

Trabajo de pregrado



Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Duelo Perinatal: Revisión teórica

Autores

Catherine Andrea Barreto González

Julieth Andrea Sánchez Bejarano

Centro regional Soacha

Facultad de Psicología

Soacha, 2019

Trabajo de grado para optar al título
Psicóloga



Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Duelo Perinatal: Revisión teórica

Asesor

Douglas Mauricio Bastidas Suárez

Centro regional Soacha

Facultad de Psicología

Soacha, 2019

Dedicatoria

A mis hijos, Alejandro y Samuel, por entender que durante todo este proceso fue necesario realizar sacrificios que demandaban tiempo, tiempo del cual ellos eran dueños.

A Juliana, porque su corto paso por el mundo fue el que me inspiró.

Como en todos mis logros, ustedes han estado presentes.

A mis padres Yolanda González y Alexander Barreto, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto de la vida como académica, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

Agradecimientos

Este trabajo es el resultado de un año de investigación y está dedicado a las personas que durante todo este tiempo han compartido con nosotras sus experiencias, luchando por reaprender a seguir adelante con sus vidas, tras la pérdida de un ser querido; han sido nuestras más preciadas maestras en la escuela de la vida.

También a Mauricio Bastidas, nuestro tutor y asesor de tesis que, con su experiencia, paciencia, cariño y disponibilidad, nos ha apoyado, alentado y asesorado a lo largo del proceso de elaboración del trabajo. Sin su apoyo esta tesis no habría llegado a ver la luz.

Así como a nuestra familia y amigos, los pilares que nos sostienen y por los que merece la pena levantarse cada día con energía. Por haber soportado nuestras charlas incansables, con la mejor de sus sonrisas, animándonos siempre a seguir adelante y a no rendirnos incluso en los momentos más difíciles.

No acabaríamos de mencionar jamás a todas aquellas personas que han estado en nuestro camino, acompañando en momentos difíciles, lágrimas y sonrisas a todos ellos.

¡Gracias Totales!, diría Gustavo Cerati.

Resumen

Se presenta una sucinta revisión teórica de 101 artículos del concepto de duelo y todo el proceso para su adecuada elaboración, Se tienen en cuenta las etapas y los diferentes tipos de duelo y se hace especial énfasis en el duelo perinatal debido a que en la revisión de la literatura se encontró que es un duelo poco trabajado en Colombia. **Objetivos:** Se reconoce como objetivo general conocer en profundidad el fenómeno del duelo, enfocándose en el duelo perinatal identificando los tipos de intervención existentes en la actualidad, encontrándose como O. E, recopilar las informaciones más relevantes sobre el duelo y duelo perinatal, comparar los diferentes tipos de intervención, diferenciar tipos de duelo, evaluar la actualidad colombiana frente a los procesos de intervención relacionados con duelo y duelo perinatal. **Metodología:** la metodología utilizada para la investigación es de diseño cualitativo de tipo descriptivo teniendo como método la revisión documental, como muestra se cuenta con 101 artículos científicos obtenidos de bases electrónicas; para la recopilación y organización de los artículos científicos se tomó como herramienta una rejilla compuesta por las categorías: título, año de publicación, revista, autores, país, tipo de estudio, muestra, diseño, objetivos, conclusión y resultados. dado que pretende explicar la definición de duelo y duelo perinatal, las causas, características, fases y técnicas de intervención utilizadas. **Resultados:** de los 101 artículos incluidos, se logra identificar que los países predominantes en investigación en duelo perinatal son España y Estados Unidos de América teniendo el porcentaje más alto, al igual que la identificación de los artículos que aportan mayor información del estado actual de Colombia frente a la actuación que tiene frente al duelo perinatal. **Conclusiones:** se ha identificado que la tasa de mortalidad perinatal presenta un alto índice de crecimiento, no se identifica una posible intervención con las mujeres que están viviendo un duelo perinatal, que permita generar un adecuado desarrollo de las estrategias de

afrentamiento de cada persona de esta misma manera se evidencia que el duelo perinatal se ha convertido en un problema de salud pública debido a que es una de las causas más frecuentes de muerte en la infancia, sobre todo en países en desarrollo como Colombia.

Palabras Clave: *Mujeres, Duelo, perinatal, tratamiento, intervención, Colombia.*

Abstract

A brief theoretical review of 101 articles of the concept of mourning and the whole process for its adequate elaboration is presented. The stages and the different types of mourning are taken into account and special emphasis is placed on perinatal grief due to the fact that in the review of Literature was found to be a little worked duel in Colombia.

Objectives: It is recognized as OG, to know in depth the phenomenon of mourning, focusing on perinatal grief by identifying the types of intervention existing today, meeting as O. E, collecting the most relevant information about grief and mourning perinatal, to compare the different types of intervention, to differentiate types of grief, to evaluate the Colombian news before the intervention processes related to grief and perinatal grief. **Methodology:** the methodology used for the research is of qualitative design of a descriptive type having as a method the documentary review, as a sample it has 101 scientific articles obtained from electronic databases; For the collection and organization of the scientific articles, a grid composed of the following categories was used: title, year of publication, journal, authors, country, type of study, sample, design, objectives, conclusion and results. given that it aims to explain the definition of mourning and perinatal grief, the causes, characteristics, phases and intervention techniques used. **Results:** of the 101 articles included, it is possible to identify that the predominant countries in perinatal bereavement research are Spain and the United States of America having the highest percentage, as well as the identification of the articles that contribute most information on the current state of Colombia in relation to its performance in the face of perinatal grief. **Conclusions:** it has been identified that the perinatal mortality rate has a high rate of growth; no possible intervention is identified with women who are experiencing a perinatal duel, which allows for the adequate development of the strategies coping with each person in the same way shows that perinatal grief has become

a public health problem because it is one of the most frequent causes of death in childhood, especially in developing countries like Colombia. **Keywords:** *Women, Grief, perinatal, treatment, intervention, Colombia.*

Tabla de Contenido

1. Introducción
2. Planteamiento del Problema
 - 2.1.Descripción del problema
 - 2.2.Delimitación del problema
 - 2.3.Pregunta Problema
3. Objetivos
 - 3.1.Objetivo General
 - 3.2.Objetivos Específicos
4. Justificación
5. Marco Teórico
 - 5.1.Duelo
 - 5.2.Síntomas
 - 5.2.1. Síntomas Emocionales
 - 5.2.2. Síntomas Conductuales
 - 5.2.3. Síntomas Orgánicos
 - 5.3.Clases de Duelo
 - 5.3.1. Duelo patológico
 - 5.3.2. Duelo anticipado
 - 5.3.3. Duelo inhibido o negado
 - 5.3.4. Duelo crónico
 - 5.3.5. Duelo Perinatal
 - 5.3.5.1.Concepto muerte perinatal
 - 5.3.5.2.Tipos de muerte fetal

5.3.5.3. Factores de riesgo de la mortalidad

5.3.5.4. Sintomatología.

5.3.5.5. Afrontamiento ante una pérdida perinatal.

5.4. Fases para la elaboración del Duelo

5.5. Comorbilidad

5.5.1. Diferencias entre duelo normal, trastorno depresivo y TEPT

5.6. Formas de Medición del Duelo

5.6.1. Cuestionario específico duelo perinatal

5.7. Formas de Intervención

5.8. Cómo se trabaja en Colombia

5.9. Importancia de Validar un Instrumento

6. Marco metodológico

6.1. Diseño metodológico

6.2. Tipo de investigación

6.3. Hipótesis de investigación

6.4. Instrumentos

7. Resultados

8. Conclusiones

9. Referencias

10. Anexos

Índice de tablas

Tabla 1. Factores de riesgo en el proceso de duelo

Tabla 2. Factores protectores en el proceso de duelo

Tabla 3. Definición de cada tipo de caso

Tabla 4. Factores de riesgo asociados a la muerte fetal

Tabla 5. Diferencias entre duelo normal y trastorno depresivo

Tabla 6. Cuestionarios para la evaluación del duelo

Tabla 7. Etapas o fases en el proceso de duelo

Tabla 8. Artículos recolectados por país de origen

Tabla 9. Años en los que se encuentran los artículos

Índice de figuras

Figura 1. Metodología

Figura 2. Fases

Introducción

La elaboración de un proceso de duelo tiene múltiples y variados fases o etapas (Pérez Becerra, 2019) y siendo este un fenómeno inherente al ser humano, tiene varios aspectos que merecen ser revisados a profundidad. Para llevar a cabo esta revisión, uno de los primeros pasos que se tuvo en cuenta fue la selección de la literatura acerca del duelo y sus abordajes; así, Guirao, Olmedo Salas y Ferrer (2008), afirman que la recolección previa de información y su análisis permite identificar lo que se conoce sobre el tema, sus avances y descubrir qué áreas no se encuentran investigadas a profundidad.

Dentro de la información recolectada se logra identificar que el **duelo perinatal** es un tema muy poco trabajado en nuestro país a pesar las estadísticas; En Colombia, según el Instituto Nacional de Salud, en 2017 se presentó una tasa de mortalidad perinatal del 12.7% por cada 1000 nacidos vivos; esto corresponde a 8.521 casos de 663.908 nacidos vivos. En 2017 la mortalidad perinatal demuestra un comportamiento hacia el incremento con una tasa de 14.8% por cada 1000 nacidos vivos y a la semana 32 de 2018 la cifra es de 33.0% muertes por cada 1000 nacidos vivos. De estas cifras, sólo el 4.5% de las madres recibieron un adecuado tratamiento psicológico.

En estudios empíricos se ha demostrado que el 51% de las mujeres que han sufrido alguna pérdida del embarazo presentan depresión u otros síntomas asociados: tristeza, irritabilidad, culpabilidad, síntomas somáticos, ansiedad ante la muerte, culpa, y preocupación en los siguientes embarazos; Herz (1993) estima que alrededor de un 30% de mujeres que pasan por un suceso así, pueden presentar alteraciones psiquiátricas durante el primer año después de la pérdida debido a que, tal y como lo menciona Clark (2006), la mujer experimenta la muerte de otro dentro de ella misma.

Por otra parte, en un país como Colombia, donde culturalmente ser madre hace parte de la realización personal y social de una mujer, afirma su identidad y donde la maternidad es el principal organizador de su vida, la muerte perinatal puede vulnerar su condición emocional hasta un nivel patológico (Marcus, 2006). Asimismo, este autor asegura que este tipo de pérdida representa una situación única en la que la mujer sufre una modificación de sus planes y los reemplaza por el dolor propio de un proceso de duelo y por ende puede desencadenar situaciones de difícil afrontamiento para los padres a nivel psicológico.

A través de esta revisión descriptiva se pretende profundizar en el duelo, sus características en condiciones normales y patológicas, se hace especial énfasis en el duelo perinatal y se desarrollan los diferentes tipos de intervención que se emplean en Colombia.

Planteamiento del Problema

Descripción del Problema

Según un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud en 2017 la Muerte Perinatal representa para los países en desarrollo una causa importante de muerte en la infancia; Ticona y Huanco (2005) informan que la mortalidad ligada al embarazo y parto constituye más de la mitad de la mortalidad infantil y se estima que cada año en el mundo nacen muertos alrededor de 4,3 millones de niños y 3,3 millones mueren en la primera semana de vida; de estos 7,6 millones son muertes perinatales; no obstante, se encuentra poca información que permita identificar cómo se abordan este tipo de duelo en Colombia.

Delimitación del Problema

Teniendo en cuenta las consecuencias que tiene el duelo perinatal en la salud mental de la mujer se requiere realizar una revisión documental que condense las características e

implicaciones a nivel emocional, social y psicológico de este tipo de duelo y cómo su adecuada elaboración influye en la disminución de la tasa de mortalidad psicológica.

Pregunta Problema

¿Cuáles son los factores que se encuentran inmersos tanto psicológicos como físicos en un proceso de duelo perinatal y cómo se abordan este tipo de duelo en Colombia?

Objetivos

Objetivo General

Conocer en profundidad el fenómeno del duelo, enfocándose en el duelo perinatal identificando los tipos de intervención existentes en la actualidad.

Objetivos Específicos

Recopilar las informaciones más relevantes sobre el duelo y duelo perinatal.

Comparar los diferentes tipos de intervención.

Diferenciar tipos de duelo.

Evaluar la actualidad colombiana frente a los procesos de intervención relacionados con duelo.

Justificación

Dentro de cualquier fenómeno es necesario identificar cada una de las características que lo componen. En el duelo perinatal, una de las características más relevantes son las condiciones de vida de la madre y la facilidad de acceder a un sistema de salud de calidad que garantice el bienestar de ella y del bebé en gestación. Por otra parte, también se logra identificar un factor de mayor incidencia que está relacionado con el acceso a los recursos monetarios con que cuenta la madre, ya que estos son los encargados de garantizar la oportunidad y eficiencia de disfrutar los servicios de salud.

Stroebe M, Schut H. (1999) hacen una descripción del proceso, así:

“La muerte fetal, ya sea intraútero o en el parto desencadena varias pérdidas que funcionan como estresores. La principal es el bebé ansiado, pero hay otras pérdidas colaterales importantes: el momento de convertirse en padre o madre, el rol de padre o madre si es el primer hijo, la composición familiar como se imaginaba, el reconocimiento de ese hijo en la mente de los demás pese al tiempo transcurrido, la confianza en la seguridad de otros hijos, la inocencia respecto al embarazo y parto, los amigos o familiares que no estuvieron a la altura y negaron la relevancia de la pérdida, el derecho a mencionar ese hijo en ciertos lugares, el contacto y la posibilidad de crear recuerdos”. (p 375-404)

Existen varios componentes a tener en cuenta dentro de este fenómeno. Por una parte, se encuentra el contexto en el que se da la muerte del bebé y por otra, las causas, las expectativas de la pareja, experiencias previas y las variables culturales.

Este tipo de pérdida representa una situación única en la que la mujer sufre una modificación de sus planes y los reemplaza por el dolor propio de un proceso de duelo. La muerte perinatal es un tema que relaciona varios factores y puede desencadenar situaciones

de difícil afrontamiento para los padres a nivel psicológico. Este tipo de duelo no recibe suficiente atención y puede llegar a generar complicaciones a nivel psiquiátrico (López García de Madinabeitia, 2011).

Por todo lo anterior, es necesario realizar una revisión a profundidad sobre este fenómeno, que permita identificar de manera adecuada y oportuna qué tipo de atención psicológica es pertinente para prevenir en las madres psicopatologías a futuro.

Marco Teórico

Duelo.

La palabra “duelo” tiene sus raíces en el término latino “dolos” que significa dolor y de “duellum” que significa reto o desafío de acuerdo con Kristjanson, Cousins, Smith, y Lewin (2005); por su parte, Dávalos et. al (2008), refieren que es una reacción emocional y del comportamiento que se manifiesta en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe y aunque es una respuesta adaptativa normal que se produce después de una pérdida, es un acontecimiento vital estresante de primera magnitud por ende es necesario realizar seguimiento; del mismo modo, Barreto, Yi, y Soler (2008) lo definen como un proceso psicológico que es producido por el fallecimiento de una persona querida y afirman que:

“Es una experiencia humana universal, única y dolorosa. La experiencia emocional de enfrentarse a la pérdida la llamamos elaboración del duelo y conduce a la necesidad de adaptación a una nueva situación” (P. 2-3).

Por otro lado de acuerdo con Aragón y Cruz (2014), nombre el duelo tiene componentes psicológicos, sociales y físicos cuya intensidad y duración son proporcionales al significado de la pérdida y aunque suele creerse que duelo solo hace referencia a la pérdida de un ser querido, en realidad abarca todo tipo de situaciones vitales en los que existe un grado de aflicción y duelo; Por otra parte, en un duelo por fallecimiento lo más característico es su irreversibilidad y su radicalidad (Vargas Solano, 2003).

Por esta razón, el proceso de duelo por pérdida de un ser querido, puede desencadenar reacciones intensas e impredecibles (Girault, y Fossati, 2008); Gil, Bellver, y Ballester (2008), afirman que cada una de estas pérdidas inevitables va acompañada de su propio dolor y nos afecta de una manera particular, sin embargo, cabe aclarar que la intensidad de la reacción depende netamente del valor atribuido al objeto perdido; por su parte Vedia (2016)

afirma que si la muerte ha sido súbita, traumática, por homicidio, suicidio, accidente de tráfico o laboral o por muerte perinatal, el malestar psicológico es superior al de una muerte esperada.

Por su parte, García, Reverte, García, Méndez y Prigerson (2009) afirman que la pérdida de un ser querido es uno de los acontecimientos que mayor impacto en la vida de las personas que puede prolongarse de tal manera que da lugar un duelo patológico y puede añadir dolor adicional a la pérdida; por su parte, Gil Juliá, Bellver y Ballester (2008) aclaran que los síntomas de tristeza del duelo podrían parecerse a los del Trastorno Depresivo Mayor, sin embargo no quiere decir que la persona padezca un trastorno mental, debido a que los síntomas varían en duración e intensidad.

Asimismo, Echeburúa y Herrán (2007) enfatizan en que el dolor por la muerte de un ser querido es una experiencia a la que ninguna persona puede escapar, sin embargo hacen claridad en que no todas las personas experimentan las mismas necesidades psicológicas ni poseen los mismos recursos para afrontarlas; estos autores mencionan algunas emociones negativas que suelen aparecer en procesos de duelo y afirman que entre el 10 y 20% de las personas afectadas llegan a requerir ayuda profesional debido a la intensidad y duración de estas emociones.

Además el DSM V reconoce el duelo como un estresor psicosocial grave, definido por Molina, Gutiérrez, Hernández y Contreras (2008) como el estrés que surge como consecuencia de un cambio afectivo y que puede desencadenar diferentes patologías dependiendo de la experiencia de la persona y su contexto, lo que puede llevar a la persona a presentar un episodio depresivo mayor; Sin embargo, para entender la diferencia entre duelo normal y patológico, el DSM excluye al duelo no complicado de duración e intensidad moderadas.

Por su parte, el CIE 10 (1992), que es la revisión de la clasificación internacional de las enfermedades realizada por la OMS, emplea códigos diferentes para un duelo normal ya sea desaparición o fallecimiento de un miembro de la familia y para clasificar manifestaciones anormales de duelo.

Del mismo modo, Díaz, Salazar y Burbano (2018) sugieren que un proceso de duelo normal oscila sobre los dos o tres años aproximadamente, sin embargo, mencionan algunos aspectos importantes que pueden influir de manera negativa o positiva su elaboración, incrementando o decrementando su duración e intensidad.

De acuerdo con Barreto, de la Torre, Pérez (2012) se logran identificar una serie de indicadores o más conocidos como factores de riesgo (Pita, Vila y Carpenente, 1997) y de protección (Aguiar y Acle, 2012), que se refieren a las características individuales del doliente, a las características asociadas con el fallecido, a la modalidad de la enfermedad o el fallecimiento, los cuales se ven expuestos en la tabla 1 y tabla 2;

Tabla 1.

Factores de riesgo en el proceso de duelo

Características personales	Características relacionadas con el fallecido	Características de la enfermedad o la muerte	Aspectos relacionales	Otros aspectos
<ul style="list-style-type: none"> •Juventud o vejez del doliente • Estrategias de afrontamiento pasivas ante situaciones estresantes, traumáticas o con connotaciones depresivas • Enfermedad física o psíquica anterior 	<ul style="list-style-type: none"> •Juventud del fallecido • Apego o relación ambivalente o dependiente con el fallecido • Ser padre-madre, esposa o hijo • Bajo nivel de desarrollo familiar 	<ul style="list-style-type: none"> •Muerte repentina o imprevista • Duración larga de enfermedad • Muerte incierta o no visualización de la pérdida (no ver el cuerpo del fallecido). 	<ul style="list-style-type: none"> •Falta de apoyo familiar y social • Bajo nivel de comunicación con familiares y amigos • Imposibilidad o incapacidad para expresar la pena • Pérdida inaceptable socialmente 	<ul style="list-style-type: none"> •Duelos previos no resueltos • Pérdidas múltiples • Crisis concurrentes • Obligaciones múltiples

Nota. Fuente: Barreto, P., de la Torre, O., y Pérez-Marín, M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, 9(2-3), 355-368.

Tabla 2.

Factores protectores en el proceso de duelo

Características personales	Características relacionadas con el fallecido	Características de la enfermedad o la muerte	Aspectos relacionales	Otros aspectos
<ul style="list-style-type: none"> • Madurez del doliente • Salud física y mental • Auto-cuidado • Resiliencia • Espiritualidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Vejez del fallecido • Apego seguro con el fallecido • No ser padre-madre, esposa o hijo • Alto nivel de desarrollo familiar • Participación en el cuidado del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte prevista o anticipada • Duración corta de enfermedad • Enfermedad con control sintomático • Conocimiento del pronóstico de la enfermedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Alto apoyo familiar y social • Alto nivel de comunicación con familiares y amigos • Posibilidad o capacidad para expresar la pena • Pérdida aceptable socialmente 	<ul style="list-style-type: none"> • Duelos previos resueltos • No antecedentes psicopatológicos

Nota. Fuente: Barreto, P., de la Torre, O., y Pérez-Marín, M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, 9(2-3), 355-368.

Por consiguiente, Bayés (2001) menciona tres componentes del duelo: a) Reacción universal frente a la pérdida, que se define como una experiencia emocional humana, única y dolorosa. b) sufrimiento o comportamientos de tipo depresivo, que se caracterizan por un sentimiento de tristeza normal, leve, transitoria, asociada a pensamientos negativos en relación con problemas identificables tal y como indican Ramos y Cordero (2005) y c) la afectación negativa de la persona que los experimenta como un sufrimiento mixto que implica la actuación de un dolor físico y un dolor emocional (Imaz, J. A. G., y Reyes, C. M. R. 2017).

Síntomas

Erich Lindemann en 1944, fue el primero en describir la sintomatología física y mental del duelo agudo; Este autor realizó una distinción entre las etapas de un duelo normal y las respuestas desadaptativas en los duelos patológicos. Por su parte, Falagán (2014) citando a Martín (2009) afirma que un duelo en condiciones normales presenta una serie de síntomas que pueden variar de una persona a otra.

Síntomas Cognitivos.

Incredulidad. Hace parte de los primeros síntomas inmediatamente después del fallecimiento. La persona actúa como si no hubiera existido la pérdida (Díaz Curiel, 2011).

Confusión. La dificultad para concentrarse y la dificultad para recordar algunas cosas es habitual en personas que acaban de experimentar una pérdida (Tercero y Navarra, 2010).

Preocupación. Las personas que se encuentran elaborando un proceso de duelo, suelen presentar preocupación excesiva por la circunstancia de la pérdida y presentan pensamiento persistentes y recurrentes (Flórez, 2002).

Sentido de Presencia. Es normal que la persona que atraviesa una pérdida sienta que el ser querido se encuentra cerca. este tipo de experimentación suele producir consuelo en algunas personas (Gil Juliá, Bellver y Ballester Arnal, 2008).

Alucinaciones visuales o auditivas. Este tipo de fenómenos suelen ser esperanzadores para algunas personas, pero desconcertantes para otras y se presentan de manera frecuentes semanas siguientes a la pérdida (Rodríguez, García y Toledo, 2008).

Síntomas Emocionales (Worden, Aparicio, y Barberán. 1997).

Tristeza. Es uno de los síntomas más prevalentes en un proceso de duelo (Echeburúa y Herrán, 2007) que suele manifestarse a través del llanto, sin embargo, en otras personas se manifiesta a través del exceso de actividad. Es importante aclarar que si la tristeza no se expresa puede derivar en la complicación del duelo.

Enfado. Obedece a la frustración generada por la pérdida. Es un sentimiento desconcertante para quien lo sufre y es necesario darle un adecuado direccionamiento para evitar dirigirlo a otras personas o hacia uno mismo. En un duelo normal, este sentimiento irá cediendo de manera proporcional a la asimilación de la pérdida.

Culpa y Remordimiento. Neimeyer y Ramírez (2007) atribuyen la aparición de la culpa cuando se cree que hay parte de responsabilidad en la pérdida. Este sentimiento debe desaparecer a medida que se “comprueba la realidad” del suceso.

Ansiedad. Gala León, Lupiani Jiménez, Raja Hernández, Guillén Gestoso, González Infante, Villaverde Gutiérrez y Alba Sánchez (2002) mencionan algunas características de la ansiedad en un proceso de duelo dentro de las que se encuentran cambios físicos que se presentan ante la muerte, noción imparabla del tiempo, el dolor, estrés real y/o anticipado. Burdeus, De Miguel Sánchez, Álvarez, Molpeceres, Aguirre, Fernández y Oliva (2016) afirman que estos síntomas pueden ser indicativo de una evolución patológica del duelo.

Soledad. Alvarado García (2019) hace dos distinciones respecto a la soledad. Habla sobre una soledad social y otra emocional. La primera puede trabajarse con apoyo social, sin embargo, para la emocional es necesario volver a adaptarse a la pérdida del ser querido.

Desamparo. Es un síntoma que somete a la persona a niveles muy altos de estrés Martos-López, del Mar Sánchez-Guisado y Guedes-Arbelo (2016) y suele aparecer en las primeras fases del duelo, especialmente en mujeres que han perdido su pareja.

Anhelo y búsqueda del referente perdido. Gala León et al. (2002) afirman que aquí pueden aparecer sentimientos de injusticia, depresión acompañados de culpa e insomnio, que de cronificarse, puede aparecer un duelo patológico.

Embotamiento. Se caracteriza por la incapacidad de aceptar la realidad (Espina, Gago, y Pérez, 2005).

Síntomas Conductuales.

Rojas Posada (2005) los define como cambios en la forma de comportarse que no se encuentran dentro de su repertorio habitual y afectan de manera considerable su funcionalidad con su entorno.

Trastornos del sueño. La dificultad para conciliar el sueño o mantenerlo de forma ininterrumpida es un síntoma característico del duelo (Worden, Aparicio y Barberán, 1997). Estos episodios suelen normalizarse con el paso del tiempo.

Trastornos Alimenticios. Puede presentarse exceso o defecto (Álvaro, M. R., Hernández y Rosell, 2012).

Aislamiento Social. Cabodevilla (2007) afirma que este tipo de aislamiento se da de manera pasajera y puede ir acompañado de pérdida de interés en los medios de comunicación (García-García, Petralanda, Manzano e Inda, 2001).

Conductas de evitación. En algunos casos se evitan lugares, situaciones u objetos que recuerdan al referente perdido (Millán-González y Solano-Medina, 2010).

Síntomas Orgánicos.

Estos síntomas suelen preocupar a la persona que los padece; los más habituales según Castellanos y Jerez (1996) son: Opresión en el pecho, vacío en el estómago, opresión en la garganta, hipersensibilidad al ruido, sensación de despersonalización, falta de aire, debilidad muscular, falta de energía, sequedad de boca.

Clases de duelo

Dávalos, García, Gómez, Castillo, Suárez y Silva (2008), habla de los diferentes tipos de duelo que se encuentran inmersos tras la pérdida de un objeto querido:

Duelo Patológico. Según la producción científica publicada, este tipo de duelo es llamado de varias formas: No resuelto, complicado, crónico o exagerado. Vedia (2016) citando a Horowitz (1980) define el duelo complicado como aquella intensificación llega al

nivel en el que “la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas, o permanece inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso de duelo hacia su resolución”. Lo anterior implica que la persona se encuentra en una clase de “estancamiento” donde presenta conductas repetitivas que no le permiten avanzar en el proceso de elaboración del duelo, además de un dolor emocional que se prolonga en el tiempo.

Duelo Anticipado. Este tipo de duelo comienza mucho antes de la pérdida (Vilajoana Celaya, 2017). En él, la persona realiza una adaptación a la situación que está por venir. “El duelo anticipado ofrece a la persona la oportunidad de expresar sus sentimientos frente a la pérdida y prepararse para la despedida”.

Duelo Inhibido o negado. Dávalos, García, Gómez, Castillo, Suárez y Silva (2008), refieren que la persona tiene dificultades para afrontar la realidad de la pérdida en este tipo de duelo. Pueden existir estados eufóricos que muestran una inclinación hacia una aflicción patológica.

Duelo Crónico. Es el que tiene una duración excesiva y nunca llega a una conclusión satisfactoria. Un duelo crónico puede llegar a ocupar toda una vida, manifiesta que existen personas estructuradas existencialmente por el duelo, en las que éste determina el núcleo constitutivo de su existencia (Cobo, 2001, p.2).

Duelo Perinatal.

Muerte perinatal. Este concepto fue implementado en 1936 por Von Pfaunder y está definido por el Instituto Nacional de Salud (2017) como la muerte del feto. Mansilla, M. (2000), intraútero que ocurre desde las 22 semanas completas (154 días después de la gestación) y termina a los siete días después del nacimiento; del mismo modo, el CIE 10 (1992), manifiesta que la muerte perinatal es aquella ocurrida entre la vigésimo octava semana de gestación y siete días después del nacimiento; por su parte, Américas y Donoso (2005), refieren que en los últimos años el estudio de la mortalidad perinatal ha sido de gran

relevancia debido a que se ha logrado identificar en ella los factores, no sólo biológicos, demográficos y sociales, sino también psicológicos, que hacen de ella un indicador sensible.

Según la OMS (2017), aproximadamente tres cuartas partes de las muertes neonatales ocurren en la primera semana de vida, falleciendo al año 4 millones de neonatos; 75% en la primera semana y de 25 a 45% en el primer día; entre las causas más frecuentes se encuentran procesos infecciosos, (Munuera, Pérez, y Ortega, 2005), prematuridad y asfixia al nacer. En países desarrollados se destacan otras causas: malformaciones congénitas, (Castilla, Mutchinick, Paz, Muñoz, y Gelman, 1974) y trastornos hipertensivos gestacionales, (Agudeli et al, 2014).

La enfermedad y muerte del feto y el recién nacido según Huiza, Pacora, Ayala y Buzzio, (2003), están asociadas a factores genéticos y medioambientales, Por ejemplo, Carrasco, (2014) manifiesta que la muerte fetal tardía es causada por la restricción del crecimiento fetal, mujeres con una talla inferior a 156 cm, embarazos múltiples e hipertensión, edad de la madre y hábito de fumar entre otros, en donde las causas patogénicas de las muertes fetales neonatales se clasificaron en:

- 1) Prematuridad (gestación <37 semanas)
- 2) Anomalías congénitas anatómicas
- 3) Respuesta inflamatoria (corioamnionitis, (Ochoa, y Pérez, 2009), sepsis fetal o neonatal, (Coronell, Pérez, Guerrero, y Bustamante, 2009)).
- 4) Defecto nutricional vascular (anemia, (Tacchino, 2010), hemorragia, (Asturizaga, y Toledo, 2014), isquemia, trombosis traumatismos (Blanco et al, 2011).
- 5) Privación social.

Tipos de muerte fetal

Huiza, Pacora, Ayala, y Buzzio, (2003); Instituto Nacional de Salud, (2017); CIE 10, (1992), refieren los distintos tipos de muertes que se encuentran en la tabla 3:

Tabla 3.

Definición de cada tipo de caso

Tipo de caso	Características de la clasificación
Muerte perinatal	Es la muerte que ocurre en el periodo comprendido entre las 28 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento
Muerte neonatal	Es la muerte ocurrida entre el nacimiento y los primeros 28 días completos de vida. Está a su vez se divide en: <ol style="list-style-type: none">1. Muertes neonatales tempranas2. Muertes neonatales tardías
Muertes neonatales tempranas	Ocurren durante los primeros 7 días de vida (0-6 día).
Muertes neonatales tardías	Ocurren después de los 7 días completados hasta antes del día 28 de vida (7-27 días)

Nota. Fuente: Instituto Nacional de Salud, Vigilancia y Control en Salud Pública, Equipo Maternidad Segura, Subdirección de Prevención, (2017). Protocolo de vigilancia en salud pública. Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía, 6 - 7.I

Factores de riesgo.

Los factores de riesgo que se encontraron a nivel físico según el estudio realizado por Huiza, Pacora, Ayala, y Buzio, (2003), los que se encuentran implicados en las muertes fatales son los expuestos en la tabla 4:

Tabla 4.

Factores de riesgo asociados a la muerte fetal

Muerte materna
Peso bajo al nacer
Nacimiento pretérmino
Anormalidad anatómica neonatal
Sangrado vaginal en segundo trimestre
Sangrado vaginal en el embarazo
Sangrado vaginal en el tercer trimestre
Hipertensión previa
Feto pequeño para edad gestacional
Eclampsia
Defecto congénito
Feto podálico/transverso
Hemorragia puerperal
Amenaza de parto pretérmino

Nota. Fuente: HUIZA, Lilia; PACORA, Percy; AYALA, Máximo y BUZZIO, Ytala. La muerte fetal y la muerte neonatal tienen origen multifactorial. An. Fac. med. [online]. 2003, vol.64, n.1, pp.13-20. ISSN 1025-5583.

Sintomatología.

De manera análoga, Paneque (2012) habla de lo complicado que puede llegar ser este tipo de duelo. Es diferente al generado por otras pérdidas debido a que se pierde todo un proyecto, un sueño, un futuro, además de las implicaciones en la autoestima por el componente de fracaso biológico al que se ve sometida la madre. La falta de comprensión y reconocimiento de la pérdida por parte del entorno familiar y social lo manifiesta Martos, Sánchez, y Guede (2016), convierten en una especie de duelo desautorizado por lo que no es posible expresarlo de forma abierta como ocurriría con cualquier otra pérdida y así desarrollar malestar a nivel psicológico.

Por su parte, Mota González et. al (2011) citando a Hughes & Riches,(2003) y Turton, Hughes & Evans, (2002), afirma que una pérdida perinatal desencadena síntomas de depresión, ansiedad, baja autoestima, además de disminuir ciertas capacidades en la mujer

que limita el cuidado de sus otros hijos, además del significado que tiene como una ruptura en el proceso natural de la vida.

Afrontamiento.

En cuanto a su afrontamiento, cuando se experimenta una pérdida perinatal, tanto el padre como la madre deben elaborar un proceso de duelo (Romero, 2015) debido a que puede llegar a convertirse en un hecho traumático y difícil de superar en ocasiones por la falta de apoyo o por la incapacidad de comprender la pérdida.

Romero (2015) citando a Echeburúa (2005), habla de importancia de desarrollar habilidades de supervivencia con las que las personas puedan afrontar situaciones estresantes y así evitar desencadenar un duelo complicado o patológico.

Fases para la elaboración del duelo.

Oviedo-Soto et. Al. (2009) mencionan que el proceso de duelo debe ser comprendido desde sus diferentes fases, teniendo en cuenta que estas pueden manifestarse de manera lineal o dinámica entre una fase y otra. Además de la importancia que tiene la empatía con la madre durante la elaboración del duelo teniendo en cuenta todas las connotaciones sociales, psicológicas y biológicas que encierra este suceso.

Ávila y de la Rubia (2013), citando a Kübler Ross (1973), hablan de las cinco fases del duelo propuestas donde se tienen en cuenta unas secuencias de reacciones emocionales que le permiten a la madre protegerse de posteriores daños psicológicos. Las cinco fases son: negación, ira, pacto/negociación, depresión y aceptación (Cabodevilla, 2007).

Estas fases no se dan de manera ordenada ni tienen un tiempo determinado para su desarrollo debido a que existen características propias de cada madre como su historia de vida, estrategias de afrontamiento, resiliencia y demás factores que influyen de manera

directa y pueden disminuir o intensificar algunas fases. Kübler Ross (2009) conceptualizó cada una de las fases así:

Negación: Imposibilidad de aceptar y reconocer lo sucedido.

Ira: Reacción emocional de rabia, envidia, resentimiento y hostilidad por haber perdido algo muy importante.

Negociación: Consiste en realizar promesas comprometidas con la recuperación de la madre.

Depresión: Son sentimientos de tristeza profunda, vacío y dolor intenso.

Aceptación: Reconoce y resignifica la pérdida, los sentimientos que se generan a partir del suceso, adoptando una actitud de lucha y supervivencia.

Comorbilidad.

Diferencias entre duelo y trastorno depresivo.

Teniendo en cuenta a diferentes autores que llegan hablar de las diferencias entre un **Duelo** normal y trastorno depresivo, Millán y Solano, (2010); Falagán, (2014); Gil, Bellver y Ballester, (2008), se establece que es importante tener en cuenta las diferencias existentes entre estos y otros trastornos de sintomatología similar o que se pueden llegar a confundir durante el proceso de duelo.

Las dos patologías que con mayor frecuencia suelen inducir a error son el duelo normal y duelo patológico con el trastorno por estrés postraumático (TEPT), Falagán (2014); Shear (2012), refieren conductas adaptativas y desadaptativas dichas diferencias se encuentran en la tabla 5:

Tabla 5.

Diferencias entre Duelo normal y trastorno depresivo

Características	Duelo	Depresión
	Adaptativa.	Desadaptativa.
Respuesta natural Cómo se sitúa al difunto	Identificación normal con el fallecido, sentimientos claros respecto a este.	Identificación excesiva con el difunto y gran ambivalencia de sentimientos hacia este, incluyendo ira.
Desencadenantes	Se identifica una pérdida causante.	Puede o no identificarse una pérdida.
Cognición	Preocupación constante por la pérdida, el fallecido y el futuro.	Enlentecimiento del pensamiento. Pensamientos centrados en su persona, con carácter negativo y persistentes. Pérdida de autoestima. Pérdida de memoria, atención y concentración.
Sueños e imaginación	Sueños relacionados con la pérdida, claros y vívidos.	Imaginación e ideas negativas
Pérdida de iniciativa	Si	No
Espiritual	Se cuestionan creencias sobre el sentido de la vida y las prioridades de esta.	No se plantea cuestiones, es más un monólogo interno centrado en lo negativo. <i>“Mi vida no tiene sentido”</i>
Estados emocionales	Humor cambiante a lo largo del día. Se conserva la capacidad para experimentar emociones positivas	Constante rechazo, desesperanza y tristeza. Se inhibe la capacidad de experimentar emociones positivas
Respuestas	Responde al afecto, contacto físico y palabras tranquilizadoras.	Responde a las promesas o a la estimulación. Puede que no responda a estímulos externos

Apego y relaciones sociales	Agradece la presencia de amigos o familiares que le escuchen o apoyen. Se disminuye la actividad social excepto con la familia, que aumenta. Introversión, pero deseo de compañía y apreciación por sus esfuerzos.	Aislamiento social y familiar. Pérdida de la conexión con el mundo. Disminución de la capacidad para cuidar a otras personas y entender sus buenas intenciones. Rechaza los actos sociales.
Ideas suicidas	Infrecuentes. Los dolientes fantasean con reunirse con su ser querido, pero no experimentan persistentes ideas de suicidio	Frecuentes.
Sentimientos	Su autoestima no se ha visto afectada. Produce en otros empatía y comprensión.	Existen sentimientos de desvalorización. Produce irritación y fastidio en los demás
Tiempo de superación	Los síntomas ceden con el tiempo y desaparecen entre 6 meses y un año	Puede durar años. Los síntomas no ceden con el tiempo y pueden empeorar.
Características Somáticas	Mayor susceptibilidad a enfermedades físicas.	Mayor susceptibilidad a enfermedades físicas.
Placer	Restricción variable.	Restricción permanente.
Medicación.	La medicación con antidepresivos no es eficaz.	Responde a la medicación con antidepresivos.

NOTA. Fuente: Diego Falagán, N. (2014). El duelo: diagnóstico y abordaje del duelo normal y complicado. Citando a Shear MK. Grief and mourning gone awry: pathway and course of complicated grief. *Dialogues Clin Neurosci.* 2012; 14 (2): 119-128; Nomen Martín L. El duelo y la muerte: el tratamiento de la pérdida. Madrid: Ediciones Pirámide; 2009; Friedman RA. Grief, depression, and the DSM-5. *N Engl J Med.* 2012; 366 (20): 1855- 1857; Widera EW, Block SD. Managing grief and depression at the end of life. *Am Fam Physician.* 2012; 86 (3): 259-264.

Una de las características que se denotan en el duelo y la depresión es que perturban y llenan de tristeza las vidas de quienes lo padecen, pero esas son todas sus similitudes; Se destaca que la depresión es un trastorno mental mientras el duelo es un proceso normal, no una enfermedad (Shear, 2012).

Del mismo modo se encuentra que la tristeza que genera una persona en duelo es derivada a un referente perdido, la persona que padece depresión siente tristeza debido a sus sentimientos de debilidad, inseguridad y minusvalía, Por lo tanto, la principal diferencia entre el duelo y la depresión es que en esta última hay una pérdida de autoestima, algo que no se produce en el proceso de duelo refiere Fonnegra (2012).

Características del trastorno por estrés postraumático.

Por consiguiente, el trastorno de estrés postraumático es una enfermedad de salud mental desencadenada por un evento traumático o aterrador Falagán, (2014); Research, (2019); Carvajal, (2002), ya sea que la personas lo haya experimentado o presenciado en su diario vivir.

En consecuencia de lo anterior se describen síntomas que pueden comprender reviviscencias, pesadillas y angustia grave, así como pensamientos incontrolables sobre el evento, teniendo en cuenta que pueden comenzar en el primer mes posterior a un acontecimiento traumático, pero a veces los síntomas pueden no aparecer hasta pasado un año y se clasifican en cuatro tipos: 1) recuerdos intrusivos, 2) evasión, 3) cambios negativos en el pensamiento y en el estado de ánimo, 4) cambios en las reacciones emocionales y físicas (Research, 2019).

Los síntomas del TEPT según Echeburúa et al. (2016); Falagán (2014); Mendoza, Márquez, Guadarrama y Lira (2013), pueden variar en intensidad y con el tiempo según las características que presente la persona, mientras que el criterio de duración de los síntomas para establecer un diagnóstico según el DSM V, es de un mes para el TEPT y de 6 meses tras la pérdida para el duelo complicado, lo que significa que en este último caso se necesitan al menos 6 meses para distinguir entre una adaptación adecuada.

Formas de Medición del duelo.

Entre los cuestionarios utilizados con mayor frecuencia para la evaluación del duelo encontramos los siguientes en la tabla 6, refiere (Gil, Bellver, y Ballester, 2008); cuestionarios para duelo en general y los específicos en el que se profundizará en Perinatal Grief Scale (PGS) debido a que es un cuestionario realizado específicamente para duelo en mujeres con pérdida perinatal.

Tabla 6.

Cuestionarios para la evaluación del duelo

Cuestionarios Generales	Cuestionarios Específicos
Inventario de Experiencias en Duelo (IED) (The Grief Experience Inventory de Sanders, Mauger y Strong, 1985). Adaptado al castellano por García-García, Landa, Trigueros y Gaminde (2001).	Perinatal Grief Scale (PGS) (Toedter, Lasker y Alhadeff, 1988).
Inventario Texas Revisado de Duelo (The Texas Revised Inventory of Grief de Faschingbauer, Zisook y De Vault, 1987). Adaptado al castellano por García-García, Landa, Trigueros, Calvo y Gaminde (1995) y García-García y Landa (2001)	Hogan Sibling Inventory of Bereavement (HSIB) (Hogan y Greenfield, 1991)
Inventario de Duelo Complicado (IDC) (The Inventory of Complicated Grief de Prigerson y Jacobs, 2001). La adaptación al español ha sido llevada a cabo por García-García, Landa, Prigerson, Echevarría, Grandes, Mauriz y Andollo (2002).	Grief Experience Questionnaire (GEQ) (Barret y Scout, 1989).
Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado (The Risk Index de Parkes y Weiss, 1983). Traducido al castellano por García-García, Landa, Grandes, Mauriz y Andollo (2002).	
Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado (The Risk Index de Parkes y Weiss, 1983). Traducido al castellano por García-García, Landa, Grandes, Mauriz y Andollo (2002).	

Valoración del Riesgo de Complicaciones en la Resolución del Duelo (Soler, Barreto y Yi, 2002)

Escala Emocional de Caras (Facial Affective Scale de McGrath, de Veber y Hearn, 1985).

NOTA. Fuente: Gil Juliá, B., Bellver, A., & Ballester Arnal, R. (2008). Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento citando a Barreto P, Soler MC. Muerte y duelo. Madrid: Síntesis, 2007; Lacasta M, Sastre P, Arranz P, Sánchez M, Sánchez Y, Eguino A. Un programa de grupos de duelo en Cuidados Paliativos. *Med Paliativa* 1999; 6: 27-32

Formas de Intervención

En la literatura se han documentado diversidad de psicoterapias para tratar el duelo; Martín y Sáiz (2004) afirman que existen gran variedad de intervenciones para el tratamiento del duelo que van desde la comunicación empática y compasiva, hasta el tratamiento especializado del duelo complicado o de los trastornos relacionados con la pérdida (Stroebe, Stroebe y Hansson, 1993); (Romero, 2013,) señala que las técnicas psicológicas que se usan en terapia para la elaboración del duelo, son tomadas de la psicoterapia interpersonal, la terapia cognitivo conductual (que se usa también en el manejo del trastorno de estrés posttraumático) y en algunas intervenciones motivacionales; ésta terapia ha resultado de gran utilidad según Mathews y Marwit (2004) debido a que muestra altos índices de efectividad para abordar sentimientos de dolor y pérdida, mientras que por su parte Prigerson (2000), afirma que este tipo de terapia facilita la identificación y modificación de pensamientos y conductas desadaptativas que actúan como principales precursoras del dolor.

No obstante, existe también el apoyo con fármacos, sin embargo, Tizón, San José, y Nadal (1997) insisten en que el tratamiento no debe ser farmacológico exclusivamente y son necesarios únicamente si el duelo limita el funcionamiento de la persona en sus diferentes áreas por un lapso de más de 30 días y su uso no debe ser superior a seis meses.

Por consiguiente, Liria y Vega (2002) establecen una serie de objetivos hacia los que debe estar dirigida la intervención que consisten en facilitar las tareas para la adecuada

elaboración del duelo: a) Aceptación de la realidad de la pérdida, b) Expresión y manejo de sentimientos, c) Resolución de problemas, d) Sentido de vida, en la tabla 7, se logran identificar los autores con sus etapas o fases de duelo que proponen.

Tabla 7.

Etapas o fases en el proceso de duelo

Lindemann	Parkes y Bowlby	Engel	Kübler-Ross	Rando	Neimeyer
Conmoción e incredulidad	Aturdimiento	Conmoción e incredulidad	Negación	Evitativa	Evitación
Duelo agudo	Anhelos y búsqueda	Desarrollo de la conciencia	Ira	De confrontación	Asimilación
Resolución	Desorganización y desesperación	Restitución	Negociación	De restablecimiento	Acomodación
	Reorganización	Resolviendo la pérdida	Depresión		
		Idealización	Aceptación		
		Resolución			

NOTA. Fuente: Gil Juliá, B., Bellver, A., & Ballester Arnal, R. (2008). Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento citando a Neimeyer RA. Aprender de la pérdida. Barcelona: Paidós, 2002; Agrafojo E, Manrique de Lara B. El duelo. Modelos teóricos. Reacciones normales y patológicas del duelo. En: Die M, López E, editoras. Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. La comunicación con el enfermo y la familia. Madrid: Ades Ediciones, 2000; p. 475-90; Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Grijalbo, 1989.

Cómo se trabaja en Colombia.

Ejecutando una investigación más específica en lo realizado en duelo perinatal a nivel de Colombia, se logra identificar que unos de los artículos de mayor antigüedad fue realizado por Rubio (1998), de la Universidad Nacional de Colombia, en que manifiestan que uno de los primeros estudios que se dio en Colombia a nivel de duelo perinatal, se llevó a cabo con

madres cuyos hijos murieron durante el periodo perinatal; teniendo en el primer grupo de estudio 20 pacientes que presentaron duelo prolongado, el segundo grupo 20 pacientes (grupo de comparación) que elaboraron la pérdida de su hijo mediante un duelo no complicado, llevándolos a tener como hipótesis:

“El vínculo establecido entre la madre y su hijo real, en caso de que esté muerta, facilita la elaboración del duelo. Por otra parte, la insuficiencia o carencia del vínculo con el hijo real, aumenta la relación de la madre con su hijo imaginario, de tal manera que si el hijo muere la relación interna madre bebé de tipo narcisista tiende a complicar el proceso de duelo.” (Rubio, 1998. p1)

De modo que en Colombia se da hasta el año 2009, la ley 1280 en la que se contempla en el, ARTÍCULO 1o. Adicionar un numeral al artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo, en los siguientes términos:

Asimismo, conceder al trabajador en caso de fallecimiento de su cónyuge, compañero o compañera permanente o de un familiar hasta el grado segundo de consanguinidad, primero de afinidad y primero civil, una licencia remunerada por luto de cinco (5) días hábiles, cualquiera sea su modalidad de contratación o de vinculación laboral. La grave calamidad doméstica no incluye la Licencia por Luto que trata este numeral, (Ley N° 1280,2009).

PARÁGRAFO. Las EPS tendrán la obligación de prestar la asesoría psicológica a la familia.

De modo que ya para el 2010 se encuentra una investigación de Pinto, Aguilar, y Gómez (2010) en donde refieren, que las Investigaciones evidencian que el estrés en madres gestantes, puede tener diversos efectos sobre el desarrollo de los infantes, en donde los resultados arrojaron que los niños cuyas madres sufrieron estrés durante el embarazo, presentan déficits en atención, funciones ejecutivas y velocidad de procesamiento.

Para luego en el 2013, salir la Ley N°1616 de 2013, en la cual se reconoce la salud mental de las personas, “El objeto de esta Ley es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a

la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.” (p.1).

La Ley N°1616 de 2013, refiriéndose al Artículo 13, modalidades y servicios de atención integral e integrada en salud mental, “La red integral de prestación de servicios en salud mental debe incluir las siguientes modalidades y servicios, integradas a los servicios generales de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud” (p.7):

1. Atención Ambulatoria.
2. Atención Domiciliaria.
3. Atención Prehospitalaria.
4. Centro de Atención en Drogadicción y Servicios de Farmacodependencia.
5. Centro de Salud Mental Comunitario.
6. Grupos de Apoyo de Pacientes y Familias.
7. Hospital de Día para Adultos.
8. Hospital de Día para Niñas, Niños y Adolescentes.
9. Rehabilitación Basada en Comunidad
10. Unidades de Salud Mental.
11. Urgencia de Psiquiatría.

En donde “Desde el año 2013, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia cubre, en el ámbito de la salud mental, la atención de urgencias y la psicoterapia ambulatoria en servicios debidamente habilitados. En estos casos, son amparadas

por la ley hasta 30 sesiones anuales de psicoterapia individual, grupal, familiar y de pareja, que pueden ser ofrecidas por las Instituciones”, (Jaramillo et al., 2018, p. 5).

Asimismo, Martínez, Velásquez, y Rosero (2017) elaboraron una cartilla para el manejo del duelo perinatal cuyo objetivo fue ayudar en el proceso de afrontamiento de la pérdida dirigido a aquellas mujeres que se encuentren en la capacidad de elaborar el duelo de manera autónoma.

Del mismo modo Toro, Mesa y Quintero, (2017), realizan unas prácticas de atención a la familia en duelo ante la muerte del neonato, en donde se identificaron dos tipos de prácticas que los profesionales desarrollan con la familia en duelo;

1. De soporte, por ejemplo, facilitar el acercamiento al bebé fallecido y la fotografía postmortem.
2. De no soporte, por ejemplo, la ausencia de consentimiento previo antes de que un grupo de estudiantes presencian un procedimiento específico o asumir actitudes hostiles hacia el paciente.

Actualmente, cada vez más profesionales de las áreas de la salud se han venido interesando en el duelo perinatal; Durán y Casallas (2019) realizaron un estudio en nueve pacientes de la ciudad de Bogotá con el objetivo de verificar si la guía en salud mental se viene cumpliendo en mujeres que se encuentren atravesando una pérdida perinatal y la percepción que tuvo cada una de ellas con la atención proporcionada.

Por su parte, Cala y Hernández (2019, manifiestan tras los resultados encontrados en su investigación es que en el “manejo del caso se evidencia escasa sensibilidad por parte de los profesionales en salud, trato inadecuado y ausencia de acompañamiento ante la situación de duelo, aunque conceptualmente existe movilización frente al tema por parte de profesionales en salud, en especial enfermeras y médicos, existen vacíos considerables que no

propician un acompañamiento; la imagen brindada es de escasa sensibilidad frente a las familias que viven la pérdida.”(p.4), evidenciando la necesidad de implementar protocolos diferenciados que respondan de manera adecuada a las necesidades particulares de estas familias en duelo.

Importancia de validar instrumento.

Con base en la revisión anterior se logra observar que en Colombia no existe aún una prueba que permita evaluar el duelo como acontecimiento vital estresante; por ende, es necesario crear y validar un instrumento que apoye el diagnóstico del duelo normal o patológico. Para esto es importante que dicho instrumento cuente con las características que mencionan Ventura, Arancibia y Madrid (2017); Tovar (2007); Argibay (2006), la confiabilidad y validez. Estas propiedades, como enfatizan los autores, permiten reconocer el nivel de precisión y evidencia del instrumento y facilitará conclusiones coherentes en el estudio. Dentro de la fuente de validez de un instrumento Paniagua (2015); Martínez, y Flores (2013), menciona la validez basada en el contenido como una de las más importantes debido a que toma como referente la valoración de expertos de cada uno del ítem con respecto al constructo.

Marco metodológico

Tipo de investigación.

El tipo de investigación utilizado en este trabajo de grado fue la revisión teórica, donde se definió los procesos de duelo, según lo expuesto por Guirao, Olmedo y Ferrer (2008); además, se inició de la identificación del tema de estudio con el propósito de estructurar un marco teórico que facilite encontrar los fundamentos de la investigación. Para llevar a cabo esto, se realizó la revisión de un total de 120 artículos de los que se utilizaron 101 que contenían la información pertinente para el objetivo de la investigación.

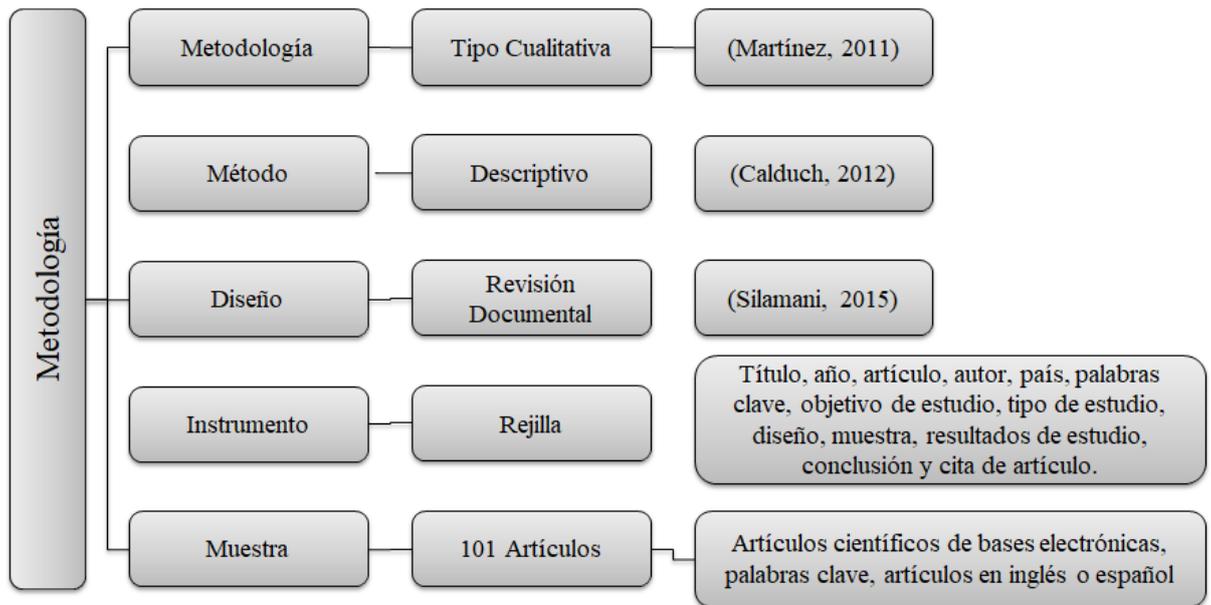


Figura 1. Definición de metodología utilizada en la investigación duelo perinatal.

Metodología. La metodología utilizada para llevar a cabo esta investigación es cualitativa, dado que, como lo menciona Martínez (2011), pretende explicar la definición del fenómeno (duelo y duelo perinatal), sus causas, características, fases y técnicas de intervención utilizadas.

Método. Para Calduch (2012) el método de la investigación “es el conjunto de tareas, procedimientos y técnicas que deben emplearse, de una manera coordinada, para poder desarrollar en su totalidad el proceso de investigación”; con base en lo anterior, el método utilizado para esta investigación es descriptivo, debido a que como lo define el autor, este método no sólo narra de manera detallada y exhaustiva la realidad que estudia, sino que también busca brindar un conocimiento de la misma, a través de la observación directa del investigador y a través de los aportes obtenidos de otros autores.

Diseño. Para esta investigación se utilizó la revisión documental, la cual Según Silamani, (2015)

“Es una sinopsis que resume diferentes investigaciones y artículos que nos da una idea sobre cuál es el estado actual de la cuestión a investigar, en el cual el revisor tiene un interrogante, recoge datos (en la forma de artículos previos), los analiza y extrae una conclusión”. (p.3)

Instrumentos. Los instrumentos utilizados para la recolección de la información de esta investigación fueron ajustados con base en los criterios contemplados por Meneses, Calle y García (2008), que consiste en revisar, resumir e identificar toda la información obtenida, donde se realizó un análisis con cada uno de los artículos definidos para el estudio. Esta búsqueda sistemática se realizó en 6 bases de datos (Scopus, Redalyc, Scielo, Dialnet, Proquest y Psycodoc) con criterios de selección como artículos en inglés o español, y se utilizaron como palabras clave: duelo, duelo perinatal, tratamiento, intervención y test relacionados con duelo, publicados entre 2014 y 2019 cuya temática se relaciona con las prácticas de abordaje del duelo y duelo perinatal, igualmente se tuvieron en cuenta artículos fuera de los años seleccionados dado su relevancia teórica para el análisis.

Muestra. La muestra utilizada para la investigación corresponde a 101 artículos científicos, recolectados a través de bases electrónicas certificadas, que tenían como criterio de selección palabras clave, año de publicación, importancia sobre el tema.

Hipótesis de investigación. No hay estudios suficientes que apoyan una fundamentación teórica para el duelo perinatal, y no hay una estrategia exclusiva para tratar este tipo de duelo.

Fases para la elaboración del proyecto de investigación

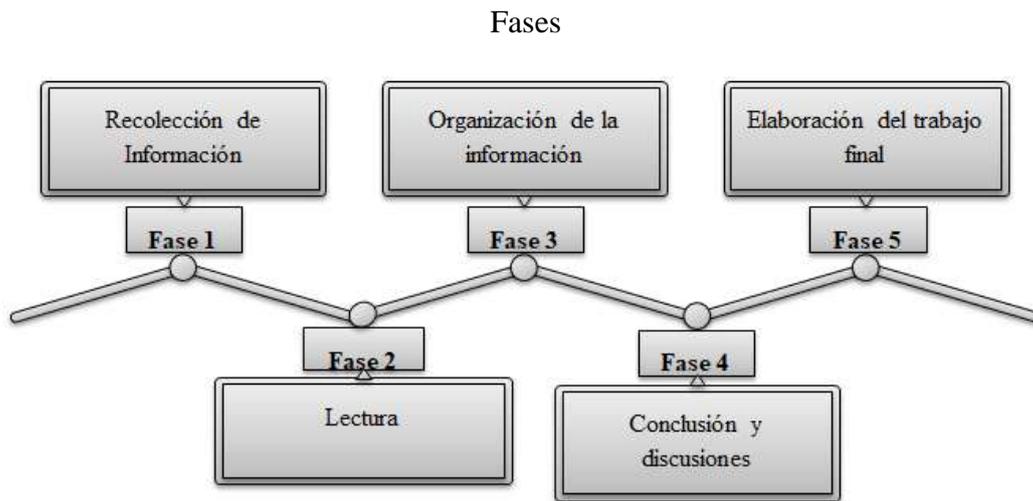


Figura 2. fases en las que se describen como se estructura la realización de la investigación, figura de elaboración propia.

Resultados

Dentro de los resultados encontrados en esta investigación se logra identificar que, entre los países con mayor cantidad de publicaciones sobre duelo perinatal y bienestar materno, se encuentra España con un 33% de artículos, seguido por Colombia con un 18%; a estos países les siguen Estados Unidos y México, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 8.

Artículos recolectados por país de origen

País de origen	Cantidad de artículos
España	33
Colombia	18
Estados Unidos	10
México	9

Reino Unido	7
Brasil	7
Argentina	5
Perú	5
Chile	3
Costa Rica	1
Francia	1
República dominicana	1
Nota. Fuente: elaboración propia.	

Con relación a la cantidad de artículos publicados por año se logra identificar que entre 2011 y 2019 se llevaron a cabo la mayor cantidad de investigaciones sobre duelo perinatal y bienestar materno, seguido de publicaciones entre los años 2003 y 2010 (Ver tabla 9).

Tabla 9.

Años en los que se encuentran los artículos	
Años	Cantidad de artículos
1966 - 1994	7
1995 - 2002	11
2003 - 2010	34

Nota. Fuente: elaboración propia

Conclusiones

Se realiza una revisión de 101 artículos en donde se logra conocer un panorama más amplio del duelo en general y otro más específico que es el duelo perinatal, dando así información de que:

El proceso de duelo es inherente al ser humano, se manifiesta de diferentes maneras puesto que se puede presentar en fases o etapas, donde cada persona se enfrenta a este fenómeno con los recursos personales que cuenta; la pérdida de un objeto querido es inevitable, por tanto, es necesario desarrollar herramientas que permitan amortiguar los efectos psicológicos secundarios que produce este evento vital de gran magnitud. Asimismo, es necesario destacar que, aunque se logran evidenciar los procesos de duelo, el significado de la pérdida depende de múltiples factores que no pueden pasarse por alto al momento de realizar una intervención.

Dentro de estos procesos se ha evidenciado que el duelo perinatal cumple un papel específico según las metas y proyectos que tienen las personas en determinada etapa de la vida, cuando se presenta una pérdida significativa que cambia estas metas, las afectaciones a nivel psicológico pueden alterar la funcionalidad de la(s) persona(s) en los diferentes contextos de interacción, terminando en trastornos mayores que finalmente afectan el bienestar psicológico de cada individuo.

Debido a esto, se debe tener en cuenta que el tratamiento debe ser diferenciado según el tipo de duelo y el nivel de presencia que se puede tener en cada caso, donde se identificó que en la literatura científica se describen numerosas investigaciones que abordan la intervención desde diferentes corrientes psicológicas y ofrecen diferentes líneas para una adecuada elaboración del duelo, aunque no se tiene certeza de cuál es la más efectiva, una de las más utilizadas se da desde el enfoque empírico analítico mostrando mayor eficacia.

Aunque no se tiene discriminación según el tipo de duelo, dado que la intervención desde este enfoque se ha implementado mayormente en los procesos de duelo complicado.

Además, se logró evidenciar que el duelo perinatal se ha convertido en un problema de salud pública debido a que es una de las causas más frecuentes de muerte en la infancia, sobre todo en países en desarrollo como Colombia; por tanto es indispensable continuar investigando acerca de las consecuencias psicológicas que tiene en la mujer este suceso y cómo se puede llegar a proporcionar una atención psicológica integral de calidad para lograr minimizar los efectos que surgen en ella a largo plazo y se deben implementar tratamientos acordes a este tipo de duelo.

Igualmente, se ha identificado que la tasa de mortalidad perinatal presenta un alto índice de crecimiento, no se identifica una posible intervención con las mujeres que están viviendo un duelo perinatal, que permita generar un adecuado desarrollo de las estrategias de afrontamiento de cada persona, de esta forma se pasa por alto las implicaciones a nivel psicológico que existen para las mujeres con una pérdida de este tipo.

Finalmente, se identifica que, en Colombia, no se cuenta con evidencia empírica ni teórica que permita caracterizar y evaluar este tipo de duelo para generar estrategias de intervención, por esto mismo se encuentra la necesidad de crear y validar instrumentos de medición que permita evaluar estos procesos con personas que hayan pasado por duelo perinatal, para tomar las decisiones más adecuadas para cada caso y así garantizar un adecuado fortalecimiento de los procesos psicológicos afectados.

Igualmente, se sugiere trabajar en el fortalecimiento en estos tipos de intervención junto con la creación y validación de un instrumento psicométrico que permita evaluar de forma significativa el nivel de duelo por el que está atravesando una persona cuando se enfrenta a estas situaciones, además, de trabajar en procesos de intervención diferenciados y acordes a este tipo de población.

Referencias

Agudeli Gil, M. L., Agudelo Ramos, L. M., Castaño Castrillón, J. J., Giraldo, J. F., Hoyos Vélez, A. F., Lara Bucheli, A. M., & Ramos Piedrahíta, A. (2014). Prevalencia de los trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres embarazadas.

Argibay, J. C. (2006). Técnicas psicométricas. Cuestiones de validez y confiabilidad. *Estudios de Psicología*, 127(1), 1-14.

Aguilar Andrade, E., & Acle Tomasini, G. (2012). Resiliencia, factores de riesgo y protección en adolescentes mayas de Yucatán: elementos para favorecer la adaptación escolar. *Acta Colombiana de Psicología*, Vol. 15, no 2.(jul.-dic. 2012); p. 53-64.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

Americas, M. P. E., & Donoso, E. (2005). Mortalidad perinatal en las Américas. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 70(5), 279-280.

Aragón, R. S., & Cruz, R. M. (2014). Causas y caracterización de las etapas del duelo romántico. *Acta de investigación psicológica*, México, 4(1), 1329-1343.

Asturizaga, P., & Toledo Jaldin, L. (2014). Hemorragia obstétrica. *Revista Médica La Paz*, 20(2), 57-68.

Ávila, M. M., & de la Rubia, J. M. (2013). *El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales*. *Psicooncología*, 10(1), 109-130.

Alvarado García, R. (2019). Muerte perinatal y el proceso de duelo.

Álvaro, M. R., Hernández, A. M. G., & Rosell, C. T. (2012). Duelo y Duelo Complicado en las consultas de enfermería de Atención Primaria. *Revista ENE de Enfermería*, 2(3).

Barreto, P., de la Torre, O., & Pérez-Marín, M. (2012). *Detección de duelo complicado*. *Psicooncología*, 9(2-3), 355-368.

Barreto, P., Yi, P., & Soler, C. (2008). *Predictores de duelo complicado*. *Psicooncología*, 5.

Bayés R. *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca, 2001.

Burdeus, P. E., De Miguel Sánchez, C., Álvarez, R. Á., Molpeceres, E. M., Aguirre, B. M., Fernández, A. R., ... & Oliva, F. J. G. (2016). Duelo prolongado y factores asociados. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 13(2), 399-415.

Blanco, D., García-Alix, A., Valverde, E., Tenorio, V., Vento, M., Cabañas, F., & Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología (SEN. (2011, November). Neuroprotección con hipotermia en el recién nacido con encefalopatía hipóxico-isquémica. Guía de estándares para su aplicación clínica. In *Anales de Pediatría* (Vol. 75, No. 5, pp. 341-e1). Elsevier Doyma.

Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 30, pp. 163-176). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.

Cala, M. L. P., & Hernández, L. F. A. (2019). Duelo por muerte perinatal. Necesidad de una atención diferencial e integral. *Archivos de Medicina*, 19(1), 30-43

Calduch Cervera, Rafael. 2012. *Métodos y Técnicas de Investigación en Relaciones Internacionales*- Curso de Doctorado. Universidad Complutense de Madrid.

Castilla, E., Mutchinick, O., Paz, J., Muñoz, E., & Gelman, Z. (1974). Estudio latinoamericano sobre malformaciones congénitas.

Carrasco Herrera, L. V. (2014). Factores y causas de la muerte neonatal según tipo de muerte servicio neonatología-Hospital Regional de Cajamarca-2014.

Clark, J.A. (2006). The experience of losing a child through death. *American Journal of Nursing* 106(9), 59-64.

Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40, 20-34.

Castellanos, C., & Jerez, R. (1996). Perfil de respuesta psicológica al duelo de pacientes VIH positivos. *Ciencia y sociedad*.

CIE 10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del comportamiento. Ed. Menitor, Madrid. 1992.

Coronell, W., Pérez, C., Guerrero, C., & Bustamante, H. (2009). Sepsis neonatal. *Revista de enfermedades infecciosas en pediatría*, 22(90), 57-68.

Cobo Medina, C. (2001). *Ars moriendi: vivir hasta el final (de cómo se afronta la muerte anticipada)*.

Dávalos, E. G. M., García, S., Gómez, A. T., Castillo, L., Suárez, S. S., & Silva, B. M. (2008). *El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales*. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(1), 28-31.

Díaz Curiel, J. (2011). Estudio de variables asociadas a la psicoterapia grupal en los procesos de duelo patológico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(1), 93-107.

Díaz, J. C. V., Salazar, J. P. R., & Burbano, L. M. S. (2018). El Trabajo Del Duelo Como Reverso Al Proceso Del Duelo. *Vol. 15, N. 29 julio-diciembre de 2018*, 15(29)

Durán-Flórez, M. E., & Casallas-Murillo, D. M. (2019). Evaluación del cumplimiento de la guía en salud mental para atención de duelo perinatal en el ámbito hospitalario. *Psicología y Salud*, 29(1), 91-102.

Echeburúa, E., & Herrán, A. (2007). ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo? *Análisis y modificación de conducta*, 33(147), 31-50.}

Echeburúa, E., Amor, P. J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F. P., & Muñoz, J. M. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia psicológica*, 34(2), 111-128.

Espina, A., Gago, J., & Pérez, M. (2005). Sobre la elaboración del duelo en terapia familiar. *Revista de psicoterapia*, 4(13), 77-87.

Falagán, N. (2014). El duelo: diagnóstico y abordaje del duelo normal y complicado.

Flórez, S. D. (2002). Duelo. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 25, pp. 77-85).

Gala León, F. J., Lupiani Jiménez, M., Raja Hernández, R., Guillén Gestoso, C., González Infante, J. M., Villaverde Gutiérrez, M., & Alba Sánchez, I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: Una revisión conceptual. *Cuadernos de medicina forense*, (30), 39-50.

García, J. L., Reverte, M. L., García, J. G., Méndez, J. M., & Prigerson, H. G. (2009). Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina paliativa*, 16(5), 291-297.

García-García, J. A., Petralanda, V. L., Manzano, M. T., & Inda, I. G. (2001). Inventario de experiencias en duelo (IED): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Atención Primaria*, 27(2), 86-93.

Gil Baquero, J. (2019). El duelo en una sociedad globalizada: estudio comparativo de la experiencia del duelo de diferentes culturas en Mallorca.

Gil Juliá, B., Bellver, A., & Ballester Arnal, R. (2008). Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento.

Girault, N., & Fossati, P. (2008). Duelo normal y patológico. *EMC-Tratado de Medicina*, 12(3), 1-8.

González, C. M., Bello, N. C., Calva, E. A., López, M. E. G., & Pichardo, M. A. S. (2011). Escala de duelo perinatal: validación en mujeres mexicanas con pérdida gestacional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(3), 419-428.

Guirao-Goris, J. A., Olmedo Salas, A., & Ferrer Ferrandis, E. (2008). El artículo de revisión. *Revista iberoamericana de enfermería comunitaria*, 1(1), 1-25.

Herz, E. (1993). Psychological repercussions of pregnancy loss. *Psychological Health*, 8, 369-381.

Huiza, L., Pacora, P., Ayala, M., & Buzzio, Y. (2003, March). La muerte fetal y la muerte neonatal tienen origen multifactorial. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 64, No. 1, pp. 13-20). UNMSM. Facultad de Medicina.

Instituto Nacional de Salud, Vigilancia y Control en Salud Pública, Equipo Maternidad Segura, Subdirección de Prevención, (2017). Protocolo de vigilancia en salud pública. *Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía*, 6 - 7.I

Imaz, J. A. G., & Reyes, C. M. R. (2017). Dolor crónico y duelo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.

Jaramillo, J. C., Duque, D. E., Lopera, D. O., García, A. A., Gutiérrez, M. A., González, L. G., y Sandoval, C. A. (2018). *Caracterización de la atención psicoterapéutica en la ips ces sabaneta*, Colombia, 2014-2015 (characterization of psychotherapeutic assistance in the ips ces sabaneta, colombia, 2014-2015). *Revista CES Psicología*, 11(2), 97-11

Juárez Rodríguez, R. *Validación por juicio de expertos de la técnica "Inicio del proceso de duelo en pacientes con pérdida del producto de la concepción"*.

Kristjanson, L. J., Cousins, K., Smith, J., & Lewin, G. (2005). Evaluation of the Bereavement Risk Index (BRI): a community hospice care protocol. *International Journal of Palliative Nursing*, 11(12), 610-618.

Kübler-Ross, E. (2009). *Death: The Final Stage*. Simon and Schuster.

Ley N° 1280. Diario Oficial No. 47.223 del congreso de Colombia, Bogotá D.C, Colombia, 5 de enero de 2009.

Ley N° 1616. del congreso de Colombia, Bogotá D.C, Colombia, 21 de enero del 2013.

Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American journal of psychiatry*, 101(2), 141-148.

Liria, A. F., & Vega, B. R. (2002). Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo en situaciones de catástrofe, guerra o violencia política. *Revista de Psicoterapia*, 12(48), 96.

Lirios, C. G., Guillén, J. C., Valdés, J. H., Aguayo, J. M. B., Miranda, M. B., Martínez, A. M., & Flores, M. D. L. M. (2013). Confiabilidad y validez de un instrumento de medición en búsqueda en internet. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 5(1), 27-34

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. Editorial médica panamericana, 2014.

Marcús, J. (2006). Ser madre en los sectores populares: una aproximación al sentido que las mujeres le otorgan a la maternidad. *Revista argentina de sociología*, 4(7), 99-118.

Martín, M. B., & Sáiz, M. S. (2004). Apoyo psicológico en el sufrimiento causado por las pérdidas: el duelo. *Monografías humanitas*, (2), 139-150.

Martínez Gómez, M. A., Velásquez, M., Fernanda, Y., & Rosero Rincón, P. (2017). Cartilla para el manejo de duelo perinatal en la ciudad de Bogotá.

- Martos-López, I. M., del Mar Sánchez-Guisado, M., & Guedes-Arbelo, C. (2016). Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado= Bereavement for perinatal death, unauthorized bereavement. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 300-309.
- Matthews, L. T., & Marwit, S. J. (2004). Complicated grief and the trend toward cognitive-behavioral therapy. *Death Studies*, 28(9), 849-863.
- Mansilla, M. (2000). Etapas del desarrollo humano. *Revista de investigación en Psicología*, 3(2), 105-116.
- Martínez, J. (2011). Métodos De Investigación Cualitativa. *Revista de la Corporación Internacional para el Desarrollo Educativo Bogotá - Colombia*, 8, 1-33.
- Mendoza Mojica, S. A., Márquez Mendoza, O., Guadarrama Guadarrama, R., & Lira, L. E. R. (2013). Medición del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en universitarios mexicanos. *Salud mental*, 36(6), 493-503.
- Meneses, A., Calle, A., & García, M. (2008). Análisis bibliométrico del abordaje psicológico de la enfermedad cardiovascular de enero de 1998 a diciembre de 2007. *Trabajo de grado, Universidad El Bosque, Bogotá*.
- Millán-González, R., & Solano-Medina, N. (2010). Duelo, duelo patológico y terapia interpersonal. *Revista colombiana de psiquiatría*, 39(2), 375-388.
- Molina-Jiménez, T., Gutiérrez-García, A. G., Hernández-Domínguez, L., & Contreras, C. M. (2008). Estrés psicosocial: Algunos aspectos clínicos y experimentales. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 24(2), 353-360.
- Mota González, C., Calleja Bello, N., Aldana Calva, E., Gómez López, M. E., & Sánchez Pichardo, M. A. (2011). Escala duelo perinatal: Validación en mujeres mexicanas con pérdida gestacional. *Revista Latinoamericana De Psicología*, 43(3), 419.

Munuera, M. C., Pérez, E. G., & Ortega, M. R. (2005). ¿Es la lactancia materna un factor de protección ante los procesos infecciosos? Estudio de casos y controles. *Atención Primaria*, 35(3), 140-145.

Neimeyer, R. A., & Ramírez, Y. G. (2007). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Paidós.

Nomen Martín L. *El duelo y la muerte: el tratamiento de la pérdida*. Madrid: Ediciones Pirámide; 2009.

Organización Mundial de la Salud, CIE 10. *Clasificación internacional de las enfermedades: Trastornos mentales y del comportamiento*. 10ª ed. Zaragoza: Meditor, 1992. 7.

Ochoa, A., & Pérez Dettoma, J. (2009). Amenaza de parto prematuro: Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 32, pp. 105-119). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.

OMS (mayo de 2017). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Causas de mortinatalidad y de mortalidad neonatal precoz: datos de 7993 embarazos en seis países en desarrollo: <https://www.who.int/bulletin/volumes/84/9/05-027300ab/es/>

Oviedo-Soto, S., Urdaneta-Carruyo, E., Parra-Falcón, F. M., & Marquina-Volcanes, M. (2009). *Duelo materno por muerte perinatal*. *Revista Mexicana de Pediatría*, 76(5), 215-219.

Paniagua, R. (2015). *Metodología para la validación de una escala o instrumento de medida*. Artículo Científico. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Salud Pública.

Pérez Becerra, H. J. (2019). *Dimensiones teológicas en la experiencia del duelo por muerte de la pareja*. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

Paneque, M. D. C. M. (2012). Duelo perinatal: atención psicológica en los primeros momentos. *Hygia de enfermería: revista científica del colegio*, (79), 52-55.

- Pita Fernández, S., Vila Alonso, M. T., & Carpente Montero, J. (1997).
Determinación de factores de riesgo. *Cad aten primaria*, 4, 75-78.
- Prigerson, S. J. H. (2000). Psychotherapy of traumatic grief: A review of evidence for
psychotherapeutic treatments. *Death studies*, 24(6), 479-495.
- Ramos J. y Cordero A. La melancolía. Gestación de la hipótesis secuencial. Grupo
Aula Médica. Formación Continuada. Madrid 2005.
- Research, M. F. (2019). *Mayo Clinic*. Obtenido de Mayo Clinic:
[https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/post-traumatic-stress-
disorder/symptoms-causes/syc-20355967?p=1](https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/post-traumatic-stress-disorder/symptoms-causes/syc-20355967?p=1)
- Rojas Posada S. (2005). *El manejo del duelo: Una propuesta para un nuevo
comienzo*. Granica.
- Romero, V. (2013). Tratamiento del duelo: exploración y perspectivas.
Psicooncología, 10(2/3), 377.
- Rubio, E. L. (1998). Mortalidad perinatal y duelo materno. *Revista de la Facultad de
Medicina de la universidad nacional de Colombia*, 46(2), 75-81.
- Stroebe, M., Schut, H., & Boerner, K. (2017). *Modelos de afrontamiento en duelo: Un
resumen actualizado*. *Estudios de Psicología*, 38(3), 593-607.
- Stroebe, M. S., Stroebe, W., & Hansson, R. O. (Eds.). (1993). *Handbook of
bereavement: Theory, research, and intervention*. Cambridge University Press.
- Shear MK. Grief and mourning gone awry: pathway and course of
complicated grief. *Dialogues Clin Neurosci*. 2012; 14 (2): 119-128.
- Silamani, A. (2015). Utilidad y tipos de revisión de literatura. *Ene*, 9(2).
- Tacchino, E. H. (2010). Anemia fetal y manejo. *Revista peruana de
ginecología y obstetricia*, 56(4), 279-283.

Tercero, R. P., & Navarra, D. D. L. E. V. (2010). Evolución y diagnóstico del duelo normal y patológico. *FMC*, 17(10), 656-63.

Ticona, R., & Huanco, A. (2005). Mortalidad perinatal hospitalaria en el Perú: factores de riesgo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 70(5), 313-317.

Tizón JL, San José J, Nadal D. Duelo en: Protocolos y programas para la atención primaria en salud mental. Vol I. Barcelona: Herder, 1997; pp. 155-64.

Toro-Bermúdez, J. I., Mesa, L., & Quintero, J. F. (2017). Prácticas de atención a la familia en duelo ante la muerte del neonato en la unidad de cuidado intensivo neonatal. *Revista Médicas UIS*, 30(3), 89-100

Tovar, J. (2007). Psicometría: tests psicométricos, confiabilidad y validez. *Psicología: Tópicos de actualidad*, 85-108.

Vargas Solano, R. E. (2003). Duelo y pérdida. *Medicina Legal de Costa Rica*, 20(2), 47-52.

Vedia, V. (2016). *Duelo patológico Factores de riesgo y protección*. Revista Digital de Medicina Psicosomática Y Psicoterapia. Sociedad Española De Medicina Psicosomática Y Psicoterapia, 6(2).

Ventura-Leon, J. L., Arancibia, M., & Madrid, E. (2017). La importancia de reportar la validez y confiabilidad en los instrumentos de medición: Comentarios a Arancibia et al. *Revista médica de Chile*, 145(7), 955-956.

Vilajoana Celaya, J. (2017). *Duelo anticipado en familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer y otras demencias*. Universitat de Barcelona, Barcelona.

Worden, J. W., Aparicio, Á., & Barberán, G. S. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.