”, para la realización de tesis y obtención de grado.

Al pueblo de México que, con sus aportaciones, nos brindan la oportunidad de formación profesional de alta calidad y vanguardia. Gracias a ustedes la educación de excelencia es un bien que se obtiene en gratuidad. Mi compromiso profesional, ético y en pro del bienestar individual y social es con y para ustedes.

A mi comité tutorial por su tiempo y atención: Dra. Blanca Estela Barcelata Eguiarte, Dr. Gerardo Benjamín Tonatiuh Villanueva Orozco, Dra. Bertha Ramos Del Río, Mtra. Esther González Ovilla y Mtro. Flavio Sifuentes Martínez. Su ejemplo de profesionalismo me acompaña en mi práctica profesional.

Gracias a Claudia y Nallely por acompañarme en los momentos más oscuros y más luminosos de este camino de aprendizaje.

Dedicatorias

A Esther Martínez Retana, mi madre, quien me ha enseñado el valor la espiritualidad, la vida y la tenacidad. Con este gesto, tu nombre está en los archivos de la universidad más grande del país. Gracias por tu legado.

A Iván, mi sobrino estrella: te miro, reconozco y honro.

A los que se fueron demasiado pronto, porque hasta el pie más pequeño deja una gran huella.

Índice

Resumen	5
<i>Abstract</i>	6
Introducción	7
Capítulo 1: Ciclo Vital e Interrupción del Embarazo	10
Ciclo Vital Familiar	10
Embarazo en la Adolescencia y en la Adultez	14
Interrupción del Embarazo en México	16
Capítulo 2: Duelo Perinatal	20
El Proceso de Experiencia del Duelo	20
<i>Duelos Desautorizados o Ambiguos</i>	23
Experiencia del Duelo Perinatal	24
Capítulo 3: Apoyo Social	29
Apoyo Social y Duelo Perinatal	30
Capítulo 4: Metodología	33
Planteamiento del Problema	33
<i>Justificación</i>	33
Pregunta de Investigación	34
Objetivo General	34
Objetivos Específicos	35
Tipo y Diseño de Investigación	35
Hipótesis	36
<i>Hipótesis Conceptual</i>	36
<i>Hipótesis de trabajo</i>	36
<i>Hipótesis Estadísticas</i>	37
VARIABLES	38
Método	38
Participantes	38
Instrumentos	39
<i>Escala de Duelo Perinatal</i>	40
<i>Escala de Apoyo Social</i>	41
Procedimiento	44

<i>Recolección de la Información</i>	44
<i>Análisis de datos</i>	45
Capítulo 5: Resultados	46
Caracterización de los Participantes	46
<i>Sociodemográficos</i>	46
<i>Condiciones Asociadas a la Pérdida</i>	50
Estadísticos Descriptivos de las Variables Psicológicas	63
Comparativos entre los Grupos: Adolescentes-Adultas, Embarazo Deseado-No Deseado e Interrupción Voluntaria-No Voluntaria	65
Correlaciones entre las Variables Psicológicas Estudiadas	71
Capítulo 6: Discusión y Conclusiones	75
Caracterización de los Participantes	75
<i>Características Sociodemográficas</i>	75
<i>Condiciones Asociadas a la Pérdida</i>	77
Estadísticos Descriptivos de las Variables Psicológicas	82
Comparativos entre los Grupos: Adolescentes-Adultas, Embarazo Deseado-No Deseado e Interrupción Voluntaria-No Voluntaria	83
Correlaciones entre las Variables Psicológicas Estudiadas	87
Implicaciones en la Terapia Familiar	89
Limitaciones del Estudio	93
Conclusiones	95
Referencias	99
Anexo A	109
Anexo B	116
Anexo C	122
Anexo D	123

Resumen

En México se ha documentado que poco más de la mitad de los embarazos no planificados se resuelven con la interrupción voluntaria. La tasa estimada en 2009 fue de 38 abortos por cada 1,000 mujeres al año, lo que equivale a 1,026,000 abortos en mujeres en edades de 15-44, aunque la tasa más elevada se observa en mujeres de 20 a 24 años. La investigación sobre los procesos posteriores a la interrupción se ha enfocado en procesos involuntarios, pero poco se habla de los procesos voluntarios. La pérdida o interrupción del embarazo suele implicar sentimientos de culpa, vergüenza, inadecuación, falta de apoyo social y rituales que brinden una elaboración de significados. En la presente investigación se propone indagar sobre el duelo perinatal y el apoyo social percibido en la etapa de la adolescencia y de la adultez para identificar cuáles son las diferencias en la percepción de estas dos variables a lo largo del ciclo vital. Para lograr el objetivo se diseñó un proceso de investigación cuantitativa transversal con muestra por conveniencia. Se encontró que la vivencia de las adolescentes está vinculada a mayor sensación de culpa y depresión en comparación con las adultas, pero también de percepción de mayor apoyo social y que uno de los factores a indagar en posteriores investigaciones es la deseabilidad del embarazo o de la maternidad como factor que conlleva un duelo perinatal más pronunciado. Hace falta mayor entendimiento sobre los procesos alrededor de la interrupción voluntaria en cuando a las características, contextos y premisas que llevan a la toma de decisión, la vivencia del proceso, que puede incluir la indagación de quién acompaña, cómo lo hace, cómo se comparte la noticia del embarazo y la decisión de interrupción y, adicionalmente, las posibilidades de experiencia o de acompañamiento profesional posteriores a la interrupción así como sensibilización, educación sexual y cambios en el entorno para la prevención del embarazo no deseado.

Abstract

In Mexico, just over half of all unintended pregnancies end in a voluntary interruption. In 2009 there were 38 abortions per 1,000 women ages 15-44, which is equivalent to 1,026,000 abortions. Post-abortion research has focused on involuntary processes, but few have explored voluntary ones. After the loss or termination of a pregnancy feelings of guilt, shame, inadequacy, and lack of social support and of rituals that provide meaning-making often occur. This investigation aims to inquire about perinatal grief and perceived social support with adolescent and adult populations, to identify the differences in perceptions of those two variables throughout the life cycle. A cross-sectional quantitative design was used and a convenience sample technique. The research findings show that adolescents' experience is linked to a greater feeling of guilt and depression, but also to a greater social support perception. Further research is needed on the desirability of pregnancy as a factor that entails more pronounced perinatal grief. In addition to a greater understanding of the processes around voluntary abortion in terms of its characteristics, contexts, and premises that lead to the decision-making; women's subjective experience of going through a voluntary abortion, which may include the investigation of who accompanies them during the process, how they do it, how the pregnancy news and the decision to interrupt it are shared and the possibilities to receive professional support after the interruption.

Introducción

El proceso de interrupción ya sea voluntario o involuntario, es un proceso poco pretendido; se puede disminuir su incidencia con la prevención del embarazo no deseado. Existen algunas vivencias en donde la interrupción conlleva un duelo, especialmente cuando la interrupción es no voluntaria, aunque no es una regla. La elaboración del duelo perinatal se relaciona con el apoyo social como factor de influencia en la presencia o ausencia de patología psiquiátrica (Camejo et al., 2019) y en la capacidad de resiliencia (Castro y García, 2017), en donde se incluye el apoyo y acompañamiento por parte de la familia (Bautista-Balbás et al., 2017). Dentro del abanico de experiencias de la interrupción del embarazo, es relevante visibilizar los diferentes duelos por los que atraviesan las personas con el fin de sanar individual y colectivamente.

La terapia familiar tiene un peso importante en tanto que, además de trabajar en el acompañamiento del duelo y el acomodo de la vivencia en la familia, su mirada sistémica aporta conocimientos, visiones y saberes en cuanto a la importancia de los factores sociales, culturales, políticos y económicos en los que las familias experimentan tanto la llegada o pérdida de un nuevo integrante al núcleo familiar.

En este sentido, la literatura (Valenzuela et al., 2020) reconoce la importancia de la atención de servicios de salud no sólo enfocada en la mujer y la pareja ante un evento de interrupción no voluntaria del embarazo; y también la capacitación a los profesionales de la salud para implementar estrategias en pro del bienestar, invitación al cuidado e integración de la experiencia en las familias; pero queda pendiente el trabajo en torno a lo que sucede ante una interrupción voluntaria.

Como terapeutas familiares, desde la entrevista y la elaboración del genograma (McGoldrick, 1985) podemos contribuir o no en la visibilización de aquellos miembros que formaron parte de la familia y ahora forman parte de la historia de la misma, entonces se evitaría

la repetición de patrones, como la recurrencia de los embarazos no deseados en etapas adolescentes.

Estas indagaciones son relevantes, pero aún no son lo suficientemente específicas sobre las formas en que el apoyo social sea otorgado de manera tal que aporte bienestar y sostén en el manejo del duelo ante la pérdida. Así mismo, la presente investigación se ha enfocado en mujeres adolescentes y adultas, lo cual invita a conocer la vivencia en el ciclo vital cuando se trata de un embarazo planeado y deseado, así como la decisión o no de la interrupción de la gestación.

Intentando dar más visibilidad al proceso de duelo perinatal en estos procesos. La presente investigación de corte cuantitativo transversal revisará en su primer capítulo brevemente las aportaciones de la terapia familiar al estudio del ciclo vital familiar, el contexto en datos sobre el embarazo en la adolescencia y en la adultez, así como la interrupción del embarazo en México.

El segundo capítulo aborda el tema del duelo perinatal, iniciando por la descripción de la literatura sobre el proceso de experiencia del duelo enfocándose principalmente en los duelos desautorizados y en particular en la experiencia reportada sobre el duelo perinatal en diferentes poblaciones con sus significados e impactos personales, de pareja e institucionales. La segunda variable que se investigó fue el apoyo social que se conceptualiza y describe en el capítulo 3 en donde, además, se mencionan las investigaciones y los hallazgos encontrados en la literatura con respecto al duelo perinatal.

La metodología de la investigación presentada se detalla en el capítulo 4 en donde se desglosa la importancia de la indagación junto con las problemáticas asociadas, en este capítulo se podrá encontrar la pregunta de investigación, el objetivo general, los objetivos específicos, el tipo y diseño de investigación, las hipótesis estadísticas y la operacionalización de las variables de estudio. En este apartado también se puede encontrar el método que describe a los

participantes, instrumentos y el procedimiento no sólo de recolección de la información sino también su tratamiento en bases de datos y análisis estadístico.

El capítulo 5 incluye los resultados de la recolección de la información en una síntesis que inicia con la caracterización de los participantes que incluyen las descripciones sociodemográficas, las condiciones asociadas a la pérdida. La descripción de los resultados encontrados continúa con la presentación de los estadísticos descriptivos de las variables psicológicas, los comparativos entre las variables entre segmentación de grupos como lo son el embarazo deseado y no deseado, la interrupción voluntaria e involuntaria y las diferencias entre adolescentes y adultas. Finalmente, se muestran las correlaciones entre los factores que componen cada variable del duelo perinatal y el apoyo social.

Por último, en el capítulo 6 se pueden observar la síntesis del análisis conforme que se contrarrestaron con los hallazgos previos en la literatura, se discuten las implicaciones con la terapia familiar de los resultados obtenidos con una perspectiva sistémica y se invita a la reflexión con las conclusiones del presente estudio.

Capítulo 1: Ciclo Vital e Interrupción del Embarazo

Ciclo Vital Familiar

Las familias cumplen ciertas funciones para los individuos y las sociedades. Dentro de estas funciones se encuentran la reproducción, la protección, la socialización de las reglas, la alimentación, el cobijo y el cuidado de los miembros que las conforman. Para poder llevar a cabo estas funciones, la familia requiere de su conformación e interacción para consolidarse como un sistema que permita la entrada y salida de información que haga que sus miembros se adapten a la sociedad.

Haley (1973) propone un modelo que intenta explicar algunas fases del ciclo vital familiar basándose en la observación de familias norteamericanas, blancas y heterosexuales. El mismo autor reconoce que este modelo deja de lado la diversidad de familias y su funcionamiento, pero ofrece un panorama general para entender la construcción del sistema familiar; propuesta congruente de segmentación por hitos normativos que también sostiene Walsh (2016), aunque no sin cuestionar que las normativas han tenido impacto en la estigmatización de quien sale de la norma en la segmentación por edades cronológicas, como la conformación y mantenimiento de la pareja, las fases de crianza de los hijos y sus transiciones en las etapas de desarrollo (la paternidad y la crianza temprana de los hijos o la adolescencia de los hijos), despegue de los adultos jóvenes con padres de mediana edad, los desafíos de vida de edad avanzada y los procesos de divorcio.

Haley (1973) comprende las siguientes fases en el ciclo vital familiar: el periodo de galanteo, el matrimonio y sus consecuencias, el nacimiento de los hijos y el trato con ellos, matrimonio y dilemas familiares, el destete de los padres y el sufrimiento de la vejez. Esta propuesta de segmentación está enfocada en los problemas que surgen en la interacción familiar a lo largo del tiempo. Es importante tener presente que, como modelo, sólo representa un

segmento muy específico de la descripción de ciertas poblaciones tomadas para la observación. A continuación, se describen algunas fases que son las relevantes para el presente texto.

El periodo de galanteo cuenta con las bases biológicas de la danza de apareamiento que, como seres humanos, compartimos con otras especies; sin embargo, el ser humano es el único animal que cuenta con familia política, por lo que esta fase no sólo incluye las experiencias del emparejamiento de la pareja, sino también la construcción de la relación con la familia de cada una de las personas involucradas (Haley, 1973).

Luego de la etapa del galanteo, Haley (1973) propone la fase del matrimonio y sus consecuencias. En esta etapa, la pareja inicia una nueva etapa con un ritual o acontecimiento simbólico que determina que es un sistema separado de sus sistemas de origen que tendrá que negociar sus propias reglas basando sus propuestas y solicitudes en las reglas que aprendieron en la familia de origen. Esta negociación suele ser difícil al inicio del matrimonio o unión no sólo por los aprendizajes previos sino por el manejo de las alianzas con los padres y familiares de cada uno. Algunas parejas prefieren hacer su vida matrimonial separados completamente de la familia de origen, pero el autor propone que una manera funcional de ser independientes incluye una cierta conexión aún con la familia de origen por el apoyo y soporte que brindan.

Luego de la unión de la pareja es probable que llegue la fase que implica la procreación, cuidado y trato con los hijos. Una de las funciones de la familia es justamente la reproducción de seres humanos que sean parecidos a los progenitores y que compartan aspectos con la sociedad en la que van a convivir. En este punto, la pareja tiene un nuevo ajuste de las condiciones en las cuales había estado viviendo hasta el momento en sus primeras fases de unión. El nacimiento de un hijo crea la existencia de abuelos y tíos, lo que invita a un reajuste en las negociaciones también con las respectivas familias de origen. La pareja entonces coloca

sus esfuerzos en la crianza de los hijos y, para Haley (1973), la mujer suele tener un concepto de autorrealización con el paso por la maternidad.

La siguiente fase se ve marcada con la llegada de los hijos, la vida de la pareja se va adecuando a las exigencias del cuidado y protección de sus hijos. Cuando los hijos van creciendo y se vuelven más independientes de los cuidados primarios, la pareja se encuentra en una edad madura, productiva y muy probablemente saludable para continuar con su desarrollo individual. Esta situación puede beneficiar para la consolidación de identidades autónomas pero compartidas, o bien, para empezar a generar una distancia en la relación de pareja que pueda incluso llevar al divorcio. Haley (1973) menciona que tanto hombres como mujeres se encuentran más libres de la crianza de los hijos y pueden dedicar tiempo al desarrollo de habilidades laborales, profesionales y personales. Es una etapa en donde la relación de pareja se profundiza puesto que las interacciones repetitivas les han servido para generar una estabilidad necesaria para el sostén del sistema, pero esto también puede convertirse en un modo rígido de convivencia que se torne problemático al no ser suficiente o adecuado para las nuevas necesidades familiares de hijos adolescentes más independientes.

Para fines del presente estudio, hasta aquí llega la descripción de las etapas del ciclo vital familiar. Sin embargo, es importante recordar las otras dos etapas propuestas: el destete de los padres y el sufrimiento de la vejez. Estas dos fases implican sus propias problemáticas y se caracterizan por la pérdida más que por el advenimiento de situaciones, contextos e interacciones nuevas. Si bien, cada cambio implica la pérdida de algo, en las primeras fases parecería que el foco está en la novedad y la ganancia, mientras que en las siguientes etapas el enfoque está en la pérdida. El tema de este trabajo invita a la reflexión sobre la pérdida de la posibilidad de llegada de un nuevo integrante a la familia, y de cuando esta llegada es

inesperada y se toma la decisión de interrumpir el embarazo dadas las condiciones de una mujer adolescente gestante.

Walsh (2016) recalca que las segmentaciones se han desdibujado a partir del cambio en los contextos sociales, políticos y económicos que se mueven de lo tradicional a lo contemporáneo; adicionalmente menciona que ningún modelo o trayectoria de vida es esencial para un desarrollo positivo y que los cambios son evolutivos en tanto que responden a las condiciones de la actualidad, en donde se incluye a las mascotas como sustituto o preparación de la maternidad y paternidad, la unión libre antes del matrimonio o a cambio de él, y los acuerdos y acomodos familiares que surgen a partir de las necesidades particulares de los individuos y las familias.

Las relaciones con los padres, hermanos, cónyuges, hijos y miembros de la familia extendida evolucionan y cambian a lo largo del curso de la vida, por lo que una mirada del ciclo vital a partir de la resiliencia da la oportunidad de mirar las transiciones con mayor flexibilidad, colaboración y comunicación. El significado y las implicaciones de una situación adversa deben ser considerados para todos los miembros y sus relaciones. Por ejemplo, cuando una pareja sufre una muerte fetal, el impacto es devastador en toda la red de parentesco: todos habían esperado ansiosamente el nacimiento del hijo primogénito, del primer hijo de una gran familia extensa.

El estrés se intensifica en los periodos de transición de una fase a otra del desarrollo de la familia, momentos en los cuales los miembros se redefinen y realinean sus relaciones, momentos en los que hasta las familias con un buen funcionamiento se pueden tambalear. Un enfoque relacional de la resiliencia se enfoca en los procesos y resultados asociados con el funcionamiento y desarrollo adaptativo de los integrantes de la familia. Cada vez es más compleja la interacción en las relaciones familiares a razón de los cambios devenidos en la

sociedad y la movilidad de acuerdos de parentesco, lo que implica multiplicar los factores estresantes y requerir múltiples ajustes en las relaciones y solución de problemáticas propias de la vida, dado que la familia es un sistema en movimiento a través del tiempo. La resiliencia necesaria para el ajuste ante el cambio tiene su base en los valores, prioridades, desafíos y recursos individuales y grupales de los sistemas familiares. Los legados generacionales influyen en la visión del mundo familiar, en donde se incluyen las expectativas hacia la vida de los miembros, sus esperanzas y sus sueños.

Embarazo en la Adolescencia y en la Adulthood

Definir el rango etario de la adolescencia ha sido un proceso de reconocimiento de las características que precisan saber qué se entiende por etapa adolescente. Con fines de investigación, análisis estadístico y consenso sobre los rangos de edad que comprenden la adolescencia, las Naciones Unidas (NU, s.d.) han determinado que la etapa de la juventud comprende de los 15 a los 24 años de edad, y reconoce que el 16% de la población mundial en la actualidad se encuentra en esta etapa de la vida. La adolescencia, como etapa de vida, se sigue viendo como una era de transición a la vida adulta que implica madurar y asumir roles específicos productivos y reproductivos.

Por su parte, Sawyer et al. (2018) considera un análisis de lo que implica la etapa adolescente y reflexiona sobre los cambios sociales que han contribuido a que la adolescencia se considere desde las etapas de los primeros cambios fisiológicos hasta el momento de transición a los roles de la vida adulta, que incluyen: la finalización de la educación, el matrimonio, la paternidad, independencia económica, ejercicio de la ciudadanía y contribución a la sociedad. Dadas las condiciones actuales, en donde no sólo se consideran los cambios fisiológicos y de crecimiento para considerar a una persona como adolescente, sino que también se incluyen los aspectos políticos, sociales, culturales, tecnológicos, e incluso de mercadotecnia

y redes sociales, se propone que el rango de edad sea de los 10 a los 24 años con el objetivo de proveer de leyes, políticas públicas y servicios apropiados en esta fase de ciclo vital que requiere de atención focalizada para contribuir en su inserción y transición a la vida adulta.

Uno de los temas en la agenda en pro del bienestar de las adolescencias es el del embarazo adolescente. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), en regiones en desarrollo hay cada año aproximadamente 12 millones de adolescentes y jóvenes de entre 15 y 19 años, y al menos 777 000 niñas menores de 15 años, que dan a luz. Hablando de las vulnerabilidades a las que los adolescentes están expuestos, las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto se encuentran entre las principales causas de mortalidad entre las jóvenes de 15 a 19 años en todo el mundo.

Por otra parte, la División de Población de las Naciones Unidas declara que, en 2020, la tasa mundial de natalidad entre las adolescentes ascendió a 41 partos por cada 1,000 y, de acuerdo con el contexto de cada país, oscila entre 1 y más de 200 por cada 1,000 (Naciones Unidas, 2022). Existe un descenso en las cifras desde 1990, esto se refleja en la disminución de las tasas de mortalidad materna de las jóvenes de 15 a 19 años. Para seguir en el trabajo de acceso a universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, así como en la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales, las Naciones Unidas consideran esta prioridad como una de las metas específicas del Objetivo de Desarrollo Sostenible relacionado con la salud.

En México, la Encuesta Nacional de Salud del año 2000 reportó que el 55.7% de las mujeres adolescentes que mencionaron haber iniciado actividad sexual estuvieron embarazadas al menos una vez entre el inicio de su vida sexual y el momento de contestar la encuesta. En esta encuesta, el embarazo en las adolescentes se asoció significativamente con un nivel bajo de escolaridad, con un inicio de vida sexual a edades tempranas y con el hecho de haber estado

alguna vez unidas en una relación de pareja (González-Garza et al., 2005). Por su parte, García et al. (2008) menciona otros aspectos que suman vulnerabilidad a un embarazo adolescente, como la precaria situación económica y social, tardío control prenatal, parto pretérmino y crecimiento materno incompleto, lo que ocasiona desproporción céfalo-pélvica.

De acuerdo con un análisis de datos del 2009, las tasas de aborto en México por edades específicas muestran un patrón en forma de *jota* (J) invertida. La tasa nacional de aborto fue de 44 por cada 1,000 mujeres de 15-19 años, a 55 por cada 1,000 mujeres de 20-24 años y, a partir de ahí, disminuyó consistentemente con el incremento de la edad, llegando a su punto más bajo en el grupo de las mujeres de 40-44 años, que presentó una tasa de 15 por cada 1,000 (Juárez y Singh, 2013).

Otras diferencias encontradas en cuanto a la edad son la morbilidad durante el embarazo es más frecuente en mujeres adultas, los hijos de mujeres adolescentes pueden presentar mayor frecuencia de complicaciones perinatales como la asfixia y el trauma al nacimiento e incluso el riesgo de vida es mayor en hijos de mujeres adolescentes (García et al, 2008).

Interrupción del Embarazo en México

En cuanto a números y conteos oficiales, es claro que existe un subregistro de los embarazos que terminan en una interrupción espontánea o voluntaria. Se ha llegado a mencionar, de acuerdo con el conocimiento científico en genética y embriología humanas, que en la primera fase del embarazo se registra que una proporción no mayor al 20% de los cigotos se desarrolla para dar lugar a un feto viable que pudiera llegar a ser un nacido vivo. De acuerdo con las declaraciones del Colegio de Bioética, los cigotos tienen muy diferentes destinos: generar tejidos amorfos, embarazos anembrionicos, cigotos caóticos, tumores benignos y malignos, tejido embrionario con deficiencias orgánicas tan severas que producen fetos anencefálicos y ausencia de otros órganos. Adicionalmente, cada año tienen lugar más de 4

millones de abortos ilegales en Latinoamérica, en donde las mujeres más pobres arriesgan su salud y su vida con procedimientos inseguros para abortar (Piekarewicz, 2015).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2019), la muerte fetal es un evento poco frecuente. Durante el 2019, en México se registraron 23,868 muertes fetales, lo cual representó una tasa de 1.89 por cada 10,000 habitantes, cifra que se ha vuelto más exacta dadas las innovaciones en la recolección de información a nivel nacional. De estos fallecimientos, el 83.4% ocurrió antes del parto, 15.4% durante el parto y 1.2% no fue especificado. Las mujeres de 25 años de edad (5.2%) presentaron la mayor frecuencia de embarazos con complicaciones que terminaron en muerte del producto. De las muertes mencionadas, el 39.3% fue de muertes fetales tardías (de 28 a más semanas de gestación), seguidas de las intermedias (de 20 a 27 semanas), con un 35.3%, y finalizando con las precoces (25.3%, de 12 a 19 semanas). El 69.3% de mujeres que durante 2019 tuvo un embarazo que terminó con la muerte del producto dijo no trabajar remuneradamente, mientras que el 26.2% sí lo hacía, y el 4.5% no lo especificó. En cuanto al estado civil de las mujeres, se reportó que 51.2% estaba en unión libre, 29.2% casadas y 14.1% solteras.

Las principales causas de muerte fetal son: afectaciones que tuvo el feto por factores maternos y por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y del parto, otros trastornos originados en el periodo perinatal, trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal, trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del periodo perinatal; malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; otras causas especificadas en el periodo perinatal. Entre las interrupciones del embarazo que corresponden a los casos en los que la edad gestacional del feto es inferior a las 22 semanas, el aborto espontáneo es el más común, con 7,561 casos (87.2%; INEGI, 2019).

En México se ha documentado que, en 2009, poco más de la mitad de los embarazos no planificados se resuelven con la interrupción voluntaria. La tasa estimada es de 38 abortos

por cada 1,000 mujeres, lo que equivale a 1,026,000 abortos en mujeres en edades de 15-44 al año, aunque la tasa más elevada se observa en mujeres de 20 a 24 años (Marván et al., 2018; Juárez y Singh, 2013). Juárez et al. (2013) señala que aproximadamente la mitad del total de embarazos no planeados en el país se resuelve mediante aborto inducido o voluntario.

Yanikkerem et al. (2012) define el embarazo no planeado como aquel que ocurre antes del tiempo deseado o cuando no se desean más hijos al momento de la concepción; se estima que cada año existen aproximadamente 87 millones de embarazos no planificados en el mundo. Son embarazos que, al llegar a término, se asocian con bajo peso al nacer, abuso infantil, negligencia infantil, problemas de comportamiento, exposición al tabaco o drogas ilícitas, falta de suplementación adecuada, como el ácido fólico; problemas en el embarazo, intentos previos de interrupción inducida y depresión durante el embarazo y en el postparto.

Así, la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es un proceso por elección de la mujer gestante. La interrupción voluntaria puede ser legal o no, esto depende de las regulaciones sanitarias del lugar en donde la mujer se encuentre para realizarlo. La interrupción legal del embarazo (ILE) se refiere al aborto voluntario que se realiza en un tiempo menor a las doce semanas de gestación. Medida despenalizada desde el año 2007 en la Ciudad de México y en otras entidades del país (INMUJERES, s.f.).

En México existe un debate que contrapone los derechos adquiridos desde el momento de la concepción frente a los derechos que una mujer tiene a decidir sobre la interrupción del embarazo y las consecuencias en su vida futura; por esta razón, cada entidad federativa regula su propio Código Penal, lo que deriva en que existan estados en los que la interrupción legal sólo está permitida bajo algunas causales o circunstancias. De las 32 entidades federativas de la República Mexicana, en 29 se establece como causal de exclusión penal que el aborto sea resultado de una conducta imprudencial; en 23 es exclusión penal cuando existe peligro de muerte para la mujer; en 15 cuando el embarazo implica un riesgo para la salud de la mujer

gestante; en 16 cuando el producto de la gestación presenta alteraciones congénitas/genéticas incompatibles con la vida, lo que repercutiría en la calidad de vida no sólo del nacido, sino de la familia completa; en 15 cuando el embarazo es derivado de una práctica de inseminación artificial no consentida; y en 2 cuando no hay condiciones económicas para continuar una gestación (GIRE, 2018).

En la ILE aún queda mucho camino por recorrer en el país, ya que, a las limitaciones de la educación sexual y de los derechos sexuales y reproductivos, se suma la precariedad de las condiciones sanitarias, médicas y culturales que rodean a la interrupción del embarazo en niñas, adolescentes, mujeres indígenas, mujeres migrantes y demás mujeres (INMUJERES, s.f.).

De acuerdo con los datos de la Sistema de Información de Interrupción Legal del Embarazo de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (INMUJERES, s.f.), de abril de 2007 a julio de 2019, 214,165 mujeres acudieron a realizarse interrupciones legales del embarazo. De estas, 149,074 fueron practicadas a capitalinas, es decir, habitantes de la Ciudad de México; 56,774 a mujeres provenientes del Estado de México; 1,336 a mujeres originarias de Puebla y de otras entidades federativas, como Hidalgo, Querétaro, Veracruz, Jalisco y Michoacán. El procedimiento se aplicó también a un total de 63 mujeres extranjeras.

Capítulo 2: Duelo Perinatal

El Proceso de Experiencia del Duelo

El proceso de vida incluye el proceso de muerte, así como la experiencia de la presencia, de tener o poseer, incluye la experiencia de la ausencia, el no tener y la pérdida. Con la muerte de una persona no sólo se extingue su presencia física y signos vitales biológicos, también se va la posibilidad de seguir construyendo un futuro y la creación de experiencias nuevas compartidas; al perder a una persona se pierde la relación con ella tal y como la conocíamos al momento de su partida para dar paso a una relación basada en el recuerdo y la nostalgia.

La relación con el otro incluye no sólo la convivencia o los recuerdos creados, la experiencia tangible, también se incluyen las expectativas de aquello que pudo haber sido y no fue, además de darnos una muestra de la capacidad de la experiencia vital de poder tener cambios dramáticos, por ejemplo, la noticia de un embarazo no deseado, en donde se corre el peligro de perder la vida independiente y se vive la exigencia de renunciar a un proyecto personal y escolar (Rangel-Flores y Jiménez-Arroyo, 2021), o el anuncio de un aborto espontáneo de un embarazo deseado, en donde se van las ilusiones de la llegada de un nuevo ser o miembro a una familia.

El duelo se ha definido como la respuesta sistémica y los sentimientos relacionados con la pérdida, que constituye el proceso de asimilación de los cambios devenidos por la pérdida, y que es necesario para superarla (Mejías et al., 2012). Ante la pérdida, el duelo como proceso intenta organizar los aspectos emocionales, prácticos y de integración de la ausencia de aquello o de aquella persona en la vida de la persona doliente.

Dentro de las propuestas teóricas que han intentado generar modelos del proceso de duelo se pueden encontrar especialmente las que lo muestran como un proceso en fases. En la

Tabla 1 se pueden observar diferentes modelos conceptuales propuestos por diferentes autores, se retoma de la propuesta de Payás (2016) sobre las tareas para el trabajo con el duelo desde una perspectiva de psicoterapia con modelo integrativo-relacional.

Tabla 1

Distintos modelos conceptuales de fases según sus autores. Recuperado de (Payás, 2016).

Autor/a y año de propuesta del modelo	Propuesta de etapas del duelo			
J. Bowlby, 1986	Aturdimiento	Añoranza y búsqueda	Desesperanza y desorganización	Reorganización
C. Parkes, 1972	Aturdimiento	Añorar y retener	Depresión	Recuperación
E. Kübler-Ross, 1969	Negación	Ira/Negociación	Depresión	Aceptación
M. Horowitz, 1986	Protesta	Negación y aturdimiento	Trabajo de duelo	Completar
W. Worden, 1997	Aceptar la realidad de la pérdida	Experimentar el dolor del duelo	Ajustarse a un ambiente donde el fallecido no está	Recolocar al fallecido emocionalmente

Estos modelos enfatizan las fases, aunque también reconocen que no es un proceso lineal, rígido o predecible en secuencia. Refieren estas fases como posibles estadios en los que se puede encontrar una persona, incluso pueden transitar las emociones, pensamientos y conductas de dos o más fases de manera difusa y mezclada.

Pasar por una pérdida y por el proceso de duelo suele acompañarse de emociones intensas que los autores han intentado describir en fases como lo hemos visto en los párrafos anteriores. Si bien algunas de estas emociones no son agradables, hay quienes consideran que, luego de pasar por el proceso desagradable, suele desencadenarse un proceso de bienestar y aprendizaje. Tedeschi y Calhoun (2006, en Payás, 2016) llaman a este proceso “crecimiento postraumático”, que se describe como un cambio positivo que lleva a las personas a vivir una

situación mejor en comparación con la en que se encontraba antes de la pérdida. Los autores describen tres categorías de crecimiento postraumático: cambios en uno mismo, cambios en las relaciones interpersonales y cambios en la espiritualidad y en la filosofía de vida.

Por su parte, Neimeyer (2002) propone un modelo que considera que el duelo no tiene necesariamente que acabar con una “recuperación”. Cuestiona a los modelos de fases que son tan difundidos por su simplicidad. Su propuesta incluye, más que un análisis o trabajo desde los componentes emocionales, elementos de las conductas y significados. Mientras que los modelos de fases son vistos desde los procesos individuales, este autor propone verlos desde un contexto relacional, por lo que plantea un modelo desde las teorías constructivistas y narrativas de la reconstrucción de significados luego de la pérdida.

El modelo de Neimeyer (2002) considera que no hay una forma universal de vivir el proceso de duelo, que la forma en la que las personas participan en el duelo no es pasiva, sino activa de acuerdo con su sistema de creencias, y esto lleva a considerar de una manera sensible las diversas formas en las que las personas significan el duelo y la forma en la que estos significados tienen influencia en las conductas, emociones y síntomas somáticos tras la pérdida. Esta propuesta invita a considerar que la persona y sus relaciones quedan transformadas luego de la pérdida y no que “regresan” a un estado previo que pueda marcar un estadio de “recuperación”. Desde este modelo, los significados son construcciones que, más allá de ser “reales y objetivas”, son “útiles o no prácticas”; para cumplir con estos criterios se considera su utilidad práctica, coherencia interna, validez consensuada con otros hechos significativos que construyen narrativas de vida.

Desde la mirada del constructivismo que privilegia el análisis de los significados, Neimeyer (2002) menciona seis proposiciones sobre el duelo: 1) la muerte como acontecimiento puede validar o invalidar las construcciones que orientan nuestras vidas o

pueden construir una nueva experiencia a la que no podamos aplicar ninguna de nuestras construcciones, 2) el duelo es un proceso personal caracterizado por la idiosincrasia, intimidad e inextricabilidad de nuestra identidad, 3) el duelo es algo que nosotros mismos hacemos, no algo que se nos ha hecho, 4) el duelo nos da la oportunidad de reafirmar o reconstruir un mundo personal de significados que ha sido cuestionado por la pérdida, 5) cada sentimiento cumple una función y debe entenderse como un indicador de los resultados de los esfuerzos que hacemos para elaborar nuestro mundo de significados tras el cuestionamiento de nuestras construcciones y 6) construimos y reconstruimos nuestras identidades como supervivientes a la pérdida negociando con los demás.

Duelos Desautorizados o Ambiguos

La valoración de la pérdida o la muerte está mediada por la presencia o ausencia de una relación de apoyo con otro ser humano. Si la persona vive el duelo de manera solitaria, las posibilidades de que la experiencia sea almacenada de forma fragmentada son mucho mayores. La ausencia de contacto en el momento del trauma o en el tiempo posterior a la pérdida provoca una incapacidad emocional y mental en la persona que vive la experiencia, ya que no puede elaborar un relato de lo sucedido que le permita tener significados amplios que contribuyan en la elaboración de la historia que le sea benéfica (Payás, 2016).

De acuerdo con Payás (2016), el “duelo desautorizado” se refiere a la dimensión interpersonal o aspecto social y se aplica a los duelos que no han tenido espacio de ser socialmente reconocidos ni públicamente expresados por la falta de apoyo del entorno. Los duelos desautorizados pueden correr el riesgo de convertirse en duelos complicados por los sentimientos de culpa, vergüenza, inadecuación, falta de apoyo social y rituales que brinden una elaboración de significados congruentes con los significados y valores de las personas.

Doka (1989, en Payás, 2016) reconoce cuatro categorías de duelo desautorizado: 1) la relación no es reconocida (amistades o compañeros de trabajo), 2) la pérdida no es reconocida (animales de compañía), 3) cuando el doliente es excluido (niños, personas con discapacidad y personas de la tercera edad) y 4) por las circunstancias particulares de la muerte (suicidio u homicidio). La pérdida perinatal es considerada como un duelo desautorizado por ser una pérdida no reconocida ante la sociedad dado el poco o nulo tiempo que se visibilizó la existencia del ser entre la sociedad.

Adicional al riesgo de que un duelo desautorizado se convierta en un duelo complicado, existe la descripción de otro proceso llamado *trauma acumulativo*, que es el resultado del fracaso en el papel o rol del entorno social y familiar como escudo protector en la transición del duelo. Este proceso puede ser visto como nuevas pérdidas, dado que son duelos por las expectativas puestas en el apoyo social y reiteradas faltas de empatía. Jordan y Neimeyer (2003, en Payás, 2016) señalan que el trauma acumulativo se produce luego de la invalidación, desautorización, minimización, descalificación, rechazo, impaciencia o desinterés.

Más adelante se verá que el proceso de duelo en el tema de interrupción de embarazo contiene una ambivalencia, puesto que el ser que muere quizá aún no es considerado por el resto de las personas como un ser completo y entonces no sólo hay ambivalencia respecto a qué o quién muere: el producto de la fecundación o las expectativas puestas en la vida que se estaba gestando. Esta característica lo puede convertir en una pérdida ambigua (Boss, 1999).

Experiencia del Duelo Perinatal

En 2019, se presentaron 23,615 muertes fetales, lo que equivale a 1 por cada 125 nacidos vivos de acuerdo con el Sistema de Información de la Secretaría de Salud (Zamora, 2021).

El duelo por la muerte de un hijo es uno de los procesos más dolorosos en el ciclo vital no sólo de las personas de manera individual, sino también de la pareja (Oliva y González-Andrade, 2019). Este evento deja una oquedad emocional, un dolor que es particular y especial por ser de las pérdidas menos esperadas (Castro y García, 2017) y con las que más estrés emocional puede experimentar una mujer, pareja o familia.

Aunque el grado de parentesco no es indicador de la intensidad de la pérdida, los seres humanos depositan gran parte de sus esfuerzos, expectativas, esperanzas e ilusiones en su trascendencia, especialmente en los hijos. Los hijos suelen representar los sueños, proyecciones, representan el futuro y una forma de continuidad de los padres. En la cultura latina, la muerte de un hijo se considera más dolorosa cuanto más joven era quien falleció. En la muerte cercana al nacimiento, las madres suelen manifestar culpabilidad basada en las prácticas sexuales en el embarazo, alimentación insuficiente y trabajo prolongado e intenso durante el embarazo. Por su lado, los padres suelen sentir culpa relacionada con el abandono a su pareja, falta de atención a las necesidades de ésta, causas genéticas, o la sensación de “haber hecho algo mal” (Montoya, 2017).

El duelo perinatal es ocurre tras la muerte en el periodo perinatal; este concepto se ha extendido a eventos como el aborto, parto de fetos inmaduros, muerte cercana al nacimiento y a las reacciones de tener un hijo con anomalías congénitas (Murray, Terry, Vance, Battistutta, Connolly, 2000). La pérdida perinatal también se conceptualiza como la pérdida ocurrida en cualquier momento de la gestación y hasta el primer mes de vida del recién nacido y la cesión de un niño en adopción (Fenstermacher y Hupcey, 2013).

Tras el diagnóstico, los padres pueden experimentar una serie de emociones, tales como incredulidad, llanto, negación y dificultad para procesar la información (SEGO, 2011, en

Pastor, 2013). Conocer las causas del óbito ayuda a las personas a procesar su duelo y permite que el personal de salud asesore para el siguiente embarazo (Lemionet, 2021).

Zamora (2021) reconoce que los principios del cuidado en el manejo del duelo perinatal son: duelo individualizado, reconocer paternidad, apoyo emocional y práctico continuo, adecuada comunicación, reconocer dolor el dolor individual y de los padres y familiares; intervención de algún profesional de la salud capacitado en la atención del duelo que permita el acercamiento de los padres a acciones que les sirvan en la elaboración del duelo, compartir la toma de decisiones; entierro, cremación y funeral; profesional de la salud con acceso a cuidados personales. Este autor invita a un cambio de actitud por parte del personal de salud. La calidad de atención en la muerte fetal refleja la calidad de atención a la salud de un país.

Los procesos de pérdida perinatal y duelo ambiguo son dolorosos e invisibilizados para los padres que han pasado por ellos, pueden llegar a ser “desacreditados” o vistos como “duelos de poca importancia” (Montoya, 2017). Las personas contamos con la potencialidad de la capacidad reproductiva y socialmente se espera que se ejerza a partir de la procreación. Cuando esto no se cumple, la pareja puede llegar a experimentar presión y dolor cuando lo que pudo ser no pasó. La pérdida invisibilizada genera un manejo del duelo desautorizado (Martos-López et al., 2016) porque los rituales y formas de sobrellevarlo no cuentan con la pérdida tangible, por ejemplo, en el caso del aborto espontáneo durante las primeras semanas de embarazo.

El aborto espontáneo es una pérdida que no es reconocida ni validada socialmente ni expresada por la persona de forma abierta ni apoyada por el entorno. Este duelo se ve envuelto en un clima de soledad debido a la falta de apoyo por el entorno familiar, social y sanitario (Martos-López et al., 2016). Los padres perciben el aborto espontáneo y la muerte fetal intrauterina como una pérdida real, pues no son las semanas de gestación lo que transforma al feto en hijo, sino el vínculo que han creado. Las mujeres tienen manifestaciones como cólera,

culpa, sensación de vacío interior, añoranza, autocrítica, ambivalencia ante un nuevo embarazo, evitación social y duelo socialmente desautorizado dados los mensajes de invalidación de su dolor no sólo por parte de la sociedad, sino también de profesionales sanitarios (Pastor, 2016).

López (2011) recupera reflexiones desde la experiencia clínica con el duelo perinatal y menciona que, tras la pérdida perinatal, la persona en duelo experimenta *shock* e insensibilidad, aturdimiento y dificultades para funcionar con normalidad. Siente añoranza y tiene conductas de búsqueda con irritabilidad, labilidad, debilidad y sentimientos de culpa. Las madres que se enfrentan al aborto espontáneo pueden reaccionar reprochándose, echando la culpa a otros, considerándolo como voluntad divina o evitando pensar en ello. Los sentimientos de vergüenza por el “fracaso” como dadoras de vida se combinan con las ideas sobre cómo pudo haber sido el futuro teniendo al hijo en sus brazos (Montoya, 2017). Aparece posteriormente la desorientación y desorganización de la vida cotidiana, con sensación de vacío y desamparo, temen enfermar y deprimirse. Estas emociones se reafirman cuando otras personas les cuestionan que no lo hayan “superado”, pues “hay que seguir adelante” y tener otro hijo (López, 2011).

Sin embargo, es importante remarcar que la vivencia del duelo está atravesada en sus significados por las expectativas y formas en las que se espera que se elabore el duelo de acuerdo con el género. Neimeyer (2002) coloca la reflexión en las formas masculinas y femeninas de transitar el duelo dada la diferenciación que construye en la sociedad dados los roles de género atribuidos. En esta diferencia de formas resalta que una de las conductas más afectadas en la pareja es la vida sexual. Los significados atribuidos a las formas de duelo por género ayudan a entender que la pareja pueda encontrar distancia en su relación por las reacciones divergentes ante la pérdida. Una expresión masculina como enfocarse en otras

actividades o buscar la resolución práctica del duelo es divergente con la forma femenina de un afrontamiento desde la emoción.

Estas diferencias generaban significados diferentes a la relación sexual. Mientras algunas personas consideran que las relaciones sexuales son una forma de conexión física y emocional que les ayuda a sentirse acompañadas en el duelo, otras personas las ven como algo placentero incompatible con el duelo, como un acto egoísta e intrusivo, y otras más piensan que representan “otra oportunidad” para tener hijos o para reafirmar la relación y una toma de contacto con la vida (Neimeyer, 2002).

La experiencia de duelo lleva a los padres a una revisión profunda de sus creencias, valores y significados personales, invitándolos de esta manera a una reinención de sí mismos desde un sentir de mayor madurez para enfrentar la vida, lo que se refleja en un mayor sentido de responsabilidad, cambios en las relaciones con los demás, en la capacidad de aprovechar y disfrutar la vida (Melo, 2020). Finalmente, se produce una reorganización en la que, sin olvidar la pérdida, se rehace la vida y se recupera la capacidad de disfrutar (López, 2011) como parte del proceso de aceptación. Es útil acompañar estos procesos de duelo con información; crear una cultura del duelo perinatal siendo francos con lo que se siente, dar testimonio, conocer el problema (dado que es más común de lo que se cree) y realizar rituales que permitan la despedida (Montoya, 2017).

La experiencia de duelo perinatal repercute o tiene implicancias en la vivencia de los padres ante un nuevo embarazo, reporta significados relacionados con la preocupación y el miedo de que las cosas vuelvan a fallar, por un lado pero, por otro, con un impulso que lleva y conecta con la vida, que se relaciona con la necesidad de estar bien y recuperarse para darle lo mejor a quien está por nacer, lo que evidencia la dualidad de abrirse y salir del dolor que forma parte del proceso de duelo (Melo, 2020).

Capítulo 3: Apoyo Social

Los vínculos afectivos y sociales con los que cuenta una persona son herramientas básicas de afrontamiento ante situaciones de la vida, especialmente las problemáticas o aquellas que requieren un ajuste por los cambios en las pautas de interacción que vivimos a través del ciclo vital.

Sluzki (1998) menciona que cada persona cuenta con un *universo relacional* que se conforma a partir de los contextos culturales y subculturales en donde está inmersa. A su vez, en este universo se puede encontrar la *red social personal*, que es definida por la suma de aquellas relaciones significativas y diferenciadas de la masa anónima de la sociedad; esta definición de significado, por supuesto, está tejida por la persona a partir de la experiencia y constituye una de las claves centrales de la identidad, bienestar, competencia y protagonismo que le adapta ante las crisis.

La red social personal se construye a partir de las interacciones de una persona con otras personas o grupos como: la familia, amistades, relaciones laborales, escolares, comunitarias, de servicio o incluso de credo. Sluzki (1998) propone mapear estas relaciones en tres áreas: relaciones íntimas, relaciones interpersonales con menor grado de compromiso, y la de conocidos o relaciones ocasionales. Esta red tiene funciones de compañía social, apoyo emocional, consejería, regulación social, ayuda material o de servicio y, finalmente, acceso a nuevos contactos.

El apoyo social generalmente es otorgado a partir de la comunicación de un problema o situación con las personas cercanas, como la pareja, familia, amigos e incluso con instituciones. Bute et al. (2019) reflexiona acerca de las reglas que imperan en el individuo, la pareja y la sociedad para guardar silencio ante el aborto espontáneo. Este silencio condena a las personas a vivir un duelo secreto e invalidado que para las mujeres es más permitido expresar; para los hombres es silenciado a partir de etiquetar el evento como una situación

femenina, e incluso es respaldado por la premisa y encomienda de los prestadores de servicios de salud de no comunicar el embarazo hasta después de las 12 semanas “en caso de ocurrir un aborto espontáneo”, lo que deja este duelo sin ser hablado abiertamente.

Apoyo Social y Duelo Perinatal

De acuerdo con el Modelo Holónico de la Sexualidad (Rubio-Aurioles, 1997), un evento en el holón de la reproductividad tiene efecto sistémico con el resto de los holones, como el erotismo, el género y la vinculación afectiva. En este sentido, el evento de una irrupción en la expectativa del nacimiento implicaría la movilización de la reflexión en el papel de la mujer y del hombre en el cumplimiento de sus roles de género, especialmente en la primera; el cuestionamiento al respecto de cuándo y cómo volver a experimentar la potencialidad de lo placentero y, finalmente, ubicar las redes de apoyo que otorgan las distintas vinculaciones afectivas individuales y de pareja de las cuales se puede echar mano para afrontar tanto emocional como instrumentalmente este duelo que suele ser desautorizado.

En el mismo sentido de las implicaciones sistémicas, Mota, et al. (2011) encontraron que las mujeres con niveles socioeconómicos más bajos solían mostrar mayor sintomatología depresiva y mayor dificultad para aceptar la pérdida, lo cual podría tener relación con que el ser madres es una forma fundamental de realización del proyecto de vida dadas las limitaciones de desarrollo en otras áreas; la maternidad, en ese sentido, brinda un motivo para la valoración como mujer-madre y persona dentro de una sociedad. Además, en el estudio de validación de la Escala de Duelo Perinatal, encontraron una dimensión adicional, “Culpa”, que sugiere una relación entre la capacidad que la mujer cree tener de poder tener un hijo sano y a término y las expectativas sociales, las cuales pueden colocar en la mujer una falla al no poder ser madre. En las mujeres mexicanas ser madre representa especialmente su realización personal y social.

Larivière-Bastien et al. (2019) encontraron que el aborto espontáneo suele recibir menor atención en los servicios de salud, lo identificaron a partir de deficiencias de

capacitación en el personal médico en tres momentos en particular: el anuncio de la interrupción, el proceso del aborto espontáneo y el alta del servicio de urgencias. Dicha falta de información exacerba la naturaleza difícil de este evento para quienes lo viven, lo que hace necesaria la capacitación del personal médico para brindar este tipo de noticias a la madre, pareja o familia (Oliva y González-Andrade, 2019).

El apoyo recibido por la pareja es un elemento que interviene en el proceso de elaboración del duelo por pérdida perinatal. Ridaura (2015) encontró que un pobre ajuste marital está relacionado con puntuaciones más altas de duelo perinatal y síntomas depresivos. Por su parte, DeMontigny et al. (2020) mencionan que la calidad de la relación de pareja y la satisfacción con la atención de la salud son factores de protección ante la depresión, la ansiedad y el duelo perinatal.

Kirkley-Best y Kellneren (1982, en Aranda et al., 2019) fundamentaron la importancia de que los padres pudieran ver a su hijo, ponerle nombre, acudir a grupos de apoyo e incluso interactuar con él con el fin de promover el proceso de duelo. Por su parte, Santiago (2019), en su propuesta de protocolo de atención ante el duelo perinatal para la resolución de la aflicción y en el afrontamiento de los problemas asociados, propone ahondar en el apoyo social que puede ser brindado por el equipo de enfermería como un primer punto de apoyo y contención ante el evento.

Bautista-Balbás et al. (2017) mencionan que el apoyo social y familiar es el factor más importante en el proceso de afrontamiento ante un aborto espontáneo; no así la pareja, quien puede llegar a aislarse o no tener la misma reacción emocional que la mujer. La familia permea el sentir de la mujer en dos direcciones: como apoyo o como una carga emocional adicional dadas las expectativas colocadas en el embarazo que no llegó a término. Ellas incluyen a las matronas como parte de este grupo de apoyo de los prestadores de servicios médicos en el acompañamiento respetuoso de los procesos de duelo por aborto espontáneo.

Camejo et al. (2019) preguntaron a 80 mujeres venezolanas que llegaron al servicio de ginecología y obstetricia con diagnóstico de aborto incompleto sobre sus estados emocionales y el apoyo con el que contaban en ese momento. El 61.3% manifestó algún trastorno clínico, la depresión fue el más frecuente, con un 35%, seguido de la ansiedad, con un 31.3%; de la misma forma, identificaron que el 56.5% tenía una relación sentimental inestable, el 52.9% tenía ausencia de apoyo de la pareja, el 69.2% no contaba con el apoyo de su familia, 17.5% tenía antecedentes de aborto y el 76.3% no había planificado el embarazo. Estos autores sugieren vigilar la evolución de las pacientes durante el embarazo en estos temas que son relevantes para la salud mental.

Hiefner (2020) propone un análisis desde la perspectiva feminista del apoyo social ante el aborto espontáneo. Si bien el aborto espontáneo es un evento en el que se mantiene el secreto ante las demandas y reglas sociales con clara distinción en el género ante la familia y la sociedad, también se visibiliza que los proveedores de salud se ven limitados en tiempo y con la sensibilidad de la compasión agotada; lo cual invita a los terapeutas familiares a involucrarse en el acompañamiento del duelo con una visión sistémica que pueda aportar esfuerzos para ayudar a las personas a superar este duelo.

Capítulo 4: Metodología

Planteamiento del Problema

Justificación

La elaboración del duelo perinatal contiene o se relaciona con el apoyo social como factor de influencia en la presencia o ausencia de patología psiquiátrica (Camejo et al., 2019) y en la capacidad de resiliencia (Castro y García, 2017), en donde se incluye el apoyo y acompañamiento por parte de la familia (Bautista-Balbás et al., 2017), de la pareja (DeMontigny et al., 2020), de los médicos (Larivière-Bastien et al. 2019; Oliva y González-Andrade, 2019), enfermeras (Santiago, 2019) y matronas (Bautista-Balbás et al., 2017).

Estas indagaciones son relevantes, pero aún no son lo suficientemente específicas sobre las formas en que el apoyo social sea otorgado de manera tal que aporte bienestar y sostén en el manejo del duelo ante la pérdida. Así mismo, la investigación se ha enfocado en mujeres adolescentes y adultas, lo cual invita a conocer la vivencia cuando se trata de un embarazo planeado y deseado, así como la decisión o no de la interrupción de la gestación.

La terapia familiar tiene un peso importante en tanto que, además de trabajar en el acompañamiento del duelo y el acomodo de la vivencia en la familia, su mirada sistémica aporta conocimientos, visiones y saberes en cuanto a la importancia de los factores sociales, culturales, políticos y económicos en los que las familias experimentan tanto la llegada o pérdida de un nuevo integrante al núcleo familiar y sus respectivas funciones asignadas socialmente para la sobrevivencia, socialización, desarrollo y crecimiento de un nuevo ser humano que se integra a una comunidad más amplia. En el ámbito clínico se ve y reconoce el dolor por la pérdida sea cual sea el contexto.

En este sentido, la literatura (Valenzuela et al., 2020) reconoce la importancia de la atención de servicios de salud no sólo enfocada en la mujer y la pareja ante un evento de interrupción no voluntaria del embarazo; y también la capacitación a los profesionales de la

salud para implementar estrategias en pro del bienestar, invitación al cuidado e integración de la experiencia en las familias; pero queda pendiente el trabajo en torno a lo que sucede ante una interrupción voluntaria.

Walsh (2016) sostiene que los legados de experiencias traumáticas del pasado decodifican guiones familiares que a menudo no son conscientes, lo que moldea los significados y comportamientos de la familia cuando enfrentan crisis y estallan en síntomas dolorosos o comportamientos destructivos. Como terapeutas familiares, desde la entrevista y la elaboración del genograma (McGoldrick, 1985) podemos contribuir o no en la visibilización de aquellos miembros que formaron parte de la familia y ahora forman parte de la historia de la misma, entonces se evitaría la repetición de patrones, como la recurrencia de los embarazos no deseados (que se convierten en patrones a explorar) en etapas adolescentes, apostando a que la resiliencia propia de la familia integrará la información a la comprensión de su legado y significados que abrazan esas experiencias del pasado para ser integradas en su presente y que contribuyan a construir un futuro de bienestar desde una mirada sistémica que considere los aspectos relacionales y estructurales que contribuyen en dicha repetición de los patrones.

Pregunta de Investigación

¿Existen diferencias significativas en los factores del duelo perinatal y apoyo social ante la pérdida del embarazo voluntaria y no voluntaria en mujeres adolescentes y adultas que han tenido un embarazo deseado y no deseado?

Objetivo General

Identificar las diferencias significativas en los factores del duelo perinatal y apoyo social ante una pérdida del embarazo voluntaria y no voluntaria en mujeres adolescentes y adultas que han tenido un embarazo deseado y no deseado.

Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de duelo perinatal de mujeres adolescentes y adultas que han tenido una interrupción del embarazo.
- Comparar los factores del duelo perinatal entre mujeres adolescentes y adultas que han tenido una interrupción del embarazo.
- Comparar los factores del apoyo social entre mujeres adolescentes y adultas que han tenido una interrupción del embarazo.
- Comparar los factores del duelo perinatal en mujeres adolescentes y adultas cuyos embarazos fueron o no deseados.
- Comparar los factores del apoyo social en mujeres adolescentes y adultas entre quienes el embarazo era deseado o no deseado.
- Comparar los factores del duelo perinatal en mujeres adolescentes y adultas entre quienes la interrupción del embarazo fue voluntaria y para quienes fue no voluntaria.
- Comparar los factores del apoyo social en mujeres adolescentes y adultas entre quienes la interrupción del embarazo fue voluntaria y para quienes fue voluntaria.
- Identificar la relación entre los factores del apoyo social y del duelo perinatal en mujeres adolescentes y adultas que han pasado por una interrupción del embarazo.

Tipo y Diseño de Investigación

Investigación cuantitativa transversal con muestra por conveniencia.

Hipótesis

Hipótesis Conceptual

El apoyo recibido por la pareja es un elemento que interviene en el proceso de elaboración del duelo por pérdida perinatal. Ridaura (2015) mencionó que el ajuste marital poco desarrollado se relaciona con mayor malestar en el duelo perinatal. Por su parte, DeMontigny et al. (2020) mencionan que la calidad de la relación de pareja y la satisfacción con la atención de la salud son factores de protección ante el duelo perinatal. Bautista-Balbás et al. (2017) mencionan que el apoyo social y familiar es el factor más importante en el proceso de afrontamiento ante un aborto espontáneo; no así la pareja, quien puede llegar a aislarse o no tener la misma reacción emocional que la mujer. La interrupción voluntaria del embarazo suele ser un evento acompañado de estigma, por lo cual es relevante indagar quiénes son las personas que dan apoyo social. La familia en ambos casos tiene influencia en dos direcciones: como apoyo o como una carga emocional adicional dadas las expectativas sobre la maternidad hacia la mujer.

Hipótesis de Trabajo

Los elementos del apoyo social predicen de manera estadísticamente significativa los factores del duelo perinatal en mujeres adolescentes y adultas que han tenido una interrupción del embarazo; en donde el apoyo emocional, compañerismo, validación y práctico / instrumental predecirán los puntajes de depresión, culpa, duelo activo y aceptación del duelo perinatal en razón de que, a mayor apoyo social, menor será el duelo presentado por las participantes.

Hipótesis Estadísticas

Ho: No existe diferencia estadísticamente significativa en los factores del duelo perinatal entre mujeres adolescentes y adultas que han tenido una interrupción del embarazo.

Ho: No existe diferencia estadísticamente significativa en los factores del apoyo social entre mujeres adolescentes y adultas que han tenido una interrupción del embarazo.

Ho: No existe diferencia estadísticamente significativa en los factores del duelo perinatal en mujeres adolescentes y adultas en quienes el embarazo era deseado y en quienes no.

Ho: No existe diferencia estadísticamente significativa en los factores del apoyo social en mujeres adolescentes y adultas entre quienes el embarazo era deseado y para quienes no.

Ho: No existe diferencia estadísticamente significativa en los factores del duelo perinatal en mujeres adolescentes y adultas entre quienes la interrupción del embarazo fue voluntaria y para quienes fue no voluntaria.

Ho: No existe diferencia estadísticamente significativa en los factores del apoyo social en mujeres adolescentes y adultas entre quienes la interrupción del embarazo fue voluntaria y para quienes fue no voluntaria.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre los factores del apoyo social y del duelo perinatal en mujeres adolescentes y adultas que han pasado por una interrupción del embarazo.

Variables

Las variables continuas consideradas en el presente estudio son los tipos de apoyo social y el duelo perinatal; las variables categóricas son el tiempo que ha pasado desde la vivencia de interrupción del embarazo, la planeación y deseo del embarazo en la vivencia de una interrupción del embarazo. Especialmente, se preguntó quienes consideraban que son fuente de ese apoyo social.

El apoyo social se ha definido como la existencia o la disponibilidad de personas en las que se puede confiar, personas que le dejan saber a un individuo que es valorado, amado y que se preocupan por él (Sarazon, Levine, Basham y Sarason, 1983 en García-Torres et al., 2017).

El duelo perinatal es un evento traumático que desequilibra el estado emocional y que tiene repercusiones psicosociales importantes para las parejas que lo experimentan (Schwab, 1996 en Mota et al., 2016).

El nivel de duelo perinatal para el presente estudio se considerará a partir del puntaje obtenido por los factores de depresión, culpa, duelo activo y aceptación de la escala elaborada por Mota et al. (2011), de igual manera que los tipos de apoyo social serán determinados por los puntajes obtenidos en los factores: emocional, compañerismo, validación y práctico/instrumental de la escala de García-Torres et al. (2017).

Método

Participantes

En el presente estudio se obtuvieron las respuestas por medio de un muestreo no probabilístico por conveniencia. Los criterios de inclusión fueron que se tratara de mujeres mayores de 18 años que hubieran pasado por un proceso de interrupción del embarazo ya sea espontáneo o voluntario, que tuvieran acceso a internet y que dieran su autorización explícita para participar en el estudio junto con la recolección y manejo de sus datos. Los criterios de

exclusión fueron que las mujeres no hubieran pasado por un proceso de interrupción del embarazo o no brindaran su autorización explícita de la recolección de información. Los criterios de eliminación fueron que las participantes contestaran de manera parcial las preguntas, dejaran el 50% de las preguntas sin contestar o respondieran de manera duplicada (formularios repetidos), y que fueran mayores de 45 años o menores de 18 años.

En el estudio participaron 790 mujeres con una media de edad de 24.07 años, con un rango de entre 18 y 45 años y una desviación estándar de 7.7 años. De ellas, 574 (72.7%) son adolescentes de 18 a 24 años, y 216 (27.3%) son jóvenes y adultas de entre 25 y 45 años.

El lugar de residencia de las participantes fue 51.6% de distintos estados de la República Mexicana y 46.2% de la Ciudad de México.

Respecto de su estado civil, 15.6% son casadas, 19.4% se encuentran en unión libre, 59.4% son solteras, 2% divorciadas, 2% en noviazgo y 1.2% separadas. La escolaridad de las participantes se distribuyó de la siguiente manera: 46.3% licenciatura, 5.1% maestría, 28.7% medio superior, 7.6% técnico superior universitario, 5.9% secundaria, 4.4% técnico y 0.5% doctorado. Sus ocupaciones principales son: profesionistas (14.1%), empleadas (17%), hogar (8.8%), estudiantes (44.6%), múltiples ocupaciones (6.4%), trabajadoras independientes (4.3%), desempleadas (1.1%) y jubiladas (0.2%).

Instrumentos

En esta investigación se utilizó un cuestionario exploratorio y dos instrumentos validados en población mexicana: 1. Escala de Duelo Perinatal de Mota, Calleja, Aldana, Gómez y Sánchez (2011) y 2. Escala de Apoyo Social en Adultos Mexicanos elaborada por García-Torres, García-Méndez y Rivera-Aragón (2017). De manera adicional, se incluirán algunas preguntas abiertas que indagan de quién se recibió el apoyo y qué tipo de apoyo fue, así como preguntas que abordarán áreas de la sexualidad de acuerdo con los holones de

reproductividad y erotismo (Rubio-Aurioles, 1997). Después se muestran las características de cada uno y, en el Anexo A, se incluye el formato en el que se presentó a las participantes.

Escala de Duelo Perinatal

El duelo perinatal es un evento estresante en la vida de las mujeres. Con el fin de obtener una escala confiable y válida para medir el duelo perinatal, Mota et al. (2011) validaron la *Perinatal Grief Scale* (Escala de Duelo Perinatal, EDP) en una muestra de 200 mujeres mexicanas que habían experimentado pérdidas perinatales. La escala fue traducida, retraducida, piloteada y adaptada. Esta validación se basó en la versión corta de la *Perinatal Grief Scale* (PGS) construida por Potvin, Lasker y Toedter (1989 en Mota et al., 2011), dentro del proyecto de pérdida perinatal de Leigh Valley y Pensilvania, entre los años de 1984 y 1989.

Al realizar el primer piloteo de la versión traducida del inglés al español con 15 mujeres cambiaron las opciones de respuesta originales, que eran: *totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo*. Esto sucedió debido al tipo de afirmaciones que contiene la escala y a la dificultad de la respuesta, entonces fueron sustituidas por: *definitivamente sí, probablemente sí, probablemente no y definitivamente no*; se eliminó la opción central dada la alta proporción de respuestas en ese punto. Además, se agregaron reactivos relacionados con el dolor por la pérdida y la aceptación como parte del proceso normal de duelo. La población en la que se validó fue de 200 mujeres que asistían a la clínica de riesgo pregestacional de un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México, quienes cumplían con los siguientes criterios de inclusión: haber experimentado una o más pérdidas perinatales a lo largo de su vida reproductiva, nivel de estudios mínimos de educación primaria, no estar embarazadas al momento del estudio y no contar con un diagnóstico psiquiátrico.

Luego del proceso de validación en México, se cuenta con la EDP, la cual está conformada por 27 reactivos agrupados en cuatro subescalas: duelo activo, depresión, culpa y aceptación, con valores Eigen > 1 y con cargas factoriales > .40 que explican el 59.31% de la varianza total. El índice de confiabilidad de la escala total es de 0.95. En la Tabla 2 se pueden observar dos ejemplos de reactivos por cada factor resultante.

Tabla 2

Ejemplos de reactivos de la Escala de Duelo Perinatal de Mota, et al. (2011).

Factores	Ejemplos de reactivos
Depresión	11. Intento reír, pero ya nada me parece gracioso 24. Siento que no valgo nada desde que perdí a mi bebé
Culpa	6. Me siento culpable cuando pienso en mi bebé 14. Siento que decepcioné a la gente por la pérdida de mi bebé
Duelo activo	4. Me siento vacía 10. Me lamento por la pérdida de mi bebé
Aceptación	15. Siento que estoy retomando de nuevo mi vida 34. Siento que me estoy adaptando bien a la pérdida de mi bebé

Las autoras del instrumento realizaron un análisis estadístico confirmatorio, y llegaron a la ratificación de la estructura factorial obtenida en el análisis exploratorio.

Escala de Apoyo Social

El apoyo social es un constructo del que se ha realizado más de un instrumento de medición desde las primeras aproximaciones de John Cassel y Sidney Cobb en la década de 1970. De manera particular, en México podemos encontrar las propuestas para su medición en las aportaciones de: Mosqueda, Mendoza, Jofré y Barriga (2015) con la escala de apoyo social percibido en población adolescente; fueron Frías, Díaz-Loving y Reyes-Lagunes (2011) quienes desarrollaron y validaron la Escala para Medir Apoyo Social en Adultos con Perspectiva de Apego; Domínguez, Mandujano, Quintero, Sotelo, Gaxiola y Valencia (2012) diseñaron la escala de apoyo social para cuidadores familiares de adultos mayores mexicanos

y, finalmente, se puede encontrar el planteamiento de Palomar, Matus y Victorio (2013) de la Escala de Apoyo Social (EAS) para adultos.

Dado el objetivo del presente estudio, se ha decidido utilizar el instrumento propuesto por García-Torres, García-Méndez y Rivera-Aragón (2017), este busca medir el apoyo social en adultos mexicanos (Escala de Apoyo Social, EAS), en donde se define el apoyo social como la disponibilidad de personas en las que se puede confiar, que le hacen saber a un individuo que es valorado y amado.

El instrumento se construyó iniciando con la elaboración de redes semánticas con la participación de 200 personas. A partir de esa información se elaboró una escala tipo Likert con 6 opciones de respuesta que van de 1 = *totalmente en desacuerdo* a 6 = *totalmente de acuerdo*. La segunda fase se aplicó a 350 personas residentes de la Ciudad de México y Área Metropolitana que, después de los análisis estadísticos para comprobar su sesgo, correlación ítem total, *t* de Student para grupos extremos y análisis factorial de componentes principales, resultó una escala de 26 reactivos distribuidos en 4 factores: emocional ($\alpha = 0.90$), compañerismo ($\alpha = 0.75$), validación ($\alpha = 0.82$) y práctico/instrumental ($\alpha = 0.80$) con correlaciones altas y significativas entre los factores. La varianza explicada fue del 56.33%, con un índice de fiabilidad global de 0.937.

García-Torres et al. (2017) define el factor emocional como el contar con personas en las que se puede confiar, escuchan empáticamente, son confidentes y proveen de consejo, cuidado, aceptación e intimidad. El factor compañerismo es el identificar personas con las que se comparten actividades recreativas o pasatiempos, e incluso brindan un sentido de pertenencia e integración a grupos. El factor validación implica contar con personas con quienes se comparte un marco de referencia que aprueba lo que se hace, se da a partir de una comparación social. El factor práctico/instrumental implica contar con personas dispuestas a

proveer ayuda o sostén a partir de brindar información y guía para la solución de problemas a partir de hechos tangibles, concretos o incluso de ofrecer recursos materiales específicos.

En la Tabla 3 se muestran algunos de los ítems que componen el instrumento de evaluación del apoyo social de esta escala, que es válida, confiable y culturalmente relevante para la población mexicana. El instrumento completo puede ser revisado en los Anexos del documento.

Tabla 3

Ejemplos de reactivos de la EAS de García-Torres, García-Méndez y Rivera-Aragón (2017).

Factores	Ejemplos de reactivos
Emocional	Cuando tengo dudas sobre alguna toma de decisiones pregunto a otros Hay personas con quienes hablo de mis inquietudes
Compañerismo	Cuento con personas que me escuchan en todo momento Tengo amigos con los que puedo convivir y divertirme
Validación	Dispongo de personas a las que puedo consultar para la solución de algún problema Cuento con personas que me orientan cuando no sé qué hacer
Práctico / instrumental	Cuento con personas que me ayudan a distraerme de mis problemas Hay personas que me proporcionan lo que requiero para solucionar mis problemas

Esta escala se adecúa a las necesidades del presente estudio por considerar áreas de apoyo social en lugar de personas que conforman la red social. Además, cuenta con ítems que son flexibles a la población que se desea estudiar: mujeres con una interrupción del embarazo en su historial reproductivo.

Adicionalmente, se incluyeron preguntas abiertas con objetivo exploratorio del área de la sexualidad, específicamente del holón del erotismo y reproductividad (Rubio-Aurioles, 1997). Las escalas y preguntas abiertas se pueden observar en el Anexo A.

Procedimiento

Recolección de la Información

Con el fin de recolectar la información dadas las condiciones de confinamiento por la pandemia, se invitó por medios digitales a mujeres que cumplieran con los criterios de inclusión a responder los instrumentos por medio de un enlace de Formularios de Google. Una primera recolección de datos se llevó a cabo de diciembre de 2020 a abril de 2021, en donde la mayoría de las que respondieron fueron mujeres adultas. Se realizó la segunda fase de recolección de marzo a julio de 2022. En el Anexo B se puede observar el formulario como lo veían las participantes.

La primera convocatoria fue lanzada en dos redes sociales: *WhatsApp* y *Facebook* desde la cuenta personal de la investigadora. En la invitación se evitó mencionar las variables de estudio para evitar el sesgo en las respuestas. Para la plataforma de Facebook, se publicó la invitación en grupos y mediante perfiles de personas que decidieron compartir el mensaje a sus contactos. Además, se invitó por mensaje privado a personas que pertenecían a grupos de duelo y que mencionaron haber tenido una pérdida perinatal por aborto espontáneo.

Al inicio del formulario presentó un consentimiento informado, en donde se especificaba el objetivo de la investigación, las instituciones oficiales que avalaban el presente estudio, y con un correo para atender cualquier duda con respecto a la temática. Todo esto de acuerdo al Código Ético de Psicología (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009) con respecto a la investigación con individuos. Luego de la aceptación explícita de participación se continuó con la recolección de los datos.

Para la segunda fase de recolección de datos, se realizó una copia del primer formulario modificando el título y ampliando la invitación a mujeres adolescentes y adultas que hubieran pasado por un proceso de interrupción del embarazo voluntario o espontáneo. La invitación se llevó a cabo a través de la página de *Facebook* llamada “Adolescencia, Familia y Salud”

gestionada por un grupo de trabajo de la Facultad de Estudios Superiores, campus Zaragoza. La imagen de la invitación se puede visualizar en el Anexo C.

Dado que se ofreció orientación en la segunda parte de la recolección, se atendió vía telefónica a dos mujeres que solicitaron una asesoría personalizada, ambas asistieron virtualmente a un ejercicio relacionado con el duelo perinatal y una de ellas continuó con asesorías personalizadas por dos sesiones adicionales. El contacto fue a través del correo electrónico dueloperinatalunam@gmail.com. Esta acción es correspondiente y congruente con el compromiso ético de la investigación y en pro de la población que está pasando por experiencias relacionadas al tema de la investigación.

Análisis de datos

Las respuestas obtenidas de ambas convocatorias se recolectaron en una base de datos de Excel, las respuestas a las preguntas abiertas se clasificaron en categorías de respuesta y después toda la información se exportó al *software IBM SPSS Statistics* en su versión 21 (IBM Corp, 2007, 2012) para su procesamiento y posterior análisis estadístico. Se corrieron análisis descriptivos de las variables sociodemográficas y de las variables psicológicas. Se realizaron análisis comparativos entre los grupos de adolescentes y adultas, embarazo deseado y no deseado e interrupción voluntaria y no voluntaria a través de la prueba *U de Mann Whitney*, considerando la diferencia del tamaño de la muestra de cada grupo de contraste y análisis correlacionales entre las variables con toda la muestra, obteniéndose la *r* de *Spearman*. Se utilizaron pruebas no paramétricas, decisión basada en la diferencia del tamaño de la muestra entre los grupos y dadas las características de las muestras que presentaron una distribución no normal.

Capítulo 5: Resultados

Caracterización de los Participantes

Sociodemográficos

En el presente estudio participaron 707 mujeres con una media de edad de 24.12 años, con un rango de entre 18 y 45 años y una desviación estándar de 6.5 años. De ellas, 511 (72.3%) son adolescentes con edades de 18 a 24 años, y 196 (27.7%) son jóvenes y adultas de entre 25 y 45 años.

El lugar de residencia de las participantes fue 44.41% de la Ciudad de México, 36.35% del Estado de México y 19.23% residentes del resto de la República Mexicana. La escolaridad de las participantes se distribuyó como se muestra en la Tabla 4. En la distribución entre mujeres adultas y adolescentes, se visualiza que las mujeres adultas tienen en proporción mayor escolaridad que las adolescentes, lo que corresponde con los años posibles de estudio que cada grupo de edad ha invertido en su formación académica.

Tabla 4

Distribución de la escolaridad de las participantes adolescentes y adultas.

Escolaridad	Porcentaje global	Adolescentes	Adultas
Primaria	0.3%	0.2%	0.5%
Secundaria	5.7%	6.1%	4.6%
Medio Superior / Preparatoria	28.2%	36.4%	7.2%
Técnico Superior Universitario o equivalente	11%	11.2%	10.3%
Licenciatura	48.8%	45.5%	57.4%
Maestría	5.3%	0.4%	17.9%
Doctorado	0.4%	0%	1.5%

El estado civil de quienes participaron en el estudio se distribuyó en los porcentajes que se muestran en la Tabla 5, en donde se observan las distribuciones de la muestra total, la distribución de adolescentes y la distribución del estado civil de las adultas. La mayoría de las adolescentes (73.4%) se encuentran solteras, mientras que las adultas tienen una distribución más dispersa entre estar solteras (25.5%), casadas (36.2%) y en unión libre (31.1%).

Tabla 5

Distribución del estado civil de las participantes adolescentes y adultas.

Estado civil	Porcentaje global	Adolescentes	Adultas
Soltera	60.1%	73.4%	25.5%
Noviazgo	2.1%	3%	0%
Casada	14.6%	6.3%	36.2%
Unión libre	19.9%	15.7%	31.1%
Separada	1.3%	1.2%	1.5%
Divorciada	1.8%	0.4%	5.6%

La ocupación de las mujeres participantes se distribuyó de acuerdo con las agrupaciones de la Tabla 6. La categoría *Múltiples empleos* hace referencia a las personas que tienen uno o más trabajos remunerados y a quienes mencionaron tener un trabajo remunerado y dedicarse también a los trabajos de cuidado en el hogar, que no son remunerados. La categoría *Independiente* se refiere a que las personas generan sus propias estrategias de gestión laboral y de ingreso económico. La proporción de trabajo siendo empleada se mantiene parecida entre adolescentes y adultas. La ocupación de las adolescentes es, en su mayoría (62.6%), estudiantes; mientras que la mayoría de las adultas son profesionistas. Esta distribución proporcional es característica de zonas urbanas, en donde el acceso al trabajo remunerado para la población femenina es más usual.

Tabla 6*Distribución de la ocupación de las participantes adolescentes y adultas.*

Ocupación	Muestra total N=707	Adolescentes n=511	Adultas n=196
Desempleada	0.9%	0.8%	1.1%
Empleada	17.6%	16.3%	21.2%
Estudiante	46.8%	62.6%	5.3%
Hogar	8.6%	7%	12.7%
Independiente	4.1%	3.4%	5.8%
Múltiples empleos	7%	7.6%	5.3%
Profesionista	15%	2.2%	48.7%

Con el fin de conocer un poco más a las participantes en cuanto a uno de los rubros del apoyo social, que es lo práctico/instrumental, se indagó quién contribuye al ingreso familiar. Como se puede ver en la Tabla 7, la contribución por más de un miembro de la familia (20.2%) es la proporción de respuesta más mencionada en la muestra total, mientras que para las adolescentes es la familia nuclear (27.9%) y para las adultas es una contribución compartida (38.5%) seguida de una contribución mayoritariamente solventada por la pareja actual (25.5%). Es interesante notar que las adolescentes cuentan con el apoyo de sus abuelos (2.7%) y que el ingreso en la categoría “Sí misma” está presente (4.8%) en adolescentes, pero es mayor con las adultas (19.3%).

Tabla 7

Distribución de quién contribuye al ingreso familiar de las participantes adolescentes y adultas.

Quién contribuye al ingreso familiar	Muestra total N=707	Adolescentes n=511	Adultas n=196
Contribución compartida	20.2%	12.9%	38.5%
Expareja	0.3%	0%	1%
Familia nuclear	23%	27.9%	10.9%
Mamá	14.1%	18.3%	3.6%
Papá	15.3%	21%	1%
Pareja actual	16.2%	12.5%	25.5%
Sí misma	8.9%	4.8%	19.3%
Abuelos	1.9%	2.7%	0%

En cuanto a los datos sobre la relación de pareja, las participantes mencionaron que en la actualidad tienen una relación de 4.5 años en promedio, con una DE de 4.26 años. En cuanto a la edad de la pareja, de manera global, tienen un promedio de 27 años y una DE de 7.6 años. Adicionalmente, se sondeó sobre si la pareja actual es la misma con la que vivieron la interrupción o pérdida del embarazo. En la Tabla 8 se muestra la distribución de las respuestas. La mayoría de las mujeres de la muestra mantienen la relación de pareja con la persona con la que tuvieron la vivencia del embarazo y su interrupción (66%), y la proporción se mantiene en adolescentes y en adultas, lo cual podría sugerir que dicha decisión no depende de la edad.

Tabla 8

Distribución de mujeres adolescentes y adultas que continúan en una relación de pareja con la misma persona que tuvieron el embarazo y la pérdida.

Continuación de la relación de pareja	Muestra total N=707	Adolescentes n=511	Adultas n=196
Sí	66%	66.1%	65.6%
No	31.5%	31.1%	32.8%
Prefiero no decirlo	2.5%	2.8%	1.6%

Luego de conocer y contextualizar sobre las condiciones sociales de las participantes, se realizaron preguntas asociadas a la pérdida con el fin de tener un panorama general de las condiciones clínicas del evento obstétrico relacionado con la interrupción del embarazo.

Condiciones Asociadas a la Pérdida

Para fines de este proyecto, se hizo la diferenciación entre embarazo deseado y embarazo planeado. En la Tabla 9 se puede observar la distribución de ambas posibilidades en adolescentes y adultas. Estas preguntas incluían como opción de respuesta *Prefiero no responder* atendiendo a la sensibilidad requerida para el tema, el 1.8% de la muestra total respondió con esta opción a la pregunta de si su embarazo era planeado, el 5.5% respondió con esta opción cuando se preguntó si el embarazo era deseado. La mayoría de las adolescentes ni desearon (69.9%) ni planearon (91.4%) el embarazo interrumpido; por otra parte, la mayoría de las adultas no lo planeó (68.2%), pero la mayoría sí lo deseaba (63.8%).

Tabla 9

Distribución de los embarazos de las participantes adolescentes y adultas: deseo y planificación.

Características del embarazo	Muestra total N=707		Adolescentes n=511		Adultas n=196	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Deseado	34.9%	59.5%	23.9%	69.9%	63.8%	32.7%
Planeado	13.2%	85%	6.5%	91.4%	30.8%	68.2%

En cuanto al tipo de pérdida, la interrupción del embarazo fue voluntaria por parte del 59.7% de las participantes, mientras que el 40.3% fue involuntario en la muestra global. En la Tabla 10 se muestra la distribución para adolescentes y adultas. La proporción de interrupción voluntaria y no voluntaria se mantuvo en los grupos siempre más baja en el aborto espontáneo o no voluntario.

Tabla 10

Distribución de interrupciones voluntarias e involuntarias de las participantes adolescentes y adultas.

Tipo de pérdida	Muestra total N=707	Adolescentes n=511	Adultas n=196
Voluntaria	59.7%	75.3%	81.1%
Involuntaria	40.3%	24.7%	18.9%

Respecto del número de hijos que tenían al momento de su participación en el estudio, el 75.4% dijo no tener hijos, 16.3% tiene un hijo, 5.7% tiene dos hijos, 2.1% tiene tres hijos, 0.3% cuatro hijos y 0.1% tiene cinco hijos o más. En la Tabla 11 se muestra esta información y la distribución que tuvieron las adolescentes y las adultas. En las adolescentes, la proporción de mayoría (86.7%) sin hijos vivos es evidente; en cambio, con las adultas, la proporción de número reconocido de hijos es más variable entre cero, uno y dos hijos. Aquí es importante resaltar que esta pregunta se puede interpretar de dos maneras: hijos en total o hijos vivos al

momento de la participación en el estudio. Esta diferencia es interesante de explorar para siguientes investigaciones dado que, en la práctica clínica, hay personas que prefieren no considerar estos embarazos como un hijo dentro de la estructura familiar, pero hay quienes, a pesar de ser una interrupción del embarazo voluntaria, deciden contemplar a estos embarazos como un miembro presente y al mismo tiempo no presente en la estructura familiar.

Tabla 11

Distribución del número de hijos de las participantes adolescentes y adultas.

Número de hijos	Muestra total N=707	Adolescentes n=511	Adultas n=196
0	75.4%	86.7%	45%
1	16.3%	11%	30.7%
2	5.7%	1.6%	16.9%
3	2.1%	0.8%	5.8%
4	0.3%	0%	1.1%
5 o más	0.1%	0%	0.5%

El 63.5% menciona haber tenido un embarazo a lo largo de su vida; 22.1% ha tenido dos embarazos; 8.1% ha tenido tres; 3.9% ha tenido cuatro; 1.9% ha tenido cinco, y sólo el 0.6% ha tenido 6 o más embarazos. En la Tabla 12 se pueden observar estos datos y las distribuciones entre los grupos de adolescentes y adultas. La mayoría de las adolescentes (74.7%) ha tenido sólo un embarazo que corresponde a la pérdida que habían tenido al momento del estudio, mientras que las adultas tienen una distribución porcentual en uno (34.7%), dos (32.1%) y tres (16.3%) embarazos. Esta distribución invita a afinar la pregunta en futuras investigaciones para identificar cuál es la percepción y repercusión de la vivencia de la interrupción y del duelo perinatal en cada caso.

Tabla 12*Distribución del número de embarazos de las participantes adolescentes y adultas.*

Número de embarazos	Muestra total N=707	Adolescentes n=511	Adultas n=196
1	63.5%	74.7%	34.7%
2	22.1%	18.2%	32.1%
3	8.1%	5%	16.3%
4	3.9%	1.2%	10.7%
5	1.9%	0.8%	4.6%
6 o más	0.6%	0.2%	1.5%

El número de embarazos no necesariamente es el mismo que el número de hijos y el número de pérdidas. Por ello también se hizo la exploración del número de abortos o interrupciones del embarazo que han tenido a lo largo de la vida; los resultados de esta indagación se encuentran en la Tabla 13. Se puede observar que la mayoría de las adolescentes (86.9%) y adultas (71.4%) sólo han tenido un aborto a lo largo de la vida.

Tabla 13*Distribución del número de abortos de las participantes adolescentes y adultas.*

Número de abortos	Muestra total N=707	Adolescentes n=511	Adultas n=196
1	82.6%	86.9%	71.4%
2	13%	10.4%	19.9%
3	3.1%	1.8%	6.6%
4	0.4%	0.4%	0.5%
5	0.6%	0.4%	1%
6 o más	0.3%	0.2%	0.5%

Para contextualizar el momento de la pérdida, se preguntó el rango de edad en el que se encontraban al momento del proceso de interrupción o del aborto espontáneo. En la Tabla 14 se puede visualizar la distribución porcentual de las respuestas de la muestra global de las adolescentes y las adultas. Las adolescentes reportan en un 78% que la pérdida fue entre los 15 y 20 años, rango en el que se considera como embarazo adolescente; mientras que las adultas participantes reportaron un 11.2% en ese mismo rango, 33.2% a edades entre los 21 y los 25 años, y 23% de los 31 a 35 años.

Tabla 14

Distribución de la edad al momento de la pérdida del embarazo de las participantes adolescentes y adultas.

Edad al momento de la pérdida	Muestra total N=707	Adolescentes n=511	Adultas n=196
15-20 años	59.4%	78%	11.2%
21-25 años	25.1%	22%	33.2%
26-30 años	5.7%	0%	20.4%
31-35 años	6.4%	0%	23%
36-40 años	3.1%	0%	11.2%
41-45 años	0.3%	0%	1%

Continuando con la contextualización de la pérdida, en la Tabla 15 se observa la distribución del tiempo que ha pasado desde la pérdida. El tiempo es un factor relevante en el proceso del duelo, sin embargo, no se tomó como criterio de inclusión o exclusión. Si bien la mayoría de adolescentes (69.7%) y adultas (46.2%) vivió la interrupción hacía más de un año, la distribución porcentual en las adultas es más variada a lo largo del último año, casi la mitad de las adultas tuvo el evento de pérdida a lo largo de los doce meses previos a la recopilación de la información para la investigación.

Tabla 15

Distribución del tiempo transcurrido desde la pérdida del embarazo hasta el momento del estudio de las participantes adolescentes y adultas.

Tiempo transcurrido	Muestra total N=707	Adolescentes n=511	Adultas n=196
Menos de un mes	5.4%	3.1%	6.3%
1 a 3 meses	16.6%	14.4%	17.5%
4 a 6 meses	9.5%	5.1%	11.2%
7 a 9 meses	5.5%	3.1%	6.5%
10 a 12 meses	10.2%	4.6%	12.4%
Más de un año	52.7%	69.7%	46.2%

En cuanto a las semanas de gestación alcanzadas, en la Tabla 16 se puede observar que la mayoría de las pérdidas ocurrió en el primer trimestre de la gestación, esto se observa tanto en la muestra global como en las adolescentes y las adultas. Disminuye el porcentaje en mujeres que viven la pérdida o experimentan la interrupción del embarazo con más semanas de gestación.

Tabla 16

Distribución de las semanas de gestación alcanzadas antes de la pérdida del embarazo de las participantes adolescentes y adultas.

Semanas de gestación	Muestra total N=707	Adolescentes n=511	Adultas n=196
1-4	17.1%	20%	12%
5-8	46.1%	48.6%	39.9%
9-12	26.4%	23.4%	34.8%
13-16	4.6%	4.6%	4.6%
17-20	2.2%	1.8%	3%
21-24	1.7%	1%	4.1%
25-28	0.4%	0.4%	1%
32-37	0.3%	0.4%	0.5%

El procedimiento por el cual se llevó a cabo el proceso médico de la pérdida se muestra de manera específica en la Tabla 17, donde se observa la proporción de los métodos clínicos de intervención. Se observa en el porcentaje que casi una tercera parte (33.9%) de la muestra de adultas pasó por el procedimiento de legrado, práctica que cada vez es menos recomendada por los riesgos que implica el raspado quirúrgico para la interrupción del embarazo. Para las adolescentes, el proceso más concurrido fue por medio de medicamentos (55.1%).

Tabla 17

Tipo de procedimiento médico en el proceso de la interrupción del embarazo en adolescentes y adultas.

Tipo de procedimiento médico	Muestra total N=707	Adolescentes n=511	Adultas n=196
Aspiración Manual Endouterina (AMEU)	22.6%	26.2%	13.5%
Cesárea	1%	1%	1%
Quirúrgico	0.7%	0.4%	1.6%
Medicamentos	50.2%	55.1%	37.5%
Legrado	20.6%	15.5%	33.9%
Sin intervención médica	4.2%	1.6%	10.9%
Parto	0.6%	0.2%	1.6%

Dentro de las condiciones que se exploraron de la pérdida, también se inquirieron las condiciones de apoyo social y el vínculo con personas cercanas. La primera pregunta fue: *¿Contó con apoyo de alguna persona ante la pérdida?* Las respuestas se muestran en la Tabla 18, en donde se observa que la mayoría (88%) sí contó con alguna persona cercana, tanto adultas (87.2%) como adolescentes (88.1%).

Tabla 18*Apoyo percibido de alguna persona ante la pérdida: adolescentes y adultas.*

¿Contó con apoyo de alguna persona ante la pérdida?	Muestra total N=707	Adolescentes n=511	Adultas n=196
Sí	88%	88.1%	87.2%
No	10.6%	10%	12.2%
Prefiero no responder	1.1%	1.6%	0%
No recuerdo	0.3%	0.2%	0.5%

Para clarificar y contextualizar un poco más la percepción del apoyo, se preguntó qué persona era la que había apoyado. Inicialmente, esta pregunta se hizo en formato de respuesta abierta, para realizar el análisis se agruparon las respuestas en categorías que se presentan en la Tabla 19. En las respuestas hubo 0.7% de personas que mencionaron grupos de apoyo o gente que no conocían en persona pero que pudieron contactar por medio de redes sociales, con las cuales pudieron compartir su sentir y de quienes sintieron apoyo para transitar el proceso del duelo. Llama la atención especialmente que este tipo de apoyo virtual se haya dado en el grupo de adolescentes que contempla a las mujeres de 18 a 24 años. El apoyo por parte de la familia es el más concurrido en la muestra total (32.1%), en adolescentes (30.3%) y en adultas (36.7%), seguido del apoyo de la pareja en la muestra total (25.7%), adolescentes (27.4%) y adultas (21.4%). Las mujeres participantes del estudio mencionaron el apoyo combinado entre la familia y las amistades en un 23.8% en donde el apoyo fue por más de una persona de ambos grupos de apoyo.

Tabla 19*Personas de las cuales se recibió el apoyo ante la pérdida: adolescentes y adultas.*

Personas que brindaron el apoyo	Muestra total N=707	Adolescentes n=511	Adultas n=196
Familia	32.1%	30.3%	36.7%
Pareja	25.7%	27.4%	21.4%
Familia y amigos	23.8%	24.7%	21.4%
Amigos	8.2%	8.8%	6.6%
Profesionales	1.7%	1.8%	1.5%
Sola	5.5%	5.5%	5.6%
Profesionales, familia y amigos	2.3%	0.6%	6.6%
Redes sociales digitales	0.7%	1%	0%

Con fines exploratorios, también se solicitó saber cómo fue el apoyo recibido de las personas mencionadas. Se obtuvieron respuestas abiertas que después se agruparon en categorías basadas en la propuesta de Sluzki (1998) como se ve en la Tabla 20. Se puede observar que el apoyo emocional se diferenció de la compañía social, entendiendo lo primero como las palabras reconfortantes, escucha activa y mensajes positivos a la persona ante la vivencia de la pérdida; por compañía social se entiende en esta clasificación como la presencia física o el seguimiento del proceso y experiencias de las mujeres a la distancia por medios virtuales. La categoría de ayuda material y de servicios incluye conductas de pago del servicio o atención médica implicada en el proceso de la interrupción, ofrecimiento de un espacio para pasar el tiempo en el momento de la toma de medicamentos o ayuda en conseguir los medicamentos, en general, un ofrecimiento del tipo económico. La categoría de guía cognitiva o consejos hace referencia a conductas enfocadas en explicación de cómo llevar a cabo el

procedimiento, información relacionada con el manejo del dilema en la toma de decisiones o incluso la orientación sobre en dónde conseguir la información o el apoyo adicional requerido. Cuando las personas mencionaron el acceso a un médico, clínica o profesional de la salud, este fue dado por alguna persona, por lo que se consideró ese apoyo como el acceso a nuevos contactos, puesto que la persona de quien se recibió la información no necesariamente fue la misma que ejecutó el apoyo requerido, sino que fue un medio para la resolución de la petición inicial, es decir, un puente de canalización. Finalmente, la regulación social se refería al apoyo en el manejo emocional posterior a la pérdida. En este aspecto, las personas mencionaron que recibieron apoyo para disminuir el malestar con mensajes relacionados con la culpa y con un compromiso de autocuidado posterior.

Tabla 20

Respuestas sobre cómo fue el apoyo recibido ante la pérdida: adolescentes y adultas.

Apoyo recibido	Muestra total N=707	Adolescentes n=511	Adultas n=196
Apoyo emocional	36.3%	35.9%	37.3%
Compañía social	32.5%	33.7%	29.1%
Ayuda material y de servicios	21.5%	21.3%	22.2%
Guía cognitiva y consejos	5.2%	4.1%	8.2%
Acceso a nuevos contactos	2.8%	2.9%	2.5%
Regulación social	1.7%	2.2%	0.6%

Dado el estigma que hay respecto a la interrupción del embarazo, se preguntó a las personas si consideraban que su proceso se hubiera vuelto un secreto. En la Tabla 21 se observa que la mayoría de las adolescentes sí lo considera un secreto (79.8%), mientras que para la mitad de las adultas sí lo es (46.4%), y para la otra mitad no lo es (52%). Se brindó la opción *No Aplica* para quienes el secreto no es un tema relevante.

Tabla 21*El proceso de pérdida se ha convertido en un secreto: adolescentes y adultas.*

El proceso se ha convertido en un secreto	Muestra total N=707	Adolescentes n=511	Adultas n=196
Sí	70.6%	79.8%	46.4%
No	27%	17.4%	52%
No aplica	2.4%	2.7%	1.5%

Dado que el embarazo suele ser un evento compartido con la pareja, se indagó si la interrupción se había convertido en un secreto compartido exclusivamente con la pareja. En la Tabla 22 se observan los resultados de esta indagación. A diferencia de la Tabla 21, aquí las adolescentes pasaron a ser un 42.9% de *sí*, un 50.1% de *no*, y las adultas tuvieron una mayoría de respuesta negativa (69.9%).

Tabla 22*El proceso de pérdida se ha convertido en un secreto compartido sólo en la pareja: adolescentes y adultas.*

El proceso se ha convertido en un secreto dentro de la pareja	Muestra total N=707	Adolescentes n=511	Adultas n=196
Sí	38.2%	42.9%	26%
No	55.6%	50.1%	69.9%
No aplica	6.2%	7%	4.1%

Respecto de la interacción con la pareja, se hicieron preguntas exploratorias de la vivencia sexual luego de la pérdida, la intención fue que pudieran ofrecer información relevante sobre la sexualidad, que es un tema poco abordado en el proceso del duelo dado que son dos temas tabúes y más si están presentes al mismo tiempo. Para abordar el tema, se preguntó especialmente sobre el tema del placer y el deseo de un nuevo embarazo.

En la Tabla 23 se observan las respuestas sobre el disfrute de las relaciones sexuales luego de la pérdida. La mitad de las mujeres respondió que no dejaron de disfrutar las relaciones sexuales (48.9%). Prácticamente la tercera parte de las mujeres participantes (29.9%) sí dejó de disfrutar las relaciones sexuales. Los porcentajes son muy parecidos para adolescentes y adultas.

Tabla 23

Respuestas ante la pregunta ¿usted dejó de disfrutar las relaciones sexuales luego de la pérdida?: adolescentes y adultas.

Dejó de disfrutar las relaciones sexuales	Muestra total N=707	Adolescentes n=511	Adultas n=196
Sí	29.9%	28.6%	33.3%
No	48.9%	49.3%	47.7%
Prefiero no responder	7.6%	8.3%	5.6%
No recuerdo	13.6%	13.7%	13.3%

Siguiendo con el tema del placer, se hizo la pregunta: *¿Cuánto tiempo pasó para que volviera a vivir sus relaciones sexuales de forma placentera después de la pérdida?* Las respuestas se encuentran en la Tabla 24, en donde se ve que la mayoría de las personas mencionaron no haber vuelto a sentir placer, que es una respuesta diferente a la que habían dado con anterioridad, en donde comentaban que no habían dejado de tener placer.

Tabla 24

Respuestas ante la pregunta ¿Cuánto tiempo pasó para que volviera a vivir sus relaciones sexuales de forma placentera después de la pérdida?, adolescentes y adultas.

Tiempo en el que volvieron a tener placer en las relaciones sexuales	Muestra total N=707	Adolescentes n=511	Adultas n=196
No he vuelto a tener placer	75.8%	77.3%	72.2%
Menos de un año	12.9%	10.4%	19.3%
Más de un año	11.2%	12.3%	8.6%

En cuanto al deseo de la posibilidad reproductiva, se preguntó a las personas si querían buscar el embarazo en un futuro. En la Tabla 25 se muestra que la distribución de las respuestas se mantiene en los diferentes grupos, siendo la respuesta *No* la que mayor número de mujeres eligieron, seguida de *Sí* y, en tercer lugar, la respuesta *Tal vez*.

Tabla 25

Búsqueda de un embarazo en el futuro: adolescentes y adultas.

Búsqueda de un embarazo en el futuro	Muestra total N=707	Adolescentes n=511	Adultas n=196
Sí	34%	32.9%	36.9%
No	40.8%	40.3%	42.1%
Prefiero no responder	1.1%	1.4%	0.5%
Tal vez	24.1%	25.4%	20.5%

El deseo del embarazo es un posible plan del proyecto de vida, de tal manera que no sólo se preguntó por este, sino también si había un tiempo en el cual ese deseo buscará convertirse en una planificación. En la Tabla 26 se muestran las respuestas sobre el tiempo en que las personas desean buscar un embarazo. Las mujeres adultas tuvieron un mayor porcentaje de respuesta en tiempos más cercanos que las adolescentes, quienes presentan una mayor distribución de sus respuestas en tiempos más lejanos.

Tabla 26*Tiempo en que las personas desean buscar en embarazo: adolescentes y adultas.*

Tiempo en que las personas desean buscar en embarazo	Muestra total N=707	Adolescentes n=511	Adultas n=196
Menos de un año	8.6%	5%	18.4%
Un año	6.6%	4.2%	13%
Dos años	4.8%	3.2%	9.2%
Tres años	4.2%	3.8%	5.4%
Más de tres años	37.2%	45.7%	14.1%
No buscaré embarazarme	31.9%	31.5%	33%
Prefiero no responder	6.7%	6.6%	7%

Con esta información se finaliza la descripción de las características contextuales de la muestra participante en el estudio. A continuación, se encuentran las descripciones de las variables psicológicas: apoyo social y duelo perinatal; adicionalmente, los resultados de las pruebas para ubicar las diferencias entre grupos por U de Mann Whitney y las correlaciones con análisis de Spearman.

Estadísticos Descriptivos de las Variables Psicológicas

Con el fin de conocer la descripción de los factores de las variables psicológicas de la presente investigación, se realizaron los análisis descriptivos de las respuestas de las 711 mujeres participantes. Se realizó un análisis para obtener las medias y la desviación estándar correspondientes a cada factor de las variables de apoyo social y duelo perinatal, los resultados se pueden observar en la Tabla 27. En los resultados se ve que la dimensión *Aceptación* es la que puntúa más alto, seguida de *Duelo Activo* y *Culpa*. La media de la dimensión de *Depresión* es la que obtuvo el menor puntaje. Estos resultados sugieren que las mujeres que participaron

en el estudio están más cercanas a la aceptación que a la tristeza por la pérdida, aunque aún tienen emociones y pensamientos asociados al duelo por el proceso de pérdida vivido.

Tabla 27

Media y Desviación Estándar de las dimensiones del Duelo perinatal y Apoyo social en la muestra total de adolescentes y adultas.

Dimensión	Muestra total N=707		Adolescentes n=511		Adultas n=196	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Duelo perinatal						
Duelo activo	2.52	0.92	2.48	0.92	2.62	0.92
Depresión	1.83	0.80	1.87	0.81	1.71	0.76
Culpa	2.33	0.81	2.40	0.81	2.16	0.79
Aceptación	3.30	0.73	3.27	0.74	3.41	0.70
Apoyo social						
Emocional	4.50	0.97	4.44	0.99	4.63	0.90
Compañerismo	4.62	1.02	4.56	1.02	4.75	1.00
Validación	4.60	0.89	4.55	0.89	4.70	0.86
Práctico/Instrumental	4.44	1.03	4.46	1.03	4.38	1.04

En las dimensiones de apoyo social, se encontró que las mujeres que participaron en el estudio refieren un puntaje alto en la media, considerando la media teórica de cada uno de los factores de la variable. Es decir, la información reportada sugiere que las mujeres perciben que cuentan con el apoyo social que necesitan. La prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov indica que todos los factores de ambas variables muestran diferencias estadísticamente significativas con la curva normal, lo que nos hace rechazar la hipótesis nula de la normalidad y se identifican, analizan y consideran las distribuciones como no normales para continuar con la ejecución de pruebas no paramétricas.

Comparativos entre los Grupos: Adolescentes-Adultas, Embarazo Deseado-No Deseado e Interrupción Voluntaria-No Voluntaria

Para conocer si existían diferencias significativas entre los grupos de mujeres: adolescentes-adultas, embarazo deseado-no deseado e interrupción voluntaria-no voluntaria, se llevaron a cabo análisis con ayuda de la prueba *U de Mann Whitney* (para muestras independientes). A continuación, se muestran los resultados.

La primera diferencia que se realizó fue entre adolescentes y adultas (ver Tabla 28), en donde se observa que las adolescentes tienen un puntaje mayor en los factores de *Depresión* y *Culpa*, de manera significativamente diferente a las adultas; también se ve hay un puntaje mayor en *Aceptación* por parte de las adultas. En cuando al apoyo social, las mujeres adultas reportan una diferencia estadísticamente significativa en comparación con las adolescentes en cuanto a que perciben más apoyo *emocional*, de *compañerismo* y *validación* que las adolescentes.

Tabla 28

Diferencias en los factores del duelo perinatal y apoyo social entre mujeres adolescentes y adultas.

	Adolescentes n=511		Adultas n=196		z	p
	Rango	Rango promedio	Rango	Rango promedio		
Duelo perinatal						
Duelo activo	342.70	173406.00	372.54	72645.00	-1.751	0.080
Depresión	362.28	184037.00	317.35	60613.00	-2.633	0.008
Culpa	368.13	187010.50	309.98	60445.50	-3.402	0.001
Aceptación	341.16	173650.50	383.75	75214.50	-2.584	0.010
Apoyo social						
Emocional	342.63	175084.00	383.64	751194.00	-2.392	0.017
Compañerismo	341.25	174035.00	385.39	75536.00	-2.582	0.010
Validación	342.39	174279.00	377.20	73177.00	-2.033	0.042
Práctico/ Instrumental	358.76	183327.50	341.58	66950.50	-1.003	0.316

Con el fin de conocer las diferencias respecto de los factores de duelo perinatal y el apoyo social entre mujeres que tuvieron una interrupción voluntaria y para quienes la interrupción fue no voluntaria, los resultados se pueden ver en la Tabla 29, en donde se observa que, para las participantes del estudio (N=707), sólo existen diferencias en el *Duelo activo*, en donde las mujeres que tuvieron una interrupción voluntaria muestran un menor puntaje en el duelo que las que tuvieron una interrupción involuntaria.

Tabla 29

Diferencias en los factores del duelo perinatal y apoyo social entre mujeres que tuvieron interrupción voluntaria y no voluntaria.

	Interrupción NO voluntaria n=285		Interrupción voluntaria n=422		z	p
	Rango	Rango promedio	Rango	Rango promedio		
Duelo perinatal						
Duelo activo	412.72	117626.50	308.71	128424.50	-6.691	.000
Depresión	363.39	102111.50	341.00	142538.50	-1.443	.149
Culpa	352.14	99654.50	351.91	147801.50	-0.015	.988
Aceptación	354.15	100932.50	352.22	147932.50	-0.128	.898
Apoyo social						
Emocional	358.27	102108.00	351.11	148170.00	-0.458	.647
Compañerismo	361.08	102908.50	348.37	146662.50	-0.815	.415
Validación	360.49	102019.00	346.28	145437.00	-0.911	.362
Práctico/ Instrumental	339.22	96678.00	363.98	153600.00	-1.585	.113

Luego de realizar análisis exploratorios con otras variables sociodemográficas, se encontró que, al hacer la diferencia entre el embarazo deseado y no deseado, la distinción en los factores *Duelo perinatal* y *Apoyo social* mostraban diferencias estadísticamente significativas que podrían ser muy interesantes para el análisis posterior (ver Tabla 30). La experiencia del *Duelo perinatal* tiene puntajes más altos en el *Duelo activo*, *Depresión* y *Culpa* para quienes el embarazo era deseado, y mayor *Aceptación* para quienes el embarazo no era deseado. También reportan más apoyo Práctico/Instrumental quienes tenían un embarazo no deseado.

Tabla 30

Diferencias en los factores del duelo perinatal y apoyo social entre embarazo deseado y no deseado.

	Embarazo deseado n=247		Embarazo no deseado n=421		z	p
	Rango	Rango promedio	Rango	Rango promedio		
Duelo perinatal						
Duelo activo	442.40	108388.00	266.34	111066.00	-11.456	.000
Depresión	382.40	92924.00	300.25	125206.00	-5.364	.000
Culpa	371.77	90711.50	309.69	130068.50	-4.025	.000
Aceptación	311.48	76936.50	346.48	145174.50	-2.360	.018
Apoyo social						
Emocional	320.38	79134.50	342.78	144311.50	-1.450	.147
Compañerismo	320.97	79279.00	341.66	143499.00	-1.343	.179
Validación	329.02	80609.00	334.54	140171.00	-0.358	.720
Práctico/ Instrumental	307.26	75894.00	350.48	167552.00	-2.800	.005

Para poder continuar con la exploración de la información recabada y cumplir con el objetivo principal del presente estudio, que es identificar las diferencias significativas en los factores del duelo perinatal y apoyo social ante una pérdida del embarazo voluntaria o no voluntaria en mujeres adolescentes y adultas que han tenido un embarazo deseado o no deseado, se realizó un análisis de comparación por U de Mann Whitney segmentando los grupos por las características antes analizadas. En la Tabla 31 se observan los rangos obtenidos de cada uno de los grupos, aquí se puede observar que el grupo más grande fue el de las adolescentes que tuvieron un proceso de interrupción voluntario de un embarazo no deseado, seguido del grupo de mujeres adultas con interrupción no voluntaria de un embarazo deseado; el grupo con menor cantidad de personas participantes fue el de las adultas con una interrupción voluntaria de un embarazo deseado.

Tabla 31*Rangos en los factores de apoyo social y duelo perinatal en los subgrupos de análisis.*

	Adolescentes n=511				Adultas n=196			
	No voluntaria n=119		Voluntaria n=360		No voluntaria n=153		Voluntaria n=36	
	Deseado n=77	No deseado n=42	Deseado n=45	No deseado n=315	Deseado n=121	No deseado n=32	Deseado n=4	No deseado n=32
Duelo perinatal								
Duelo activo	111.56	40.76	24.27	173.25	91.83	33.22	20.00	159.84
Depresión	115.09	42.26	24.94	173.64	86.85	29.87	17.83	161.38
Culpa	115.34	43.20	24.50	175.89	88.74	28.60	18.63	155.36
Aceptación	85.55	34.40	24.78	172.27	108.38	41.56	27.50	180.13
Apoyo social								
Emocional	85.94	36.69	24.10	173.24	108.13	38.56	35.13	181.47
Compañerismo	86.91	37.14	24.36	171.52	107.51	37.97	32.25	192.95
Validación	90.86	37.43	24.40	171.46	103.44	37.59	31.75	188.09
Práctico/ Instrumental	99.29	37.98	24.71	174.73	99.64	36.88	28.25	166.84

De estos subgrupos, se encontró que sólo hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de adultas y adolescentes que han pasado por un proceso de interrupción no voluntaria de un embarazo deseado y entre adultas y adolescentes que han pasado por un proceso de interrupción no voluntaria de un embarazo no deseado.

En la Tabla 32 se presentan los resultados del primer grupo (adultas y adolescentes que han pasado por un proceso de interrupción no voluntaria de un embarazo deseado), los rangos promedio nos muestran que las mujeres adolescentes tienen mayor puntaje de *Duelo activo*, *Depresión* y menos *Aceptación*, mientras que las mujeres adultas refieren mayor apoyo emocional y compañerismo en comparación con las adolescentes.

Tabla 32
Diferencias en los factores del duelo perinatal y apoyo social entre adolescentes y adultas que tuvieron una interrupción no voluntaria de un embarazo deseado.

	Interrupción no voluntaria n=285				z	p
	Embarazo deseado n=198		Adultas n=121			
	Adolescentes n=77	Adultas n=121	Rango	Rango promedio		
Duelo perinatal						
Duelo activo	111.56	8590.00	91.83	1111.00	-2.369	.018
Depresión	115.09	8862.00	86.85	10248.00	-3.424	.001
Culpa	115.34	8765.50	88.74	10737.50	-3.192	.001
Aceptación	85.55	6587.50	108.38	13113.50	-2.833	.005
Apoyo social						
Emocional	85.94	6617.50	108.13	13083.50	-2.659	.008
Compañerismo	86.91	6692.00	107.51	13009.00	-2.476	.013
Validación	90.86	6996.50	103.44	12309.50	-1.518	.129
Práctico/ Instrumental	99.29	7645.00	99.64	12056.00	-0.042	.966

Para el segundo grupo, en donde hubo diferencias estadísticamente significativas (entre adultas y adolescentes que han pasado por un proceso de interrupción no voluntaria de un embarazo no deseado), sólo hubo diferencias en los factores *Depresión* ($Z=-3.424$; $p=.001$) y *Culpa* ($Z=-2.916$; $p=.004$). Las adolescentes tienen un rango superior en *Depresión* (Rango=42.26) que las adultas (Rango=29.87); y en *Culpa*, en donde también las adolescentes reportan más este sentir (Rango=43.20) que las adultas (Rango=28.60).

Correlaciones entre las Variables Psicológicas Estudiadas

Para conocer cómo se relacionan las variables del estudio, se realizó un análisis de correlación de *Spearman* para conocer la relación que existe entre las variables. En la Tabla 33 se pueden observar los resultados considerando las respuestas de toda la muestra. Este análisis se hizo de manera complementaria al análisis principal con el fin de dar más luz a las diferencias encontradas, ya que, si bien no hay diferencias entre los grupos más específicos, es importante resaltar que las variables sí tienen relación de manera general. En la tabla se puede ver que la *Aceptación* se relaciona negativamente con el resto de los factores del *Duelo perinatal*, pero positivamente con los factores del *Apoyo social*. Así mismo, se puede observar que entre más apoyo social hay, la experiencia del duelo es menor en cuanto a la *Culpa*, *Depresión* y *Duelo activo*.

Tabla 33*Correlaciones entre los factores de la escala de Duelo perinatal con los tipos de Apoyo social.*

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Duelo activo	—							
2. Depresión	.756**	—						
3. Culpa	.755**	.832**	—					
4. Aceptación	-.463**	-.553**	-.496**	—				
5. Emocional	-.142**	-.272**	-.165**	.239**	—			
6. Compañerismo	-.274**	-.432**	-.331**	.376**	.722**	—		
7. Validación	-.217**	-.322**	-.261**	.273**	.691**	.776**	—	
8. Práctico/ Instrumental	-.227**	-.305**	-.227**	.281**	.686**	.741**	.743**	—

N=707; * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$.

Nota. Los factores del 1 al 4 corresponden a la variable *Duelo perinatal* y, del 5 al 8, a los factores de *Apoyo social*.

Finalmente, se realizó un análisis para conocer la relación que existe entre los tipos de *Apoyo social* y *Duelo perinatal* en mujeres adolescentes y adultas que han vivido un proceso de interrupción del embarazo, teniendo presente que fueron los grupos que reportaron mayores diferencias en las variables de estudio. En la Tabla 34 se muestran los coeficientes de correlación para el grupo de adolescentes (n=511) luego de aplicar la prueba de *correlación producto-momento de Spearman*. Todas las correlaciones entre los factores de las dos variables de estudio fueron estadísticamente significativas, con un peso entre bajo y medio de acuerdo con la relación específica entre ellos. Las correlaciones más altas se dieron entre la *Depresión* y el *Compañerismo*, con una relación significativa negativa y media con un valor de $\rho = -.454$, $p = .000$. Sucedió lo mismo con el apoyo *Práctico/instrumental* $\rho = -.379$, $p = .000$ y con el apoyo de *Validación* $\rho = -.357$, $p = .000$. Las correlaciones entre la *Aceptación* y los factores del *Apoyo social* fueron positivas y medias con un valor de $\rho = -.382$, $p = .000$ con la dimensión *Compañerismo*; de $\rho = .335$, $p = .000$ con la dimensión *Práctico/instrumental*, de $\rho = .286$,

p=.000 con la validación y con el apoyo emocional con rho=.257, p=.000. Es decir, a mayor aceptación del duelo también se percibía más apoyo social de las personas que le rodeaban.

Tabla 34

Correlaciones entre los factores de la escala de Duelo perinatal con los tipos de Apoyo social en el grupo de adolescentes.

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Duelo activo	–							
2. Depresión	.765**	–						
3. Culpa	.774**	.831**	–					
4. Aceptación	-.470**	-.557**	-.479**	–				
5. Emocional	-.167**	-.306**	-.183**	.257**	–			
6. Compañerismo	-.285**	-.454**	-.331**	.382**	.723**	–		
7. Validación	-.241**	-.357**	-.279**	.286**	.676**	.795**	–	
8. Práctico/ Instrumental	-.259**	-.379**	-.282**	.335**	.701**	.780**	.763**	–

n=511; * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$.

Nota. Los factores del 1 al 4 corresponden a la variable *Duelo perinatal* y, del 5 al 8, a los factores de *Apoyo social*.

Por su parte, las mujeres adultas del presente estudio tienen once correlaciones estadísticamente significativas, en la Tabla 35 se muestran los coeficientes de correlación para el grupo de adultas (n=196) luego de aplicar la prueba de *correlación producto-momento de Spearman*. Resaltan las correlaciones de los factores *Compañerismo* y *Validación* del *Apoyo social*, y el de *Aceptación* del *Duelo perinatal*. Para el factor *Compañerismo*, se observan correlaciones estadísticamente significativas negativas con el *Duelo activo* rho=-.270, p=.00, *Depresión*, con una rho=-.348, p=.00 y culpa rho=-.298, p=.00, y una correlación positiva media con *Aceptación* rho=.326, p=.00. El factor *Validación* para las adultas se correlacionó con *Duelo activo* rho=-.168, p=.02, *Depresión* con una rho=-.213, p=.00, y Culpa con rho=-.191, p=.00, y una correlación positiva con *Aceptación* rho=.229, p=.00. El factor *Aceptación*

del *Duelo perinatal* además tiene correlaciones bajas positivas con el *Apoyo emocional* $\rho=.168$, $p=.01$ y con el *Apoyo Práctico/instrumental* $\rho=.160$, $p=.02$. Estos resultados abonan evidencia en las diferencias entre los grupos de edad y la descripción de la vivencia de acuerdo con el ciclo vital, lo que se discutirá en el siguiente apartado.

Tabla 35

Correlaciones entre los factores de la escala de Duelo perinatal con los tipos de Apoyo social en el grupo de adultas.

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Duelo activo	–							
2. Depresión	.783**	–						
3. Culpa	.764**	.825**	–					
4. Aceptación	-.480**	-.526**	-.511**	–				
5. Emocional	-.084	-.147*	-.076	.168*	–			
6. Compañerismo	-.270**	-.348**	-.298**	.326**	.780**	–		
7. Validación	-.168*	-.213**	-.191**	.229**	.728**	.718**	–	
8. Práctico/ Instrumental	-.127	-.130	-.104	.160*	.673**	.666**	.711**	–

$n=511$; * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$.

Nota. Los factores del 1 al 4 corresponden a la variable de *Duelo perinatal* y, del 5 al 8, a los factores de *Apoyo social*.

Luego de realizar los análisis estadísticos, se discuten los hallazgos en el siguiente capítulo. Se amplificará el análisis desde una mirada sistémica y con base en el marco teórico del ciclo vital familiar, aspectos sociales y culturales que impactan en la vivencia de la interrupción del embarazo, especialmente en la adolescencia.

Capítulo 6: Discusión y Conclusiones

El aborto, interrupción del embarazo, pérdida gestacional y perinatal, sea un evento voluntario o involuntario, está lejos de ser una situación y proceso deseable en la vivencia individual, familiar y en el cuerpo de la mujer o persona gestante dadas las implicaciones no sólo fisiológicas, sino también psicológicas, sociales, culturales y políticas en las que esta experiencia se ve envuelta. La propuesta, incluso desde la bioética (Piekarewicz, 2015), es la prevención del embarazo no deseado.

El objetivo principal fue identificar las diferencias significativas en los factores del duelo perinatal y apoyo social ante una pérdida del embarazo voluntaria o involuntaria en mujeres adolescentes y adultas que tuvieron un embarazo deseado o no deseado. Para lograr el objetivo, se llevaron a cabo una serie de análisis de la información, estos se discutirán a continuación, para lo cual este capítulo se ha segmentado en apartados.

Caracterización de los Participantes

Características Sociodemográficas

Como se ha mencionado, las condiciones económicas individuales, familiares y de grupo etario son un factor relevante, tanto que incluso en dos entidades federativas la falta de ingreso suficiente para la llegada de un hijo es una causal permitida de interrupción del embarazo voluntaria en los estados más restrictivos (GIRE, 2018). En la muestra del presente estudio se encontró que el ingreso económico depende de la contribución de más de un miembro de la familia; para las adolescentes, la fuente de ingreso económico es la familia nuclear, incluidos los abuelos, y para las adultas es una contribución compartida o por la pareja. Sólo la minoría cuenta con recursos suficientes para ser el principal sostén económico. Estos hallazgos invitan a la reflexión sobre cuáles son los planes y proyectos de vida de las mujeres

y cómo estos pueden ser un factor adicional en la toma de decisiones sobre la interrupción del embarazo.

Al ser la pareja un sostén económico, es necesario considerar que sólo una tercera parte de las relaciones se mantuvieron luego de la interrupción. Esto se puede deber a que la relación de pareja no tenía un compromiso a largo plazo y se rompió por otras razones, otra alternativa es que las parejas podían tener el deseo de paternar y, al no existir el término del embarazo, la relación se rompió o que el proyecto de vida que veían juntos ya no se cumplirá o las expectativas de continuar en la relación han cambiado con la situación vivida.

La mayoría de las adolescentes ni deseaban ni planeaban el embarazo interrumpido; sin embargo, la mayoría de las adultas no lo planearon, aunque la mayoría sí lo deseaba, esto corresponde con las características del ciclo vital (Haley1973; Walsh, 2016). Si bien, en la actualidad, hay una proporción de mujeres que abiertamente declaran no querer ejercer una maternidad y la potencialidad reproductiva biológica (Rubio-Aurioles, 1997) se ha diversificado en opciones como tener una mascota (Walsh, 2016) o desarrollarse profesionalmente, o cualquier otra actividad que ayude a tener el sentido de trascendencia que brinda la reproducción, la opción de tener un hijo biológico sigue siendo una opción que da legitimidad en nuestra sociedad y cultura (Marván et al., 2018).

La diferencia en los porcentajes de planificación y deseabilidad fueron diferentes en ambas muestras y también en la muestra total. Esto se puede deber a que el deseo de embarazarse es algo muy difícil de definir incluso por las propias mujeres gestantes. Hay quienes pueden querer embarazarse, pero no en cualquier momento o circunstancia. Otras pueden estar indefinidamente abiertas a la posibilidad de embarazarse, otras pueden no plantearse siquiera que los embarazos tienen que ver con su destino y voluntad propias, hay quienes no quieren embarazarse nunca y hay quienes sienten el rechazo inmediato y profundo porque su embarazo es producto de una violación o violencia sexual recurrente (GIRE, 2000).

Así, puede haber embarazos no deseados, pero también embarazos que no fueron planeados y que se convirtieron en deseados con el paso del tiempo; o que eran deseados, pero no en el momento en el que se llevaron a cabo, y entonces se consideran no planeados, pero sí deseados.

La cantidad de embarazos no planeados y no deseados invita a considerar que, para evitar llegar a la interrupción de un embarazo, es importante impulsar políticas públicas de educación sexual y prevención del embarazo no sólo en la adolescencia sino a lo largo del ciclo vital, lo cual concuerda con lo expuesto por Piekarewicz (2015) sobre la premisa basada en reflexiones bioéticas, que sostiene que el embarazo no deseado es la principal causa de la interrupción del embarazo y apela a la prevención del mismo para evitar las implicaciones emocionales, psicológicas y relacionales en condiciones legales, ilegales y salubres o insalubres de la interrupción del embarazo.

Adicionalmente, se debe considerar que esta educación sexual y prevención del embarazo no sólo se debe brindar a las personas con útero, que son quienes gestan, sino también a los hombres y personas con pene que participan en la concepción. Incluir a los hombres en el proceso implicaría el cuestionamiento de las premisas que aún se sostienen en relación con que la responsabilidad reproductiva es sólo de las mujeres (Marván et al., 2018). Premisas que incluso sostienen ejercicios de poder que son violentos.

Condiciones Asociadas a la Pérdida

En general, las mujeres del presente estudio mostraron contar con apoyo social y aceptación de la pérdida. Se irán analizando algunas de las condiciones que parecen más relevantes de lo encontrado en los resultados de la indagación.

Respecto del número de hijos que las mujeres tenían al momento de su participación, el 75.4% dijo no tener hijos; 16.3% tenía un hijo; 5.7%, dos hijos; 2.1%, tres hijos; 0.3%, cuatro hijos; y 0.1%, cinco o más hijos. De las adolescentes, la mayoría no tenía hijos; en cambio, con

las adultas, la proporción de número reconocido de hijos es más variable entre cero, uno y dos hijos. Hay personas que prefieren no considerar los embarazos interrumpidos como un hijo dentro de la estructura familiar, pero hay quienes (a pesar de ser una interrupción del embarazo voluntaria) deciden contemplar a estos embarazos como un miembro presente y al mismo tiempo ausente en la estructura familiar. En la consulta clínica de terapia familiar, es importante preguntar a las personas cómo desean que sean nombrados esos embarazos o si, incluso, desearían no nombrarlos. El tener o no más hijos es relevante considerando lo encontrado por Mota et al. (2021), quienes mencionan al número de hijos como un factor que predecía la resiliencia ante un evento de pérdida perinatal. Esto lleva a plantear el cuestionamiento: ¿será que es un predictor también para la vivencia de interrupción voluntaria del embarazo?

La mayoría de las adolescentes (74.7%) ha tenido sólo un embarazo que corresponde a la pérdida que han tenido al momento del estudio, mientras que las adultas tienen una distribución porcentual en uno (34.7%), dos (32.1%) y tres (16.3%) embarazos. Al realizar el análisis de la muestra total, el porcentaje de mujeres de esta muestra tiene un comportamiento estadístico similar a la tendencia de *jota* (J) invertida que recapitulan Juárez y Singh (2013) en su estudio; sin embargo, es de considerar la distribución de la muestra del presente estudio en donde las adolescentes eran casi el 70% de la muestra total.

Haciendo un análisis por edades, el pico más alto de interrupciones en las adultas estuvo en las edades de 21 a 25 años. Esto se puede deber a las características de la muestra en razón a sus características contextuales y al proceso de recolección de la información: para participar en el presente estudio, pues se requería conexión a internet y acceso a un dispositivo de manera privada, los cuales son privilegios de acceso que no se tienen en otras regiones del país, además de que la población también mencionó tener una escolaridad superior a la educación básica.

Por su parte, 78% de las adolescentes reporta que la pérdida fue entre los 15 y 20 años, rango en el que se considera como embarazo adolescente; mientras que las adultas participantes

reportaron un 11.2% en esa misma edad; 33. 2% en el rango de los 21 a los 25 años, que se consideraría ya más en la juventud, y 23%, de los 31 a 35 años, que es una edad adulta e incluso ya la plenitud de la vida reproductiva fisiológica. La experiencia de la interrupción ante un embarazo adolescente tiene ciertas características distintas a las de un embarazo en la vida adulta, con otro tipo de recursos psicológicos, sociales, económicos y de acceso a la información. En este sentido, Mota et al. (2021) encontraron que un predictor saludable y protector para el manejo del duelo perinatal era un estilo de afrontamiento basado en las soluciones, ya que un estilo de afrontamiento basado en las emociones predecía un duelo activo más intenso. Este estilo basado en emociones suele ser más común en etapas más tempranas de la vida.

Adicionalmente, Mota et al. (2021) encontraron que el tiempo transcurrido desde el evento hasta la evocación del recurso influía en el peso que se le daba al duelo, esto concuerda con lo encontrado en el presente estudio en razón de que, para las adultas participantes, la interrupción había pasado hace algunos años y para las adolescentes era un evento más reciente. Se propone para siguientes investigaciones indagar a fondo la experiencia del duelo perinatal de acuerdo con al momento de la vida en que ocurrió y la percepción de la vivencia dadas las condiciones contextuales que incluyen la deseabilidad de la maternidad de la mujer y de su entorno familiar y social.

De acuerdo con Rangel-Flores y Jimenez-Arroyo (2021), la deseabilidad de la maternidad está sostenida por las exigencias sociales y políticas de la maternidad como dispositivo de poder que obliga a las mujeres gestantes a cumplir no sólo con la gestación biológica de un nuevo ser, sino también de su crianza a lo largo de la vida. En su estudio, las mujeres adolescentes decidieron continuar con el proceso del embarazo aun cuando el embarazo era producto de una violación; entre las razones para continuar incluían que sus familias de origen y la familia extensa solía recibir la noticia del embarazo como una situación

que merecía ser festejada. Sin embargo, en los resultados obtenidos de la presente investigación, la mayoría de las adolescentes son estudiantes y la mayoría de las adultas ejercen su profesión, lo cual es un factor protector y al mismo tiempo las expectativas que se tienen de sus ocupaciones a futuro se amplifican no sólo a la opción de ser madres, sino también de ser profesionistas.

En cuanto a las semanas de gestación alcanzadas, se observó que la mayoría de las pérdidas ocurrieron en el primer trimestre de la gestación tanto para la muestra global, como para las adolescentes y las adultas. Esto concuerda con la literatura acerca de las semanas de mayor riesgo y las semanas permitidas legalmente para la interrupción en las regiones del país en donde la interrupción del embarazo tiene despenalización y regulación sanitaria (Juárez y Singh, 2013). Se invita a futuras investigaciones a ampliar las exploraciones al respecto de la vivencia de la percepción de los cambios fisiológicos y corporales conforme avanzan las semanas de gestación y la vivencia de la interrupción para visibilizar la significación de procesos, como los primeros síntomas del embarazo o la lactancia sin proceso de amamantamiento.

En casi una tercera parte de la muestra de adultas, el procedimiento por el cual se llevó a cabo el proceso médico de la interrupción fue el legrado, práctica que cada vez es menos recomendada por los riesgos que implica el raspado quirúrgico para la interrupción del embarazo. Las recomendaciones médicas de la OMS para el manejo clínico de la interrupción recomiendan cada vez más métodos menos agresivos, como la Aspiración Manual Endouterina, también llamada Aspiración por Vacío Manual (AVM) o Aspiración por Vacío Eléctrica (AVE), y el proceso por medio de medicamentos (OMS, 2014).

Para las adolescentes, el proceso más concurrido fue por medio de medicamentos, lo cual representa un cambio en las prácticas clínicas, de consejería, acompañamiento, acceso a la información, acceso a los medicamentos y oferta médica en el tema de la interrupción del

embarazo, que se apegan cada vez más a las recomendaciones oficiales (OMS, 2014) para la práctica clínica segura. De acuerdo con Juárez y Singh (2013), se estima que casi una tercera parte de las interrupciones inducidas se lleva a cabo con medicamentos, pero que esto también tiene implicaciones en que el uso seguro suele ser poco conocido y las complicaciones de la mala praxis pueden llevar a las mujeres a tasas más altas de hospitalización por complicaciones de aborto.

En la presente investigación se indagó sobre la red de apoyo que las personas referían tener. La mayoría (88%) sí contó con alguna persona como parte de su red de apoyo, tanto adultas (87.2%) como adolescentes (88.1%), lo cual invita a investigar qué tanto el haber tenido un aborto espontáneo o una interrupción voluntaria del embarazo sigue siendo un proceso de estigma social. Los cambios sociales, el cambio en las políticas públicas, el acceso a los medicamentos y a la información son factores que han modificado la visión del proceso (Marván et al., 2018).

Para clarificar y contextualizar un poco más la percepción del apoyo, se preguntó qué persona era la que había apoyado. Inicialmente, esta pregunta se hizo en formato de respuesta abierta. Para realizar el análisis se agruparon las respuestas en categorías basadas en la propuesta de Sluzki (1998). En las respuestas hubo 0.7% de personas que mencionaron grupos de apoyo o gente que no conocían en persona, pero que pudieron contactar por medio de redes sociales y con las cuales pudieron compartir su experiencia y con quienes sintieron apoyo para transitar el proceso del duelo. Llama la atención que este tipo de apoyo virtual se haya dado en el grupo de adolescentes, que contempla a las mujeres de 18 a 24 años. Más adelante se hablará sobre el apoyo recibido de la familia.

El grupo de personas que contestó a las preguntas fue más grande con las adolescentes que tuvieron un proceso de interrupción voluntario de un embarazo no deseado, seguido del

grupo de mujeres adultas con interrupción no voluntaria de un embarazo deseado. Esto puede explicar por qué hay diferencias entre adolescentes y adultas en la experiencia de la pérdida.

¿Por qué hay mujeres que están teniendo embarazos no deseados luego de más de 30 años de educación sexual en México? ¿Cuál es el papel y corresponsabilidad de los diferentes actores no sólo individuales sino también comunitarios e institucionales de la reproducción de estos embarazos no deseados? “Si todos los embarazos fueran deseados y planeados, ¿cómo cambiaría nuestro mundo?”, esta pregunta se ha hecho en la promoción de la planificación familiar y la anticoncepción.

Los resultados invitan a cuestionarse para futuras indagaciones qué condiciones contextuales se acumulan cuando se decide interrumpir voluntariamente un embarazo deseado, qué condiciones contextuales contribuyen a una resiliencia positiva luego de un embarazo no deseado.

Estadísticos Descriptivos de las Variables Psicológicas

En cuanto al *Duelo perinatal*, Neimeyer (2002) propone que puede verse como un proceso que no escogemos, de alguna manera es un proceso por el cual pasamos como víctimas de la situación que se llevó eso que considerábamos como nuestro, por supuesto esta postura está relacionada con la visión de duelo como un proceso de pérdida por muerte de una persona amada, situación que resulta limitada a la diversidad de experiencias que conlleva el duelo, como lo es el tema de esta investigación. Las preguntas que se plantean en esta discusión y, dados los resultados de la recolección de información, nos hacen considerar o debatir si el duelo es un proceso por el cual pasan las personas que eligen, hasta cierto punto, el camino de no continuar con un embarazo. Como terapeutas familiares podemos sensibilizarnos en razón de visibilizar qué significados se dan a una pérdida como esta, en donde la interrupción puede ser voluntaria y, como decisión, parecería estar libre de duelo, pero ¿qué se pierde cuando se decide

una alternativa y no otra? En las elecciones cotidianas vivimos el duelo de elegir una vía y dejar de elegir el resto de las posibilidades, ¿cuáles son las implicaciones de no mirar y honrar esas alternativas que pudieron ser parte de la vida, pero no lo fueron? ¿Hay proceso de duelo por los caminos no tomados, fuesen deseados o no?

En general, las mujeres participantes mencionaron tener puntajes altos en los diferentes factores del apoyo social. Las mujeres reportaron percibir apoyo emocional, de compañerismo, de validación y apoyo práctico e instrumental de su red de apoyo, en particular de su familia, de sus amigos o de ambos. Esta información es congruente con lo reportado en estudios previos (Domínguez et al., 2011; Barcelata et al., 2013), quienes además han reportado que las mujeres adolescentes suelen considerar como soporte no sólo a su familia, sino también a sus amistades.

Comparativos entre los Grupos: Adolescentes-Adultas, Embarazo Deseado-No Deseado e Interrupción Voluntaria-No Voluntaria

En la presente investigación, las respuestas de adolescentes y adultas resaltaban que contaban con más duelo activo, culpa y aceptación que con depresión; sin embargo, como vemos al hacer análisis estadísticos más precisos, las diferencias entre los grupos mostraban que *Depresión* y *Culpa*, por muy pequeña que fuera la media en lo global, seguía siendo más alta para las adolescentes que para las adultas. Por su parte, el *Duelo activo* y la *Aceptación* también reportaron puntajes más altos en las adultas.

Estos resultados destacan la importancia de considerar la culpa en la muestra mexicana reportada. Esto puede deberse a las expectativas sociales de maternidad en cada cultura (Hiefner, 2020) y a que la maternidad es legitimada como un destino en el ciclo vital de las personas como un indicador de madurez y estatus de adultez (Haley, 1973) aun en la actualidad (Juárez y Singh, 2013).

Al realizar el análisis comparativo entre el grupo de interrupción no voluntaria o voluntaria, sólo se encontraron diferencias en cuanto al duelo activo. Las mujeres que tuvieron una interrupción no voluntaria tenían un mayor puntaje en el duelo activo que las que habían decidido interrumpir el embarazo. Estos resultados no van de acuerdo con lo encontrado por Sánchez (2015), quien vio que las mujeres que tenían una interrupción voluntaria tendían a tener más problemas psicológicos relacionados con la ansiedad, la depresión y menores puntajes en cuanto al optimismo hacia la vida. Es importante recalcar que Sánchez comparó mujeres con una interrupción voluntaria del embarazo con mujeres que no habían tenido una interrupción. Las conclusiones al respecto de las diferencias entre lo voluntario y lo involuntario se podrían ampliar con no-interrupción para conocer más sobre la experiencia.

La comparación entre la interrupción voluntaria y no voluntaria ha sido poco abordada dado que, aunque sea de algún modo parecido, también tiene matices muy diferentes en tanto que el primero es un acto volitivo y el segundo se acerca más a la experiencia de la infertilidad. Lo que se desea recalcar en este trabajo es visibilizar respetuosamente cada vivencia, sea que se viva o no en duelo. La interrupción conlleva consecuencias no gratas en torno al proceso y la comparación en este estudio queda limitada al no incluir la experiencia de no embarazo y de no interrupción o, al contrario, de indagar cada posibilidad de manera específica y separada. Se requieren más estudios para observar puntos de encuentro y puntos de divergencia en cuanto a la experiencia y sus significados atribuidos. La comparación cuantitativa queda limitada para estos fines y se invita a continuar la indagación en diferentes contextos como, por ejemplo, el clínico médico, psicológico y contexto social. El aporte del presente trabajo es poner sobre la mesa el tema del duelo perinatal en procesos voluntarios.

Al respecto de la variable de comparación de si el embarazo era deseado o no, se encontró que había diferencias en *Duelo activo*, *Depresión* y *Culpa*, con mayores puntajes para

quienes el embarazo era deseado o no. Este resultado vuelve a poner énfasis en la importancia de contar con la accesibilidad a los métodos anticonceptivos, y que el acceso no sólo se refiera a la capacidad de adquirir los recursos materiales y económicos relativos a la planificación familiar, sino también a los recursos emocionales, de exigencia de uso de condón con la pareja sexual, de políticas públicas que otorguen métodos de calidad en el sector salud y a las actitudes de los proveedores de salud ante este acceso amigable a las adolescencias, incluidos los dependientes de las farmacias que son los primeros puntos de acceso a los métodos que no requieren intervención médica para acceder a los insumos de prevención.

Por otro lado, las personas que tenían un embarazo no deseado reconocieron tener más apoyo práctico/instrumental que quienes tenían un embarazo deseado. Esto se puede deber a las características contextuales que se abordaron anteriormente, en donde se puede observar que las mujeres del presente estudio contaban con factores protectores, como el acceso a la educación media superior y superior, así como el acceso a internet, redes sociales y espacio privado para responder la encuesta; condiciones que son privilegiadas (Marván et al., 2018) en comparación con otras poblaciones con menos acceso a la información.

Las intersecciones que mostraron mayores diferencias entre adolescentes y adultas se dieron en el grupo de interrupción no voluntaria de un embarazo deseado, en donde las adolescentes tuvieron mayores puntajes de *Duelo activo*, *Depresión*, *Culpa* y menor aceptación del *Duelo perinatal*, en comparación con las adultas; mientras que las mujeres adultas tuvieron mayor apoyo emocional y de compañerismo que las adolescentes. Como sabemos, los factores protectores de las adolescencias son el acceso a la educación, vivienda digna, apoyo social y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva; en ese sentido se adiciona el acceso a servicios de salud mental que actúen en los niveles de depresión previa y postparto u evento obstétrico. La muestra del presente estudio tiene niveles educativos altos, la mayoría cuenta

con estudios de nivel medio superior e incluso licenciatura, razón por la cual los puntajes del duelo perinatal son relativamente bajos, lo que no significa que no existan. Como terapeutas familiares, podemos incidir en el manejo de la depresión en el adolescente y, desde una mirada sistémica, aportar con los conocimientos de la práctica clínica en el impulso de políticas públicas que les aporten recursos resilientes. De acuerdo con Mota et al. (2021), “ante la muerte perinatal se desencadena un proceso de duelo difícil de resolver, pues involucra la pérdida física, la del rol materno y las ilusiones, expectativas y proyectos que rodean al hijo”.

El grupo de interrupción no voluntaria de un embarazo no deseado también tuvo diferencias estadísticamente significativas entre adultas y adolescentes en cuanto a *Depresión* y *Culpa*. Las adolescentes tienen un puntaje superior en depresión que las adultas, lo cual es congruente con lo encontrado por Yanikkerem et al. (2012) en población turca, en donde las condiciones previas al embarazo señalaban depresión incluso previa a la concepción y, por ende, no deseabilidad del maternaje dadas las condiciones de vulnerabilidad y precariedad con las que esas mujeres viven estos procesos.

Esto nos hace reflexionar sobre las demandas sociales de la maternidad y al mismo tiempo sobre la falta de recursos económicos, de apoyo de la pareja y escasos recursos de afrontamiento y resiliencia que devienen en estados depresivos que resultan en relaciones sexuales de riesgo, consentidas o no, de nula protección y con altas probabilidades de embarazo no deseado.

En cuanto a la *culpa*, también las adolescentes reportan más este sentir que las adultas, congruente con lo encontrado por Montoya (2017) sobre las expectativas de la maternidad como plan de vida de una mujer. Se tendría que indagar más sobre los factores protectores de la depresión y culpa que las adultas han ido adquiriendo con la vida, o indagar si ellas han tenido otros procesos gineco-obstétricos que les hayan demostrado o enseñado una forma resiliente de superar esas sensaciones. Una explicación a esta diferencia en cuanto a la culpa

puede ser a través de los significados que se tienen en cuanto a la agencia del embarazo, Rangel-Flores y Jimenez-Arroyo (2021) mencionan que “resultar embarazada” es avergonzante e indeseable en la adolescente en razón de que se considera en el colectivo que es un evento que puede anticiparse y evitarse no sólo por la mujer gestante sino también en corresponsabilidad con la pareja e incluso con un ambiente de salud reproductiva saludable y responsable. Siendo así, la culpa no sólo estaría relacionada con la decisión de la interrupción, sino también con el rompimiento de reglas que regulan el placer sexual, el inicio de la vida sexual, la responsabilidad en la anticoncepción, los mandatos sociales de maternidad, que van más allá de la gestación y el parto, y que se extienden a una forma de legitimización y carga social a la mujer gestante para convertirse en madre por el resto de su vida.

Para agregar explicación a las diferencias encontradas, Mota et al. (2021) mencionan: “la ausencia de fortaleza y confianza en sí misma, aunada a la falta de claridad en los objetivos de vida, pareciera aumentar la posibilidad de que la muerte del hijo sea vivida como una situación extremadamente adversa, generadora de estrés y desesperanza”, es algo que puede pasar con las adolescentes dadas las características propias de su etapa de vida. Como señalan Calderón y Salazar (2017), se vulnera el estado emocional a tal grado que se puede caer en un estado de vacío existencial y desarrollar depresión crónica. Depresión que, sería relevante investigar, puede estar enmarcada en una desesperanza aprendida previa al embarazo.

Correlaciones entre las Variables Psicológicas Estudiadas

Al observar la relación entre los factores del duelo perinatal y el apoyo social, se observaron resultados parecidos con lo encontrado por Iwanowicz-Palus et al. (2021). Es relevante hacer énfasis en que ciertos tipos de apoyo (Sluzki, 1998) son más eficientes que otros para el manejo y alivio del malestar por la pérdida. Los resultados sugieren que el tener personas que acompañen se relaciona de manera más fuerte con el duelo que el apoyo

práctico/instrumental que se brinda por parte de profesionales de la salud, como lo habían encontrado Larivière-Bastien et al. (2019) y Santiago (2019). Es importante recordar que las mujeres participantes reconocieron más el papel de apoyo de familia y amigos que el de profesionales de la salud.

Las correlaciones encontradas también sugieren que, a mayor apoyo social percibido, mayor calidad en la salud (Yanikkerem et al., 2012). En este caso, el apoyo social se relacionó con una menor sensación de depresión, culpa y duelo activo, así como de manera positiva con la aceptación de la pérdida. Lo anterior es congruente con lo encontrado por Mota et al. (2021), quien realizó un estudio parecido buscando predictores del duelo perinatal y en donde refiere que, a mayor apoyo social de la familia, amigos y la pareja, menor es el duelo activo percibido. De manera específica, menciona que cuando las dolientes perciben el apoyo familiar, la presencia de otros hijos, y cuando tienen una actividad laboral remunerada, estas condiciones matizan los sentimientos de culpa, vergüenza y arrepentimiento.

A partir de los resultados anteriores se puede decir que, de manera particular, el apoyo social tiene un impacto positivo en el proceso de aceptación de la pérdida. Si bien las correlaciones son medias, los resultados sugieren estudiar a profundidad el apoyo específico de la pareja (Ridaura, 2015; DeMontigny et al., 2020), ya que el compañerismo implica contar con una persona en particular que brinde compañía, esto mostró estar relacionado con la aceptación de manera positiva y negativamente con el duelo activo, depresión y culpa. Se requiere investigar si el apoyo de la pareja es más importante que el apoyo de otras personas con quien se cuente con un vínculo íntimo (Bautista-Balbás et al., 2017), la investigación con instrumentos y preguntas específicas se hace necesaria para clarificar y realizar intervenciones más acertadas en la práctica clínica inmediata y *a posteriori*.

Implicaciones en la Terapia Familiar

En terapia familiar, ¿qué papel o implicaciones tiene nombrar, reconocer y visibilizar las interrupciones de embarazos en la genealogía de la familia? Una propuesta que se desprende del análisis de estos resultados es evidenciar las pérdidas en el genograma (McGoldrick, 1985), en donde se podría contribuir a la indagación de patrones recurrentes intergeneracionales de embarazos no deseados e interrupciones del embarazo que afectan el pasado y presente de la familia. Visibilizar podría ayudar a resignificar ese pasado y presente para ayudar a las familias a mirar los recursos resilientes (Walsh, 2016) que contribuyan en la construcción de un futuro de bienestar y prevención de las vivencias no gratas.

La construcción de genogramas no sólo se convierte en una herramienta de exploración de las problemáticas familiares, sino también de la coconstrucción de la fotografía de una estructura en movimiento que invita a la genuina curiosidad, pone foco en las historias, memorias y narrativas familiares y se orienta a la cocreación de diálogos y conversaciones en donde no hay una sola forma de visibilizar a los miembros y sus relaciones, y en donde también se consensua la forma en que serán visibilizadas (Mosgaard y Sesma-Vazquez, 2017). Esto en la práctica clínica resulta de gran provecho en tanto que la conversación es consensada en pro de complejizar las intervenciones y hacerlas a la medida de cada familia en la consulta clínica. De la historia no sólo se habla de las acciones que han provocado vergüenza y culpa; rescatar las formas en las que se ha salido adelante contribuye a la reivindicación de los recursos con los cuales se ha sobrevivido siendo resiliente (Walsh, 2016).

Visibilizar las interrupciones podría facilitar la consolidación de la experiencia, como lo hacen los rituales compartidos que vinculan el pasado, presente y futuro en la familia y que ayudan a facilitar las transiciones disruptivas (Walsh, 2016), así como darles lugar y voz a las pérdidas ambiguas (Boss, 1999) que quizá no tengan una clarificación de cómo ser asumidas con normas, reglas o protocolos para acompañarlas, pero sí se haga con respeto y calidez al

indagar cómo es significado por las personas, para poder acompañar en consecuencia y en el tono que las familias lo necesiten.

De acuerdo con la literatura (Meade et al., 2008), hay historias intergeneracionales que se repiten del embarazo adolescente. Cuando el aborto es nombrado, también se nombra el embarazo que hubo previamente; esta visibilización podría ampliar las opciones de resolución de conflictos o toma de decisiones abierta y sana en la familia, por ejemplo, a partir de la transmisión de experiencias, saberes y reconocimiento del deseo sexual que se despierta en la adolescencia para poder prevenir de una manera digna, respetuosa y saludable un embarazo no deseado, como lo demuestra González et al. (2013) en su estudio longitudinal del embarazo adolescente. Las experiencias pasadas de adversidad y respuesta de una familia pueden generar expectativas catastróficas o pueden servir como modelos de resiliencia (Walsh, 2016).

El apoyo por parte de la familia es el más concurrido en la muestra total (32.1%), en adolescentes (30.3%) y en adultas (36.7%), seguido del apoyo de la pareja (25.7%), adolescentes (27.4%) y adultas (21.4%). Las mujeres participantes del estudio mencionaron el apoyo combinado entre la familia y las amistades en un 23.8%, en donde el sostén fue dado por más de una persona de ambos grupos de apoyo. Esto es especialmente importante en cuanto a que los adolescentes se han definido como personas que buscan apoyo prioritariamente en su grupo de pares y no necesariamente en la familia.

El sistema familiar como grupo principal de apoyo refuerza las premisas de las funciones familiares propuestas por Minuchin (Desatnik, 2004): la protección psicosocial de sus miembros y la acomodación a una cultura y transmisión de esta, que se traduce en el sentido de identidad (pertenencia) y separación (individuación). Se ha observado que tanto el apoyo familiar como el apoyo social percibido intervienen en el proceso de duelo aminorando el impacto negativo de los acontecimientos estresantes (Mancini et al., 2015), echando a andar

los dos procesos de pertenencia e individuación para buscar el apoyo y los recursos resilientes en donde cada persona pueda y desee obtenerlos.

En un evento tan relevante como es la interrupción del embarazo, sea voluntaria o involuntaria, puede llegar a convertirse en una crisis dentro del sistema familiar. De acuerdo con Walsh (2016), los sistemas se redefinen y actualizan de manera estructural y relacional con la adición y pérdida de miembros de la familia, así como con las crisis y movimientos en cuanto a los roles de cada uno. La pérdida de un hijo puede llegar a ser un *factor estresante no normativo*.

Esta premisa nos hace plantear interrogantes como: ¿Cuáles son los límites, jerarquías, alianzas y colisiones familiares cuando el adolescente vive con los abuelos en lugar de con los padres ante el evento de una interrupción del embarazo? La familia y sus relaciones se ajustan a los movimientos no sólo de ciclo vital, sino también a los requerimientos dados los estresores sociales. En ese sentido, Walsh (2016) sostiene que las familias tienen estrategias resilientes ante los cambios necesarios en los límites, roles, adopción de nuevos miembros y adaptación ante las pérdidas de miembros en el sistema, sea como sea que se haya organizado la estructura del sistema familiar.

Como terapeutas familiares, se puede seguir contribuyendo a fraccionar a las familias en núcleos que cumplan con las funciones familiares de socialización, regulación y desarrollo de los individuos, o respetar, como proponen las posturas de terapia contemporáneas (Mosgaard y Sesma-Vazquez, 2017), el acomodo natural de las familias y que se vuelvan extensas hasta que las vulnerabilidades propias de la adolescencia puedan ser minimizadas y así las personas puedan decidir si continuar o no en la vida nuclear familiar.

Esta investigación intentó dar mayor entendimiento a la vivencia de la interrupción del embarazo en la adolescencia y adultez como bloques diferenciados del ciclo vital (Haley, 1973; Walsh, 2016), dado que se ha encontrado que existen implicaciones en el impacto de una crisis

en el sistema familiar y que este puede variar dependiendo de su momento en el ciclo de vida familiar multigeneracional (Walsh, 2016).

Sea cual sea la etapa, este tema se puede convertir en un duelo desautorizado (Páyas, 2016). El primer elemento que lo puede convertir en duelo desautorizado en la adolescencia es el tabú sobre el despertar del deseo sexual y el inicio de la vida sexual del adolescente, aunado a la decisión de la interrupción e incluso la relativa tranquilidad de continuar con los planes y proyectos sin que se vieran interrumpidos por la maternidad. Por su parte, en la adultez el proceso se puede convertir en un duelo desautorizado (Montoya, 2017; Martos-López et al., 2016) por aquello que ya se esperaba y que es parte de la expectativa de acuerdo al proceso de ciclo vital en la adultez: la reproducción biológica. Al no llevarse a cabo, el secreto es común entre las personas que participaron en este estudio; secreto que, al no ser hablado, no puede ser diluido y sanado en colectivo, lo que resta posibilidades para su validación y elaboración.

Incluso en las respuestas dadas en el presente estudio, se puede ver que el secreto ni siquiera es un evento compartido con la pareja, a diferencia de lo encontrado en la literatura (Oliva y González-Andrade, 2019; Castro y García, 2017), ya sea porque no se comenta o porque se habla adicionalmente con otras personas que son parte del sistema de confianza y soporte de las mujeres gestantes. Es así que se abre la interrogante: ¿cómo se incluye a la pareja en el proceso no sólo de reproducción sino también en el duelo cuando se ha involucrado emocional y afectivamente con el proceso de embarazo y existe el deseo de ejercicio de la paternidad? Esta reflexión abre la posibilidad de cuestionamientos sobre el papel de la pareja en el duelo o, incluso, la identificación de procesos de duelo perinatal en los hombres o desde la vivencia masculina, como lo reconoce Neimeyer (2002).

La investigación aporta a la práctica clínica en tanto que ayuda a saber en dónde se pueden focalizar los esfuerzos de educación y acompañamiento en las intervenciones familiares. Así, esta información abona en el entendimiento y enfoque a la educación sexual

integral en adolescentes aun cuando los padres consideren que brindan la información necesaria en el núcleo familiar. Si en la familia se desea evitar un embarazo no deseado en los adolescentes, es importante considerar que dentro del ejercicio de los derechos sexuales (CNDH, 2016) está el derecho al placer y el derecho a la elección de cuánto y cuándo ejercer la reproducción.

En este sentido, la función socializadora de la familia en la actualidad, y de acuerdo con el contexto social relacionado con el tema de la salud sexual y educación integral de la sexualidad, queda limitada al educar sólo en el conocimiento sobre existencia, uso y acceso a los métodos anticonceptivos. Se vuelve necesario educar también en que el placer erótico y sexual puede estar desvinculado de la reproducción para un ejercicio pleno y sin la consecuencia de un embarazo no deseado que lleve a considerar la interrupción del mismo. Los planes y programas oficiales educativos pueden contribuir en las reflexiones y en brindar información necesaria para el pleno ejercicio de derechos sexuales y reproductivos. En el presente estudio se mencionó poco, pero sí se aludió considerar a los profesionistas del área de la salud y a las redes sociales como fuentes de ese apoyo social, especialmente en el acceso a la información.

Limitaciones del Estudio

Una de las grandes limitaciones del presente estudio fue la disparidad en cuanto a cantidad de participantes entre los grupos de adolescentes y adultas, esta discrepancia no permitió hacer análisis desde la estadística paramétrica; sin embargo, esto no resta relevancia de los hallazgos encontrados. La implicación de esta diferencia entre los grupos radicó en que la mayoría de las adolescentes tenían una experiencia de interrupción voluntaria de un embarazo no deseado y la mayoría de las adultas tenían una experiencia más bien de aborto involuntario de embarazo sí deseado. En ese sentido, se sugiere para siguientes estudios que se

equilibren las características de la muestra para hacer análisis y buscar diferencias en muestras más homogéneas y así corroborar o refutar las conclusiones de este estudio.

De igual manera, el estudio se vio limitado al no contar con el acceso a más personas que hubiesen pasado por una experiencia de pérdida perinatal reciente que diera oportunidad de conocer la percepción de las variables alrededor del evento en el momento más cercano a lo sucedido, en donde el efecto puede ser más evidente. Conocer la experiencia al momento de la crisis podría contribuir en el entendimiento y la creación de propuestas en las intervenciones terapéuticas, educativas, de información y de manejo emocional no sólo hospitalario sino también desde la terapia familiar y la consejería postevento obstétrico para quienes así lo soliciten o requieran.

Investigar la experiencia más cercana a la crisis también implicaría hacer las preguntas en grupos de mujeres más jóvenes y adolescentes tempranas menores de 18 años. El inicio de la vida sexual cada vez es más temprano en la población adolescente y se esperaría que los embarazos no deseados y planificados también tengan más oportunidad de ocurrir dadas las condiciones de poco acceso a la información, métodos de planificación familiar, presión o violencia por parte de la pareja y juicio social por la búsqueda del placer, aun cuando es un derecho (González-Garza et al., 2005). Es entonces que se hace necesario evaluar la vivencia en menores de edad.

Otra alternativa que surgió a partir de los análisis de la información presentada es la importancia de considerar que la experiencia cambia a lo largo del tiempo, una limitante de esta investigación fue que no hubo una condición de exclusión si el evento de interrupción se había llevado hacía menos de un año o más de un año. Se hace interesante investigar en los propios hospitales al momento en el que ocurre, en un año, dos o más años. Incluso es relevante segmentar y hacer más específico el análisis en cuanto a regiones del país, como lo hizo Juárez

y Singh (2013), quienes encontraron que las regiones de mayor concentración poblacional también tienen índices más altos de interrupciones inducidas.

Para siguientes investigaciones, se podría indagar en grupos específicos de interrupción voluntaria y no voluntaria, dado que la experiencia de la pérdida no voluntaria de acerca más a la experiencia de la infertilidad con causas no especificadas y la interrupción voluntaria se allega más a la experiencia de toma de decisiones relacionadas al contexto de la vida de la persona o pareja, aspectos económicos, políticos, sociales y de violencias estructurales y directas que son variables contextuales en la elección de ese camino.

Otra limitación fue que, al sólo considerar la vivencia de la mujer gestante, se deja de lado la experiencia de los corresponsables de la procreación, como son los padres, hermanos, abuelos y otros involucrados, para conocer el impacto en las redes más inmediatas y familiares que también generan expectativas e incluyen al miembro de la familia en camino ya como parte de su sistema familiar cuando se da el caso de hacer público el embarazo. Si bien, las mujeres son quienes tienen las repercusiones más importantes de la decisión, explorar la experiencia familiar daría mayor entendimiento en razón de incentivar las acciones de apoyo que fueran más útiles en las interacciones relacionales más próximas.

Conclusiones

Hace falta mayor entendimiento sobre los procesos alrededor de la interrupción del embarazo voluntaria en cuando a las características, contextos y premisas que llevan a la toma de decisión, la vivencia del proceso, que puede incluir la indagación de quién acompaña, cómo lo hace, cómo se comparte la noticia del embarazo y la decisión de interrupción y, adicionalmente, las posibilidades de experiencia posteriores al procedimiento.

Obtener mayor registro de la experiencia ampliaría las narrativas y debates, tendría implicaciones en la legislación y políticas públicas no sólo en cuando a la despenalización o no del aborto, sino en políticas públicas en pro de hacer válido el Artículo 3 Constitucional en

su declaración sobre la importancia, derecho y garantía constitucional a la educación integral en sexualidad, en materia de prevención y acceso a los métodos de planificación familiar antifecundativos y contraceptivos.

La planificación familiar y la anticoncepción están orientados y diseñados para la prevención del embarazo no deseado, pero no son suficientes en un contexto de violencia estructural y baja percepción de corresponsabilidad masculina en la conciencia de su participación en la reproducción y la crianza de los nuevos miembros de la familia. El acceso a los métodos anticonceptivos requiere de procesos de educación integral en sexualidad desde etapas prescolares, en donde se garantice la educación no sólo de los aspectos biológicos, sino también de las áreas psicoemocionales, de vínculos afectivos, de los roles de género que fortalecen o entorpecen la sana convivencia y el desarrollo individual, relacional, familiar y social; sin dejar de lado que la sexualidad incluye también el estudio, promoción y saludable disfrute del placer en su amplio espectro de sensaciones y vivencias.

A la familia como construcción social se le han encomendado tareas que cada día se vuelven más insostenibles si se sigue considerando a la familia tradicional como un único pilar fundamental de las tareas que se les han asignado: soporte, socialización, educación (también la relacionada con la sexualidad), desarrollo y nutrición. Basta con voltear a ver la vivencia familiar y darse cuenta de que las familias diversas son la norma: familias conformadas por abuelos que cuidan a nietos, tíos que se unen al sostén nutritivo de los hijos, familias extensas, familias reconstruidas, familias homoparentales, familias uniparentales y un largo etcétera; todas ellas requieren ser miradas, sostenidas, acompañadas e incluso empezar a considerar que hay funciones que se podrían cumplir en lo colectivo, desde las políticas públicas y el sostén comunitario, buscando siempre un desarrollo positivo en pro de la salud y vida digna.

Adicional a la complejidad antes mencionada, se agrega el uso de la tecnología como un espacio virtual con fronteras tan difusas que se visualiza como un mundo sin límites. En

este estudio se llegó a mencionar como red de apoyo a personas pertenecientes de redes sociales virtuales que, aunque se nombró como minoría, ya se visibilizan, valoran y consideran como fuentes de apoyo social con impacto en la toma de decisiones, acompañamiento, fuentes confiables de información, de recursos e incluso en el acceso a los medios para la interrupción del embarazo o como red de soporte después del mismo.

La educación entonces no sólo se hace necesaria en lo ya antes mencionado, sino también en el acompañamiento para el sano discernimiento de contenidos adecuados y saludables, de apoyo confiable en las redes sociales y exploración en la web; espacio en el que, al momento, se mantiene un constante reto en el discernimiento sobre qué contenidos son aptos, adecuados y saludables en el desarrollo de infancias y adolescencias. Es ahí donde la familia sigue teniendo niveles de responsabilidad altos ante el acceso al cúmulo de información digital a la que se accede desde la privacidad de una recámara.

Todo lo anterior nos regresa a las consideraciones sobre el apoyo social y el duelo perinatal. El apoyo que se recibe cada vez de fuentes diversificadas y la información recibida de estas redes de apoyo tiene relación con la vivencia del duelo perinatal. Una de las relaciones más importantes encontradas se dio entre la culpa y el duelo. Es de considerar que el sentimiento de culpa tiene una función reguladora de las acciones ante los ojos de la otredad que juzga o apoya, la culpa es un regulador de las reglas y normas sociales, de lo permitido y lo prohibido. Es así que la culpa sigue estando presente en quienes dependen más de la mirada, apoyo y reconocimiento social, como lo son, en este caso, las adolescentes.

Si bien en el presente estudio también la depresión fue una vivencia relevante en las adolescentes, a modo de conclusión se abre también una pregunta: ¿será que los aspectos sociales, relacionales y estructurales que impactan en la vulnerabilidad en las personas en etapa adolescente también contribuyen a una sensación de tristeza, desesperanza, soledades, propias de la depresión? ¿Será que la sensación de depresión está presente incluso desde antes del

embarazo y es un factor en las conductas de riesgo para tener embarazos no deseados? ¿Qué tendríamos que estar haciendo como sociedad, acompañantes de adolescentes y terapeutas familiares para la atención de esta sensación de depresión antes, durante y posterior al evento de la interrupción?

Como última conclusión, se determina que es fundamental que existan políticas públicas para el acompañamiento y atención psicológica para quienes así lo soliciten en el proceso de interrupción voluntaria y no voluntaria del embarazo. Esto significa garantizar el apoyo y sostén institucional ante la vivencia del duelo perinatal a lo largo de cualquier etapa del ciclo vital. No basta con los debates en la agenda política sobre la despenalización, se requiere de una legalización de los procesos obstétricos que incluyan la atención psicológica de quien así lo requiera, ya sea la mujer gestante, su pareja, el corresponsable del embarazo, los hermanos, los abuelos o cualquier otra persona que se vea afectada o implicada en esta red familiar a la cual, aunque sea por poco tiempo y de manera simbólica, perteneció un miembro que se fue demasiado pronto.

Visibilizar para validar, honrar y sanar.

Referencias

- Aranda, M., Sánchez, M. y Sánchez, D. (2019). Información y consejería en el duelo perinatal. *Revista Latinoamericana de Perinatología*, 22(3), 155-161.
- Bautista-Balbás, B., Abellán-Lucas, S., Gómez-Moreno, M., Martínez-Molina, A. y Dema-Pérez, S. (2017). Necesidades y sentimientos percibidos por las mujeres ante el diagnóstico de aborto espontáneo. *Matronas Profesión*, 18(1), 18-25.
- Barcelata, B., Granados, A. y Ramírez, A. (2013). Correlatos entre funcionamiento familiar y apoyo social percibido en escolares en riesgo psicosocial. *Rev. Mex. Orient. Educ., México*, 10(24), 65-70.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-75272013000100008&lng=pt&nrm=iso
- Boss, P. (1999). *Ambiguous Loss*. Harvard University Press.
- Bute, J. J., Brann, M. y Hernández, R. (2019). Exploring societal-level privacy rules for talking about miscarriage. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(2), 379–399.
<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1177/0265407517731828>
- Brady, G., Brown, G., Letherby, G., Bayley, J. y Wallace, L. M. (2008). Young women's experience of termination and miscarriage: A qualitative study. *Human Fertility*, 11(3), 186–190. <https://doi.org/10.1080/14647270802121367>
- Calderón, R., y Salazar, P. (2017). La resiliencia un factor determinante en el proceso de duelo. *Revista de Investigaciones Uniciencia*. 3(1), 94-98.
- Camejo, J., Peñaloza, A., Pérez, L., Pernía, N., González, A., Ticona, B. y Hernández, P. (2019). Detección de patologías psiquiátricas en pacientes con diagnóstico de aborto espontáneo. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo*. 23 (2), 24-33.
https://www.researchgate.net/profile/Pablo_Hernandez20/publication/341526080_Pat

ologias_Psiquiatricas_en_pacientes_con_aborto_espontaneo/links/5ec5957e92851c11a87addbd/Patologias-Psiquiatricas-en-pacientes-con-aborto-espontaneo.pdf

Castro, C. y García, R. (2017). *Proceso de duelo por muerte de hijo*. Trillas.

CNDH (2016). *Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes*. Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México.

De Montigny, F., Verdon, C., Meunier, S., Gervais, C. y Coté, I. (2020). Factores de protección y de riesgo para la salud mental de las mujeres después de un aborto espontáneo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3382.3350>

Desatnik, O. (2004). El modelo estructural de Salvador Minuchin. En Eguiluz, L. *Terapia Familiar Sistémica. Su uso hoy en día*. Pax.

Domínguez, M., Mandujano, M., Quintero, M., Sotelo, T., Gaxiola, J. y Valencia, J. (2012). Escala de Apoyo Social para cuidadores familiares de adultos mayores mexicanos. *Universitas Psychologica*, *12*(2), 391-402. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy12-2.easc>

Domínguez, A., Salas, I., Contreras, C. y Procidano, M. (2011). Validez concurrente de la versión mexicana de las escalas de Apoyo Social Percibido de la Familia y los Amigos (PSS-Fa y PSS-Fr). *Revista Latinoamericana de Psicología*, *43*(1), 125-137. <https://core.ac.uk/download/pdf/229323082.pdf>

Fenstermacher, K. y Hupcey, J. E. (2013). Perinatal bereavement: a principle-based concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *69*(11), 2389-2400, <https://doi.org/10.1111/jan.12119>

Frías, M. T., Díaz-Loving, R. y Reyes-Lagunes, I. (2011). Desarrollo y Validación de una Escala para Medir Apoyo Social en Adultos con Perspectiva de Apego. *RIDEP*. *32*(2), 9-34. <https://www.aidep.org/sites/default/files/2018-12/r32art1.pdf>

- García, H., Avendaño-Becerra, N. e Islas-Rodríguez, M. T. (2008). Morbilidad neonatal y materna en mujeres adolescentes y mujeres adultas. Estudio comparativo. *Revista de Investigación Clínica*, 60(2), 94-100.
- García-Torres, M., García-Méndez, M., y Rivera-Aragón, S. (2017). Apoyo social en adultos mexicanos: validación de una escala. *Acta De Investigación Psicológica*, 7(1), 2562 - 2567. <https://doi.org/10.1016/j.aiprr.2017.02.004>
- Gao, L., Qu, J., y Wang, A. Y. (2020). Anxiety, depression, and social support in pregnant women with a history of recurrent miscarriage: a cross-sectional study. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 38(5), 497–508. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1652730>
- Grupo De Información En Reproducción Elegida-GIRE. (2018). *Maternidad o castigo: la criminalización del aborto en México*. Ciudad de México. <https://criminalizacionporaborto.gire.org.mx/#/>
- Grupo De Información En Reproducción Elegida-GIRE. (2000). *Miradas sobre el aborto*. METIS, Productos culturales, S.A. de C.V.
- González-Garza, C., Rojas-Martínez, R., Hernández-Serrato, M. I. y Olaiz-Fernández, G. (2005). Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años: resultados de la ENSA 2000. *Salud Pública de México*, 47(3), 209-218. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000300004&lng=es&tlng=es.
- González, E., Leal, I., Molina, T. y Chacón, P. (2013). Patrón intergeneracional del embarazo adolescente en las hijas de una cohorte de mujeres que controlaron su primer embarazo en un centro integral para adolescentes embarazadas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 78(4), 282-289. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262013000400006>

- Haley, J. (1973). *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Amorrortu.
- Hiefner, A. (2020). "A Silent Battle": Using a Feminist Approach to Support Couples after Miscarriage. *Journal of Feminist Family Therapy*, 32(2), 57-75, <https://doi.org/10.1080/08952833.2020.1793563>
- Huffman, S., Schwartz, A. y Swanson, M. (2015). Couples and Miscarriage: The Influence of Gender and Reproductive Factors on the Impact of Miscarriage. *Womens Health Issues*. 25(5), 570-578. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2015.04.005>
- IBM Corp (2007, 2012). *IBM SPSS Statistics Version 21*. International Business Machines Corp.
- INMUJERES, Gobierno de México. (s.f.) *Interrupción legal del embarazo. Glosario para la igualdad: consulta en línea*. <https://campusgenero.inmujeres.gob.mx/glosario/terminos/interrupcion-legal-del-embarazo>
- INEGI (2019). Características de las defunciones fetales registradas en México durante 2019. Comunicado de prensa Núm. 410/20, 31 de agosto de 2020. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/EstSociodemo/DefuncionesFetales2019_08.pdf
- Iwanowicz-Palus, G., Mróz, M. y Bień, A. (2021). Quality of life, social support and self-efficacy in women after a miscarriage. *Health & Quality of Life Outcomes*, 19(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01662-z>
- Juárez, F., Singh, S., Maddow-Zimet, I. y Wulf, D. (2013). *Embarazo no planeado y aborto inducido en México: causas y consecuencias*. New York.
- Juárez, F. y Singh, S. (2013). Incidencia del aborto inducido por edad y estado, México, 2009: nuevas estimaciones usando una metodología modificada. *Perspectivas*

- Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*; número especial, 25-35.
https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/3902513s.pdf
- Kübler-Ross, E. (1985). *Una luz que se apaga*. Pax México.
- Larivière-Bastien, D., DeMontigny, F. y Verdon, C. (2019). Women's Experiences of Miscarriage in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 45(6), 670-676. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2019.06.008>
- Lemionet, D. (9 de septiembre de 2021). *Diagnóstico del óbito fetal: ampliando horizontes*. “Simposio COMEGO: Óbito: Un paso delante de la tragedia obstétrica.” <https://www.facebook.com/COMEGOAC/videos/3004105399878917>. Transmisión en vivo.
- López, A. (2011). Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(1), 53-70.
- Mancini, A. D., Sinan, B. y Bonanno, G. A. (2015). Predictors of Prolonged Grief, Resilience, and Recovery Among Bereaved Spouses. *Journal of Clinical Psychology*, 71(12), 1245–1258. <https://doi.org/10.1002/jclp.22224>
- Martos-López, I., Sánchez-Guisado, M., Guedes-Arbelo, C. (2016). Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado. *Revista Española de Comunicación en Salud*. 7(2), 300-309. <http://dx.doi.org/10.20318/recs.2016.3454>
- Marván, M. L., Orihuela-Cortés, F. y Río, A. (2018). Atitudes perante a interrupção voluntária da gravidez em jovens mexicanos, e a opinião deles sobre o aborto inseguro como um problema de saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública [online]*. 24(10), 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00192717>
- McGoldrick, M. (1985). *Genogramas en la evaluación familiar*. Gedisa.

- Meade, C. S., Kershaw, T. y Ickovics, J. R. (2008). The intergenerational cycle of teenage motherhood: An ecological approach. *Health Psychology*, 27(4), 419–429. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.4.419>
- Mejías, M., García, S. y Duarte, L. (2012). *Guía clínica de abordaje del duelo perinatal*. <http://www.bubok.es/libros/213244/GUIA-CLINICA-DE-ABORDAJE-DEL-DUELO-PERINATAL>
- Melo, P. (2020). *Duelo perinatal: significados de padres respecto a su proceso de duelo en el contexto de atención del sistema de salud público chileno*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos. Universidad de Chile.
- Montoya, J. (2017). *Guía para el duelo*. Trillas.
- Mosgaard, J. y Sesma-Vazquez, M. (2017). Postmodern Approaches in the Use of Genograms. En Lebow et al. (eds.), *Encyclopedia of Couple and Family Therapy*, Springer International Publishing AG. https://doi.org/10.1007/978-3-319-15877-8_829-1
- Mosqueda, A., Mendoza, S., Jofré, A. y Barriga, O. A. (2015). Validez y confiabilidad de una escala de apoyo social percibido en población adolescente. *Enfermería Global*, 14(39), 125-136. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000300006
- Mota, C., Calleja, N., Aldana, E., Gómez, M. E. y Sánchez, M. A. (2011). Escala de duelo perinatal: validación en mujeres mexicanas con pérdida gestacional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(3), 419-428. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80522599002>
- Mota, C., Calleja, N., Sánchez, C., Carreño, J. y Balbuena, J. (2021). Resiliencia y Apoyo Social como Predictores del Duelo Perinatal en Mujeres Mexicanas: Modelo Explicativo. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(58), 35-46.

- Mota, C., Aldana, E., Gómez, M. y Sánchez, M. (2016). La percepción del hombre hacia la paternidad y el duelo perinatal. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 62(2): 139-143.
- Mota, C., Sánchez, C., Carreño, J. y Gómez, M. E. (2021). Los estilos de afrontamiento como predictores del duelo perinatal. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 13(1), 50-58. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-42062021000100050&lng=es&tlng=es.
- Murray, J., Terry, D., Vance, J., Battistutta, D. y Connolly, Y. (2000). Effects of a Program of Intervention on Parental Distress Following Infant Death. *Death Studies*, 24(4), 275–305. <https://doi.org/10.1080/074811800200469>
- Naciones Unidas (s.d.). *Juventud*. <https://www.un.org/es/global-issues/youth>
- Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2022). *Perspectivas de la población mundial 2022, edición en línea*. <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Fertility/>
- Neimeyer, R. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Paidós.
- Oliva, V. y González-Andrade, F. (2019). Información y consejería de situaciones emotivas difíciles a familiares de pacientes del área materno infantil. *Revista Latinoamericana de Perinatología*. 22 (3), 180-186. http://revperinatologia.com/images/6_RLP_Vol_22_3_2019.pdf
- OMS (2014). *Manual de práctica clínica para un aborto seguro*. Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2020a). CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad (Versión: 09/2020). <https://icd.who.int/browse11/1-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/505744734>
- OMS (2020b). CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad (Versión: 02/2020). <https://icd.who.int/browse11/1-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/696502028>

- OMS (2022). *Salud del adolescente y el joven adulto*. Notas descriptivas del centro de prensa.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- Palomar, J., Matus, G. L. y Victorio, A. (2013). Elaboración de una Escala de Apoyo Social (EAS) para adultos. *Universitas Psychologica*, 12(1), 129-137.
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy12-1.eeas>
- Pastor, S. (2016). *Abordaje de la pérdida perinatal: un enfoque desde la investigación acción participativa*. Tesis Doctoral. Universidad de Alicante.
- Payás, A. (2016). *Las taras del duelo. Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Paidós.
- Piekarewicz, M. (2015). Bioética, aborto y políticas públicas en América Latina. *Revista de Bioética y Derecho*, (33), 3-13. <https://dx.doi.org/10.4321/S1886-58872015000100002>
- Rangel-Flores, Y. y Jimenez-Arroyo, V. (2021). Imaginarios en torno al aborto en un grupo de adolescentes embarazadas en situación marginal en México. *Saúde e Sociedades*, 30(3).
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200175>.
- Ridaura, I. (2015). *Estudio del duelo perinatal: interrupciones médicas del embarazo, muertes prenatales y muertes postnatales*. Tesis doctoral de la Universidad Autónoma de Barcelona, España. https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2015/hdl_10803_295973/irp1de1.pdf
- Rubio-Aurioles, R. (1997). *Antología de la Sexualidad Humana. Tomo I*. Miguel Ángel Porrúa.
- Sánchez, M. L. (2015). *Interrupción voluntaria del embarazo y alteraciones psicológicas: análisis de factores de riesgo*. Tesis. Universidad Católica San Antonio de Murcia, España.
<http://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/1318/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Santiago, B. (2019). *Un duelo olvidado: protocolo de actuación ante el duelo perinatal de padres y madres en Atención Primaria*. Tesis para obtener grado en Enfermería. Universidad de Zaragoza, EUCS. Departamento de Fisiatría y Enfermería, Área de Enfermería. <https://zaguan.unizar.es/record/89007#>
- Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D. y Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(3), 223–228. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1)
- Sefton, M. (2007). Grief Analysis of Adolescents Experiencing an Early Miscarriage. *Hispanic Health Care International*, 5(1), 13–20. <https://www.proquest.com/docview/205480874>
- Sluzki, E. (1998). *La red social: Frontera de la práctica sistémica*. Gedisa.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2009). *Código ético del psicólogo*. Trillas.
- Valenzuela, M., Bernales, M. y Jaña, P. (2020). Duelo perinatal: Perspectivas de los Profesionales de la Salud. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 85(3), 281-305. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000300281>
- Walsh, F. (2016). *Strengthening Family Resilience*. Third Edition. The Guilford Press.
- Weng, S., Chang J., Yeh, M., Wang, S., Lee, C. y Chen, Y. (2018). Do stillbirth, miscarriage, and termination of pregnancy increase risks of attempted and completed suicide within a year? A population-based nested case-control study. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 125(8), 983–990. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15105>
- Yanikkerem, E., Ay, S. y Piro, N. (2012). Planned and unplanned pregnancy: Effects on health practice and depression during pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 39(1), 180–187. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2012.01958.x>

Zamora, R. (9 de septiembre de 2021). *Aspectos médicos en la muerte fetal*. “Simposio COMEGO: Óbito: Un paso delante de la tragedia obstétrica.” <https://www.facebook.com/COMEGOAC/videos/3004105399878917>. Transmisión en vivo.

Anexos

Anexo A

Consentimiento Informado – Aplicación con Adultas

Las siguientes preguntas son parte de un estudio que se lleva a cabo en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Psicología en el programa de Maestría con Residencia en Terapia Familiar que buscan identificar la relación que existe entre el nivel de cercanía que tienen las personas con otras que son su apoyo en momentos difíciles y el duelo por la pérdida perinatal, especialmente, ante la pérdida por aborto de las mujeres que han pasado por esta situación; esto con el fin de generar estrategias terapéuticas individuales y de pareja para la superación del duelo.

La información que usted nos proporcione es totalmente confidencial, anónima y será analizada de manera estadística; por ello, le pedimos que conteste de la manera más honesta posible.

Lea detenidamente e intente finalizar el proceso; de ello depende el éxito de las propuestas terapéuticas o educativas que resulten del estudio. Asimismo, le hacemos de su conocimiento que no hay respuestas correctas o incorrectas, puede detenerse en cualquier momento y respetaremos su decisión de interrumpir su proceso en cualquier momento.

Gracias por su cooperación.

* He leído y comprendido los fines de la presente investigación, otorgo mi consentimiento para participar y que mis respuestas sean utilizadas para este estudio.

Duelo perinatal y apoyo social en mujeres que han vivido un aborto espontáneo

Agradecemos su apoyo en este estudio que se lleva a cabo en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Psicología en el programa de Maestría con Residencia en Terapia Familiar.

Las siguientes preguntas buscan identificar, en mujeres que han tenido una pérdida por aborto espontáneo, la relación que existe entre: el nivel de cercanía que tienen con las personas que son un apoyo en momentos difíciles y el duelo por la pérdida perinatal.

Aunque este puede ser un tema difícil, le pedimos que nos comparta su experiencia sobre un aborto espontáneo que tuvo. La información que nos proporcione será usada para generar estrategias terapéuticas individuales y de pareja para la superación del duelo.

La información que usted nos proporcione es totalmente confidencial, anónima y será analizada de manera estadística; por ello, le pedimos que conteste de la manera más honesta posible.

No hay respuestas correctas o incorrectas, siéntase en la libertad de detener su participación en cualquier momento.

Gracias por su cooperación.

psic.ana.verde@gmail.com (no compartidos)
[Cambiar de cuenta](#)

*Obligatorio

He leído y comprendido los fines de la presente investigación, otorgo mi consentimiento para participar y que mis respuestas sean utilizadas para este estudio.

Sí
 No

Siguiente Página 1 de 6 [Borrar formulario](#)

Consentimiento Informado – Aplicación con Adolescentes

Agradecemos su apoyo en este estudio que se lleva a cabo en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Psicología en el programa de Maestría con Residencia en Terapia Familiar.

Las siguientes preguntas buscan identificar, en mujeres que han tenido una pérdida perinatal, la relación que existe entre: el nivel de cercanía que tienen con las personas que son un apoyo en momentos difíciles y el duelo por la pérdida.

Aunque este puede ser un tema difícil, le pedimos que nos comparta su experiencia sobre el último proceso de duelo. La información que nos proporcione será usada para generar estrategias de intervención a nivel individual, de pareja y/o grupal en apoyo a mujeres que hayan experimentado este tipo de vivencias.

La información que usted nos proporcione es totalmente confidencial, anónima y sólo será utilizada para análisis estadísticos, por lo que le pedimos que conteste de la manera más honesta posible.

No hay respuestas correctas o incorrectas, siéntase en la libertad de detener su participación en cualquier momento.

Su participación contribuye a la visibilización y creación de programas de acompañamiento respetuoso para este proceso.

Si requiere algún tipo de apoyo u orientación, escribanos a dueloperinatalunam@gmail.com

Gracias por su cooperación.

*He leído y comprendido los fines de la presente investigación, otorgo mi consentimiento para participar y que mis respuestas sean utilizadas para este estudio.

The image shows a digital consent form titled "INVESTIGACIÓN SOBRE DUELO PERINATAL EN MUJERES ADOLESCENTES". The form includes the following text:

Duelo perinatal en mujeres adolescentes

Agradecemos su apoyo en este estudio que se lleva a cabo en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Psicología en el programa de Maestría con Residencia en Terapia Familiar.

Las siguientes preguntas buscan identificar, en mujeres que han tenido una pérdida perinatal, la relación que existe entre: el nivel de cercanía que tienen con las personas que son un apoyo en momentos difíciles y el duelo por la pérdida.

Aunque este puede ser un tema difícil, le pedimos que nos comparta su experiencia sobre el último proceso de duelo. La información que nos proporcione será usada para generar estrategias de intervención a nivel individual, de pareja y/o grupal en apoyo a mujeres que hayan experimentado este tipo de vivencias.

La información que usted nos proporcione es totalmente confidencial, anónima y sólo será utilizada para análisis estadísticos, por lo que le pedimos que conteste de la manera más honesta posible.

No hay respuestas correctas o incorrectas, siéntase en la libertad de detener su participación en cualquier momento.

Su participación contribuye a la visibilización y creación de programas de acompañamiento respetuoso para este proceso.

Si requiere algún tipo de apoyo u orientación, escribanos a dueloperinatalunam@gmail.com

Gracias por su cooperación.

psic.ana.verde@gmail.com (no compartidos)
Cambiar de cuenta

*Obligatorio

He leído y comprendido los fines de la presente investigación, otorgo mi consentimiento para participar y que mis respuestas sean utilizadas para este estudio. *

SI

Siguiente Borrar formulario

Datos Sociodemográficos

Edad: ____ años.

Alcaldía:

Escolaridad: Primaria / Secundaria / Técnico / Medio superior / Técnico Superior

Universitario o equivalente / Licenciatura / Maestría / Doctorado

Estado civil: Soltera / Casada / Unión libre / Divorciada / Separada

Ocupación:

Quién contribuye con el ingreso de su casa y en qué porcentaje.

____, ____%. ____%, ____%. ____%, ____%.

Edad de la pareja: ____ años.

Tiempo de relación con la pareja actual: ____ años.

La pareja actual es la misma que con la que tuvo el aborto: Sí / No

Número de embarazos:

Número de abortos:

Edad que tenía al momento de la pérdida: ____ años.

Tiempo transcurrido desde el aborto: ____ meses

Semanas de gestación alcanzadas previas al aborto:

Su embarazo era planeado: Sí / No

Su embarazo era deseado: Sí / No

Tipo de procedimiento médico obstétrico: Medicamentos / Aspiración Manual Endouterina /

Legrado

Escala de Duelo Perinatal

A continuación, encontrará una serie de afirmaciones sobre conductas, pensamientos y emociones relacionadas a la pérdida por aborto. Seleccione el grado de acuerdo o desacuerdo que tenga con cada una de ellas. Se permite una sola respuesta por afirmación. No olvide, por favor, contestar todas y cada una para avanzar al siguiente bloque.

#	Pregunta	Definitivamente			
		sí (4)	Probablemente sí (3)	Probablemente no (2)	Definitivamente no (1)
1	Me siento deprimida	1	2	3	4
4	Me siento vacía	1	2	3	4
6	Me siento culpable cuando pienso en mi bebé	1	2	3	4
7	Siento la necesidad de hablar de mi bebé	1	2	3	4
9	Me siento enferma cuando pienso en mi bebé	1	2	3	4
10	Me lamento por la pérdida de mi bebé	1	2	3	4
11	Intento reír, pero ya nada me parece gracioso	1	2	3	4
12	Me siento desprotegida en un mundo peligroso desde que perdí a mi bebé	1	2	3	4
13	Estoy asustada	1	2	3	4
14	Siento que decepcioné a la gente por la pérdida de mi bebé	1	2	3	4
15	Siento que estoy retomando de nuevo mi vida*	1	2	3	4
16	Extraño mucho a mi bebé	1	2	3	4
17	Necesito justificarme ante algunas personas por la pérdida de mi bebé	1	2	3	4
18	La mejor parte de mí se perdió con mi bebé	1	2	3	4
20	Siento que necesito ayuda profesional para que mi vida funcione otra vez	1	2	3	4
21	Me siento culpable por la pérdida de mi bebé	1	2	3	4
22	Me enojo cuando pienso en mi bebé	1	2	3	4
23	Me siento como muerta en vida	1	2	3	4

24	Siento que no valgo nada desde que perdí a mi bebé	1	2	3	4
25	Lloro cuando pienso en mi bebé	1	2	3	4
26	Me siento apartada y sola aunque esté con amigos	1	2	3	4
28	El tiempo pasa muy lentamente desde que perdí a mi bebé	1	2	3	4
29	Desde que perdí a mi bebé se me hace difícil tomar decisiones	1	2	3	4
30	El futuro me preocupa	1	2	3	4
31	Me siento muy sola desde que perdí a mi bebé	1	2	3	4
34	Siento que me estoy adaptando bien a la pérdida de mi bebé	1	2	3	4

Responda las siguientes preguntas de manera honesta y con sus propias palabras:

- ¿Con apoyo de quién o quiénes contó en el momento de la pérdida?
- ¿Cómo fue el apoyo que recibió de cada persona mencionada?
- ¿Considera que esta pérdida se ha convertido en un secreto? Sí / No / No aplica
- ¿Considera que esta pérdida se ha convertido en un secreto que sólo conoce su pareja y usted? Sí / No / No aplica

Escala de Apoyo Social

En el siguiente apartado, encontrará una serie de afirmaciones sobre conductas, pensamientos y emociones relacionadas con el apoyo social percibido en sus relaciones personales. Seleccione el grado de acuerdo o desacuerdo que tenga con dichas afirmaciones, se permite una sola respuesta por cada una. No olvide, por favor, contestar todas y cada una para avanzar al siguiente bloque.

#	Pregunta	Totalmente de acuerdo (6) Parcialmente de acuerdo (5) De acuerdo (4) En desacuerdo (3) Parcialmente en desacuerdo (2) Totalmente en desacuerdo (1)					
		1	2	3	4	5	6
3	Cuando tengo dudas sobre alguna toma de decisiones pregunto a otros	1	2	3	4	5	6
4	Cuento con personas que me escuchan en todo momento	1	2	3	4	5	6
5	Hay personas que me proporcionan ayuda material (dinero, ropa, etc.)	1	2	3	4	5	6
9	Busco consejo en momentos difíciles	1	2	3	4	5	6
11	Busco ayuda con amigos y/o familiares cuando tengo problemas	1	2	3	4	5	6
12	Tengo amigos con los que puedo convivir y divertirme	1	2	3	4	5	6
15	Cuento con personas que me aconsejan	1	2	3	4	5	6
16	Hay personas con quienes hablo de mis inquietudes	1	2	3	4	5	6
17	Hay personas que cuidan que NO me haga falta nada	1	2	3	4	5	6
23	Busco apoyo en momentos difíciles	1	2	3	4	5	6
24	Hay actividades recreativas que disfruto solo con ciertas personas	1	2	3	4	5	6
28	Hay personas que me apoyan en la realización de mis actividades cuando lo requiero	1	2	3	4	5	6
29	Cuento con personas que me ayudan a distraerme de mis problemas	1	2	3	4	5	6
30	Estoy satisfecho con el cariño que otras personas me demuestran	1	2	3	4	5	6
31	Hay personas que buscan mi compañía	1	2	3	4	5	6

33	Valoro lo que otros me dicen cuando tengo dudas sobre alguna toma de decisiones	1	2	3	4	5	6
34	Cuento con personas que me proporcionan soluciones prácticas a mis problemas	1	2	3	4	5	6
38	Cuando tengo algún problema analizo la situación antes de consultarlo con otros	1	2	3	4	5	6
40	Hay personas que me proporcionan lo que requiero para solucionar mis problemas	1	2	3	4	5	6
41	Cuando estoy confundido busco apoyo en otros	1	2	3	4	5	6
44	Hay personas que me hacen saber lo que se espera de mí en diferentes ámbitos	1	2	3	4	5	6
52	Sé que alguien me valora cuando me presta atención	1	2	3	4	5	6
54	Dispongo de personas a las que puedo consultar para la solución de algún problema	1	2	3	4	5	6
56	Las personas más cercanas a mí aprueban lo que hago	1	2	3	4	5	6
57	Cuento con personas que me orientan cuando no sé qué hacer	1	2	3	4	5	6
58	Hay personas que me proporcionan información útil para resolver alguna dificultad	1	2	3	4	5	6

Sexualidad Post Aborto

En esta sección nos interesa averiguar algunos aspectos sobre tu sexualidad, le recordamos que sus respuestas son totalmente confidenciales y el único interés es el obtener información para una investigación más completa y con la finalidad de ayudar a otras personas que pudieran estar o estén en una situación similar.

¿Cuánto tiempo pasó para que usted volviera a tener relaciones sexuales después del aborto?

¿Cuánto tiempo pasó para que usted volviera a tener un orgasmo en sus relaciones sexuales después del aborto?

¿Usted tiene planes para buscar embarazarse de nuevo? Sí / No

En caso de que desee buscar de nuevo el embarazo ¿En cuánto tiempo desea volver a hacerlo?




Agradecemos su valiosa colaboración en esta investigación.

*Si desea conocer más sobre el presente estudio, o bien, conocer los resultados obtenidos puede contactarnos a través del correo electrónico dueloperinatalunam@gmail.com

Anexo B

Formato de aplicación tal cual fue mostrado a las participantes para la respuesta a los instrumentos del estudio.

INVESTIGACIÓN SOBRE DUELO PERINATAL EN MUJERES ADOLESCENTES

Duelo perinatal en mujeres adolescentes

Agradecemos su apoyo en este estudio que se lleva a cabo en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Psicología en el programa de Maestría con Residencia en Terapia Familiar.

Las siguientes preguntas buscan identificar, en mujeres que han tenido una pérdida perinatal, la relación que existe entre: el nivel de cercanía que tienen con las personas que son un apoyo en momentos difíciles y el duelo por la pérdida.

Aunque esta puede ser un tema difícil, le pedimos que nos comparta su experiencia sobre la último proceso de duelo. La información que nos proporcione será usada para generar estrategias de intervención a nivel individual, de pares y/o grupal de apoyo a mujeres que hayan experimentado este tipo de vivencias.

La información que usted nos proporcione es totalmente confidencial, anónima y sólo será utilizada para análisis estadísticos, por lo que le pedimos que conteste de la manera más honesta posible.

No hay respuestas correctas o incorrectas, sólo en la libertad de detener su participación en cualquier momento.

Su participación contribuye a la visibilización y creación de programas de acompañamiento respetuosos para este proceso.

Si requiere algún tipo de apoyo u orientación, escribanos a duelopernatalunam@gmail.com

Gracias por su cooperación.

psic.ana.verde@gmail.com (no compartidos)
Cambiar de cuenta

*Obligatorio

He leído y comprendido los fines de la presente investigación, otorgo mi consentimiento para participar y que mis respuestas sean utilizadas para este estudio.

Sí

No

Siguiente Borrar formulario

INVESTIGACIÓN SOBRE DUELO PERINATAL EN MUJERES ADOLESCENTES



Duelo perinatal en mujeres adolescentes

psic.ana.verde@gmail.com (no compartidos)
[Cambiar de cuenta](#)

*Obligatorio

Datos sociodemográficos

A continuación, le pedimos algunos datos generales que nos permitirán organizar la información recibada. Le recordamos que todas sus respuestas son anónimas.

Edad (años):

Tu respuesta

Si vive en la Ciudad de México (CDMX), ¿en qué alcaldía reside?

- No vivo en la Ciudad de México
- Coyoacán
- Miguel Hidalgo
- La Magdalena Contreras
- Tianguac
- Azcapotzalco
- Iztacalco
- Cuauhtémoc
- Venustiano Carranza
- Tlalpan
- Cuajimalpa de Morelos
- Cuauhtémoc
- Iztapalapa

INVESTIGACIÓN SOBRE DUELO PERINATAL EN MUJERES ADOLESCENTES



Duelo perinatal en mujeres adolescentes

psic.ana.verde@gmail.com (no compartidos)
[Cambiar de cuenta](#)

Duelo perinatal

A continuación, encontrará una serie de afirmaciones sobre conductas, pensamientos y emociones relacionadas a la pérdida. Seleccione el grado de acuerdo o desacuerdo que tenga con cada una de ellas.

Se permite una sola respuesta por afirmación. No olvide, por favor, contestar todas y cada una para avanzar al siguiente bloque.

Reiteramos el agradecimiento por el apoyo en este estudio.

Me siento deprimida

- Definitivamente sí
- Probablemente sí
- Probablemente no
- Definitivamente no

Me siento vacía

- Definitivamente sí
- Probablemente sí
- Probablemente no
- Definitivamente no

INVESTIGACIÓN SOBRE
DUELO PERINATAL EN
MUJERES ADOLESCENTES



Duelo perinatal en mujeres adolescentes

 psle.ana.verde@gmail.com (no compartidos)
[Cambiar de cuenta](#)

Apoyo ante el aborto o pérdida espontánea

Gracias por continuar.

Responda las siguientes preguntas de manera honesta y con sus propias palabras:

¿Contó con apoyo de alguna/s persona/s ante la pérdida?

- Sí
- No
- No recuerdo
- Prefiero no responder

¿Con apoyo de quién/s se contó en el momento de la pérdida?

Tu respuesta _____

¿Cómo fue el apoyo que recibió de cada persona mencionada?

Tu respuesta _____

¿Considera que esta pérdida se ha convertido en un secreto?

- Sí
- No
- No aplica

Apoyo social

En el siguiente apartado, encontrará una serie de afirmaciones sobre conductas, pensamientos y emociones relacionadas con el apoyo social percibido en sus relaciones personales. Seleccione el grado de acuerdo o desacuerdo que tenga con dichas afirmaciones, se permite una sola respuesta por cada una. No olvide, por favor, contestar todas y cada una para avanzar al siguiente bloque.

Quando tengo dudas sobre alguna toma de decisiones pregunto a otros

- Totalmente en desacuerdo
- Parcialmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Parcialmente de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Cuento con personas que me escuchan en todo momento

- Totalmente en desacuerdo
- Parcialmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Parcialmente de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Sexualidad posterior al evento

En esta sección nos interesa averiguar algunos aspectos sobre su sexualidad, le recordamos que sus respuestas son totalmente confidenciales, anónimas y el único interés es el obtener información para una investigación más completa y con la finalidad de ayudar a otras personas que pudieran estar o estén en una situación similar.

¿Cuánto tiempo pasó para que usted volviera a tener relaciones sexuales después del aborto?

Tu respuesta

Al tener relaciones sexuales después del evento ¿usted dejó de disfrutarlas?

- Sí
- No
- No recuerdo
- Prefiero no responder

¿Cuánto tiempo pasó para que usted volviera a vivir sus relaciones sexuales de forma placentera después del aborto?

Tu respuesta

Fin de la encuesta

Agradecemos su valiosa colaboración en esta investigación.

Si desea conocer más sobre el presente estudio, conocer los resultados obtenidos o solicitar apoyo u orientación puede contactarnos a través del correo electrónico dueloperinatalunam@gmail.com. No olvides tomar captura y enviarla al correo si deseas inscribirte al taller en línea sobre duelo por la pérdida del embarazo.

Atrás

Enviar

Borrar formulario

Anexo C



¿ERES MUJER DE ENTRE 18 Y 24 AÑOS Y TUVISTE UNA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO? (ESPONTÁNEA O VOLUNTARIA)

Te invitamos a contestar de forma
anónima esta encuesta:
<https://bit.ly/dueloperinatalUNAM>



**Tu participación contribuye
a la visibilización y creación
de programas de
acompañamiento
respetuoso para este
proceso.**

Si requieres algún tipo de orientación,
escribenos a dueloperinatalunam@gmail.com

Anexo D



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE MÉXICO



Asunto Constancia provisional

Por este medio hago constar que la alumna de la Residencia en Terapia Familiar **Ana María Verde Martínez con No. de cuenta 305274784** en colaboración y bajo la supervisión de la **Dra. Blanca E. Barcelata Eguiarte**, elaboró y entregó el Video "**Taller Cuenta con quien cuentas: Elaboración de tu red de apoyo**", que tiene por objetivo la identificación y construcción de la red de apoyo de quienes se encuentran en situación migratoria.

Dicho Video forma parte del Seminario de las acciones del Posgrado de la Facultad de Psicología de la UNAM ante la pandemia de Covid-19 que se realizó con la UNAM Internacional en las sedes de UNAM Canadá y UNAM San Antonio.

Sin otro particular por el momento.

Atentamente
"Por mi raza hablará el espíritu"
Ciudad Universitaria, Cd Mx. a 16 de enero del 2023

Dra. Noemí Díaz Marroquín
Responsable académica
Residencia en Terapia Familiar CU



Av. Universidad 3004, Col. Copilco - Universidad, C.P. 04510, Del. Coyoacán, CDMX.
www.psicologia.unam.mx



**Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Maestría y Doctorado en Psicología
Facultad de Psicología
Residencia en Terapia Familiar**

“Cuenta con quién cuentas”

Elaboración de tu red de apoyo

Video sobre la identificación y construcción de la red de apoyo, dirigido a quienes se encuentran en una situación migratoria

PRESENTAN:

Dra. Blanca E. Barcelata Eguiarte

Lic. Ana María Verde Martínez

Jefa de la División de Estudios de Posgrado e Investigación Dra.

Magda Campillo Labrandero

Coordinadora de la Residencia de Terapia Familiar

Dra. Noemí Díaz Marroquín

Ciudad de México, 2022