

Universidad Cardenal Miguel Obando Bravo

Facultad de Humanidades



Tesis monográfica para optar al título de

Licenciatura en Psicología

Impacto psicológico de la pérdida gestacional en mujeres en edades de 20 a 40 años.

AUTORES

Mena González Rosa Adilia

López Ruiz Marcia Auxiliadora

Managua, Nicaragua

2025

Universidad Cardenal Miguel Obando Bravo

Facultad de Humanidades



Tesis monográfica para optar al título de

Licenciatura en Psicología

*Impacto psicológico de la pérdida gestacional en mujeres en edades de 20 a 40 años,
durante el segundo semestre del año 2025*

AUTORES

Mena González Rosa Adilia

 <https://orcid.org/0009-0002-5380-067X>

López Ruiz Marcia Auxiliadora

 <https://orcid.org/0009-0005-1880-245>

TUTOR CIENTÍFICO Y METODOLÓGICO

MSc. Eduardo Francisco Navarrete López

 <https://orcid.org/0009-008-8658-4460>

Managua, Nicaragua

2025

CARTA AVAL TUTOR

Por medio de la presente, y en mi calidad de tutor científico y metodológico, certifico que el trabajo de investigación titulado: "Impacto psicológico de la pérdida gestacional en mujeres en edades de 20 a 40 años, durante el segundo semestre del 2025".

Realizado por las egresadas de la carrera de psicología, Rosa Adilia Mena González y Marcia Auxiliadora López Ruiz, cumple con las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica, y constituye su tesis monográfica para optar al título de que otorga UNICA.

Y para que así conste, en cumplimiento con la normativa vigente, autorizo a las egresadas, reproducir el documento definitivo para su entrega oficial a la facultad correspondiente, para que pueda ser tramitada su lectura y defensa pública.

Managua, Nicaragua

Atentamente,



MSc. Eduardo Navarrete López
PSICÓLOGO CLÍNICO-FORENSE
Cód. MINSA 28914

MSc. Eduardo Francisco Navarrete López

Profesor investigador

enavarrete2@unica.edu.ni

Dedicatoria

A los bebés que no llegaron a nacer y cuya breve existencia dejó huellas eternas en el corazón de sus madres. A ellas, mujeres valientes que enfrentan un duelo silencioso y muchas veces incomprendido, dedicamos esta investigación como un reconocimiento a su amor, su fortaleza y su historia. Y al personal de salud que acompaña estos procesos, la dedicamos también como un llamado a brindar una atención más humana, empática y consciente, recordando que detrás de cada procedimiento hay un vínculo, un sueño y un dolor que merece respeto y sensibilidad.

Rosa Mena y Marcia López

A Dios, por su bondad infinita y por acompañarme con fortaleza y sabiduría durante estos cinco años de formación. A mis padres y mis abuelos, mis cuatro pilares, cuyo amor, sacrificio, consejos y apoyo han sostenido cada paso de mi vida; en especial, a mi abuelo, cuya partida dejó un vacío profundo, pero cuyo ejemplo, valores y cariño continúan guiándome desde la memoria. Y a mi esposo Julio, por su apoyo inquebrantable, por creer en mí aun cuando yo dudaba y por caminar a mi lado en todo este proceso. Con profundo agradecimiento, dedico este logro a ustedes.

Marcia Auxiliadora López Ruiz

A Dios, por regalarme la salud, la fortaleza y la sabiduría necesaria para culminar este camino. A mi esposo el amor de mi vida, Gerald, por su amor constante, por motivarme cuando las fuerzas faltaban y por estar a mi lado incluso en los momentos en que yo no podía estar del todo presente. Y a mi hermoso hijo, William, cuya espera llena de ternura cada día, me recordó el propósito y el sentido de este esfuerzo. A ustedes, gracias por ser mi mayor apoyo y mi impulso para seguir adelante.

Rosa Adilia Mena González

Agradecimiento

Expresamos nuestro más profundo agradecimiento a cada una de las mujeres que participaron en este estudio. Gracias por confiar en nosotras, por abrir su historia y permitirnos acompañarlas, aunque sea por un momento, en un proceso tan íntimo y doloroso. Su valentía, sinceridad y sensibilidad dieron sentido a esta investigación y nos recordaron la importancia de mirar la pérdida gestacional con más humanidad, respeto y empatía.

Agradecemos también a nuestros profesores, quienes nos guiaron con paciencia, dedicación y compromiso a lo largo de todo este proceso académico. Sus orientaciones, correcciones y acompañamiento constante fortalecieron no solo nuestro trabajo, sino también nuestro crecimiento profesional y personal.

De forma especial, agradecemos el apoyo mutuo que nos brindamos como compañeras de tesis. Gracias por caminar juntas este recorrido, por sostenernos en los momentos de mayor exigencia, por el esfuerzo compartido y por construir desde la colaboración y el respeto un proyecto que hoy culmina con orgullo.

A todas las personas que, de una u otra manera, aportaron a este trabajo: gracias por ser parte esencial de esta experiencia y por contribuir a la construcción de un estudio marcado por la sensibilidad, el compromiso y la profunda humanidad.

Rosa Adilia Mena González

Marcia Auxiliadora López Ruiz

Resumen

La presente investigación analizó el impacto psicológico de la pérdida gestacional en mujeres de 20 a 40 años que experimentaron este evento. Se abordó un problema poco visibilizado en el ámbito de la salud psicológica perinatal, donde las manifestaciones emocionales suelen ser minimizadas o desatendidas. El estudio tuvo como objetivos identificar las emociones predominantes tras la pérdida, evaluar la presencia de síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático, y comprender la relación entre estos síntomas y la vivencia del duelo gestacional.

Se desarrolló un estudio cualitativo con diseño de campo y orientación fenomenológica, centrado en la exploración profunda de los significados y experiencias personales de las participantes. La muestra estuvo conformada por 6 mujeres seleccionadas mediante muestreo intencionado. Para la recolección de datos se utilizaron escalas clínicas (EPDS, HAM-A y PGS), grupos focales en línea y observación directa.

Los hallazgos revelaron emociones intensas como tristeza, culpa, miedo, desesperanza y ansiedad anticipatoria. Asimismo, se identificaron síntomas compatibles con depresión y estrés postraumático, especialmente en casos donde no existió acompañamiento emocional. Se concluye que la pérdida gestacional afecta de manera significativa el bienestar psicológico y que la atención actual resulta insuficiente. La investigación propone fortalecer la atención en salud mental perinatal y promover un abordaje más humano, empático y accesible.

Palabras clave

Pérdida gestacional, duelo gestacional, ansiedad, depresión, estrés postraumático, salud psicológica perinatal.

Abstract

This research analyzed the psychological impact of gestational loss in women aged 20 to 40 who experienced this event within the last two years. The study addressed a problem that remains largely invisible within perinatal mental health, where emotional manifestations are often minimized or overlooked. Its objectives were to identify the predominant emotions after the loss, assess symptoms of anxiety, depression, and post-traumatic stress, and understand how these symptoms relate to the grieving experience.

A qualitative field study with a phenomenological orientation was conducted, focusing on the subjective meanings and personal narratives of the participants. The sample consisted of 20 women selected through purposive sampling. Data collection included semi-structured interviews, structured questionnaires using clinical scales (EPDS, HAM-A, and PGS), online focus groups, and direct observation.

Findings revealed intense emotions such as sadness, guilt, fear, hopelessness, and anticipatory anxiety. Symptoms consistent with depression and post-traumatic stress were also identified, particularly when emotional support was absent. The study concludes that gestational loss significantly affects psychological well-being and that current support systems are insufficient. It emphasizes the need to strengthen perinatal mental health services and promote a more humanized and empathetic approach.

Keywords

Gestational loss; perinatal grief; anxiety; depression; post-traumatic stress; perinatal mental health.

Índice

Introducción	12
Antecedentes	15
Contexto del problema	20
Pregunta de investigación	22
Objetivos	23
Objetivo General	23
Objetivos Específicos	23
Justificación	24
Limitaciones de la investigación	28
Marco teórico	30
Marco referencial	31
Dimensión sociocultural de la pérdida gestacional	32
Proceso de duelo: aportes teóricos para comprenderlo	33
Impacto psicológico de la pérdida gestacional	34
Emociones predominantes en el duelo gestacional	34
Percepciones y emociones frente a un nuevo embarazo	35
Relevancia del abordaje psicológico y acompañamiento profesional	35
Marco conceptual	36
Definición y clasificación de la pérdida gestacional	36
Duelo desautorizado y estigmatización social	36
Dimensión emocional y simbólica del embarazo	36
La pérdida gestacional como evento potencialmente traumático	37
El duelo gestacional: características psicológicas	37
Manifestaciones psicológicas inmediatas tras la pérdida gestacional	37
Reacciones emocionales comunes	37
Alteraciones cognitivas asociadas	38
Conductas observables posteriores a la pérdida	38
Factores que modulan la intensidad de las manifestaciones	38
Trastornos emocionales asociados a la pérdida gestacional	38
Diferencias entre duelo psicológico y psicopatología	38
Ansiedad generalizada	39
Depresión	39
Estrés postraumático perinatal	39
Evaluación clínica de síntomas psicológicos	39
Marco Metodológico	40

Población y muestra teórica	46
Métodos y técnicas de recolección de datos.	47
Grupo focal	48
Escala de Ansiedad de Hamilton (1959)	48
Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)	49
Escala de Duelo Perinatal – Versión Española para España (PGS-SV-SP)	50
Validez y confiabilidad y triangulación de los instrumentos	52
Procedimientos para el procesamiento y análisis de información	54
Consideraciones éticas	55
Resultados y discusión	57
Resultado del grupo focal. Pérdida gestacional.	58
Resultado de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo	61
Resultado de Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A)	64
Resultado de Escala de Duelo Perinatal (PGS)	72
Conclusiones	91
Recomendaciones	94
Referencias	96
Apéndices	100
Apéndice A	100
Consentimiento libre e informado para participantes	100
Apéndice B	101
Guía de preguntas para grupo Focal	101
Apéndice C	102
Matriz de Categorías, Unidades de Análisis y Campos de Análisis	102
Apéndice D	104
Citas Textuales Seleccionadas para el Análisis Cualitativo	104
Anexo.	105
Anexo 1 Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)	105
Anexo 2 Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A)	109
Anexo 3 Escala de Duelo Perinatal (PGS)	114
Anexo 4 Validación de Instrumento	116
Anexo 5 Consentimiento informado a una persona	117
Anexo 6 Simposio	119

Índice de Tablas

Tabla 1. Criterios de Análisis de Pérdida Gestacional	49
Tabla 2. Resultado del grupo focal. Pérdida gestacional.	62
Tabla 3. Resultado de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo	65
Tabla 4. Resultado de Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A)	68
Tabla 5. Resultado de Escala de Duelo Perinatal (PGS)	79

Introducción

La pérdida gestacional constituye un evento de profundo impacto emocional que afecta significativamente la vida de las mujeres que la experimentan. Este acontecimiento no solo implica la interrupción de un proceso biológico, sino también la ruptura de un proyecto personal, familiar y simbólico, frecuentemente cargado de expectativas, ilusiones y significados asociados a la maternidad. A pesar de su frecuencia, la pérdida gestacional continúa siendo un tema poco abordado en los servicios de salud psicológica y, en muchos casos, permanece invisibilizado a nivel social, lo que incrementa la vulnerabilidad emocional de las mujeres que atraviesan esta experiencia.

En el contexto nicaragüense, la atención posterior a una pérdida gestacional se ha centrado principalmente en los aspectos médicos y físicos, dejando en un segundo plano el acompañamiento psicológico necesario para procesar el duelo. Esta limitación provoca que muchas mujeres enfrenten sentimientos intensos como tristeza, culpa, ansiedad y desesperanza sin contar con espacios de contención emocional ni herramientas adecuadas para elaborar su experiencia. La falta de reconocimiento social del duelo gestacional contribuye, además, a que estas vivencias sean transitadas en silencio, profundizando el malestar psicológico y dificultando la recuperación emocional.

Ante esta realidad, la presente investigación tiene como propósito analizar el impacto psicológico que genera la pérdida gestacional en mujeres nicaragüenses en edades de 20 a 40 años, reconociendo que dicha experiencia puede desencadenar no solo reacciones emocionales inmediatas, sino también manifestaciones psicológicas persistentes cuando no existe un acompañamiento adecuado. A través de la recopilación de relatos y experiencias, el estudio busca identificar las emociones predominantes, las manifestaciones psicológicas asociadas y la forma en que las mujeres resignifican su vivencia en función de su entorno personal, familiar y social.

La relevancia de esta investigación se sustenta en la necesidad de fortalecer la salud psicológica perinatal en Nicaragua, un ámbito que aún presenta importantes desafíos. Los resultados obtenidos permitirán visibilizar las necesidades reales de apoyo emocional de las mujeres que han experimentado una pérdida gestacional y aportar insumos para el diseño de estrategias y protocolos de acompañamiento más humanos y sensibles, tanto en el ámbito hospitalario como comunitario. Asimismo, se integra información relevante derivada del primer simposio especializado sobre pérdida gestacional realizado en el país en el Hospital Vivian Pellas, lo cual representa un avance significativo en la visibilización de esta problemática a nivel nacional.

El objetivo central del estudio es ofrecer un análisis integral del impacto psicológico de la pérdida gestacional, evidenciando cómo se manifiestan las emociones posteriores al evento, qué factores influyen en el proceso de duelo y qué elementos pueden favorecer una recuperación emocional más saludable. De esta manera, la investigación no solo responde a un interés académico, sino que también busca contribuir a la mejora de la atención psicológica dirigida a las mujeres, promoviendo una mayor sensibilización sobre la importancia de reconocer y validar el duelo gestacional.

En cuanto a la estructura del documento, en primer lugar se presentan los antecedentes, que permiten contextualizar el estudio de la pérdida gestacional y su relevancia en el ámbito de la psicología. Posteriormente, se desarrolla el contexto del problema, situando la investigación en la realidad nicaragüense. A continuación, se plantean la pregunta de investigación y los objetivos que orientan el estudio, seguidos de la justificación, donde se expone la pertinencia social, académica y científica de la investigación.

Seguidamente, se presentan el marco teórico, el marco referencial y el marco conceptual, los cuales fundamentan el análisis del duelo gestacional y sus implicaciones psicológicas. El marco metodológico describe el enfoque, el diseño y las técnicas utilizadas para la recolección y análisis de los datos. Posteriormente, se exponen los resultados, los cuales son analizados y discutidos a la luz del sustento teórico. Finalmente, el documento

concluye con las conclusiones y recomendaciones, orientadas a fortalecer la atención psicológica perinatal y a promover prácticas más empáticas y humanizadas en los servicios de salud.

Antecedentes

El presente apartado tiene como objetivo presentar una revisión sistemática de investigaciones previas relacionadas con el impacto psicológico de la pérdida gestacional, organizadas según su procedencia geográfica: internacional, latinoamericana, y nacional. Esta organización permite contextualizar el fenómeno desde una perspectiva amplia, identificar coincidencias teóricas, y, especialmente, visibilizar los vacíos existentes en la producción científica a nivel regional y nacional.

A nivel internacional, Farren et al. (2018) realizaron una revisión sistemática en el Reino Unido, publicada en la revista *Human Reproduction Update*, que incluyó estudios provenientes de diversos países europeos y de América del Norte. El objetivo de la investigación fue analizar el impacto psicológico de la pérdida gestacional temprana en mujeres que habían experimentado aborto espontáneo o embarazo ectópico. La metodología consistió en una revisión sistemática de investigaciones cuantitativas y longitudinales que evaluaban síntomas psicológicos posteriores a la pérdida. Los resultados evidenciaron una alta prevalencia de sintomatología depresiva, ansiedad y síntomas compatibles con trastorno de estrés postraumático durante el primer mes posterior al evento. Asimismo, se identificaron factores de riesgo como antecedentes psiquiátricos, pérdidas previas, infertilidad y ausencia de redes de apoyo. El estudio concluyó que la pérdida gestacional temprana constituye una experiencia potencialmente traumática que requiere atención psicológica especializada.

Requena y Granizo (2023) desarrollaron en España un estudio de revisión bibliográfica publicado en la revista *Anatomía Digital*, con el objetivo de identificar los efectos psicológicos y las estrategias de afrontamiento en mujeres que han experimentado pérdida perinatal. La investigación consistió en una revisión sistematizada de diez artículos científicos recientes. Los resultados reflejaron una alta presencia de ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático, alteraciones del sueño, culpa e irritabilidad, así como dificultades cognitivas como baja autoestima y pensamientos

intrusivos. Asimismo, se evidenció que estrategias de afrontamiento como el apoyo social, la expresión emocional y la reevaluación cognitiva favorecen una mejor adaptación emocional, mientras que los estilos evitativos intensifican el proceso de duelo.

Pastor Montero et al. (2011) realizaron en España un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico con el objetivo de conocer la experiencia emocional de los profesionales de la salud frente a la pérdida perinatal. La investigación se desarrolló en un hospital público de tercer nivel y contó con la participación de 19 profesionales de distintas áreas, entre ellas enfermería, obstetricia y maternidad, mediante entrevistas en profundidad. Los resultados evidenciaron que los profesionales carecían de formación, habilidades y recursos para abordar emocionalmente la pérdida perinatal, lo que se traducía en actitudes de distanciamiento, evitación del contacto emocional y una atención centrada exclusivamente en lo físico. Asimismo, se identificaron sentimientos de ansiedad, impotencia, frustración y culpa que interferían en el acompañamiento empático hacia las madres. El estudio concluyó que la ausencia de protocolos psicológicos y de formación especializada genera una atención deficiente y poco humanizada, con repercusiones negativas en la vivencia emocional de las mujeres que atraviesan una pérdida gestacional.

Cortés-Cataldo et al. (2025) realizaron en Chile un estudio mediante una revisión narrativa publicada en la Revista Médica Clínica Las Condes, con el objetivo de describir las implicaciones emocionales del duelo perinatal, su evolución conceptual y las estrategias actuales de intervención psicológica. El método consistió en una revisión narrativa de literatura científica reciente centrada en la salud mental perinatal. Los resultados evidenciaron que la pérdida gestacional se asocia con un elevado riesgo de desarrollar depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático y duelo complicado, destacando que entre el 10 % y el 30 % de las mujeres presenta síntomas psicológicos clínicamente relevantes. Además, se señaló que el duelo perinatal suele ser socialmente desautorizado, lo que agrava el sufrimiento emocional al limitar el apoyo del entorno.

Druguet Serra (2018) desarrolló una tesis doctoral en la Universidad de Barcelona, España, con el objetivo de analizar el impacto psicológico de la pérdida perinatal en casos de embarazo gemelar monocorial. El estudio adoptó un diseño descriptivo-correlacional y contempló la evaluación psicológica directa de mujeres que habían experimentado este tipo de pérdida. Los resultados evidenciaron altos niveles de depresión, ansiedad y síntomas de estrés postraumático, señalando que la intensidad del duelo no dependía de la edad gestacional ni de la supervivencia de uno de los fetos, sino del historial psicológico previo de la mujer. El estudio concluyó que estas mujeres presentan una elevada vulnerabilidad emocional, lo que justifica la necesidad de acompañamiento psicológico especializado.

Cardozo-Escamilla et al. (2017) realizaron en México un estudio comparativo publicado en la revista *Pensamiento Psicológico*, con el objetivo de evaluar la presencia de depresión y trastorno de estrés postraumático en mujeres con pérdidas gestacionales inducidas e involuntarias. El estudio incluyó una muestra de 287 mujeres atendidas en instituciones de salud y utilizó instrumentos estandarizados como el Inventario de Depresión de Beck, la CES-D y la Escala de Trauma de Davidson. Los resultados demostraron que más del 60 % de las participantes presentaba síntomas de trastorno de estrés postraumático y niveles elevados de depresión, especialmente aquellas con pérdidas inducidas. El estudio concluyó que cualquier tipo de pérdida gestacional puede desencadenar consecuencias psicológicas severas.

A nivel nacional, Pérez Jarquín y Urcuyo Cerda (2016) desarrollaron un estudio en el Hospital Amistad Japón Nicaragua, en la ciudad de Granada, con el objetivo de describir los efectos psicológicos posteriores a pérdidas reproductivas tempranas y tardías en mujeres atendidas durante el año 2014. El diseño fue descriptivo de corte transversal, con una muestra de 76 mujeres. Los resultados evidenciaron reacciones emocionales como incredulidad ante la pérdida, percepción de incomprensión médica, carencia de apoyo de la pareja y vergüenza social. Asimismo, se identificó que el 64.7 % de las participantes no recibió atención psicológica profesional. Los autores concluyeron que

existe una ausencia significativa de protocolos de atención emocional en los servicios públicos de salud.

En Nicaragua, el Ministerio de Salud (MINSAL, 2018) reconoce que la pérdida gestacional puede generar consecuencias psicológicas relevantes, señalando que en algunos casos puede derivar en trastorno de estrés postraumático, especialmente cuando existen complicaciones médicas durante el proceso. Asimismo, se indica que entre el 50 % y el 70 % de los abortos espontáneos ocurren durante el primer trimestre del embarazo, periodo que representa una etapa de alta vulnerabilidad emocional para la mujer. Además, se destaca que la falta de reconocimiento social del duelo gestacional agrava el impacto emocional, favoreciendo sentimientos de culpa, aislamiento social e invalidación emocional, lo que interfiere en la elaboración del duelo.

El Hospital Vivian Pallas (2025) desarrolló un evento institucional orientado a la concienciación sobre la pérdida gestacional, perinatal y neonatal, constituyendo un antecedente relevante en el abordaje integral de esta experiencia desde una perspectiva sanitaria y psicológica. La actividad se desarrolló bajo una modalidad grupal, propiciando espacios de contención emocional, escucha activa y reflexión colectiva. Durante el evento, las participantes expresaron emociones asociadas al duelo, resignificaron su experiencia de pérdida y establecieron vínculos de apoyo mutuo. Este antecedente institucional evidencia la importancia de los espacios grupales de acompañamiento emocional y la necesidad de fortalecer la inclusión de intervenciones psicológicas especializadas en el ámbito de la salud perinatal, en concordancia con los objetivos de la presente investigación.

En conjunto, los antecedentes analizados evidencian que la pérdida gestacional constituye un evento altamente traumático para la salud psicológica de la mujer, asociado con elevados niveles de depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático y duelo complicado. A nivel internacional y latinoamericano, existe evidencia científica consistente que respalda la necesidad de intervención psicológica oportuna y especializada. No obstante, en el contexto nacional persiste una escasez de

investigaciones actuales, lo que revela un vacío significativo en la atención integral de las mujeres que atraviesan una pérdida gestacional en Nicaragua. La presente investigación surge como respuesta a esta necesidad, aportando evidencia local orientada a la humanización de los servicios de salud y al fortalecimiento del acompañamiento emocional en este contexto.

Contexto del problema

La pérdida gestacional es un evento significativo en la vida de una mujer, con implicaciones emocionales que pueden afectar su bienestar psicológico y su percepción del futuro. Muchas mujeres que experimentan una pérdida entre los 20 y 40 años enfrentan un impacto emocional profundo, de manifestaciones emocionales de tristeza, culpa, ansiedad y desesperanza. Sin embargo, el abordaje de estas emociones y su efecto en la salud mental aún no recibe la atención necesaria dentro de los sistemas de apoyo y atención médica, lo que deja a muchas mujeres transitando este proceso sin el acompañamiento adecuado.

El duelo gestacional no solo implica un proceso de asimilación personal, sino que también puede generar consecuencias psicológicas que se extienden en el tiempo, afectando la autoestima, la estabilidad emocional y la percepción del bienestar. Las mujeres que atraviesan esta pérdida pueden experimentar sentimientos de vacío, aislamiento e incompreensión, lo que en algunos casos contribuye al desarrollo de trastornos emocionales como la ansiedad, la depresión o el estrés postraumático. La intensidad de estas respuestas emocionales varía según factores como el apoyo familiar y social, las experiencias previas de maternidad y las creencias individuales sobre la concepción y la pérdida.

En Nicaragua, el abordaje de la salud mental perinatal enfrenta desafíos relacionados con la falta de visibilización y de estrategias de apoyo psicológico accesibles. Aunque la atención médica se centra en la recuperación física tras una pérdida gestacional, el impacto emocional suele quedar en un segundo plano. Esto puede repercutir en la forma en que las mujeres procesan su duelo y en su percepción sobre la posibilidad de concebir nuevamente, generando temores, inseguridades o, en algunos casos, impulsando una búsqueda inmediata de un nuevo embarazo como mecanismo de afrontamiento.

Ante esta realidad, resulta necesario analizar las emociones predominantes en mujeres que han experimentado una pérdida gestacional y su impacto a largo plazo. Además, es fundamental comprender la relación entre esta experiencia y la aparición de síntomas como ansiedad, depresión y estrés postraumático, explorando cómo estos afectan la vida cotidiana y la percepción del bienestar de las mujeres.

A partir de estas consideraciones, surge la necesidad de investigar las implicaciones psicológicas de la pérdida gestacional en mujeres, con el fin de aportar conocimiento sobre esta realidad y proponer estrategias de apoyo emocional que contribuyan a fortalecer la atención en salud psicológica perinatal.

Pregunta de investigación

¿Cuál es el impacto psicológico que genera la pérdida gestacional en mujeres de 20 a 40 años en Nicaragua?

Esta pregunta surge ante la necesidad de visibilizar el impacto emocional que produce la pérdida gestacional, una experiencia que con frecuencia es minimizada en el abordaje clínico y social. Se orienta a explorar las principales manifestaciones emocionales, como tristeza, culpa, ansiedad y desesperanza, así como la presencia de síntomas asociados a ansiedad, depresión y estrés postraumático. Asimismo, considera la influencia de factores contextuales como el apoyo social, las experiencias reproductivas previas y las percepciones frente a un nuevo embarazo. Desde un enfoque cualitativo, la pregunta permite profundizar en las vivencias subjetivas de las mujeres, con el propósito de aportar insumos para un acompañamiento psicológico más humano y pertinente al contexto nicaragüense.

- **¿Cuáles son las emociones predominantes que experimentan las mujeres tras una pérdida gestacional?**
- **¿Qué síntomas psicológicos se manifiestan en las mujeres después de una pérdida gestacional?**
- **¿Cómo comprenden y vivencian las mujeres el proceso de duelo gestacional posterior a la pérdida?**

Objetivos

Objetivo General

Analizar el impacto psicológico que genera la pérdida gestacional en mujeres en edades de 20 a 40 años.

Objetivos Específicos

- Identificar las manifestaciones emocionales predominantes asociadas a la pérdida gestacional en mujeres.
- Conocer la presencia de síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático.
- Comprender la vivencia del duelo gestacional, considerando sus fases, significados personales y factores incidentes.

Justificación

La pérdida gestacional es una experiencia profundamente dolorosa y, en muchos casos, invisibilizada en nuestra sociedad. Se trata de la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal, un evento que, aunque médicamente frecuente, genera un impacto emocional significativo en las mujeres que lo atraviesan. Este estudio busca comprender el impacto psicológico de la pérdida gestacional en mujeres explorando sus emociones, dificultades y el papel del entorno en su proceso de duelo.

Las mujeres que experimentan una pérdida gestacional atraviesan una serie de cambios emocionales complejos. La tristeza y el duelo son respuestas inmediatas, pero a menudo se acompañan de culpa y autoinculpación, preguntándose si algo que hicieron o dejaron de hacer pudo haber causado la pérdida. La ansiedad ante la posibilidad de un nuevo embarazo, el miedo a revivir la misma experiencia y la desesperanza son sentimientos comunes. En algunos casos, pueden desarrollar depresión o incluso estrés postraumático, lo que afecta su calidad de vida y bienestar emocional a largo plazo.

A estas emociones se suman las dificultades sociales y estructurales que enfrentan. Muchas mujeres no encuentran un espacio donde su dolor sea reconocido, ya que la sociedad tiende a minimizar la pérdida gestacional. Frases como "puedes intentarlo de nuevo" o "al menos no llegó a nacer" pueden invalidar su duelo, generando sentimientos de aislamiento. Además, la falta de acceso a apoyo psicológico adecuado hace que muchas mujeres transiten este proceso sin acompañamiento profesional, lo que puede agravar sus síntomas emocionales. En sus relaciones de pareja, pueden surgir tensiones debido a diferencias en la manera de afrontar la pérdida, y en el ámbito laboral, la falta de sensibilidad y comprensión puede hacer aún más difícil su reintegración.

Las consecuencias psicológicas de la pérdida gestacional pueden prolongarse si no se cuenta con el apoyo necesario. El duelo no procesado adecuadamente puede derivar

en trastornos emocionales, baja autoestima e inseguridad ante futuros embarazos. Muchas mujeres optan por aislarse debido a la falta de comprensión de su entorno, lo que intensifica su sufrimiento. Por ello, es fundamental que se brinde acompañamiento psicológico, permitiendo que cada mujer tenga un espacio seguro donde pueda expresar sus emociones y recibir herramientas para afrontarlas. Un seguimiento adecuado no solo mejora su bienestar emocional, sino que también previene complicaciones psicológicas a largo plazo y fortalece sus redes de apoyo.

El papel del entorno es crucial en el proceso de recuperación. La actitud de familiares, amigos y compañeros de trabajo puede influir positivamente cuando existe comprensión y empatía, pero también puede convertirse en un factor que agrave el dolor si la mujer se siente incomprendida o presionada a "superar" la experiencia rápidamente. La falta de reconocimiento social del duelo gestacional contribuye a que muchas mujeres repriman sus emociones, lo que dificulta su proceso de sanación. Sensibilizar a la sociedad sobre la importancia de validar esta experiencia es un paso clave para mejorar la atención psicológica de estas mujeres.

Esta investigación tiene como propósito explorar estas vivencias y aportar información que contribuya a mejorar la atención psicológica en salud psicológica perinatal. Para comprender cuáles son las emociones predominantes en mujeres que han vivido esta experiencia, cómo influye el entorno en su proceso de recuperación y qué estrategias pueden implementarse para brindar un mejor acompañamiento. A través de este estudio, buscamos generar insumos para la formulación de estrategias de intervención que puedan aplicarse en la atención hospitalaria y en el ámbito comunitario.

Desde el enfoque de la psicología clínica, abordamos el impacto individual de la pérdida gestacional, analizando sus efectos emocionales y posibles trastornos asociados. Al mismo tiempo, desde la psicología comunitaria, se considera que el papel del entorno

social y las redes de apoyo en el bienestar emocional de las mujeres afectadas. Esta perspectiva permite comprender la experiencia de la pérdida gestacional no solo como un proceso individual, sino también como un fenómeno que se ve influenciado por la dinámica familiar, social y cultural.

Este estudio reviste una importancia significativa, ya que no sólo visibiliza el impacto emocional de la pérdida gestacional, sino que también impulsa un cambio en la forma en que la sociedad y el sistema de salud abordan esta experiencia. Al generar evidencia sobre el duelo gestacional y sus efectos psicológicos, se contribuirá al diseño de estrategias de acompañamiento más eficaces y culturalmente sensibles, tanto en el ámbito clínico como comunitario. Asimismo, los hallazgos permitirán dotar a los profesionales de la salud de herramientas concretas que fortalezcan su intervención, fomentando una atención más humana, empática y centrada en las necesidades emocionales de las mujeres que atraviesan esta experiencia.

Asimismo, el estudio se vincula con el Plan Nacional de Lucha contra la Pobreza y para el Desarrollo Humano 2022-2026, el cual enfatiza la importancia de fortalecer la salud mental y garantizar el acceso equitativo a servicios de salud reproductiva y perinatal. En Nicaragua, donde los servicios de salud mental aún enfrentan limitaciones, esta investigación representa un paso hacia la mejora de la atención psicológica en mujeres que han sufrido una pérdida gestacional, promoviendo estrategias basadas en sus necesidades emocionales y sociales.

Esta investigación se alinea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en especial con el ODS 3: Salud y Bienestar, que en su meta 3.4 destaca la importancia de fortalecer la salud mental y el bienestar, y en su meta 3.7 enfatiza la necesidad de garantizar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo apoyo psicológico. También está relacionada con el ODS 5: Igualdad de Género, en su meta 5.6, que busca asegurar el acceso universal a la salud reproductiva y a servicios de apoyo emocional.

En conclusión, este estudio no solo busca comprender el impacto psicológico de la pérdida gestacional, sino también contribuir al diseño de estrategias de intervención que permitan mejorar la atención en salud mental perinatal. Al visibilizar esta problemática, se espera generar un cambio en la manera en que la sociedad y el sistema de salud abordan el duelo gestacional, promoviendo un acompañamiento más empático y efectivo para las mujeres que enfrentan esta difícil experiencia.

Desde una perspectiva social, esta investigación adquiere relevancia al visibilizar una experiencia común, pero frecuentemente silenciada: la pérdida gestacional. En un contexto donde predomina el estigma o la minimización de este duelo, aportar conocimiento y sensibilización social es clave para fomentar una cultura de apoyo, comprensión y validación emocional. Esto puede traducirse en cambios en las políticas de salud pública y en una mayor disponibilidad de recursos psicológicos accesibles para las mujeres en situación de pérdida.

Este estudio representa una oportunidad para que las mujeres que han atravesado una pérdida gestacional encuentren reconocimiento a su experiencia emocional. Comprender y nombrar lo vivido puede favorecer el proceso de duelo y fortalecer su bienestar psicológico, autoestima y capacidad de afrontamiento. Además, permite abrir espacios de expresión que validen su dolor y su historia, contribuyendo a la reconstrucción emocional de sus proyectos de vida y maternidad.

Limitaciones de la investigación

La presente investigación presenta una serie de limitaciones que es necesario reconocer para comprender de manera adecuada el alcance y la interpretación de los resultados obtenidos. Al tratarse de un estudio cualitativo centrado en un fenómeno altamente sensible, se identificaron restricciones metodológicas, técnicas, logísticas y contextuales durante su desarrollo.

Una primera limitación se relaciona con el tamaño de la muestra. La participación final estuvo compuesta por seis mujeres que habían experimentado una pérdida gestacional, seleccionadas mediante muestreo intencional. Este número reducido de participantes limita la posibilidad de generalizar los resultados a una población más amplia, por lo que los hallazgos deben interpretarse dentro del marco de las experiencias particulares de las participantes.

Otra limitación relevante deriva del uso de tres instrumentos clínicos estandarizados: la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A) y la Escala de Duelo Perinatal (PGS). Si bien estos instrumentos permiten identificar la presencia de síntomas emocionales, no captan en su totalidad la complejidad subjetiva del duelo gestacional ni los factores sociales, culturales y relacionales que influyen en la vivencia de la pérdida. Asimismo, su adaptación cultural al contexto nicaragüense es limitada, lo que puede incidir en la interpretación de algunos resultados.

El uso del grupo focal como técnica cualitativa también constituyó una limitación. Aunque esta metodología permitió explorar emociones predominantes y favorecer la interacción entre las participantes, la dinámica grupal pudo haber condicionado la expresión completa de experiencias profundamente personales, lo que restringe la profundidad narrativa que podría haberse obtenido mediante entrevistas individuales.

Desde el punto de vista técnico y logístico, la investigación enfrentó dificultades relacionadas con la convocatoria y disponibilidad de las participantes. La pérdida gestacional continúa siendo un tema socialmente silenciado, lo que dificultó el proceso de reclutamiento y limitó la incorporación de un mayor número de mujeres. Además, la necesidad de garantizar condiciones de privacidad y contención emocional influyó en la planificación del proceso de recolección de datos.

Otra limitación importante fue la imposibilidad de complementar la información con datos institucionales o clínicos. La ausencia de registros sistemáticos sobre pérdidas

gestacionales y de documentación psicológica posterior en el sistema de salud nicaragüense dificulta la triangulación de los hallazgos y el análisis de antecedentes emocionales o intervenciones previas.

El contexto sociocultural representó otra limitación del estudio. En la sociedad nicaragüense, la pérdida gestacional suele ser un duelo poco reconocido, lo que puede influir en la forma en que las mujeres expresan o regulan sus emociones y condicionar el nivel de apertura durante la recolección de la información.

Asimismo, la naturaleza transversal de la investigación limitó la posibilidad de observar la evolución del proceso de duelo a lo largo del tiempo. Al recolectar los datos en un único momento, no fue posible identificar cambios en las manifestaciones emocionales posteriores a la pérdida. Un diseño longitudinal habría permitido un análisis más profundo de la trayectoria emocional.

Finalmente, se reconocen limitaciones relacionadas con la disponibilidad de recursos. La investigación no contó con financiamiento externo, por lo que los aspectos logísticos y materiales fueron gestionados con recursos personales, lo que limitó la posibilidad de ampliar la muestra o incorporar técnicas adicionales.

En síntesis, aunque la investigación presenta diversas limitaciones metodológicas, técnicas, logísticas y contextuales, estas no invalidan los hallazgos obtenidos. Por el contrario, permiten situarlos dentro de un marco realista y transparente, y evidencian la necesidad de futuras investigaciones que continúen profundizando en el impacto psicológico de la pérdida gestacional mediante muestras más amplias y diseños longitudinales.

Marco teórico

En este capítulo se introduce la estructura del marco teórico que busca contextualizar de forma amplia y fundamentada el fenómeno de la pérdida gestacional, articulando evidencia científica actual con enfoques clínicos y sociales que dan cuenta de la complejidad emocional que enfrentan las mujeres afectadas. Se parte del reconocimiento del duelo perinatal como una forma específica de duelo, cuyas características, manifestaciones y tiempos difieren del duelo tradicional. Asimismo, se abordan los principales trastornos psicológicos asociados, como la ansiedad, la depresión y el trastorno de estrés postraumático, los cuales pueden desarrollarse en ausencia de un abordaje terapéutico adecuado.

Del mismo modo, se exploran las emociones predominantes en ese proceso, y el papel crucial del entorno familiar, social y sanitario en la vivencia del duelo. Finalmente, se analizan las estrategias de afrontamiento y los factores de riesgo que modulan la recuperación emocional de las mujeres, así como los antecedentes y vacíos en la literatura que justifican la pertinencia del presente estudio.

Este marco no solo pretende sustentar teóricamente la investigación, sino también visibilizar una realidad emocional muchas veces silenciada, reivindicando la importancia de un abordaje psicológico humanizado que reconoce la profundidad del dolor que implica perder un embarazo.

Marco referencial

En los últimos años, el estudio del impacto psicológico de la pérdida gestacional ha adquirido mayor visibilidad dentro del campo de la salud mental perinatal, debido a que esta experiencia no se limita a un evento médico, sino que implica una ruptura emocional profunda del proyecto de maternidad, del vínculo simbólico establecido con el bebé y de las expectativas personales y familiares asociadas al embarazo. Carmen Fernández (2021) sostiene que la pérdida gestacional constituye un acontecimiento vital estresante que puede generar un desequilibrio emocional significativo, especialmente cuando ocurre de manera inesperada y sin acompañamiento psicológico, lo cual incrementa la vulnerabilidad emocional de la mujer.

Desde esta perspectiva, la pérdida gestacional debe comprenderse como una experiencia con implicaciones emocionales, cognitivas y sociales, que trascienden el momento del evento y pueden afectar de manera prolongada el bienestar psicológico. Eloísa Fernández (2021) define la pérdida gestacional no solo como la interrupción biológica del embarazo, sino como la pérdida de un proyecto de vida y de una identidad materna en construcción, lo que explica la intensidad del dolor emocional que muchas mujeres experimentan tras el evento.

Diversas investigaciones coinciden en que, tras una pérdida gestacional, pueden presentarse reacciones emocionales intensas y persistentes, particularmente cuando el entorno minimiza la vivencia o cuando no existe un acompañamiento profesional adecuado, convirtiendo la pérdida en un proceso silencioso y difícil de elaborar (Cortés-Cataldo et al., 2025). En estos contextos, el duelo suele vivirse como un duelo desautorizado, caracterizado por la falta de validación social del dolor, lo que incrementa el aislamiento emocional y dificulta el proceso de recuperación psicológica.

Asimismo, la evidencia empírica señala que esta experiencia puede asociarse con la aparición de síntomas psicológicos clínicamente relevantes, tales como ansiedad, depresión y estrés postraumático, afectando el funcionamiento cotidiano, la autoestima, la relación de pareja y las percepciones frente a futuros embarazos. Rodríguez Castellanos et al. (2021), en su estudio sobre la salud mental de mujeres que han experimentado pérdidas gestacionales, identifican una elevada prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva posterior a la pérdida, subrayando la importancia de intervenciones psicológicas oportunas para prevenir la cronificación del malestar emocional.

Por lo anterior, el presente marco referencial sintetiza aportes teóricos y hallazgos empíricos relacionados con: (a) la dimensión sociocultural de la pérdida gestacional, (b) los modelos explicativos del proceso de duelo, (c) el impacto psicológico de la pérdida, (d) las emociones predominantes durante el duelo gestacional, (e) los síntomas psicológicos asociados, particularmente ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático, (f) las percepciones y emociones frente a un nuevo embarazo y (g) la relevancia del acompañamiento psicológico en contextos donde la atención perinatal es limitada.

Dimensión sociocultural de la pérdida gestacional

La pérdida gestacional ocurre dentro de un contexto social donde la maternidad continúa siendo un ideal cultural fuertemente valorado y socialmente esperado. En consecuencia, la mujer puede interpretar la pérdida no únicamente como un evento biológico, sino como una vivencia asociada a sentimientos de culpa, insuficiencia o vergüenza. Carmen Fernández (2021) explica que estas construcciones socioculturales influyen directamente en la forma en que las mujeres elaboran su duelo, reforzando el silencio, el auto juicio y la evitación de espacios sociales, lo que incrementa el sufrimiento psicológico y dificulta la expresión emocional abierta.

Proceso de duelo: aportes teóricos para comprenderlo

Desde el ámbito teórico, el Modelo Dual del Afrontamiento del Duelo propuesto por Stroebe y Schut permite comprender el carácter no lineal del duelo gestacional, al plantear una oscilación constante entre la orientación hacia la pérdida y la orientación hacia la restauración. Este enfoque resulta especialmente pertinente para explicar los avances y retrocesos emocionales que experimentan las mujeres tras una pérdida gestacional.

María Martínez (2022), desde el enfoque del duelo perinatal, señala que este proceso implica una vivencia emocional compleja, donde coexisten tristeza profunda, añoranza y necesidad de resignificación, sin que ello implique una resolución definitiva en tiempos preestablecidos. La autora destaca que el duelo perinatal requiere un abordaje comprensivo, flexible y respetuoso de los tiempos emocionales individuales.

Becerra Gordo (2023), desarrolló el artículo titulado “Pérdida gestacional y el proceso de su duelo”, publicado en la revista Psicopatología y Salud Mental Perinatal. El objetivo fue analizar el proceso de duelo tras una pérdida gestacional desde una perspectiva clínica, así como proponer pautas de acompañamiento respetuoso.

El estudio es una revisión teórica con enfoque cualitativo-clínico, basado en observaciones en consulta y estudios previos. Se describen las fases emocionales comunes del duelo (negación, rabia, tristeza, resignificación), y se destaca que muchas mujeres viven este proceso en silencio, sin reconocimiento institucional o social.

Impacto psicológico de la pérdida gestacional

La pérdida gestacional puede generar consecuencias emocionales que trascienden el evento inmediato, afectando la relación de pareja, la dinámica familiar y el entorno social. Investigaciones recientes evidencian que muchas mujeres presentan retraimiento social, dificultades para verbalizar la experiencia y sentimientos persistentes de vacío emocional cuando la pérdida no es validada por el entorno. (*Impacto psicológico en la pérdida temprana del embarazo*, 2024)

Emociones predominantes en el duelo gestacional

Diversos estudios coinciden en que estas emociones suelen presentarse de manera ambivalente y fluctuante, intensificando cuando la mujer percibe incompreensión social o invalidación emocional (*Impacto psicológico en la pérdida temprana del embarazo*, 2024; Becerra Gordo, 2023).

Síntomas psicológicos asociados: ansiedad, depresión y estrés postraumático

La evidencia empírica respalda que, tras una pérdida gestacional, pueden emerger síntomas compatibles con ansiedad y depresión, además de alteraciones del sueño y de la alimentación. Sánchez Pichardo et al. (2010) reportan una alta frecuencia de sintomatología ansiosa y depresiva en mujeres con antecedentes de pérdidas gestacionales recurrentes, evidenciando que el malestar psicológico puede afectar múltiples áreas del funcionamiento personal y social.

Distintas investigaciones han evidenciado que la pérdida gestacional puede desencadenar síntomas clínicos relevantes. De acuerdo con el estudio de Mercado Carranza et al. (2023), las mujeres que han atravesado una pérdida gestacional presentan frecuentemente estados de hipervigilancia, ansiedad anticipatoria, pensamientos intrusivos y episodios de tristeza intensa. Estos síntomas pueden prolongarse durante meses o años, especialmente si no existe un abordaje terapéutico adecuado.

En relación con el estrés postraumático, estudios recientes señalan que un porcentaje significativo de mujeres desarrolla síntomas compatibles con trastorno de estrés postraumático tras pérdidas tempranas del embarazo, especialmente cuando la experiencia es vivida como traumática y sin acompañamiento emocional adecuado (Estrés postraumático y duelo perinatal, 2021).

Percepciones y emociones frente a un nuevo embarazo

El embarazo posterior a una pérdida gestacional suele vivirse de manera ambivalente, donde sentimientos de esperanza y gratitud coexisten con miedo intenso, ansiedad anticipatoria e hipervigilancia. María Martínez (2022) señala que muchas mujeres desarrollan mecanismos de autoprotección emocional que pueden retrasar el vínculo afectivo con el nuevo embarazo, como una forma de evitar el dolor ante una posible repetición de la pérdida.

Relevancia del abordaje psicológico y acompañamiento profesional

La literatura coincide en que la ausencia de atención psicológica especializada incrementa el riesgo de complicaciones en la salud mental y dificulta la elaboración del duelo gestacional. Rodríguez Castellanos et al. (2021) subrayan la necesidad de integrar el acompañamiento psicológico como parte fundamental de la atención en salud perinatal, mientras que Carmen Fernández (2021) y Nerea González (2023) enfatizan la importancia de intervenciones humanizadas centradas en la validación emocional y el respeto por la experiencia subjetiva de la mujer.

Marco conceptual

Definición y clasificación de la pérdida gestacional

La pérdida gestacional, según la OMS, se refiere a la interrupción del embarazo antes de que el feto sea viable fuera del útero materno, generalmente antes de las 20-22

semanas de gestación. Esto puede ocurrir de forma espontánea (aborto espontáneo) o ser inducida (aborto inducido), o como muerte fetal cuando ocurre después de las 20 semanas de gestación. La OMS también define la muerte perinatal como aquella que ocurre desde las 22 semanas de gestación hasta los primeros 7 días de vida del recién nacido.

Duelo desautorizado y estigmatización social

El duelo desautorizado se refiere al dolor que, aun siendo real y profundo, no recibe reconocimiento social, emocional ni institucional. En el contexto de la pérdida gestacional, muchas mujeres experimentan esta forma de duelo porque su vivencia es minimizada, invisibilizada o interpretada como un evento “menor” en comparación con otras pérdidas.

Dimensión emocional y simbólica del embarazo

Durante el embarazo, la mujer no solo experimenta transformaciones físicas, sino que también inicia un proceso simbólico y emocional de construcción de la maternidad. Este proceso implica expectativas, vínculos afectivos y representaciones mentales sobre el bebé, incluso antes del nacimiento. La pérdida interrumpe abruptamente esta construcción simbólica, generando una sensación de vacío, dolor emocional profundo y desconexión con la identidad materna (Becerra Gordo, 2023).

La pérdida gestacional como evento potencialmente traumático

La pérdida gestacional puede constituir un evento altamente traumático. Las mujeres pueden experimentar un colapso emocional que afecte su estabilidad psíquica, sus relaciones y su funcionalidad diaria. Este impacto se ve potenciado cuando no se valida social o profesionalmente el dolor vivido, o cuando la mujer debe enfrentar procedimientos médicos invasivos en condiciones poco humanizadas.

El duelo gestacional: características psicológicas

El duelo por la pérdida gestacional incluye manifestaciones emocionales como tristeza, enojo, culpa, ansiedad y desesperanza. Estas reacciones, si bien son parte de un proceso normal, pueden durar meses o incluso años. En muchos casos, la mujer se ve atrapada entre la necesidad de seguir adelante y la imposibilidad de elaborar adecuadamente su pérdida, especialmente si no se le ofrece un entorno terapéutico seguro (Subirana, 2020).

Esta invalidación simbólica puede dificultar el proceso de duelo, generar sentimientos de vergüenza o culpa, y obstaculizar la búsqueda de ayuda psicológica.

Manifestaciones psicológicas inmediatas tras la pérdida gestacional

Reacciones emocionales comunes

Las respuestas emocionales iniciales más frecuentes son la tristeza intensa, la culpa, la rabia, la ansiedad y el miedo. Estas emociones surgen de manera repentina, muchas veces acompañadas de una sensación de irrealidad o desconexión con el entorno, y pueden generar síntomas físicos como insomnio, pérdida de apetito o agotamiento.

Alteraciones cognitivas asociadas

Las mujeres suelen presentar pensamientos obsesivos sobre la pérdida, acompañados de imágenes intrusivas, autorreproches o dudas sobre su capacidad como madres. Esta rumiación cognitiva interfiere con la elaboración del duelo y puede perpetuar estados de ansiedad o depresión.

Conductas observables posteriores a la pérdida

Entre las conductas observables se encuentran el aislamiento social, la evitación de contextos relacionados con bebés, y la dificultad para retomar las actividades.

cotidianas. Algunas mujeres presentan una búsqueda intensa de información sobre causas de la pérdida, o intentan embarazarse de forma inmediata como estrategia de reparación emocional.

Factores que modulan la intensidad de las manifestaciones

La intensidad de estas reacciones depende de múltiples factores: el apoyo emocional recibido, la historia clínica previa, la existencia de hijos vivos, la relación de pareja y el tipo de atención médica brindada. También influye el tiempo de gestación al momento de la pérdida y la presencia de rituales de despedida.

Trastornos emocionales asociados a la pérdida gestacional

Diferencias entre duelo psicológico y psicopatología

El duelo gestacional es una respuesta esperada ante la pérdida. Sin embargo, cuando se prolonga más allá del tiempo esperado, interfiere con la vida cotidiana o genera síntomas severos, puede convertirse en duelo complicado. En estos casos, es necesario diferenciar entre un proceso adaptativo de duelo y un trastorno psicológico como depresión o trastorno de estrés postraumático.

Ansiedad generalizada

Las mujeres pueden desarrollar ansiedad generalizada posterior a la pérdida, caracterizada por preocupaciones persistentes, tensión física, hipervigilancia y miedos anticipatorios frente a un futuro embarazo. Estos síntomas suelen intensificarse durante las fechas significativas o los controles médicos.

Depresión

La depresión post pérdida se manifiesta con llanto frecuente, sensación de vacío, desesperanza, pérdida de interés en las actividades cotidianas y pensamientos negativos recurrentes. Es importante realizar un diagnóstico diferencial con el duelo normal para ofrecer el abordaje terapéutico adecuado.

Estrés postraumático perinatal

El TEPT perinatal puede aparecer tras pérdidas especialmente traumáticas. Se caracteriza por reviviscencias del momento de la pérdida, evitación de estímulos asociados, alteraciones del sueño, hiperactivación y reacciones emocionales intensas. Este cuadro requiere intervención psicológica especializada.

Evaluación clínica de síntomas psicológicos

El uso de instrumentos validados permite identificar con precisión la severidad de los síntomas emocionales y orientar la intervención. Las escalas específicas para duelo perinatal o para ansiedad y depresión son herramientas esenciales en el abordaje clínico.

Marco Metodológico

El presente capítulo describe los procedimientos, enfoques y técnicas empleados para desarrollar la investigación sobre el impacto psicológico de la pérdida gestacional en mujeres de 20 a 40 años. Su propósito es ofrecer una guía clara y coherente que abarque desde la selección de participantes hasta el análisis de la información, asegurando así la rigurosidad del estudio y el respeto a la experiencia emocional de las participantes.

La investigación se fundamenta en un enfoque cualitativo, por su pertinencia para explorar experiencias subjetivas, emociones complejas y significados personales vinculados al duelo gestacional. Este enfoque permite comprender en profundidad fenómenos humanos que no pueden abordarse mediante métodos estadísticos tradicionales, especialmente cuando se trata de vivencias íntimas y cargadas de simbolismo.

Como señalan Hernández-Sampieri y Mendoza (2018), “el enfoque cualitativo estudia la realidad en su contexto natural y tal como sucede, extrayendo e interpretando fenómenos de acuerdo con las personas involucradas” (p. 7). Este enfoque privilegia la perspectiva de las participantes, lo que resulta fundamental en el análisis del duelo gestacional.

Dentro del enfoque cualitativo, se optó por la orientación fenomenológica, ya que esta se interesa en explorar cómo las personas experimentan y atribuyen sentido a eventos significativos. En este estudio, el interés está en comprender el impacto psicológico de la pérdida gestacional desde la percepción de las propias mujeres. Según Hernández-Sampieri y Mendoza (2018), “la fenomenología busca describir y comprender las experiencias tal como son vividas por las personas, identificando su esencia”.

Otras posibilidades metodológicas dentro de la tradición cualitativa, como el enfoque narrativo, la etnografía o la teoría fundamentada, no responden de forma precisa al propósito investigativo. El enfoque narrativo se orienta a reconstruir historias de vida completas, la etnografía requiere una inmersión prolongada en contextos culturales específicos y la teoría fundamentada está diseñada para construir teorías nuevas a partir de los datos, lo cual no es el objetivo principal del presente estudio.

En relación con la profundidad del conocimiento, esta investigación se sitúa entre los niveles descriptivo y explicativo. En su dimensión descriptiva, detalla emociones predominantes como la tristeza, culpa o desesperanza, así como síntomas como ansiedad o depresión; mientras que en su dimensión explicativa, analiza cómo estas manifestaciones se relacionan con factores personales, sociales o simbólicos. Según Hernández-Sampieri y Mendoza (2018), “los estudios descriptivos especifican propiedades, características y perfiles de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (p. 109), mientras que “los estudios explicativos se dirigen a responder las causas de los eventos físicos o sociales; su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se presenta” (p. 112). Aunque la investigación aborda un fenómeno aún poco visibilizado en el contexto nicaragüense, no se clasifica como exploratoria, dado que ya existen antecedentes nacionales e internacionales sobre la temática. Tampoco es de naturaleza correlacional, ya que no busca establecer relaciones estadísticas entre variables.

El diseño es de campo, lo cual significa que la información se obtendrá directamente a partir del contacto con las mujeres participantes. Hernández-Sampieri y Mendoza (2018) afirman que “el diseño de campo permite captar la información directamente del contexto en que ocurren los hechos, ofreciendo una visión más realista y contextualizada del fenómeno de estudio” (p. 165). Esta decisión se contrapone al diseño documental, que se basa en fuentes secundarias, y a los diseños experimentales o cuasi experimentales, que requieren manipulación de variables y control de condiciones,

aspectos que resultarían poco éticos e inapropiados en un estudio centrado en el duelo y el sufrimiento humano.

La investigación es aplicada, ya que pretende generar aportes prácticos que fortalezcan el abordaje psicológico del duelo gestacional en contextos clínicos y comunitarios. Según Hernández-Sampieri y Mendoza (2018), “la investigación aplicada busca resolver problemas prácticos inmediatos, mejorando procesos o intervenciones”. A diferencia de una investigación básica, que se centra en ampliar teorías sin buscar una aplicación directa, este estudio está comprometido con mejorar la atención emocional que reciben las mujeres en situación de pérdida. Tampoco se trata de una investigación de desarrollo tecnológico, ya que su propósito no es diseñar productos o herramientas técnicas, sino comprender y proponer estrategias humanas de acompañamiento.

En cuanto a su temporalidad, el estudio es transversal, ya que la información será recolectada en un único momento o periodo definido. Esto resulta pertinente considerando que se trabaja con mujeres que han experimentado una pérdida y no se requiere un seguimiento prolongado. Hernández-Sampieri y Mendoza (2018) definen los estudios transversales como “aquellos que recolectan datos en un solo momento, con el propósito de describir variables y analizar su incidencia e interrelación”. La elección de este diseño se distingue del enfoque longitudinal, que implica observar cambios a lo largo del tiempo y no se ajusta a los objetivos actuales.

La población del estudio está constituida por mujeres nicaragüenses entre 20 y 40 años que han vivido una pérdida gestacional reciente. Para acceder a esta población se utilizará un muestreo intencionado, es decir, una selección deliberada de participantes que cumplen con los criterios establecidos por el estudio. Hernández-Sampieri y Mendoza (2018) explican que “en el muestreo intencional, el investigador selecciona deliberadamente a las personas que poseen las características necesarias para aportar información relevante y rica en contenido para el estudio”. Este tipo de muestreo permite

asegurar que la información recopilada sea rica en contenido y pertinente al fenómeno investigado.

Se desarrollará un grupo focal como técnica principal de recolección de datos, los cuales permitirán explorar de forma colectiva las experiencias, emociones y significados asociados a la pérdida gestacional, incluyendo manifestaciones de ansiedad, depresión y duelo. Según Hernández-Sampieri y Mendoza (2018), *“el grupo focal es una técnica de entrevista colectiva que aprovecha la interacción grupal para generar datos y explorar percepciones”* (p. 218), lo que lo convierte en una herramienta idónea para analizar fenómenos complejos que integran múltiples dimensiones emocionales.

Durante estas sesiones se aplicarán tres escalas clínicas estandarizadas: la Escala de Ansiedad de Hamilton, la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo y la Escala de Duelo Perinatal (versión española). Estas herramientas, ampliamente utilizadas en el ámbito clínico, cuentan con validez y confiabilidad documentadas, lo que coincide con lo que afirman Hernández-Sampieri y Mendoza (2018): *“los instrumentos de medición estandarizados permiten obtener datos específicos y comparables, manteniendo criterios de validez y confiabilidad”* (p. 229). Su aplicación permitirá identificar y evaluar la intensidad de síntomas de ansiedad, depresión y duelo, complementando la información cualitativa obtenida mediante la interacción grupal.

La elección de estas técnicas responde a los objetivos del estudio. No se consideraron entrevistas individuales estructuradas ni formatos participativos prolongados, ya que el grupo focal ofrece mayor riqueza comparativa y flexibilidad de participación.

La calidad metodológica de la presente investigación se aseguró mediante la integración de criterios de validez, confiabilidad y triangulación, los cuales permitieron fortalecer el rigor científico y la credibilidad de los resultados obtenidos. En cuanto a la validez, esta se garantiza a través de la validación de contenido por juicio de expertos, quienes evaluaron la guía del grupo focal diseñada para el estudio, considerando la

claridad de los ítems, la coherencia con los objetivos de la investigación, la adecuación a la población objetivo, la pertinencia del contenido y la validez conceptual y utilidad clínica del instrumento. Este proceso aseguró que la técnica de recolección de datos fuera pertinente y coherente con la matriz de descriptores establecida.

Respecto a la confiabilidad, ésta se fortaleció mediante el uso de instrumentos estandarizados, como las escalas de Ansiedad de Hamilton, Depresión de Edimburgo y Duelo Perinatal, las cuales cuentan con confiabilidad previamente establecida en investigaciones científicas. Asimismo, se garantizó la confiabilidad a través de la aplicación uniforme de los instrumentos, asegurando que todas las participantes recibieron las mismas instrucciones, bajo las mismas condiciones y siguiendo el mismo procedimiento. El uso de una guía semiestructurada durante el desarrollo del grupo focal permitió obtener información consistente y sistemática, favoreciendo la estabilidad y coherencia de los datos recolectados.

Finalmente, como estrategia para reforzar la validez y confiabilidad del estudio, se aplicó triangulación metodológica por técnicas e instrumentos, integrando los hallazgos obtenidos mediante el grupo focal, como técnica cualitativa principal, con los indicadores descriptivos aportados por las escalas psicológicas estandarizadas de Ansiedad de Hamilton, Depresión de Edimburgo y Duelo Perinatal. La convergencia entre estas técnicas permitió contrastar la experiencia subjetiva de las participantes con diferentes formas de obtención de información sobre el mismo fenómeno, favoreciendo una comprensión más amplia y profunda del impacto psicológico de la pérdida gestacional y fortaleciendo el rigor metodológico y la credibilidad de los resultados obtenidos.

Este marco metodológico ofrece una base sólida, coherente y sensible para abordar un fenómeno complejo y delicado como lo es la pérdida gestacional, asegurando una interpretación profunda, ética y útil para la realidad de las mujeres nicaragüenses.

Definición operativa de categorías de análisis

Tabla 1

Criterios de Análisis de Pérdida Gestacional

Objetivos	Categoría	Unidad de Observación	Campos de análisis	Unidad de análisis	Instrumento
O.E.1. Identificar las manifestaciones emocionales predominantes asociadas a la pérdida gestacional en mujeres.	Emociones predominantes tras la pérdida	Respuestas subjetivas sobre la vivencia emocional	Tristeza, ansiedad, culpa, rabia, miedo, desesperanza, sensación de vacío	Mujeres entre 20 y 40 años con experiencia de pérdida gestacional	Grupo focal
O.2. Conocer la presencia de síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático tras una pérdida gestacional.	Síntomas emocionales post pérdida gestacional Duelo gestacional	Respuestas sobre estado emocional actual	Presencia e intensidad de ansiedad, depresión, estrés postraumático.	Mujeres entre 20 y 40 años con pérdida gestacional reciente.	Escala de Ansiedad de Hamilton, Escala de Depresión de posparto de Edimburgo
O.E.3 Comprender la vivencia del duelo gestacional, considerando sus fases, significados personales y factores incidentes.		Narrativas sobre el significado y la elaboración del duelo	Fases del duelo, significados atribuidos a la pérdida, impacto en la identidad materna, factores que favorecen o dificultan su elaboración (apoyo social, tiempo	Mujeres entre 20 y 40 años con antecedentes de pérdida gestacional	Escala de Duelo perinatal

Nota: Elaboración propia (2025)

Población y muestra teórica

Población es el conjunto completo de todos los individuos, las cosas o los eventos sobre los que se quiere investigar con respecto a una particularidad dada. (Triola, 2018)

El objetivo del estudio está conformado por mujeres en edades comprendidas entre los 20 y 40 años que han experimentado una pérdida gestacional, sin restringirse a una institución específica. Esta amplitud permitirá capturar una mayor diversidad de experiencias y contextos emocionales relacionados con el duelo gestacional.

La muestra será de tipo intencional, compuesta por 6 mujeres seleccionadas con base en criterios previamente establecidos: haber vivido una pérdida gestacional, estar dentro del rango etario de 20 a 40 años y aceptar participar de forma voluntaria.

Según Hernández-Sampieri y Mendoza (2018), una muestra intencionada es aquella en la que “los participantes son seleccionados deliberadamente con base en los objetivos del estudio y en criterios previamente definidos por el investigador” (p. 243). Esta técnica se emplea en investigaciones cualitativas para acceder a casos que proporcionen información rica y relevante, permitiendo una comprensión profunda del fenómeno en estudio.

Dado que el objetivo de esta investigación es comprender fenómenos subjetivos en su complejidad, no se requiere representatividad estadística. En cambio, se prioriza la riqueza narrativa y el valor explicativo de cada caso para alcanzar la saturación teórica, es decir, el punto en que los datos obtenidos comienzan a repetirse y no aportan nueva información relevante al estudio.

Métodos y técnicas de recolección de datos.

Para adentrarse en el impacto psicológico de la pérdida gestacional, no basta con recopilar información; es necesario combinar la escucha atenta de las experiencias con

herramientas clínicas que permitan evaluar de forma precisa las huellas emocionales que deja este duelo. Por esta razón, el proceso de recolección de datos se diseñó para integrar ambas dimensiones: la narrativa subjetiva y la medición objetiva.

Se implementó un grupo focal, concebidos como espacios de intercambio y contención emocional, donde las participantes pudieron compartir sus vivencias, reflexiones y significados sobre la pérdida gestacional. Esta interacción grupal facilitó la identificación de emociones comunes, diferencias en la forma de afrontamiento y factores contextuales que influyen en el proceso de duelo.

De manera complementaria, se aplicaron tres instrumentos clínicos validados: la Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton, 1959), destinada a identificar la presencia e intensidad de síntomas ansiosos; la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo – EPDS (Cox, Holden y Sagovsky, 1987), enfocada en la detección de sintomatología depresiva posterior a la pérdida; y la Escala de Duelo Perinatal – Versión Española para España (PGS-SV-SP), que evalúa la profundidad y características del duelo gestacional y el estrés postraumático

Esta combinación de estrategias no sólo enriqueció la comprensión del fenómeno investigado, sino que permitió contrastar las voces y emociones expresadas en los encuentros grupales con indicadores clínicos precisos, fortaleciendo la validez y la solidez de los hallazgos.

Las principales técnicas que se utilizarán son:

- **Grupo focal**

El grupo focal es una técnica de investigación cualitativa, que consiste en una entrevista grupal a cuál está dirigida por un moderador que a través de un guión del tema o de entrevista busca interacción entre los participantes para obtener información. Está constituido por 4 y 10 participantes.

Según los autores, “los grupos focales permiten acceder a la construcción colectiva de significados, identificar creencias compartidas y diferencias individuales, así como descubrir patrones culturales o sociales asociados al fenómeno de estudio” (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018, p. 333). La modalidad en línea facilita la participación de mujeres en distintos contextos geográficos, promoviendo la diversidad de perspectivas.

- **Escala de Ansiedad de Hamilton (1959)**

El instrumento utilizado para evaluar el nivel de ansiedad en la muestra de estudio fue la Escala de Ansiedad de Hamilton, desarrollada por Max Hamilton (1959), ampliamente reconocida en el ámbito clínico por su utilidad para identificar síntomas de ansiedad tanto psíquicos como somáticos. Esta escala ha sido validada en contextos hispanohablantes y se emplea comúnmente en investigación y evaluación psicológica.

La escala consta de 14 ítems, los cuales son puntuados por el evaluador clínico en una entrevista estructurada, con base en la intensidad y frecuencia de los síntomas observados o reportados. Su aplicación puede durar entre 15 a 25 minutos. Es un instrumento hetero administrado, diseñado para población adulta, y permite valorar síntomas de ansiedad en distintos niveles de severidad.

Está compuesta por dos dimensiones clínicas:

- Ansiedad psíquica: abarca síntomas como preocupación excesiva, tensión emocional, insomnio y dificultades cognitivas (ítems 1 al 6 y 14).
- Ansiedad somática: incluye manifestaciones físicas como taquicardia, problemas gastrointestinales, respiratorios, y tensión muscular (ítems 7 al 13).

La escala se basa en un sistema tipo Likert de 5 puntos, donde 0 indica la ausencia del síntoma y 4 representa una severidad máxima. No establece puntos de corte universales, sin embargo, una puntuación total más alta indica mayor intensidad de ansiedad. Los resultados pueden clasificarse cualitativamente en ansiedad leve, moderada o severa, según el contexto clínico y la interpretación profesional.

- **Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) – Cox, Holden y Sagovsky (1987)**

El instrumento que se aplicó para explorar la presencia de síntomas depresivos fue la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), desarrollada por Cox, Holden y Sagovsky en 1987. Su diseño original fue orientado a la detección de depresión posnatal en mujeres durante el puerperio, sin embargo, actualmente se aplica también en contextos de pérdida gestacional debido a su validez clínica para evaluar estados depresivos reactivos.

La escala está compuesta por 10 ítems, autoadministrados por la participante, quienes deben responder con base en cómo se han sentido durante los últimos 7 días. Su aplicación tiene una duración promedio de 5 a 10 minutos y está dirigida a mujeres adultas.

Las respuestas están estructuradas en una escala tipo Likert de 4 opciones, puntuadas del 0 al 3. Algunos ítems se puntúan de forma inversa (3, 2, 1, 0), conforme al manual original. La escala evalúa tres dimensiones principales:

- Afectiva (tristeza, anhedonia)
- Cognitiva (culpabilidad, pensamientos negativos, preocupación)
- Somática (insomnio, llanto, ideación autolesiva)

Una puntuación total igual o superior a 10 puntos sugiere la probabilidad de depresión, mientras que cualquier puntaje distinto de cero en el ítem 10 (pensamientos autolesivos) requiere atención inmediata. La escala no reemplaza la valoración clínica, pero ofrece una aproximación eficaz para identificar mujeres en riesgo.

- **Escala de Duelo Perinatal – Versión Española para España (PGS-SV-SP)**

El instrumento aplicado para valorar la intensidad y características del proceso de duelo tras una pérdida gestacional fue la Escala de Duelo Perinatal (Perinatal Grief Scale – Versión Española para España), validada en mujeres con pérdidas perinatales en los últimos cinco años. Esta escala ha demostrado propiedades psicométricas adecuadas para identificar distintos niveles de afectación emocional.

La escala está conformada por 16 ítems con formato autoadministrado, aplicable en aproximadamente 10 a 15 minutos. Las mujeres deben indicar su grado de acuerdo con una serie de afirmaciones relacionadas con su experiencia de pérdida, empleando una escala tipo Likert de 5 puntos (1 = totalmente en desacuerdo; 5 = totalmente de acuerdo).

Evalúa dos dimensiones principales:

- Duelo activo: ítems 1 al 4, centrados en el dolor emocional directo y reciente.
- Duelo complicado: ítems 5 al 16, que valoran el aislamiento, la autoinculpación, los pensamientos suicidas y las alteraciones funcionales.

Los criterios de interpretación son los siguientes:

- Duelo activo: ≥ 8 puntos en ítems 1–4.
- Posible duelo complicado: ≥ 42 puntos en ítems 5–16.
- Duelo de alta intensidad: ≥ 49 puntos en el total de la escala.

Este instrumento permitió identificar casos de duelo patológico o no resuelto, contribuyendo al análisis integral del impacto psicológico derivado de la pérdida gestacional.

De manera complementaria, se realizó observación directa no participante, registrando elementos no verbales significativos como gestos de angustia, silencios prolongados, temblores, expresiones faciales, quiebres de voz y posturas corporales defensivas o de retraimiento los cuales aportaron una capa adicional de comprensión emocional que no siempre emerge en la expresión verbal. Estos indicadores no verbales fueron fundamentales para interpretar el impacto psicológico de la pérdida y la intensidad del duelo manifestado por las participantes.

▪ **Observación directa no participante**

En el grupo focal se tomará nota de aspectos no verbales (lenguaje corporal, tono de voz, gestos emocionales), lo cual enriquecerá el análisis cualitativo y permitirá comprender mejor la dimensión afectiva de las respuestas.

Hernández-Sampieri y Mendoza (2018) sostienen que “la observación no participante permite registrar comportamientos y expresiones espontáneas que los

participantes no siempre verbalizan, aportando una visión más completa del fenómeno” (p. 349).

- **Cierre del apartado:**

La combinación de estas técnicas garantiza una recolección de datos rica, profunda y contextualizada, adecuada para comprender la complejidad del duelo gestacional desde múltiples ángulos. Todas las herramientas se aplicarán en entornos seguros, confidenciales y éticos, asegurando el bienestar emocional de las participantes durante todo el proceso investigativo.

Validez y confiabilidad y triangulación de los instrumentos

En la investigación cualitativa, los conceptos de validez y confiabilidad adquieren un enfoque particular, centrado en garantizar que los resultados reflejen con autenticidad las experiencias de los participantes y que los procedimientos utilizados sean coherentes, precisos y consistentes.

La validez en este estudio se refiere a la capacidad de los instrumentos y del proceso investigativo para captar fielmente el fenómeno del impacto psicológico de la pérdida gestacional, tal como es vivido y significado por las mujeres participantes. En este sentido, se busca alcanzar una validez interna, asegurando que las interpretaciones realizadas por las investigadoras sean representativas de las narrativas compartidas.

Para reforzar esta validez interna, se utilizará la técnica de comprobación por los miembros mediante la cual se presentarán los análisis preliminares a algunas de las participantes para que validen si las interpretaciones reflejan adecuadamente sus vivencias. Además, se realizan revisiones cruzadas entre el equipo investigador, comparando hallazgos y ajustando la codificación cuando sea necesario.

La confiabilidad en el contexto cualitativo se refiere a la estabilidad, congruencia y coherencia del proceso de análisis. Para garantizar, se adoptarán las siguientes medidas:

Uso de categorías claras y operativas, fundamentadas teóricamente, para organizar y clasificar la información.

Documentación detallada de todo el proceso de análisis, desde la transcripción hasta la interpretación final, permitiendo la replicabilidad metodológica.

Participación colaborativa entre las autoras de la investigación para comparar criterios, codificaciones y conclusiones, minimizando el sesgo subjetivo individual.

Estas estrategias permitirán que los resultados obtenidos sean percibidos como confiables, reproducibles en contextos similares y útiles para otros estudios relacionados.

Como medida adicional para fortalecer la validez y la confiabilidad, se aplicará la triangulación metodológica y de fuentes, que consiste en la utilización de diversos instrumentos, perspectivas y datos para abordar el fenómeno investigado. En esta investigación, se realizará triangulación de:

- Métodos: Grupo focal.
- Fuentes: testimonios individuales y experiencias compartidas en espacios grupales.
- Teorías: enfoques del duelo, psicología perinatal, psicología clínica y comunitaria.

Esta estrategia permitirá contrastar y enriquecer los hallazgos, así como minimizar las limitaciones inherentes al uso de un solo método o fuente de información. La triangulación contribuirá a lograr una comprensión más completa, rigurosa y confiable del impacto psicológico de la pérdida gestacional en las mujeres participantes.

Procedimientos para el procesamiento y análisis de información

El análisis de los datos cualitativos obtenidos en esta investigación se llevará a cabo mediante un proceso sistemático, riguroso y centrado en los significados que las participantes construyen en torno a su experiencia de pérdida gestacional. En primer lugar, el grupo focal será grabado con consentimiento previo y transcrito de forma literal,

preservando expresiones verbales, matices emocionales y cualquier elemento que aporte profundidad a la interpretación del discurso. Esta fidelidad en la transcripción permitirá que ninguno de los matices de las narrativas se pierda durante el análisis.

Una vez transcrita la información, se iniciará un proceso de codificación temática. En esta etapa se identificarán palabras, frases y fragmentos relevantes que respondan a los objetivos del estudio, permitiendo el surgimiento de categorías asociadas a emociones como tristeza, miedo, culpa, ansiedad, sensación de vacío, así como percepciones del entorno y procesos de resignificación del duelo. Conforme avance el análisis, estas categorías iniciales se organizarán en niveles más profundos mediante conexiones entre subtemas y patrones comunes, lo que permitirá comprender cómo cada mujer vive, interpreta y resignifica su pérdida, así como sus consecuencias psicológicas.

Posteriormente, se realizará un análisis temático orientado a identificar los temas centrales que atraviesan los relatos y que explican las emociones predominantes, las manifestaciones psicológicas posteriores y las estrategias de afrontamiento empleadas. Este análisis será complementado con un análisis de contenido aplicado a la información procedente de los cuestionarios estructurados y escalas clínicas, integrando datos cualitativos y cuantitativos para fortalecer la interpretación final. Para organizar de manera clara la información, se elaborarán matrices comparativas que permitirán visualizar similitudes, diferencias y regularidades entre los testimonios, facilitando la interpretación global del fenómeno.

Durante todo el proceso se seleccionarán citas textuales representativas que reflejen de forma auténtica las experiencias compartidas por las participantes. Estas citas serán utilizadas en los resultados para ilustrar los hallazgos de manera fiel y humana, asegurando al mismo tiempo el resguardo de su identidad mediante códigos alfanuméricos. En conjunto, este procedimiento permitirá comprender de manera profunda, sensible y fundamentada el impacto psicológico de la pérdida gestacional,

aportando elementos clave para la construcción de propuestas de acompañamiento clínico y emocional desde una perspectiva humanizada.

Consideraciones éticas

Dado que la investigación aborda una experiencia emocionalmente sensible como la pérdida gestacional, se garantizará el cumplimiento riguroso de los principios éticos fundamentales durante todas las fases del proceso investigativo. Previo a su participación, cada mujer recibirá un consentimiento informado en el que se explican de forma clara los objetivos del estudio, los procedimientos a realizar, el carácter voluntario de la participación, el uso confidencial de la información y el derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias.

Como estrategia de integración metodológica, se combinarán técnicas cualitativas y el uso de escalas clínicas validadas, permitiendo articular la profundidad de los relatos subjetivos con la identificación sistemática de síntomas emocionales. La información obtenida a través del grupo focal y de las escalas clínicas. Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A), Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) y Escala de Duelo Perinatal (PGS) será triangulada para fortalecer la comprensión integral del impacto psicológico de la pérdida gestacional.

Todos los datos serán codificados de forma anónima mediante códigos alfanuméricos, evitando cualquier posibilidad de identificación directa de las participantes. Asimismo, las transcripciones, registros y resultados se presentarán sin nombres ni datos personales, resguardando estrictamente la confidencialidad.

Estas consideraciones éticas y metodológicas no sólo buscan proteger la dignidad, integridad y bienestar emocional de las participantes, sino también garantizar la coherencia, rigurosidad y sensibilidad del estudio. El proceso investigativo estará guiado en todo momento por principios de respeto, empatía y escucha activa, fundamentales para una investigación ética y humanamente responsable.

Resultados y discusión

En este apartado se presentan los resultados obtenidos a partir del grupo focal y de las escalas clínicas aplicadas, con el propósito de profundizar en las experiencias emocionales que emergen después de una pérdida gestacional. Los hallazgos permiten describir las principales manifestaciones emocionales expresadas por las participantes, tales como tristeza, culpa, ansiedad, miedo y una marcada sensación de vacío, elementos que configuran la vivencia afectiva predominante tras esta experiencia.

Asimismo, los resultados de las escalas EPDS, HAM-A y PGS brindan evidencia sobre la presencia de síntomas de ansiedad, depresión y reacciones asociadas al duelo, lo que permite identificar cómo estas respuestas psicológicas se expresan y varían entre las mujeres evaluadas. Esta información complementa el discurso narrado durante el grupo focal y permite dimensionar con mayor precisión el impacto emocional de la pérdida.

De igual manera, se profundiza en la manera en que las mujeres transitan su proceso de duelo, considerando las fases que atraviesan, los significados personales que construyen en torno a la experiencia y los factores que influyen en su proceso de afrontamiento. Esta integración entre lo narrativo y lo clínico facilita comprender cómo cada participante resignifica la pérdida y cómo esta afecta su bienestar emocional.

En conjunto, los resultados ofrecen una mirada amplia y sensible sobre las respuestas emocionales posteriores a la pérdida gestacional, permitiendo comprender tanto las experiencias expresadas por las mujeres como las manifestaciones psicológicas identificadas a través de los instrumentos clínicos aplicados.

Tabla 2*Resultado del grupo focal. Pérdida gestacional.*

Participantes	Categoría	Descripción de campo.
	Emociones predominantes tras la pérdida.	Tristeza, ansiedad, culpa, miedo, desesperanza, sensación de vacío.
M1	Miedo, ansiedad, tristeza, esperanza	Expresó un gran temor de perder nuevamente al bebé, ansiedad constante durante el embarazo y necesidad de control médico. Vivió su embarazo con fe y gratitud a Dios, pero con miedo persistente a revivir la pérdida anterior.
M2	Alegría inicial, miedo, culpa, dolor, fe	Narró que su embarazo fue inicialmente de alegría inmensa, pero tras la pérdida sintió una mezcla de tristeza profunda y culpa. Experimentó frustración por la falta de empatía médica y encontró fortaleza en la fe y la oración.
M3	Tristeza, culpa, ansiedad, frustración	Manifestó haber sentido gran emoción por el embarazo, pero también miedo por antecedentes familiares de malformaciones. Tras la pérdida, experimentó ansiedad intensa, duelo prolongado y sensación de vacío; requirió atención psiquiátrica por la severidad del duelo.
M4	Tristeza, impotencia, rabia contenida	Refirió sentirse desprotegida y sin comprensión del entorno médico. Vivió su pérdida con dolor y enojo por la negligencia percibida de los médicos. Describió sentirse vulnerable y culpable por no haber actuado a tiempo.

Participantes	Categoría	Descripción de campo.
	Emociones predominantes tras la pérdida.	Tristeza, ansiedad, culpa, miedo, desesperanza, sensación de vacío.
M5	Culpa, negación, tristeza, resignación	Relató que al principio sintió confusión y negación. Después de la pérdida, se culpaba constantemente, pero con el tiempo logró resignificar el evento desde la espiritualidad y el acompañamiento familiar.
M6	Esperanza, fe, miedo, gratitud	Expresó que la experiencia fortaleció su relación con Dios. Aunque tuvo miedo durante el segundo embarazo, su fe y esperanza en la misericordia divina le ayudaron a superar el trauma y encontrar sentido en su maternidad.

Nota:Elaboración propia (2025) Datos obtenidos durante la participación de las mujeres en el grupo focal, donde se evidencia las emociones predominantes tras la pérdida.

Las intervenciones emitidas por las participantes durante el grupo focal identificaron la presencia de patrones emocionales consistentes que permiten caracterizar con mayor precisión la dinámica psicológica asociada a la pérdida gestacional. Durante este proceso analítico, organicé las expresiones de cada mujer en categorías emergentes que reflejan las emociones predominantes descritas en sus relatos, lo cual facilitó una comprensión estructurada de las respuestas emocionales más recurrentes dentro del grupo.

La tabla presentada a continuación constituye una síntesis analítica de estas categorías y de las descripciones de campo derivadas del proceso de codificación cualitativa. Este recurso sistematiza la información recogida, permitiendo visualizar de forma comparativa las emociones centrales expresadas por cada participante, así como los matices que caracterizan su vivencia individual del duelo gestacional. Esta organización responde al propósito metodológico de identificar las manifestaciones emocionales más frecuentes tras la pérdida, cumpliendo directamente con el objetivo específico orientado a comprender las reacciones afectivas predominantes en esta población.

La revisión comparativa de los relatos evidencia que emociones como la tristeza, la ansiedad, la culpa, el miedo, la impotencia y la sensación de vacío emergen de manera reiterada, aunque moduladas por factores como el contexto médico, las creencias personales, el nivel de apoyo recibido y el momento del duelo que cada mujer atraviesa.

Al presentar esta tabla, no se pretende simplificar la complejidad de las experiencias, sino ofrecer un recurso analítico que permita la identificación clara de los núcleos emocionales que caracterizan el impacto psicológico de la pérdida gestacional. Este insumo constituye un punto de partida fundamental para el análisis detallado que se desarrolla posteriormente, orientado a interpretar cómo estas emociones se articulan dentro del proceso de duelo vivido por las participantes.

Tabla 3*Resultado de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo*

Número de ítem	Descripción	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	Total
1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas	Tanto como siempre No tanto ahora Mucho menos No, no he podido	1	2	1	1	1	1	En 5 mujeres predomina la respuesta 1
2. He mirado el futuro con placer	Tanto como siempre Algo menos de lo que solía hacer Definitivamente menos No, nada	1	2	1	1	1	1	En 5 mujeres predomina la respuesta 1
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien	Sí, la mayoría de las veces Sí, algunas veces No muy a menudo No, nunca	3	2	2	1	2	2	En 4 mujeres predomina más la respuesta 2
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo	No, para nada Casi nada Sí, a veces Sí, a menudo	2	3	3	3	3	3	En 5 mujeres predomina la respuesta 3
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno	Sí, bastante Sí, a veces No, no mucho No, nada	2	2	2	2	3	2	En 5 mujeres predomina la respuesta 2
6. Las cosas me oprimen o agobian	Sí, la mayor parte de las veces Sí, a veces No, casi nunca No, nada	2	2	2	2	2	2	En 6 mujeres predomina la respuesta 2

Número de ítem	Descripción	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	Total
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir	Sí, la mayoría de las veces Sí, a veces No muy a menudo No, nada	4	3	4	4	4	2	En 4 mujeres predomina la respuesta 4
8. Me he sentido triste y desgraciada	Sí, casi siempre Sí, bastante a menudo No muy a menudo No, nada	3	3	3	2	3	3	En 5 mujeres predomina la respuesta 3
9. He sido tan infeliz que he estado llorando	Sí, casi siempre Sí, bastante a menudo Sólo en ocasiones No, nunca	4	3	2	3	2	2	En 3 mujeres predomina la respuesta 2
10. He pensado en hacerme daño a mí misma	Sí, bastante a menudo A veces Casi nunca No, nunca	4	2	4	4	4	4	En 5 mujeres predomina la respuesta 4

Nota: *Elaboración propia (2025) en base a los resultados de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) aplicados a seis mujeres .*

Al examinar cuidadosamente las respuestas obtenidas mediante la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, se identificaron patrones emocionales que permiten comprender, desde un enfoque cualitativo, cómo las participantes experimentaron el malestar psicológico posterior a la pérdida gestacional. Aunque el instrumento genera puntuaciones estructuradas, su aporte dentro de este estudio radica en evidenciar tendencias y matices emocionales que dialogan con los testimonios compartidos previamente en el grupo focal.

La tabla que se presenta a continuación organiza las respuestas ítem por ítem, no con el propósito de realizar interpretaciones estadísticas, sino para visualizar de manera clara qué áreas emocionales se activan con mayor frecuencia entre las participantes. Esta sistematización permite observar aspectos relevantes como la disminución del disfrute, la presencia de pensamientos autocríticos, la dificultad para regular las emociones, la sensación de estar sobrepasada y la recurrencia de preocupaciones intensas. Estos elementos enriquecen la comprensión cualitativa del duelo gestacional.

Durante la revisión de estas respuestas, se evidencian indicios de malestar emocional que complementan y fortalecen los hallazgos obtenidos con las técnicas cualitativas previas. Más que interpretar niveles de severidad, el objetivo es comprender la forma en que estas mujeres vivencian internamente los síntomas, cómo estos se conectan con sus relatos y de qué manera expresan su estado emocional a través de la escala.

Tabla 4

Resultado de Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A)

Número de ítem	Descripción	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M6	Total
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad.	0 = Ninguno: No he sentido este síntoma. 1 = Leve: Lo he sentido de forma ocasional, sin que afecte mi rutina. 2 = Moderado: Lo he sentido con frecuencia y me causa cierta incomodidad. 3 = Intenso: Lo he sentido de manera constante y me resulta difícil controlarlo. 4 = Muy intenso: Lo he sentido de forma muy fuerte o incapacitante.	1	1	1	1	2	3	En 4 mujeres predomina la respuesta 1
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0 = Ninguno: No he sentido este síntoma. 1 = Leve: Lo he sentido de forma ocasional, sin que afecte mi rutina. 2 = Moderado: Lo he sentido con frecuencia y me causa cierta incomodidad. 3 = Intenso: Lo he sentido de manera constante y me resulta difícil controlarlo. 4 = Muy intenso: Lo he sentido de forma muy fuerte o incapacitante.	1	1	0	1	1	4	En 4 mujeres predomina la respuesta 1

Número de ítem	Descripción	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	Total
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0 = Ninguno: No he sentido este síntoma. 1 = Leve: Lo he sentido de forma ocasional, sin que afecte mi rutina. 2 = Moderado: Lo he sentido con frecuencia y me causa cierta incomodidad. 3 = Intenso: Lo he sentido de manera constante y me resulta difícil controlarlo. 4 = Muy intenso: Lo he sentido de forma muy fuerte o incapacitante.	1	2	0	1	0	2	En 2 mujeres predomina la respuesta 1 en otras 2 mujeres predominó la respuesta 2 y las otras 2 la respuesta 0
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0 = Ninguno: No he sentido este síntoma. 1 = Leve: Lo he sentido de forma ocasional, sin que afecte mi rutina. 2 = Moderado: Lo he sentido con frecuencia y me causa cierta incomodidad. 3 = Intenso: Lo he sentido de manera constante y me resulta difícil controlarlo. 4 = Muy intenso: Lo he sentido de forma muy fuerte o incapacitante.	2	1	4	2	1	4	En 2 mujeres predomina la respuesta en las otras 2 en otras 2 mujeres predominó la respuesta 2 y las otras 2 la respuesta 0

Número de ítem	Descripción	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	Total
5. Intelectual (cognitivo)								
Dificultad para concentrarse, memoria.	0 = Ninguno: No he sentido este síntoma. 1 = Leve: Lo he sentido de forma ocasional, sin que afecte mi rutina. 2 = Moderado: Lo he sentido con frecuencia y me causa cierta incomodidad. 3 = Intenso: Lo he sentido de manera constante y me resulta difícil controlarlo. 4 = Muy intenso: Lo he sentido de forma muy fuerte o incapacitante.	1	1	0	2	1	2	En 3 mujeres predomina la respuesta 1 en otras 2 mujeres predominó la respuesta 2 y solo 1 la respuesta 0
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0 = Ninguno: No he sentido este síntoma. 1 = Leve: Lo he sentido de forma ocasional, sin que afecte mi rutina. 2 = Moderado: Lo he sentido con frecuencia y me causa cierta incomodidad. 3 = Intenso: Lo he sentido de manera constante y me resulta difícil controlarlo. 4 = Muy intenso: Lo he sentido de forma muy fuerte o incapacitante.	1	2	3	2	2	2	En 1 mujeres predomina la respuesta 1 en las otras 4 mujeres predominó la respuesta 2 y en una mujer la respuesta 1

Número de ítem	Descripción	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	Total
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0 = Ninguno: No he sentido este síntoma. 1 = Leve: Lo he sentido de forma ocasional, sin que afecte mi rutina. 2 = Moderado: Lo he sentido con frecuencia y me causa cierta incomodidad. 3 = Intenso: Lo he sentido de manera constante y me resulta difícil controlarlo. 4 = Muy intenso: Lo he sentido de forma muy fuerte o incapacitante.	1	0	4	2	0	3	En 2 mujeres predomina la respuesta 0 en una mujer 1 la respuesta 2 en otras mujere predominó la respuesta 3 y la otras mujer la respuesta 0
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) : Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0 = Ninguno: No he sentido este síntoma. 1 = Leve: Lo he sentido de forma ocasional, sin que afecte mi rutina. 2 = Moderado: Lo he sentido con frecuencia y me causa cierta incomodidad. 3 = Intenso: Lo he sentido de manera constante y me resulta difícil controlarlo. 4 = Muy intenso: Lo he sentido de forma muy fuerte o incapacitante.	0	2	1	1	0	2	En 2 mujeres predomina la respuesta 1 en las otras 2 mujeres predominó la respuesta 2 en otras 2 mujeres predominó la respuesta 0

Número de ítem	Descripción	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	Total
9.	Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	1	1	2	0	0	3	En 2 mujeres predomina la respuesta 1 en las otras 2 mujeres predominó la respuesta 0 en otra mujer predominó la respuesta 2 y en una mujer la respuesta fue 3
	0 = Ninguno: No he sentido este síntoma. 1 = Leve: Lo he sentido de forma ocasional, sin que afecte mi rutina. 2 = Moderado: Lo he sentido con frecuencia y me causa cierta incomodidad. 3 = Intenso: Lo he sentido de manera constante y me resulta difícil controlarlo. 4 = Muy intenso: Lo he sentido de forma muy fuerte o incapacitante.							
10.	Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	1	0	1	0	0	3	En 3 mujeres predomina la respuesta 0 en las otras 2 mujeres predominó la respuesta 1 en una mujer predominó la respuesta 3
	0 = Ninguno: No he sentido este síntoma. 1 = Leve: Lo he sentido de forma ocasional, sin que afecte mi rutina. 2 = Moderado: Lo he sentido con frecuencia y me causa cierta incomodidad. 3 = Intenso: Lo he sentido de manera constante y me resulta difícil controlarlo. 4 = Muy intenso: Lo he sentido de forma muy fuerte o incapacitante.							

Número de ítem	Descripción	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	Total
11.	Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborignos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	0	0	2	0	2	En 4 mujeres predomina la respuesta 0 en las otras 2 mujeres predominó la respuesta 2
	0 = Ninguno: No he sentido este síntoma. 1 = Leve: Lo he sentido de forma ocasional, sin que afecte mi rutina. 2 = Moderado: Lo he sentido con frecuencia y me causa cierta incomodidad. 3 = Intenso: Lo he sentido de manera constante y me resulta difícil controlarlo. 4 = Muy intenso: Lo he sentido de forma muy fuerte o incapacitante.							
12.	Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	1	1	0	3	1	4	En 3 mujeres predomina la respuesta 1 en una mujeres predominó la respuesta 3 en una mujer predominó la respuesta 4
	0 = Ninguno: No he sentido este síntoma. 1 = Leve: Lo he sentido de forma ocasional, sin que afecte mi rutina. 2 = Moderado: Lo he sentido con frecuencia y me causa cierta incomodidad. 3 = Intenso: Lo he sentido de manera constante y me resulta difícil controlarlo. 4 = Muy intenso: Lo he sentido de forma muy fuerte o incapacitante.							

Número de ítem	Descripción	M	M	M	M	M	M	Total
		1	2	3	4	5	6	
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0 = Ninguno: No he sentido este síntoma. 1 = Leve: Lo he sentido de forma ocasional, sin que afecte mi rutina. 2 = Moderado: Lo he sentido con frecuencia y me causa cierta incomodidad. 3 = Intenso: Lo he sentido de manera constante y me resulta difícil controlarlo. 4 = Muy intenso: Lo he sentido de forma muy fuerte o incapacitante.	0	1	0	0	0	0	En 5 mujeres predomina la respuesta 0 en 1 una mujer predominó la respuesta 1

Nota: Elaboración propia (2025) en base a los resultados Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A) aplicados a seis mujeres.

Al analizar de manera integral las respuestas obtenidas mediante la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A), se identificaron patrones emocionales que permiten comprender cómo se expresa la ansiedad en las participantes después de haber vivido una pérdida gestacional.

La tabla organiza las respuestas ítem por ítem para visualizar de forma ordenada las tendencias emocionales en dimensiones específicas como el nerviosismo, la tensión muscular, las dificultades para relajarse, la presencia de temores, la alteración del sueño, la dificultad para concentrarse y los síntomas cardiovasculares, gastrointestinales o respiratorios que suelen acompañar procesos ansiosos. Su función dentro del análisis cualitativo no es establecer puntuaciones clínicas ni niveles diagnósticos, sino identificar en qué aspectos de la escala se concentraron más respuestas que indican malestar emocional y cómo estas se conectan con las experiencias verbales expresadas en el grupo focal.

Al revisar las respuestas, se observa que varias de las participantes manifestaron elementos propios de la ansiedad, tales como inquietud interna, dificultad para conciliar o mantener el sueño, aumento de preocupaciones, temores generalizados y una tendencia marcada a experimentar el cuerpo como un espacio donde la tensión se hace evidente. Además, se identifican matices individuales que permiten comprender cómo cada mujer internaliza su experiencia, ya sea a través de tensión física, preocupación cognitiva o síntomas somáticos más marcados.

La presentación de esta tabla dentro del apartado de resultados cumple así una función de integración metodológica: aporta una mirada estructurada que se suma a la comprensión fenomenológica obtenida previamente, permitiendo triangular la información y fortalecer el análisis sobre el impacto emocional que experimentaron las participantes. Al interpretar estos hallazgos desde un enfoque cualitativo, se profundiza en la manera en que la ansiedad se expresa en el duelo gestacional, no como un valor numérico, sino como una vivencia emocional compleja que afecta el funcionamiento psicológico y físico de las mujeres evaluadas.

Tabla 5

Resultado de Escala de Duelo Perinatal (PGS)

Número de ítem	Descripción	M1	M2	M3	M4	M5	M6	Total
1. Echo mucho de menos a mi bebé	1= Estoy totalmente en desacuerdo 2=No estoy de acuerdo 3=Ni estoy de acuerdo, ni en desacuerdo 4= Estoy de acuerdo 5=Estoy totalmente de acuerdo.	3	4	5	5	4	4	En tres mujeres predomina la respuesta 4
2. Es doloroso recordar la pérdida de mi bebe	1= Estoy totalmente en desacuerdo 2=No estoy de acuerdo 3=Ni estoy de acuerdo, ni en desacuerdo 4= Estoy de acuerdo 5=Estoy totalmente de acuerdo.	3	4	5	5	5	3	En tres mujeres predomina la respuesta 5
3. Me altero cuando pienso a mi bebé	1= Estoy totalmente en desacuerdo 2=No estoy de acuerdo 3=Ni estoy de acuerdo, ni en desacuerdo 4= Estoy de acuerdo 5=Estoy totalmente de acuerdo.	3	3	2	4	4	4	En tres mujeres predomina la respuesta 4
4. Llora cuando pienso en mi bebé	1= Estoy totalmente en desacuerdo 2=No estoy de acuerdo 3=Ni estoy de acuerdo, ni en desacuerdo 4= Estoy de acuerdo 5=Estoy totalmente de acuerdo.	3	4	5	5	4	4	En dos mujeres predomina la respuesta 5 y en dos predomina la respuesta 4

Número de ítem	Descripción	M1	M2	M3	M4	M5	M6	Total
5. Se me hace difícil llevarme bien con ciertas personas	1= Estoy totalmente en desacuerdo 2=No estoy de acuerdo 3=Ni estoy de acuerdo, ni en desacuerdo 4= Estoy de acuerdo 5=Estoy totalmente de acuerdo.	1	4	1	5	1	1	En cuatro mujeres predomina la respuesta 1
6. He pensado en suicidarme desde que perdí a mi bebe	1= Estoy totalmente en desacuerdo 2=No estoy de acuerdo 3=Ni estoy de acuerdo, ni en desacuerdo 4= Estoy de acuerdo 5=Estoy totalmente de acuerdo.	1	4	1	1	1	1	En cinco mujeres predomina la respuesta 1
7. He decepcionado a personas desde que murió mi bebé	1= Estoy totalmente en desacuerdo 2=No estoy de acuerdo 3=Ni estoy de acuerdo, ni en desacuerdo 4= Estoy de acuerdo 5=Estoy totalmente de acuerdo.	1	2	1	1	1	1	En cinco mujeres predomina la respuesta 1
8. Me siento apartada y aislada incluso cuando estoy con mis amigos	1= Estoy totalmente en desacuerdo 2=No estoy de acuerdo 3=Ni estoy de acuerdo, ni en desacuerdo 4= Estoy de acuerdo 5=Estoy totalmente de acuerdo.	1	4	1	5	2	4	En dos mujeres predomina la respuesta 1 en otras dos predomina la respuesta 4 y una mujer la respuesta 5

Número de ítem	Descripción	M1	M2	M3	M4	M5	M6	Total
9. Se me hace difícil tomar decisiones desde que murió mi bebé	1= Estoy totalmente en desacuerdo 2= No estoy de acuerdo 3= Ni estoy de acuerdo, ni en desacuerdo 4= Estoy de acuerdo 5= Estoy totalmente de acuerdo.	1	2	1	5	3	1	En tres mujeres predomina la respuesta 1
10. Me siento feliz por el simple hecho de estar viva	1= Estoy totalmente en desacuerdo 2= No estoy de acuerdo 3= Ni estoy de acuerdo, ni en desacuerdo 4= Estoy de acuerdo 5= Estoy totalmente de acuerdo.	5	3	1	5	5	5	En cuatro mujeres predomina la respuesta 5
11. Tomo pastilla para los nervios	1= Estoy totalmente en desacuerdo 2= No estoy de acuerdo 3= Ni estoy de acuerdo, ni en desacuerdo 4= Estoy de acuerdo 5= Estoy totalmente de acuerdo.	1	2	1	1	1	1	En cinco mujeres predomina la respuesta 1
12. Me siento desprotegida en un entorno hostil desde que mi bebé murió	1= Estoy totalmente en desacuerdo 2= No estoy de acuerdo 3= Ni estoy de acuerdo, ni en desacuerdo 4= Estoy de acuerdo 5= Estoy totalmente de acuerdo.	1	2	1	1	1	5	En cuatro mujeres predomina la respuesta 1
13. Siento que no valgo nada desde que mi bebé murió	1= Estoy totalmente en desacuerdo 2= No estoy de acuerdo 3= Ni estoy de acuerdo, ni en desacuerdo 4= Estoy de acuerdo 5= Estoy totalmente de acuerdo.	1	2	1	1	1	1	En cinco mujeres predomina la respuesta 1

Número de ítem	Descripción	M1	M2	M3	M4	M5	M6	Total
14. Me culpo por la muerte de mi bebé	1= Estoy totalmente en desacuerdo 2=No estoy de acuerdo 3=Ni estoy de acuerdo, ni en desacuerdo 4= Estoy de acuerdo 5=Estoy totalmente de acuerdo.	1	4	1	3	1	4	En tres mujeres predomina la respuesta 1
15. Siento que es mejor no querer a nadie	1= Estoy totalmente en desacuerdo 2=No estoy de acuerdo 3=Ni estoy de acuerdo, ni en desacuerdo 4= Estoy de acuerdo 5=Estoy totalmente de acuerdo.	1	2	1	1	1	4	En cuatro mujeres predomina la respuesta 1
16. Me preocupa cómo será mi futuro	1= Estoy totalmente en desacuerdo 2=No estoy de acuerdo 3=Ni estoy de acuerdo, ni en desacuerdo 4= Estoy de acuerdo 5=Estoy totalmente de acuerdo.	1	4	1	5	1	5	En tres mujeres predomina la respuesta 1

Nota: Elaboración propia (2025) en base a los resultados en la Escala de Duelo perinatal (PGS)

Al examinar detalladamente las respuestas obtenidas a través de la Escala de Duelo Perinatal (PGS), se identifican elementos que permiten comprender cómo las participantes expresan, desde su experiencia subjetiva, el impacto emocional persistente asociado a la pérdida de su bebé. Aunque se trata de un instrumento estructurado, su aporte dentro del enfoque cualitativo consiste en revelar patrones de dolor, apego, culpa, evitación, pensamientos recurrentes y dificultades en la adaptación emocional, todos ellos componentes esenciales para interpretar la vivencia del duelo.

La tabla organiza las respuestas por ítems con el fin de visualizar qué aspectos del duelo perinatal se manifestaron con mayor frecuencia entre las mujeres evaluadas. Este análisis no se orienta hacia la interpretación cuantitativa de puntajes, sino hacia la identificación de temáticas emocionales relevantes, tales como el anhelo por el bebé, la dificultad para recordar la pérdida, la tendencia a evitar pensamientos relacionados con el evento, el aislamiento social, el sentido de responsabilidad personal por lo sucedido y la preocupación por el futuro.

Durante la revisión cualitativa de las respuestas, se observó que varias participantes manifestaron niveles elevados de añoranza por su bebé y expresiones emocionales que sugieren dificultad para resignificar la pérdida. Entre los ítems que presentan mayor sensibilidad aparecen aquellos relacionados con sentir dolor al recordar la pérdida, experimentar culpa por lo sucedido, percibirse como responsables indirectas del desenlace, así como dificultades para desenvolverse socialmente después del evento. También se identifican expresiones de aislamiento emocional, pensamientos persistentes sobre el bebé y temor hacia el futuro, aspectos que coinciden con hallazgos previos sobre los efectos prolongados del duelo gestacional.

La tabla presentada cumple una función clave dentro del análisis cualitativo: sintetiza de manera estructurada cómo las mujeres internalizan su duelo y cómo este continúa influyendo en su comportamiento, cogniciones y emociones. Esta sistematización permite triangular los datos con los relatos obtenidos en el grupo focal y en las entrevistas, lo que profundiza la comprensión del impacto psicológico experimentado tras la pérdida. Al integrar estos resultados dentro del capítulo de análisis, se aporta una visión más amplia y rigurosa sobre la naturaleza del duelo gestacional, destacando su complejidad y la necesidad de abordarlo desde un enfoque clínico sensible y humanizado.

Manifestaciones emocionales de la pérdida gestacional identificada

El análisis de la información recopilada permitió comprender de manera profunda las emociones predominantes que emergen tras la pérdida gestacional, revelando un conjunto de vivencias intensas, persistentes y sumamente significativas para las mujeres participantes. La tristeza se manifestó como la emoción central y más recurrente; fue descrita como un dolor que atraviesa, un sufrimiento difícil de expresar en palabras y que se mantiene incluso con el paso del tiempo. Para algunas mujeres, esta tristeza se acompañaba de rabia contenida ante la incertidumbre del porqué ocurrió la pérdida, mientras que otras señalaron una sensación de vacío que permanecía a lo largo de los días, mostrando la profundidad del vínculo establecido con el bebé desde las primeras semanas de gestación.

Junto a la tristeza, emergió con fuerza la culpa, incluso en ausencia de una explicación médica concreta. Las participantes expresaron que, en distintos momentos, se cuestionaron a sí mismas, a su cuerpo y a sus decisiones, intentando encontrar una razón que justificara la pérdida. Muchas reconocieron que estos pensamientos no eran racionales, pero aun así sentían que “debieron haberse cuidado más” o que habían fallado en su rol como mujeres. Esta autoinculpación refleja la necesidad emocional de otorgar sentido a un evento inesperado y doloroso, especialmente en contextos donde la maternidad se percibe como un mandato y donde el duelo gestacional no siempre es validado por el entorno.

El miedo también ocupó un lugar central entre las emociones predominantes. Varias mujeres expresaron temor a volver a embarazarse, asociando esta posibilidad con la repetición del mismo dolor. Otras describieron ansiedad ante cualquier elemento relacionado con bebés, controles médicos o embarazo, lo cual evidencia una preocupación anticipatoria constante. Esta sensación de amenaza y vulnerabilidad influyó

en su vida interpersonal y en su percepción del futuro reproductivo, mostrando cómo la pérdida marca de manera profunda su seguridad emocional.

Además de estas emociones, surgieron sentimientos de frustración y desprotección vinculados al trato institucional recibido. Algunas mujeres relataron haberse sentido ignoradas o emocionalmente solas durante la atención médica, lo que intensificó su dolor e incrementó su sensación de abandono. La falta de explicaciones claras o de un acompañamiento sensible generó emociones de impotencia y rabia, resaltando la importancia del enfoque humano en los servicios de salud. Estas experiencias no solo agravaron su duelo, sino que también añadieron un componente traumático al proceso.

Finalmente, aunque en menor proporción, se identificaron expresiones de esperanza y resignificación. Algunas mujeres encontraron en la espiritualidad un medio para aceptar la pérdida y darle un nuevo sentido a su vivencia. Otras relataron que, con el tiempo, lograron interpretar lo ocurrido como un aprendizaje doloroso, mostrando que, aun en medio de un duelo complejo, algunas participantes iniciaron procesos de fortaleza emocional y reconstrucción interna.

Este conjunto de vivencias muestra claramente las emociones predominantes que configuraron el proceso de la pérdida gestacional en las participantes, permitiendo comprender de manera profunda la dimensión afectiva de esta experiencia y evidenciando la necesidad de un acompañamiento emocional sensible y humanizado.

El análisis cualitativo de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo aplicado a las seis participantes permitió identificar un patrón emocional compartido, caracterizado por la presencia de tristeza, ansiedad y autocrítica, elementos frecuentemente asociados al duelo gestacional. Aunque con diferentes intensidades, todas las mujeres refirieron alteraciones en su estado de ánimo, evidenciadas en la dificultad para experimentar placer, la presencia de llanto, sentimientos de infelicidad y sensaciones de cansancio emocional.

De manera transversal, surgió la tendencia a la autoinculpación, aun sin existir causas concretas que justificaran la pérdida. Este hallazgo coincide con lo expresado durante el grupo focal y con la literatura especializada, que describe la culpa como una emoción frecuente en el duelo perinatal. Asimismo, el miedo y la ansiedad se manifestaron en la mayoría de las participantes, reflejándose en preocupación excesiva, temores sin explicación clara y dificultad para relajarse, elementos que repercuten en su vida cotidiana.

Los resultados también mostraron que varias mujeres experimentan opresión emocional y dificultades para dormir, lo que evidencia un estado de sobrecarga interna propio de procesos depresivos o ansiosos. Aunque ninguna participante reportó ideación autolesiva persistente, sí se observaron señales de tristeza prolongada y episodios de llanto que interfieren con su bienestar diario.

En conjunto, la EPDS permitió identificar que la pérdida gestacional genera un impacto emocional significativo en todas las mujeres evaluadas, manifestándose en síntomas compatibles con depresión leve a moderada, acompañada de ansiedad y sentimientos de vulnerabilidad. Estos resultados se integran coherentemente con los hallazgos del grupo focal, reforzando la necesidad de acompañamiento psicológico sensible, especializado y centrado en el reconocimiento del duelo gestacional.

La participante M1, mantiene la capacidad de ver el lado positivo de las cosas y de realizar actividades habituales, sin embargo, presenta episodios de preocupación, tensión emocional y sentimientos ocasionales de tristeza y desánimo. Aunque refiere estar ansiosa en ciertos momentos y experimentar opresión emocional, no muestra indicadores severos de desesperanza ni ideas autolesivas. Su estado emocional sugiere un malestar leve asociado al duelo, con predominio de momentos de estabilidad emocional intercalados con inquietud o aflicción moderada.

En el caso de la participante M2, se evidencia una notable disminución en su capacidad para experimentar disfrute. Ella expresa que ya no logra reír ni percibir el

futuro con la ilusión que tenía antes de la pérdida. Su discurso muestra una presencia constante de culpa, acompañada de preocupación persistente y episodios de tensión física que reflejan un estado emocional sobrecargado. También menciona dificultades importantes para conciliar el sueño, asociadas a tristeza y llanto recurrente. Aunque no manifiesta ideas autolesivas, su funcionamiento emocional revela un duelo con rasgos depresivos moderados, donde predominan la pérdida de interés, la autocrítica y una tristeza que se mantiene a lo largo del día.

La participante M3 muestra que todavía puede encontrar ciertos momentos de disfrute, aunque reconoce que estos han disminuido desde la pérdida. Sus respuestas señalan la presencia de culpa esporádica y una ansiedad que aparece de manera intermitente, además de episodios de miedo sin una causa concreta. A nivel cotidiano, refiere sentirse emocionalmente agotada frente a tareas habituales, lo que se acompaña de tristeza y llanto en diferentes momentos. No reporta pensamientos autolesivos, pero sí un malestar emocional que varía en intensidad. Su vivencia del duelo se caracteriza por períodos de aparente estabilidad alternados con picos de desbordamiento emocional, reflejando un proceso aún activo y sensible.

En el perfil de la participante M4 se observa que, aunque intenta mantener una visión positiva en distintos aspectos de su vida, la ansiedad y el miedo aparecen de forma recurrente y afectan su estabilidad. Sus respuestas muestran tensión constante y un estado emocional frágil, acompañado de dificultades para dormir y de tristeza que persiste a lo largo del día. Además, relata episodios frecuentes de llanto y una sensación de agotamiento emocional que le dificulta manejar sus responsabilidades habituales. A pesar de no referir pensamientos de daño hacia sí misma, su proceso de duelo se presenta cargado de ansiedad y melancolía, indicando una vivencia emocional profundamente removida por la pérdida.

La experiencia emocional de la participante M5 revela que conserva sólo parcialmente su capacidad de disfrutar, ya que su día a día está atravesado por ansiedad casi constante, temores sin explicación aparente y una sensación de presión interna que

la acompaña durante gran parte del tiempo. La tristeza es un elemento dominante en su relato, al igual que los problemas para conciliar el sueño y los episodios de llanto que afectan su bienestar. El conjunto de estas manifestaciones sugiere un duelo con características depresivas moderadas, intensificado por la ansiedad y por una vulnerabilidad emocional que se ha mantenido desde la pérdida.

En la participante M6 se observa que logra conservar la capacidad de ver aspectos positivos en su entorno, aunque también reconoce que ha enfrentado preocupaciones frecuentes, ansiedad en algunos momentos y episodios de miedo que surgen sin previo aviso. Describe una sensación de opresión emocional que aparece en distintos momentos del día, acompañada de tristeza y llanto. No expresa ideas autolesivas, pero sí un malestar emocional leve a moderado, caracterizado por altibajos en su estado de ánimo y por una sensibilidad emocional que se intensifica ante situaciones relacionadas con la pérdida.

El análisis cualitativo de la Escala de Ansiedad de Hamilton aplicado a las seis participantes permitió identificar un patrón emocional común marcado por la presencia de ansiedad psíquica y somática posterior a la pérdida gestacional. Aunque la intensidad varió entre las participantes, hubo elementos transversales que reflejan un estado de alerta emocional persistente.

La mayoría de las mujeres experimentó preocupaciones recurrentes, miedo anticipatorio y dificultades para relajarse. Estos síntomas se integran con la vivencia del duelo gestacional, donde el cuerpo y la mente permanecen en un estado de hipervigilancia, especialmente ante estímulos que recuerdan la pérdida o situaciones percibidas como amenazantes. La tensión emocional fue un elemento altamente repetido, descrito a través de inquietud, irritabilidad y llanto fácil.

A nivel somático, se identificaron síntomas musculares, cardiovasculares y respiratorios, como opresión en el pecho, molestias musculares, palpitaciones y sensación de ahogo. Estas manifestaciones evidencian que la ansiedad no se limita al plano emocional, sino que se expresa corporalmente, impactando el funcionamiento

diario. El insomnio fue otro síntoma frecuente, reflejando la dificultad de las participantes para desconectarse mentalmente del evento traumático.

En el área cognitiva, aparecieron dificultades de concentración, memoria y sensación de desconexión emocional, especialmente en quienes reportaron niveles más altos de ansiedad. Estas respuestas se relacionan con el agotamiento psicológico derivado del duelo y con la sobrecarga emocional que caracteriza la pérdida gestacional.

En conjunto, los resultados muestran que la ansiedad en estas mujeres no es un episodio aislado, sino una experiencia sostenida, con componentes psíquicos y somáticos que se articulan con la vivencia traumática de la pérdida. La escala permitió comprender cómo la preocupación, el miedo y la tensión interna se integran en el proceso de duelo, reforzando la necesidad de acompañamiento emocional especializado y de estrategias de manejo de ansiedad adaptadas a la experiencia perinatal.

En la participante M1 se observa un patrón ansioso leve, expresado principalmente mediante inquietud ocasional y cierta dificultad para alcanzar un estado pleno de relajación. Sus respuestas muestran tensión moderada y episodios aislados de insomnio, pero sin manifestaciones fisiológicas intensas ni signos de desbordamiento emocional. A nivel cognitivo, mantiene una adecuada capacidad de concentración, aunque experimenta un ánimo ligeramente deprimido que se hace presente en momentos específicos. Los síntomas somáticos aparecen de manera puntual y no interfieren significativamente en su funcionalidad diaria. Su perfil refleja una respuesta ansiosa suave vinculada al duelo, sin indicios de afectación severa.

El caso de la participante M2 evidencia una ansiedad que fluctúa entre leve y moderada. Su experiencia está marcada por tensión frecuente, inquietud persistente y dificultad para alcanzar un estado de calma emocional. Refiere episodios de miedo aislado e insomnio intermitente que afecta la calidad del sueño. De manera cognitiva, presenta dificultades leves para concentrarse, junto a un estado de ánimo que tiende

hacia la tristeza moderada. En el plano físico, describe molestias musculares y sensoriales que acompañan su malestar. Su ansiedad tiene un tono constante que parece reactivarse al recordar la pérdida, mostrando un nivel de activación emocional sostenida.

La participante M3 muestra un perfil ansioso ligero, donde predominan preocupaciones esporádicas y un nivel de tensión que se mantiene en rangos bajos. El insomnio aparece de forma moderada, interrumpiendo ocasionalmente su descanso. En el área cognitiva, refiere cierta dificultad para concentrarse y un menor interés en determinadas actividades, lo cual se relaciona con su proceso de duelo. Los síntomas somáticos que experimenta son mínimos y no comprometen su ritmo cotidiano. En conjunto, su ansiedad se manifiesta de manera intermitente, sin características de gravedad, pero acompañada de un malestar emocional que se intensifica ante recuerdos o estímulos vinculados a la pérdida.

El perfil de la participante M4 refleja una ansiedad de tipo moderado, caracterizada por una tensión emocional constante y episodios de sobresalto que interfieren en su sensación de estabilidad interna. Manifiesta insomnio frecuente y cambios en su funcionamiento cognitivo, especialmente en la concentración, en estrecha relación con un estado depresivo que acompaña su duelo. A nivel somático, describe molestias musculares, sensoriales y signos de activación fisiológica como respiración irregular o palpitaciones. Estos elementos indican una ansiedad persistente y sensible al impacto emocional de la pérdida, afectando su bienestar general.

En la participante M5 presenta un cuadro ansioso de intensidad moderada, evidenciado por preocupaciones constantes y una tensión emocional que permanece activa durante la mayor parte del tiempo. Refiere episodios de miedo que aparecen sin causa concreta, acompañados de insomnio significativo que interrumpe su descanso nocturno. A nivel cognitivo, menciona dificultades para concentrarse y mantener la atención, mientras que en el área somática experimenta molestias tanto musculares

como sensoriales que refuerzan su malestar emocional. Su ansiedad se muestra elevada y vinculada estrechamente a la carga traumática de la pérdida gestacional, generando un impacto notable en su rutina diaria.

En la participante M6 se evidencia un nivel de ansiedad considerablemente alto. Sus respuestas señalan preocupaciones constantes, una sensación intensa de aprehensión y episodios de tensión que le resultan difíciles de regular. El insomnio se presenta como un síntoma predominante, afectando de manera significativa su descanso. A nivel cognitivo, reporta falta de concentración y desinterés, mientras que en el área física describe una combinación de síntomas respiratorios, cardiovasculares y musculares que reflejan una activación ansiosa marcada. Su perfil muestra un impacto emocional profundo, donde la ansiedad interfiere de manera relevante en su funcionamiento cotidiano y se relaciona directamente con la experiencia dolorosa de la pérdida.

El análisis cualitativo de la Escala de Duelo Perinatal permitió identificar que las seis participantes transitan un proceso de duelo caracterizado por dos manifestaciones centrales: duelo activo y duelo complicado. El duelo activo, presente en todas las participantes, se reflejó en sentimientos de tristeza, nostalgia profunda, llanto, alteración emocional ante el recuerdo del bebé y dificultades para interactuar con otras personas. Esta respuesta emocional se relaciona con la vivencia inmediata del dolor, la necesidad de resignificar la experiencia y la reconfiguración del vínculo simbólico con el bebé perdido.

Por otro lado, el duelo complicado se identificó de manera clara en tres participantes (M3, M4 y M5), quienes manifestaron mayor afectación en su esfera psicológica y funcional. Este tipo de duelo se evidenció a través de sentimientos intensos de desprotección, baja autoestima, culpa por la muerte del bebé, aislamiento significativo y dificultades severas para tomar decisiones o mantener su rutina diaria. La presencia de ideación suicida en una de las mujeres reforzó la profundidad de la afectación emocional y la urgencia de acompañamiento especializado.

En términos generales, los resultados muestran que la pérdida gestacional desencadena un proceso emocional complejo, donde el duelo activo representa una respuesta adaptativa natural ante la ruptura emocional, mientras que el duelo complicado refleja un impacto más profundo que interfiere con el funcionamiento diario y la salud psicológica. Ambos tipos de duelo se encuentran influenciados por factores como el apoyo emocional recibido, la forma en que el entorno válido la pérdida, la relación previa con el embarazo y la experiencia personal de las mujeres ante situaciones de crisis.

Estos hallazgos permiten comprender que el duelo gestacional no es uniforme, sino un proceso heterogéneo, íntimo y profundamente marcado por los significados personales que cada mujer atribuye a su experiencia. La integración de estas manifestaciones aporta información valiosa para la comprensión del impacto psicológico de la pérdida gestacional y refuerza la importancia de intervenciones sensibles y humanizadas en el acompañamiento de estas mujeres.

En el caso de la participante M1, se observa un duelo activo que se centra en la presencia de tristeza, nostalgia y una reacción emocional significativa al recordar al bebé. Manifiesta episodios de llanto esporádicos y una sensibilidad marcada ante estímulos vinculados con la pérdida, lo que evidencia que el proceso emocional sigue vigente. Aunque refiere cierta dificultad para vincularse socialmente tras el evento, no se identifican elementos propios de un duelo complicado, como culpa intensa, pérdida profunda de autoestima o ideas de hacerse daño. Su vivencia se caracteriza por la necesidad de adaptarse al impacto inicial de la pérdida y elaborar el recuerdo desde un lugar emocionalmente vulnerable, pero sin rasgos de desorganización severa.

En la participante M2 atraviesa un duelo activo que comienza a mostrar señales que podrían evolucionar hacia un duelo complicado. La intensidad de la tristeza, el llanto frecuente y el malestar emocional ante los recuerdos indican una afectación significativa. Refiere aislamiento, dificultades para relacionarse y problemas al momento de tomar

decisiones, lo cual evidencia desorganización emocional. Además, expresa sentimientos de desprotección y baja valoración personal, aspectos que se asocian a procesos de duelo más complejos. Aunque no se observan ideas autolesivas, su perfil sugiere un impacto emocional profundo que compromete tanto su estado afectivo como su percepción de sí misma.

La participante M3 identifica un duelo complicado de manera clara. Sus respuestas reflejan tristeza profunda, episodios de llanto frecuentes y dolor emocional intenso que se reactiva al pensar en la pérdida. Manifiesta un fuerte aislamiento social, así como gran dificultad para tomar decisiones y desenvolverse en actividades habituales. Experimenta sentimientos de desprotección, autopercepción negativa y culpa marcada por la muerte del bebé. De manera especialmente relevante, reporta pensamientos suicidas, lo cual constituye un indicador crítico dentro de la categoría de duelo complicado. Su experiencia revela un proceso con alto nivel de desesperanza, autocastigo y desorganización emocional que requiere intervención clínica especializada.

En la participante M4 presenta un duelo complicado caracterizado por tristeza persistente, llanto recurrente y una reacción emocional intensa al recordar al bebé. Refiere aislamiento incluso en espacios donde está acompañada, lo que evidencia una retirada emocional significativa. Las dificultades para relacionarse, sumadas a problemas para tomar decisiones, revelan un funcionamiento afectivo deteriorado. Expresa sentimientos de desprotección, baja autoestima y culpa por la pérdida, elementos que refuerzan la afectación psicológica. La combinación de indicadores emocionales y cognitivos refleja un duelo con alto nivel de sufrimiento interno y una carga de desesperanza que profundiza su vulnerabilidad emocional.

En la participante M5 se observa un duelo complicado con expresiones emocionales intensas y continuas. Sus respuestas muestran nostalgia profunda, llanto frecuente y un dolor persistente que se activa al recordar la pérdida. Muestra un patrón

claro de aislamiento y dificultad para establecer vínculos, acompañado de problemas para tomar decisiones. Expresa sentimientos de desprotección, autoconcepto deteriorado y culpa significativa respecto a la muerte del bebé. Aunque no refiere ideación suicida, la combinación de síntomas emocionales y cognitivos apunta hacia un duelo altamente afectado, donde la desesperanza y el autorreproche ocupan un lugar central en su vivencia diaria.

La participante M6 presenta un duelo activo que incorpora algunos elementos asociados a un duelo complicado, aunque en menor intensidad. Describe tristeza, llanto ocasional y dolor emocional visible al recordar la pérdida. Refiere cierta desorganización emocional, dificultades para tomar decisiones y episodios de aislamiento, indicadores que muestran vulnerabilidad. No obstante, a diferencia de los casos más severos, no se observan de manera marcada sentimientos profundos de culpa, desesperanza intensa o un deterioro significativo de la autoestima. Su experiencia se ubica principalmente en un duelo activo que requiere acompañamiento emocional, sin constituir plenamente un duelo complicado.

La discusión general de los hallazgos obtenidos en esta investigación permite comprender de manera amplia y profunda el impacto psicológico que genera la pérdida gestacional en mujeres entre 20 y 40 años. La integración de los resultados provenientes del grupo focal con los indicadores clínicos aportados por las escalas EPDS, HAM-A y PGS evidencia que la pérdida gestacional constituye un evento emocional altamente disruptivo, capaz de afectar simultáneamente la esfera afectiva, cognitiva, fisiológica y social de quienes lo experimentan. Esta convergencia entre datos cualitativos y clínicos da cumplimiento a los objetivos planteados y refuerza la relevancia del fenómeno estudiado en el campo de la salud mental perinatal.

En primer lugar, los hallazgos cualitativos revelan que la pérdida gestacional se vive como una experiencia emocional marcada por tristeza profunda, vacío, miedo, ansiedad, culpa y sentimientos de desprotección. Estas emociones se encuentran

plenamente respaldadas por la literatura especializada, la cual identifica a la tristeza y al sentimiento de vacío como las reacciones más frecuentes del duelo gestacional debido a la ruptura abrupta del vínculo simbólico que se establece con el bebé desde etapas tempranas del embarazo (Becerra Gordo, 2023; Mercadé Carranza et al., 2017). La presencia constante de estas emociones sugiere un impacto emocional prolongado, que se extiende más allá del evento médico y permea las distintas áreas de la vida cotidiana.

Los resultados obtenidos mediante la EPDS fortalecen esta interpretación, ya que reflejan sintomatología depresiva en todas las mujeres evaluadas, especialmente en dimensiones como tristeza, pérdida de interés, culpa y alteraciones del sueño. Esta correspondencia entre emociones relatadas y puntajes clínicos coincide con lo documentado por Gómez-Veloz et al. (2021) y Mercadé Carranza et al. (2017), quienes destacan que la depresión posterior a una pérdida gestacional es altamente prevalente. Asimismo, la presencia marcada de culpa se relaciona con construcciones socioculturales que responsabilizan a la mujer por el curso del embarazo, lo que incrementa la vulnerabilidad a estados depresivos posteriores (Subirana, 2020).

De manera paralela, los resultados de la escala HAM-A confirman la presencia de niveles elevados de ansiedad psíquica y somática. Las respuestas evidenciaron preocupación excesiva, miedo anticipatorio, hipervigilancia emocional y síntomas físicos como tensión muscular y opresión torácica. Estos hallazgos coinciden con lo descrito por Maninali et al. (2023), quienes sostienen que la pérdida gestacional puede detonar un estado de ansiedad generalizada caracterizado por pensamientos intrusivos y anticipación de futuros riesgos reproductivos. Del mismo modo, autores como Shakeel et al. (2021) y Yildiz et al. (2017) afirman que la presencia simultánea de síntomas físicos y psicológicos constituye un indicador predominante de ansiedad asociada a experiencias traumáticas.

La escala de Duelo Perinatal (PGS) amplía esta comprensión al evidenciar niveles intensos de duelo en todas las participantes, manifestados en pensamientos persistentes

sobre el bebé, dolor emocional profundo, añoranza y dificultades para aceptar la pérdida. Estos hallazgos se corresponden con las posturas de Fernández-Sola et al. (2020) y Becerra (2023), quienes describen el duelo perinatal cómo un proceso altamente complejo y prolongado, caracterizado por la ausencia de rituales sociales que validan la experiencia y la falta de reconocimiento institucional. Además, los pensamientos intrusivos identificados en la PGS coinciden con lo planteado por Shakeel et al. (2021) al ser considerados predictores claves de duelo complicado.

Un aspecto particularmente relevante es la relación observada entre la pérdida gestacional y la percepción de desprotección institucional. La falta de acompañamiento emocional y de información clara por parte de los servicios de salud se identifica como un factor que amplifica la intensidad del malestar psicológico. Este hallazgo coincide con lo señalado por la OPS (2021), la cual documenta que en Nicaragua existe una limitada atención emocional posterior a la pérdida gestacional, lo que incrementa el riesgo de complicaciones psicológicas. De acuerdo con la literatura, la ausencia de apoyo profesional constituye un elemento que puede obstaculizar la elaboración del duelo y favorecer la aparición de sintomatología depresiva y ansiosa (Becerra, 2023; Fernández-Sola et al., 2020).

La integración de todos estos elementos evidencia una relación directa, sólida y clínicamente significativa entre la pérdida gestacional y la aparición de síntomas depresivos, ansiosos y de duelo perinatal. La correspondencia entre las vivencias expresadas en el grupo focal, los indicadores clínicos derivados de las escalas aplicadas y los fundamentos teóricos recopilados permite afirmar que el duelo gestacional es un proceso psicológico complejo que involucra múltiples dimensiones del funcionamiento emocional. Además, la persistencia de estos síntomas sugiere la necesidad de intervenciones psicológicas especializadas que acompañen a las mujeres en su proceso de duelo.

En conjunto, la discusión general integrada demuestra que la pérdida gestacional no solo constituye un evento biológico, sino una vivencia emocional profunda cuya complejidad se ve influenciada por factores individuales, socioculturales e institucionales. La literatura reafirma que el impacto psicológico de esta experiencia puede prolongarse en el tiempo y generar implicaciones significativas para el bienestar mental si no se dispone de un acompañamiento adecuado (Kübler-Ross & Kessler, 2016; Tian & Solomon, 2020). Por ello, los hallazgos del presente estudio subrayan la importancia de fortalecer los servicios de salud mental perinatal, promoviendo una atención más humanizada, empática y orientada a las necesidades emocionales de las mujeres que atraviesan este tipo de pérdida.

Conclusiones

La presente investigación permitió comprender de manera profunda y humanizada el impacto psicológico que genera la pérdida gestacional en mujeres de 20 a 40 años, visibilizando una experiencia que con frecuencia permanece silenciada tanto en el ámbito social como en el institucional. A través del grupo focal y escalas psicológicas, se logró responder de forma concreta y consistente a los objetivos planteados, permitiendo identificar las emociones predominantes, conocer la presencia de síntomas clínicos relevantes y comprender las fases del duelo, significados y factores incidentes.

En primer lugar, se constató que las manifestaciones emocionales predominantes tras la pérdida incluyen tristeza intensa, culpa, miedo, ansiedad, desesperanza y sensación de vacío. Estas emociones emergen con gran intensidad en los primeros días, pero pueden prolongarse durante semanas o meses cuando no existe acompañamiento emocional adecuado. Asimismo, se evidenció la presencia de pensamientos intrusivos, autorreproches y conductas evitativas, especialmente relacionadas con ambientes vinculados a bebés o maternidad, lo cual confirma la profundidad simbólica del vínculo gestacional.

En relación con el objetivo orientado a la evaluación clínica, los resultados de las escalas EPDS, HAM-A y PGS evidenciaron la presencia de síntomas compatibles con depresión, ansiedad y estrés postraumático en varias de las participantes. Estos hallazgos coinciden con la literatura científica que señala que la pérdida gestacional puede constituirse en un evento potencialmente traumático, capaz de desencadenar afectaciones psicológicas de larga duración. En particular, se observó un patrón de hipervigilancia, miedo anticipatorio ante un futuro embarazo y dificultades para regular las emociones, lo cual subraya la necesidad de una atención psicológica especializada.

En cuanto a la relación entre la pérdida gestacional y la aparición de trastornos emocionales, se identificó una fuerte conexión entre el duelo gestacional no elaborado y síntomas de ansiedad severa, depresión persistente y reacciones traumáticas. No

obstante, se encontró que factores como el apoyo emocional de la pareja, la validación del entorno y la calidad del acompañamiento médico pueden modular significativamente la intensidad de estos síntomas y facilitar procesos de resignificación emocional.

Los hallazgos obtenidos tienen importantes implicaciones teóricas y prácticas. Desde el plano teórico, esta investigación refuerza modelos contemporáneos del duelo, como el modelo dual, y amplía la comprensión del duelo desautorizado, evidenciando cómo la invisibilización social contribuye al dolor emocional. Desde la práctica clínica y comunitaria, los resultados resaltan la necesidad urgente de fortalecer la atención psicológica perinatal en Nicaragua, integrando protocolos de acompañamiento empático, formación del personal de salud y servicios accesibles para mujeres que experimentan pérdidas gestacionales. La investigación reafirma que el acompañamiento psicológico temprano puede prevenir la cronificación del duelo y la aparición de trastornos emocionales severos.

A pesar de sus aportes, esta investigación presenta limitaciones que deben reconocerse. Entre ellas, el tamaño reducido de la muestra, que aunque adecuado para estudios cualitativos, limita la generalización de los hallazgos. También se identificó que la naturaleza emocional del tema pudo influir en la profundidad de las respuestas, dado que algunas participantes mostraron dificultad para abordar ciertos recuerdos dolorosos. Asimismo, el uso de un solo grupo focal limita la diversidad de dinámicas grupales que podrían enriquecer aún más el análisis.

Estas limitaciones abren camino para futuras investigaciones, las cuales podrían incorporar muestras más amplias, incluir mujeres con diferentes tipos de pérdida gestacional (precoz, tardía, recurrente), analizar el impacto en la pareja, explorar el rol de los rituales simbólicos en el duelo y desarrollar intervenciones psicológicas específicas para este grupo poblacional. Así mismo, se recomienda realizar estudios longitudinales que permitan comprender la evolución emocional a lo largo del tiempo, especialmente durante nuevos embarazos.

En conclusión, esta investigación cualitativa evidencia que la pérdida gestacional no es solo un evento biológico, sino una experiencia profundamente emocional, simbólica y social, con repercusiones significativas en la salud mental de las mujeres. Los hallazgos subrayan la importancia de validar este duelo, acompañarlo adecuadamente y promover una atención más humana y empática en los servicios de salud. Con ello, se contribuye no sólo al avance del conocimiento científico, sino también al fortalecimiento de una práctica profesional más sensible, ética y comprometida con el bienestar emocional de las mujeres que atraviesan esta dolorosa experiencia.

Recomendaciones

A partir de los hallazgos obtenidos en esta investigación y considerando la magnitud del impacto psicológico que genera la pérdida gestacional en mujeres de 20 a 40 años, se plantean una serie de recomendaciones dirigidas tanto al ámbito académico como al sistema de salud y a los profesionales vinculados al acompañamiento emocional en el contexto perinatal. Dichas recomendaciones buscan aportar a la comprensión científica del fenómeno y, al mismo tiempo, ofrecer sugerencias que contribuyan a mejorar la atención y el acompañamiento de las mujeres que atraviesan este tipo de duelo, en consonancia con la problemática planteada en el contexto del estudio y con la justificación de este.

En primer lugar, se recomienda que futuras investigaciones profundicen en la experiencia emocional de la pérdida gestacional mediante estudios longitudinales que permitan comprender la evolución del duelo a lo largo del tiempo. La presente investigación evidencia la persistencia de síntomas depresivos, ansiosos y de duelo perinatal, por lo que sería pertinente realizar estudios que acompañen a las mujeres en distintos momentos posteriores a la pérdida para identificar factores de riesgo y elementos que favorezcan una recuperación emocional más adaptativa. Asimismo, sería relevante incorporar muestras más amplias y diversas, incluyendo mujeres de diferentes edades, contextos socioeconómicos y tipos de atención recibida, con el fin de comparar variaciones en el impacto psicológico y fortalecer la validez externa de los hallazgos. También se sugiere profundizar en la experiencia de los acompañantes (parejas, familiares o cuidadores), considerando que su rol influye en la dinámica de apoyo emocional y podría constituir un factor protector o de riesgo.

Desde una perspectiva metodológica, se recomienda que futuras investigaciones utilicen escalas específicas para la evaluación de estrés postraumático perinatal, debido a que los resultados de este estudio sugieren la presencia de manifestaciones compatibles con trauma psicológico. La incorporación de instrumentos como el Perinatal Post-Traumática Stress Disorder Questionnaire (PPQ) o escalas similares permitiría explorar

con mayor precisión la dimensión traumática asociada a la pérdida gestacional. De igual manera, se sugiere desarrollar estudios cualitativos centrados exclusivamente en los factores culturales que moldean la vivencia del duelo gestacional, particularmente en contextos donde la maternidad es un mandato social y la pérdida tiende a desvalorar.

Finalmente, se recomienda que los centros de salud y las instituciones públicas desarrollen registros estadísticos específicos sobre pérdidas gestacionales en el país, lo cual permitiría dimensionar la frecuencia del problema, identificar brechas en la atención y generar políticas públicas orientadas a la mejora continua del servicio perinatal. Una política pública informada, basada en evidencia y orientada al bienestar emocional de las mujeres sería un avance significativo para la protección de la salud mental perinatal en Nicaragua.

Referencias

Becerra Gordo, M. (2023). *Pérdida gestacional y el proceso de su duelo. Revista Psicopatología y Salud Mental Perinatal.*

Cardozo-Escamilla, M. E., Zavala-Bonachea, M. T., & Alva-López, M. C. (2017). Depresión y estrés postraumático en mujeres con pérdidas gestacionales inducidas e involuntarias. *Pensamiento Psicológico*, 15(2), 109–120. <https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI15-2.depm>

Cortés-Cataldo, F., Olhaberry-Huber, M., Sieverson-Raddatz, C., Romero-Jiménez, M., Tagle-Silva, M. T., Mena-Silva, C., Honorato-Miranda, C., Muñoz Anguita, A., & Iribarren-Jaramillo, D. (2025). Duelo perinatal, salud mental y la importancia del acompañamiento psicológico. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 36(3), 221–227. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2025.05.002>

Duelo perinatal. (2025). *Revista Médica Clínica Las Condes*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S071686402500046X>

El impacto de la pérdida gestacional. (s. f.). *Universidad Cooperativa de Colombia*. <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/ffe0f9b8-cc40-43a8-8cfd-1f0aade9c4e9/content>

Escala de Ansiedad de Hamilton. (s. f.). <https://share.google/EOxxSh7opTwwiXPEK>

Escala de Depresión Postparto de Edimburgo. (s. f.). *New Jersey Department of Health*.

https://www.nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf

Escala de Duelo Perinatal. (2018). *Perinatal Grief Scale: Versión en español*.

<https://judithlasker.com/wp-content/uploads/2018/04/perinatal-grief-scale-spanish-version-for-spain.pdf>

Estrés postraumático y duelo perinatal. (2021). *National Library of Medicine*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8001458/>

Farren, J., Mitchell-Jones, N., Verbakel, J. Y., Timmerman, D., Jalmbrant, M., & Bourne, T. (2018). The psychological impact of early pregnancy loss. *Human Reproduction Update*, 24(6), 731–749. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmy025>

Impacto psicológico en la pérdida temprana del embarazo. (2024). *National Library of Medicine*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12324762>

Pérez Jarquín, O. I., & Urcuyo Cerda, S. E. (2016). *Efectos psicológicos por pérdida reproductiva en mujeres atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua, Granada II semestre 2014* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. <https://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/1529/>

Proceso de duelo. (2023). *Fundación Orienta*. https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2023/08/Becerra_M_41.pdf

Requena Vargas, M. B., & Granizo Lara, L. V. (2023). Efectos psicológicos y estrategias de afrontamiento como predictores del duelo perinatal.

Anatomía Digital, 6(4.3), 279–304.
<https://doi.org/10.33262/anatomiadigital.v6i4.3.2806>

Rodríguez Castellanos, M., Pérez Gómez, L., & Hernández Ruiz, A. (2021). *Salud mental de las mujeres con pérdida gestacional*. Universidad Cooperativa de Colombia.
<https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/7c9de4aa-9d8d-4558-93af-bac1844b7a7b/content>

Sánchez Pichardo, M., López Rivera, J., & Torres Méndez, R. (2010). Sintomatología y alteraciones psicológicas asociadas con pérdidas perinatales en mujeres. *Psicología y Salud*, 20(1), 45–58.
https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2010000100005

Apéndices

Apéndice. A

Consentimiento libre e informado para participantes

Nombre: _____

Fecha: _____

Estimada participante

Le invitamos cordialmente a participar en la investigación titulada “Impacto psicológico de la pérdida gestacional en mujeres de 20 a 40 años”, desarrollada como parte de los requisitos académicos para optar al título de Licenciatura en Psicología en la Universidad Católica Redemptoris Mater (UNICA).

La finalidad de este estudio es comprender las experiencias emocionales y el impacto psicológico asociado a la pérdida gestacional, con el propósito de aportar evidencia que contribuya a fortalecer la atención psicológica en el ámbito perinatal.

Su participación es completamente voluntaria y confidencial. La información que usted proporcione será utilizada exclusivamente con fines académicos y permanecerá protegida bajo estrictas medidas de anonimato. No se registrará ninguna información que permita identificarle personalmente, y sus respuestas serán tratadas con respeto, ética y profesionalismo.

Usted tiene el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento, sin necesidad de justificar su decisión y sin que ello implique consecuencia alguna.

Declaración de Consentimiento

Por favor, marque la casilla correspondiente si ha leído y acepta participar en este estudio.

☐ He leído y comprendido la información anterior y acepto participar voluntariamente en este estudio.

Firma: _____

Apéndice. B

Guía de preguntas para grupo Focal

Tema general: Expectativas del embarazo y emociones ante la amenaza de pérdida gestacional

Objetivo específico: Identificar las manifestaciones emocionales predominantes asociadas a la pérdida gestacional en mujeres.

Expectativas antes del embarazo

1. ¿Qué significa para ustedes la idea de ser madres antes del embarazo?
2. ¿cómo se imaginaron ese embarazo antes de que ocurriera (expectativas, ilusiones, temores)?
3. ¿Qué expectativas personales tenían al tener un hijo?
4. ¿Cómo fue el proceso de búsqueda o llegada del embarazo (planificado, inesperado o sorpresivo)?
5. ¿Qué emociones experimentaron al enterarse de que estaban embarazadas (alegría, miedo, incertidumbre)?

I. . Experiencia emocional durante el embarazo

6. ¿Cuáles fueron las emociones predominantes durante el embarazo (ejemplo: alegría, miedo, incertidumbre, ilusión)?
7. ¿Notaron cambios en sus pensamientos, vínculos o proyectos de vida mientras estaban embarazadas?
8. ¿Qué representaba ese embarazo en ese momento para ustedes (cumplimiento de un sueño, rol familiar, proyecto de vida)?
9. ¿Recibieron apoyo emocional durante el embarazo? ¿De quién y de qué forma?

Emociones frente a la amenaza de pérdida

10. ¿Qué sintieron y pensaron cuando les informaron que existía una amenaza de aborto o pérdida?

11. ¿Cómo reaccionaron en ese momento a nivel emocional y físico? (ejemplo: ansiedad, miedo, tristeza, culpa, impotencia).

12. ¿Experimentaron síntomas como desesperanza, dificultad para dormir, pensamientos repetitivos o sensación de vacío?

13. ¿Percibieron actitudes o reacciones del personal o familiar que influyeran en cómo se sintieron? ¿De qué manera?

14. ¿Cómo se relacionaban o comunicaban con su bebé durante esa etapa de riesgo?

Vivencias emocionales posteriores (Duelo y afrontamiento)

15. Después de la pérdida o la amenaza, ¿qué emociones permanecieron con más intensidad (tristeza, enojo, ansiedad culpa, desesperanza)?

16. ¿Han tenido recuerdos intrusivos, pesadillas o reacciones físicas intensas relacionadas con esa experiencia?

17. ¿Qué estrategias o recursos personales, o espirituales utilizaron para afrontar esa etapa?

18. ¿Consideran que recibieron suficiente apoyo emocional, social o profesional después de la experiencia?

IV. Cierre del encuentro

19. ¿Qué desearían que otras personas (médicos, familiares, sociedad) comprendieran sobre lo que significa vivir un embarazo con amenaza o pérdida?

20. ¿Hay algo que quieran compartir libremente sobre su experiencia y las emociones que generó?

Apéndice C

Matriz de Categorías, Unidades de Análisis y Campos de Análisis

Contenido

generado:

Matriz desarrollada exclusivamente para esta investigación, utilizada como base para la codificación temática y organización del análisis cualitativo.

Incluye:

- Categorías principales

- Subcategorías

- Unidades de observación

- Campos de análisis

- Instrumentos utilizados

- Relación con los objetivos específicos

Apéndice. D

Citas Textuales Seleccionadas para el Análisis Cualitativo

Fragmentos discursivos utilizados en el análisis (anonimizados):

- “Sentí que todo se me derrumbó, no sabía cómo seguir.” (P1)
- “Me culpé durante semanas, pensaba que hice algo mal.” (P3)
- “La gente me decía que lo superara rápido, como si no fuera importante.” (P4)
- “Entrar a una sala de maternidad me provoca ansiedad desde lo que pasó.” (P2)
- “Quisiera volver a intentarlo, pero tengo miedo.” (P6)

Anexo.

Anexo. 1

Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)

Escala de Depresión de Posparto de Edimburgo

[EPDS, por sus siglas en inglés]

Obtenido de la British Journal of Psychiatry [Revista Británica de Psiquiatría]
junio de 1987, Volumen

150 por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

La Escala de Depresión de Postparto de Edinburgh se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de postparto; una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad” [“Blues” en inglés] (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio. Estudios previos demostraron que la depresión de postparto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo. La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh. Consiste en diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

Instrucciones de uso:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del inglés sean limitados o que tenga problemas para leer.
5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. La clínica de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0)

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

Los usuarios pueden reproducir esta escala sin necesidad de obtener permisos adicionales siempre y cuando respeten los derechos de autor y citen los nombres de los autores, el título y la fuente del artículo en todas las copias que reproduzcan.

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: _____ Dirección: _____
 _____ Su fecha de Nacimiento: _____
 _____ Fecha de Nacimiento del Bebé: _____
 Teléfono: _____

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente.
 Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS
 7 DÍAS, no solamente cómo se siente hoy.

- | | |
|---|---|
| <p>1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas</p> <p>Tanto como siempre
 No tanto ahora
 Mucho menos
 No, no he podido</p> | <p>6. Las cosas me oprimen o agobian</p> <p>Sí, la mayor parte de las veces
 Sí, a veces
 No, casi nunca
 No, nada</p> |
| <p>2. He mirado el futuro con placer</p> <p>Tanto como siempre
 Algo menos de lo que solía hacer
 Definitivamente menos
 No, nada</p> | <p>7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir</p> <p>Sí, la mayoría de las veces
 Sí, a veces
 No muy a menudo
 No, nada</p> |
| <p>3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien</p> <p>Sí, la mayoría de las veces
 Sí, algunas veces
 No muy a menudo
 No, nunca</p> | <p>8. Me he sentido triste y desgraciada</p> <p>Sí, casi siempre
 Sí, bastante a menudo
 No muy a menudo
 No, nada</p> |
| <p>4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo</p> <p>No, para nada
 Casi nada
 Sí, a veces
 Sí, a menudo</p> | <p>9. He sido tan infeliz que he estado llorando</p> <p>Sí, casi siempre
 Sí, bastante a menudo
 Sólo en ocasiones
 No, nunca</p> |

- | | |
|---|--|
| 5. He sentido miedo y pánico sin
motivo alguno | 10. He pensado en hacerme daño a mí
misma |
| Sí, bastante | Sí, bastante a menudo |
| Sí, a veces | A veces |
| No, no mucho | Casi nunca |

Taken from the British Journal of Psychiatry

June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky 1/07

Anexo. 2*Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A)*

Nombre _____ Fecha: _____

Unidad/Centro _____

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Población diana: Población general. Se trata de una escala hetero administrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia de este. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de esta. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

Instrucciones para el profesional

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

Síntomas de los estados de Ansiedad					
	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfacción y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar	0	1	2	3	4

premature, cambios de humor durante el día.					
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación	0	1	2	3	4

de ahogo, suspiros, disnea.					
1. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión,	0	1	2	3	4

piloerección (pelos de punta)					
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACION TOTAL	

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Bibliografía

Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. Brit J Med Psychol 1959; 32:50-55.

Anexo 3.

Escala de Duelo Perinatal (PGS)

PERINATAL GRIEF SCALE - SPANISH VERSION FOR SPAIN (PGS-SV-SP)

		Puntuación				
1	Echo mucho de menos a mi bebé	1	2	3	4	5
2	Es doloroso recordar la pérdida de mi bebé	1	2	3	4	5
3	Me altero cuando pienso en mi bebé	1	2	3	4	5
4	Lloro cuando pienso en mi bebé	1	2	3	4	5
5	Se me hace difícil llevarme bien con ciertas personas	1	2	3	4	5
6	He pensado en suicidarme desde que perdí a mi bebé	1	2	3	4	5
7	He decepcionado a personas desde que murió mi bebé	1	2	3	4	5
8	Me siento apartada y aislada incluso cuando estoy con mis amigos	1	2	3	4	5
9	Se me hace difícil tomar decisiones desde que murió mi bebé	1	2	3	4	5
10	Me siento feliz por el simple hecho de estar viva	1	2	3	4	5
11	Tomo pastillas para los nervios	1	2	3	4	5
12	Me siento desprotegida en un entorno hostil desde que mi bebé murió	1	2	3	4	5
13	Siento que no valgo nada desde que mi bebé murió	1	2	3	4	5
14	Me culpo por la muerte de mi bebé	1	2	3	4	5
15	Siento que es mejor no querer a nadie	1	2	3	4	5
16	Me preocupa cómo será mi futuro	1	2	3	4	5

1 = Estoy totalmente en desacuerdo / 2 = No estoy de acuerdo / 3 = Ni estoy de acuerdo/ni en desacuerdo / 4 = Estoy de acuerdo / 5 = Estoy totalmente de acuerdo

INSTRUCCIONES PARA EL PROFESIONAL

Población diana

Mujeres españolas que hayan sufrido una pérdida perinatal en los últimos 5 años.

Administración

Se trata de una escala autoadministrada para la valoración de la intensidad y repercusión del duelo secundario a una pérdida perinatal. La paciente debe indicar del 1 al 5 su grado de acuerdo con las 16 afirmaciones propuestas.

Interpretación del resultado

Se considerará la presencia de: Duelo Activo: Cuando la suma de la puntuación obtenida en los ítems del 1 al 4 sea igual o mayor a 8 puntos.

Posible Duelo Complicado: Cuando la suma de la puntuación obtenida en los ítems del 5 al 16 sea igual o mayor a 42 puntos.

Además se considerará que la paciente está experimentando un duelo de elevada intensidad cuando la suma de la puntuación total de la escala sea igual o mayor a 49 puntos, considerándose que a mayor puntuación mayor intensidad del mismo.

Anexo 4.

Validación de Instrumento

Documentos de Validación de Instrumentos

Valoración global del instrumento

validez de contenido

Instrumento:

Nombre del instrumento evaluado:

- Grupo focal

Nombre del experto que realiza la evaluación: Hazel María López Palacios

Criterios de evaluación:

1. Claridad en los ítems

Excelente: (✓) Muy Buena: () Suficiente: () Insuficiente: ()

Observaciones: _____

2. Coherencia con los objetivos de la investigación

Excelente: (✓) Muy Buena: () Suficiente: () Insuficiente: ()

Observaciones: _____

3. Adecuación a la población objetivo

Excelente: (✓) Muy Buena: () Suficiente: () Insuficiente: ()

Observaciones: _____

4. Pertinencia del contenido

Excelente: (X) Muy Buena: () Suficiente: () Insuficiente: ()

Observaciones: _____

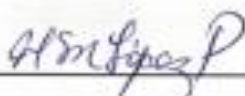
5. Validez conceptual y clínica

Excelente: (X) Muy Buena: () Suficiente: () Insuficiente: ()

Observaciones: _____

Valoración global del instrumento.

	Instrumento
Aprobado	☒
Pendiente	☐
Rechazado	☐
Venir a comité	☐


Firma

Ing. Hazel María López Palacios

Profesora investigadora

Email: investigacion2@unica.edu.no

Móvil: +505 85606750

Documentos de Validación de Instrumentos

Valoración global del instrumento

validez de contenido

Instrumento:

Nombre del instrumento evaluado:

- Grupo focal

Nombre del experto que realiza la evaluación: Msc. Juana Patricia Baltodano R

Criterios de evaluación:

1. Claridad en los ítems

Excelente: (✓) Muy Buena: () Suficiente: () Insuficiente: ()

Observaciones: _____

2. Coherencia con los objetivos de la investigación

Excelente: (✓) Muy Buena: () Suficiente: () Insuficiente: ()

Observaciones: _____

3. Adecuación a la población objetivo

Excelente: (✓) Muy Buena: () Suficiente: () Insuficiente: ()

Observaciones: _____

4. Pertinencia del contenido

Excelente: (✓) Muy Buena: () Suficiente: () Insuficiente: ()

Observaciones: _____

5. Validez conceptual y clínica

Excelente: (✓) Muy Buena: () Suficiente: () Insuficiente: ()

Observaciones: _____

Valoración global del instrumento.

	Instrumento
Aprobado	
Pendiente	
Rechazado	
Venir a comité	


Firma

MSc. Juana Patricia Baltodano. Psicóloga

Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, CIES UNAN-Managua

Experta en Salud Pública

Email: jrbaltodano7@unica.edu.ni

Móvil: +505 87421693

Anexo 5.

Consentimiento informado a una persona

Consentimiento libre e informado para participantes

Nombre: Melida Auxiliadora López Maltes Fecha: 16 de octubre 2025

Estimada participante

Le invitamos cordialmente a participar en la investigación titulada "Impacto psicológico de la pérdida gestacional en mujeres de 20 a 40 años", desarrollada como parte de los requisitos académicos para optar al título de Licenciatura en Psicología en la Universidad Católica Redemptoris Mater (UNICA).

La finalidad de este estudio es comprender las experiencias emocionales y el impacto psicológico asociado a la pérdida gestacional, con el propósito de aportar evidencia que contribuya a fortalecer la atención psicológica en el ámbito perinatal.

Su participación es completamente voluntaria y confidencial. La información que usted proporcione será utilizada exclusivamente con fines académicos y permanecerá protegida bajo estrictas medidas de anonimato. No se registrará ninguna información que permita identificarle personalmente, y sus respuestas serán tratadas con respeto, ética y profesionalismo.

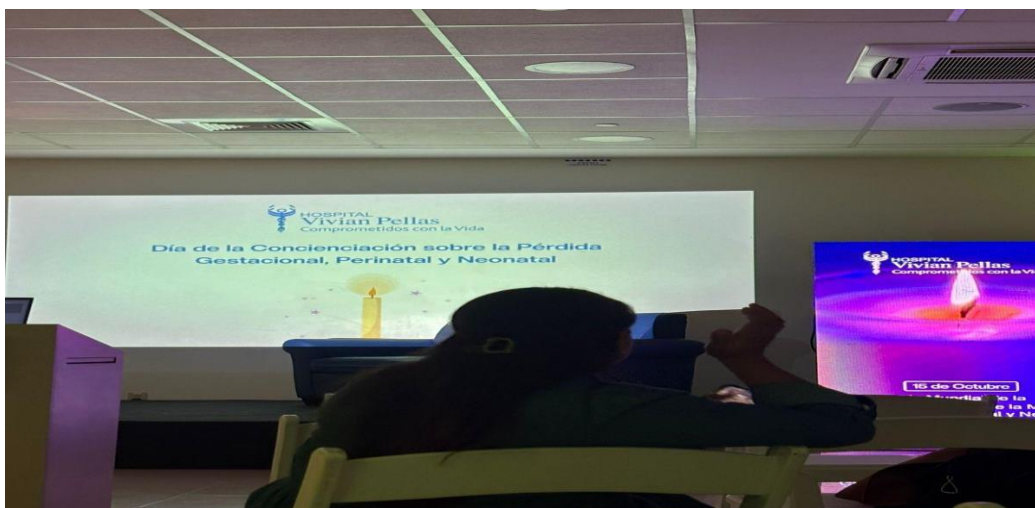
Usted tiene el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento, sin necesidad de justificar su decisión y sin que ello implique consecuencia alguna.

Declaración de Consentimiento

Por favor, marque la casilla correspondiente si ha leído y acepta participar en este estudio.

☒ He leído y comprendido la información anterior y acepto participar voluntariamente en este estudio.

Firma: Melida López

Anexo 6.*Simposio*

Nota: Registro fotográfico del simposio sobre la pérdida gestacional, realizado en el Hospital Vivian Pellas.



Nota: Registro fotográfico del simposio sobre la pérdida gestacional, realizado en el Hospital Vivian Pellas, en el cual se abordaron aspectos clínicos y psicológicos del duelo perinatal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS DE PUBLICACIÓN

Nosotras, Rosa Adilia Mena González con cédula de identidad 615-2004095-0001A y Marcia Auxiliadora López Ruiz con cédula de identidad 201-160204-1000J, egresadas del programa académico de 5to año, de Licenciatura en Psicología declaramos que:

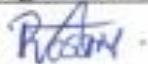
El contenido del presente documento es un reflejo de nuestro trabajo personal, y toda la información que se presenta está libre de derechos de autor, por lo que, ante cualquier notificación de plagio, copia o falta a la fuente original, nos hacemos responsables de cualquier litigio o reclamación relacionada con derechos de propiedad intelectual, exonerando de toda responsabilidad a la Universidad Cardenal Miguel Obando Bravo (UNICA).

Así mismo, autorizamos a UNICA por este medio, publicar la versión aprobada de nuestro trabajo de investigación, bajo el título "Impacto psicológico de la pérdida gestacional en mujeres en edades de 20 a 40 años durante el segundo semestre del 2025". En el campus virtual y en otros espacios de divulgación, bajo la licencia atribución no comercial sin derivados, irrevocable y universal para autorizar los depósitos y difundir los contenidos de forma libre e inmediata.

Todo esto lo hacemos desde nuestra libertad y deseo de contribuir a aumentar la producción científica. Para constancia de lo expuesto anteriormente, se firma la presente declaración en la ciudad de Managua, Nicaragua a los 20 días del mes noviembre de 2025.

Rosa Adilia Mena González

rmena7@unica.edu.ni

Firma: 

Marcia Auxiliadora López Ruiz

mlopez93@unica.edu.ni

Firma: 