TRABAJANDO PARA USTED

Salud mental perinatal

DUELO PERINATAL

COMPRENDER PARA TRANSFORMAR LA ATENCIÓN

Viviana Hernández · Departamento de Salud Mental, DIPRECE · Ministerio de Salud

Jornada Nacional de Duelo Perinatal · 22 de octubre de 2026

Gobierno de Chile

gob.cl

TRABAJANDO PARA USTED

PUNTO DE PARTIDA

UN DUELO FRECUENTE, CON EFECTOS MEDIBLES EN SALUD MENTAL, QUE EL SISTEMA AÚN NO RECONOCE DEL TODO

Detrás de cada cifra hay una madre o persona gestante, una pareja y una familia. **La forma en que se las atiende influye en cómo elaboran el duelo.**



Foto: Jon Tyson / Unsplash

MAGNITUD MUNDIAL

MILLONES DE PÉRDIDAS CADA AÑO

23 M

Fuente: Quenby et al., *Lancet* 2021

abortos espontáneos al año

15,3% de los embarazos reconocidos; unas 44 pérdidas por minuto

1,9 M

Fuente: UN IGME, 2025

mortinatos de 28 semanas o más en 2023

Uno cada 17 segundos; su descenso es más lento que el de la mortalidad infantil

2,3 M

Fuente: UN IGME, 2023

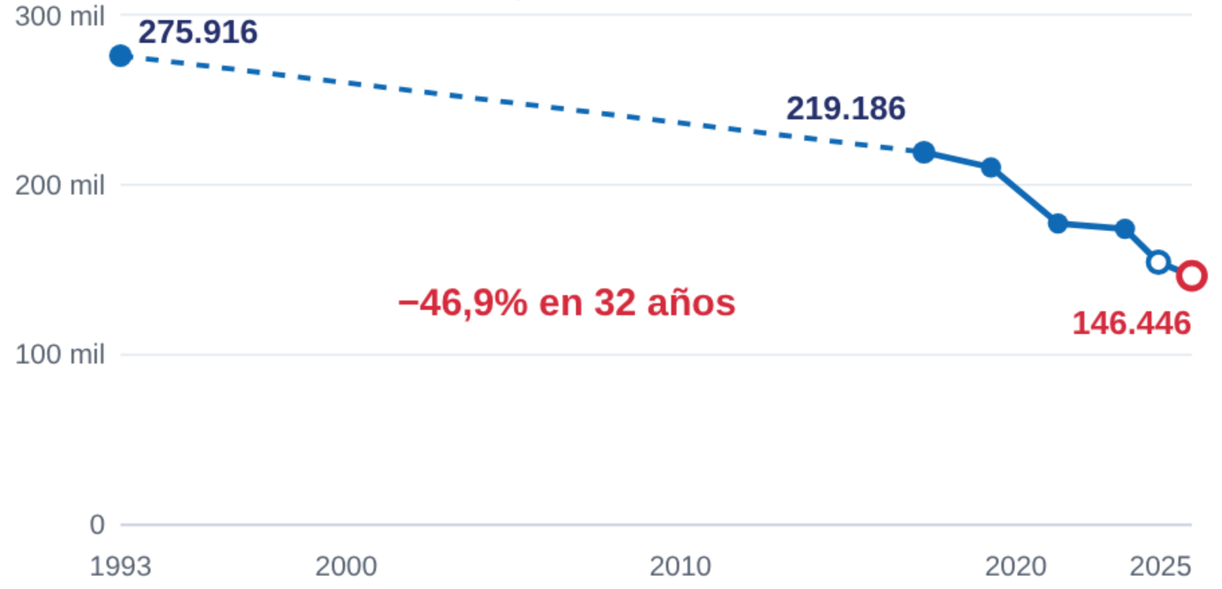
muertes neonatales en 2021

Muertes en los primeros 28 días de vida

MAGNITUD EN CHILE

LO QUE MEDIMOS Y LO QUE NO

Nacidos vivos en Chile, 1993–2025



Fuente: INE, Estadísticas Vitales (anuarios y cifras provisionales 2024–2025)

Punteado: años sin graficar · Círculo vacío: cifra provisional (2024, 2025)

3,4 → 4,7

Fuente: DEIS, en *Rev. Méd. Clín. Las Condes* 2023

mortalidad fetal sobre 21 semanas por 1.000 nacidos vivos, en 2019 y 2020

Lo que no medimos

- Pérdidas tempranas: sin registro poblacional
- Salud mental tras la pérdida: sin datos públicos
- Duelo en parejas y familias: sin información

COMPRENDER

QUÉ ENTENDEMOS POR PÉRDIDA PERINATAL

Tipo de pérdida	Definición habitual	Nota
Aborto espontáneo	Pérdida no provocada del embarazo antes de que el feto sea viable. En Chile: menos de 22 semanas o 500 g	15,3% de los embarazos reconocidos. Otros países usan 20 o 24 semanas
Mortinato	OMS: ≥28 semanas o ≥1.000 g	Países usan 20, 22 o 24 semanas
Muerte neonatal	Nacido vivo que muere en los primeros 28 días	Precoz: primeros 7 días
Interrupción por anomalía fetal	Por anomalía fetal grave	Suma la carga de la decisión

Para el duelo, el umbral administrativo es irrelevante: **la intensidad depende del significado de la pérdida, no de las semanas.**

Fuentes: Quenby et al., 2021; MINSAL, Guía Perinatal 2015; Tavares Da Silva et al., 2016; Herbert et al., 2022

COMPRENDER

CUATRO MARCOS PARA ENTENDER ESTE DUELO

Duelo desautorizado

Doka, 1989. Un duelo que el entorno no reconoce: "ya vendrá otro"

EVIDENCIA RECIENTE

Sentir que la pérdida no se reconoce aumenta el malestar; el público espera más duelo del que los padres perciben (n = 1.280; Buyukcan-Tetik et al., 2024)

Vínculos continuos

Klass y cols., 1996. El vínculo no se corta, se transforma

EVIDENCIA RECIENTE

La mayoría de 980 madres y padres mantiene el vínculo; tras aborto o interrupción se asocia a más duelo (Brintow et al., 2024)

Proceso dual

Stroebe y Schut, 1999. Se oscila entre la pérdida y la restauración

EVIDENCIA RECIENTE

Aplicado a la atención del mortinato en sala de parto (Black, 2020); madres y parejas no difieren en síntomas al mes (Delgado et al., 2023)

Reconstrucción de significado

Neimeyer, 2001. Elaborar la pérdida es rehacer sentido

EVIDENCIA RECIENTE

Encontrar sentido se asocia a mejor adaptación tras un mortinato (n = 170; Jones et al., 2023) y favorece el crecimiento postraumático (Álvarez-Calle et al., 2023)

No hay etapas fijas: el duelo es individual, oscilante y relacional

Foto: Priscilla Du Preez / Unsplash

MATRESCENCIA

LA TRANSICIÓN A LA MATERNIDAD EMPIEZA EN LA GESTACIÓN

Término acuñado por Dana Raphael (1973), por analogía con la adolescencia. Athan lo amplía a una transformación biológica, neurológica, psicológica, social y existencial.

Su propósito: **normalizar, no patologizar**, la experiencia de volverse madre.

La pérdida no interrumpe la matrescencia: la deja sin su destino esperado.

Una identidad materna en construcción, sin reconocimiento social

Fuentes: Raphael, 1973; Athan y Reel, 2015; Athan, 2024; Rossen et al., 2023

Foto: freestocks / Unsplash

EL CUERPO EN EL EMBARAZO

UN CUERPO ENTERO EN REORGANIZACIÓN

La gestación reorganiza de forma coordinada cinco sistemas fisiológicos, cada uno con su propia trayectoria temporal.

Nervioso	Volumen cerebral, materia gris y grosor cortical
Cardiovascular	Frecuencia cardíaca, gasto cardíaco y presión arterial
Inmune	Granulocitos, inflamación y linfocitos
Microbioma	Diversidad y composición de la microbiota intestinal
Endocrino	Oxitocina, estrógeno y progesterona en torno al parto

El cerebro materno se reorganiza dentro de un cuerpo que cambia por completo. **La pérdida perinatal ocurre en medio de esa transformación.**

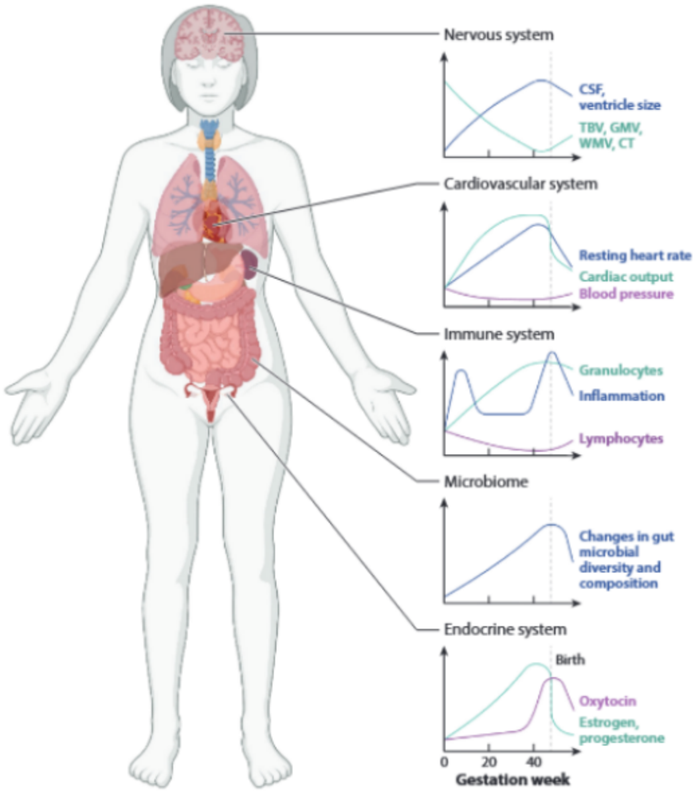


Figura reproducida de Grotzinger et al. (2026), *Annual Review of Neuroscience*, 49(1), 289–308

EL CEREBRO EN EL EMBARAZO

EL EMBARAZO REORGANIZA EL CEREBRO DE FORMA AMPLIA Y DURADERA

2017

Hoekzema · Nat Neurosci

Menos sustancia gris en redes de cognición social; predice el apego y dura 2 años o más

2024

Paternina-Die · Nat Neurosci

110 primíparas: menor volumen cortical al final del embarazo, que se recupera en parte; el tipo de parto modula la recuperación

2024

Pritschet · Nat Neurosci

26 resonancias en una mujer: cambios casi semanales en todo el cerebro, ligados a estradiol y progesterona

LO MÁS RECIENTE

2026

Straathof · Nat Commun

El segundo embarazo vuelve a cambiar el cerebro, de forma distinta al primero

La reducción de sustancia gris se interpreta como especialización, no como daño

EL CEREBRO EN EL EMBARAZO

EL PRIMER EMBARAZO NO ES IGUAL AL SEGUNDO

Primer embarazo

- Mayor cambio en la red neuronal por defecto (identidad, cognición social)
- Cambios más ligados al vínculo madre-hijo
- Induce la conducta materna

Segundo embarazo

- La red por defecto vuelve a cambiar, con menos intensidad
- Predominan redes de atención y procesamiento somatosensorial
- Afina lo ya desarrollado

En ambos, los cambios corticales se asociaron a síntomas de depresión periparto: **la primera evidencia de este vínculo.**

Fuente: Straathof et al., Nature Communications 2026 (n = 110: 30 segundo embarazo, 40 primero, 40 nulíparas)

CONSECUENCIAS EN SALUD MENTAL

LA PÉRDIDA DUPLICA EL RIESGO DE DEPRESIÓN

2,14×

riesgo de depresión

IC95% 1,73–2,66 · 29 estudios con control, 17 países

1,75×

riesgo de ansiedad

IC95% 1,27–2,42 · mayor en pérdidas tardías

29%

estrés postraumático al mes

Tras pérdida temprana; 18% persiste a los 9 meses

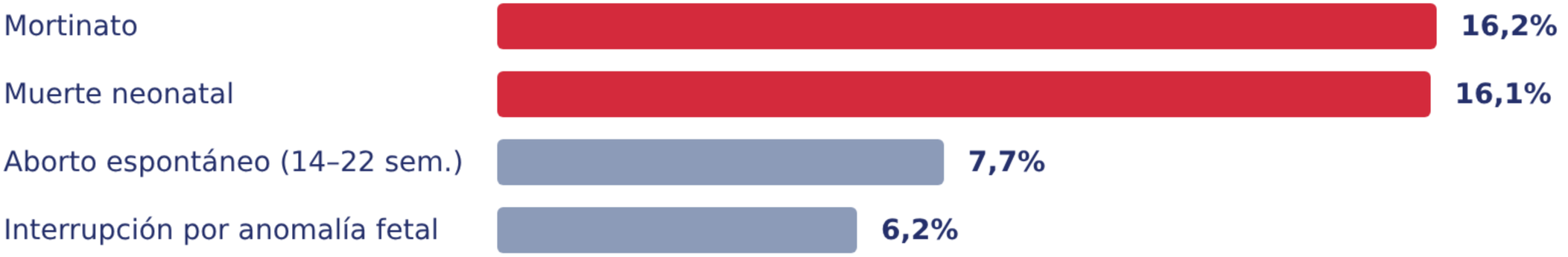
Fuentes: Herbert et al., J Affect Disord 2022; Farren et al., AJOG 2020 (n = 737)

TRAYECTORIAS DEL DUELO

1 DE CADA 10 MANTIENE UN DUELO INTENSO TODO EL PRIMER AÑO

Resiliente 73,1% **Recuperación 16,9%** **Crónica 10,0%**

Proporción con trayectoria crónica, según tipo de pérdida



Fuente: Mørk et al., J Psychiatr Res 2023 · cohorte danesa Life After the Loss, n = 676 madres y padres, PG-13 a 1, 7 y 13 meses



Foto: Nani Chavez / Unsplash

MÁS ALLÁ DE LA MADRE

EL DUELO ALCANZA A LA PAREJA Y AL EMBARAZO SIGUIENTE

Padres y parejas

- Síntomas depresivos y postraumáticos elevados, menos visibles
- Más evitación y foco en el trabajo
- Asumen el rol de sostén y quedan sin reconocimiento

Embarazo siguiente

- Más ansiedad, depresión y estrés en mujeres y parejas
- Un nuevo embarazo no cierra el duelo
- Identidad materna dividida entre el hijo fallecido y el que viene

Fuentes: Lamon et al., Eur Psychiatry 2022; Farren et al., 2021; Hunter et al., J Affect Disord 2017

TRANSFORMAR LA ATENCIÓN

VARIOS FACTORES DE RIESGO DEPENDEN DE NOSOTROS

Aumentan el riesgo

- Pérdida tardía o recurrente
- No tener hijos vivos
- Bajo apoyo social; no estar en pareja
- Autoculpa y cogniciones negativas
- **Espera larga entre diagnóstico y parto**
- **No estar con el bebé el tiempo deseado**

Protegen

- **Apoyo profesional percibido**
- Apoyo social
- **Recuerdos tangibles del bebé**
- **Espacios para hablar del bebé**

Destacado: factores que dependen de la atención · Fuentes: Westby et al., 2021; Mørk et al., 2023



Foto: Maria Luísa Queiroz / Unsplash

TRANSFORMAR LA ATENCIÓN

CINCO MOMENTOS DE LA ATENCIÓN

1. **Comunicar el diagnóstico**
   Lenguaje claro, espacio privado, con la pareja presente; sin apurar decisiones
2. **Parto o procedimiento**
   Explicar opciones, controlar el dolor, evitar esperas innecesarias
3. **Después del nacimiento**
   Ofrecer, sin imponer, ver y sostener al bebé; fotos y huellas; lejos de otros recién nacidos
4. **Alta**
   Información escrita: lactancia, estudio de la causa, trámites, derechos
5. **Seguimiento**
   Tamizaje de depresión, ansiedad y estrés postraumático; derivación si persiste

Fuentes: Kingdon, 2015; Hennegan, 2015; Shaohua y Shorey, 2021; NBCP

RECOMENDACIONES

SEIS CAMBIOS PARA LOS EQUIPOS

Reconocer

Toda pérdida, sin importar las semanas; usar el nombre del bebé

Ofrecer

Contacto con el bebé y recuerdos, con tiempo, sin imponer

Tamizar

Salud mental en el control y durante el primer año

Incluir

A la pareja como doliente, con seguimiento propio

Acompañar

El embarazo siguiente como de mayor riesgo emocional

Cuidar

A los equipos: formación y apoyo en duelo perinatal

PARA LA INVESTIGACIÓN

LO QUE TODAVÍA NO SABEMOS

- Ensayos rigurosos de intervenciones de apoyo al duelo
- Estudios en Latinoamérica y países de ingresos medios
- Duelo prolongado con criterios CIE-11 y DSM-5-TR
- Registro y vigilancia de pérdidas tempranas en Chile
- Soledad y apoyo social como determinantes



Fuentes: Koopmans et al., Cochrane 2013; Herbert et al., 2022; Mørk et al., 2023

Foto: Vitaly Gariev / Unsplash

TRABAJANDO PARA USTED

Duelo perinatal

GRACIAS

COMPRENDER EL DUELO PERINATAL ES EL PRIMER PASO PARA TRANSFORMAR LA ATENCIÓN

Viviana Hernández
viviana.hernandez@minsal.cl

Gobierno de Chile
gob.cl

TRABAJANDO PARA USTED

REFERENCIAS CLAVE

Álvarez-Calle M et al. (2023). Midwifery, 121, 103651.

Black BP (2020). J Midwifery Womens Health, 65(3), 316–322.

Brintow MB et al. (2024). Death Stud, 48(9), 975–987.

Buyukcan-Tetik A et al. (2024). Eur J Psychotraumatol, 15(1), 2398354.

Delgado L et al. (2023). Int J Environ Res Public Health, 20(2), 1304.

Farren J et al. (2020). Am J Obstet Gynecol, 222(4), 367.e1–e22.

Grotzinger H et al. (2026). Annu Rev Neurosci, 49(1), 289–308.

Herbert D et al. (2022). J Affect Disord, 297, 118–129.

Hoekzema E et al. (2017). Nat Neurosci, 20, 287–296.

Hunter A et al. (2017). J Affect Disord, 223, 153–164.

Jones EE et al. (2023). J Reprod Infant Psychol, 41(1), 93–109.

Koopmans L et al. (2013). Cochrane Database Syst Rev, CD000452.

Lamon L et al. (2022). Eur Psychiatry, 65(1), e72.

MINSAL (2015). Guía Perinatal.

Mørk S et al. (2023). J Psychiatr Res, 168, 293–299.

Orchard ER et al. (2023). Trends Cogn Sci, 27(3), 302–316.

Paternina-Die M et al. (2024). Nat Neurosci, 27(2), 319–327.

Pritschet L et al. (2024). Nat Neurosci, 27(11), 2253–2260.

Quenby S et al. (2021). Lancet, 397(10285), 1658–1667.

Rossen L et al. (2023). Omega, 92(3), 1559–1581.

Shaohua L, Shorey S (2021). Int J Nurs Stud, 117, 103871.

Straathof M et al. (2026). Nat Commun, 17, 1495.

UN IGME (2025). Standing up for stillbirth.

Westby CL et al. (2021). BMC Pregnancy Childbirth, 21, 782.

Fotografías (licencia Unsplash): Dawid Zawiła, Jon Tyson, Priscilla Du Preez, freestocks, Milad Fakurian, Agustina Ares, Maria Luísa Queiroz, Joshua Hoehne, Nani Chavez, Vitaly Gariev, Herbert Goetsch.