



UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS

Maestría en Psicología Clínica

**Eficacia de la Metodología de las 15 tareas del duelo en madres
ecuatorianas que sufren pérdida perinatal**

Autora

María Gabriela Bravo Arriciaga

Docente

Carlos Burneo Garcés, PhD.

Resumen

Introducción. El duelo perinatal, producto de una muerte gestacional, posee algunas características que lo distinguen de otros tipos de duelo debido a que se trata de la muerte de un hijo, un suceso considerado como el más importante en la vida de un padre. Así mismo, se habla de la pérdida de una promesa de vida la cual viene cargada de esperanzas y expectativas vinculadas al nuevo bebé, incrementando la posibilidad de desarrollar un Duelo Complicado en quienes atraviesan una pérdida de este tipo. **Objetivo general.** El estudio busca demostrar la efectividad de una metodología específica en duelo perinatal en un grupo de madres ecuatorianas que atraviesan un duelo perinatal. **Método.** La muestra estuvo conformada por 40 mujeres que fueron atendidas en un centro de salud pública por una muerte perinatal y se aplicará un método de tipo deductivo debido a que parte del planteamiento de una constructo cualitativo. **Resultados.** Se estima que la Aplicación de Las 15 Tareas del Duelo en el grupo de madres que atraviesan un duelo perinatal, demuestre ser efectiva en la prevención del desarrollo de Duelo Complicado al notarse una disminución significativa en las puntuaciones de Ansiedad y Depresión después de la intervención. **Propuesta de intervención.** Con el objetivo de prevenir la aparición del Duelo Complicado o trastornos mentales que afecten a largo plazo el estado emocional de las madres que atraviesan una pérdida perinatal, se diseñó una propuesta de intervención basada en la Metodología de Las 15 Tareas del Duelo. **Discusión.** Esto sugiere la necesidad del desarrollo de programas de acompañamiento en duelo perinatal dirigido por profesionales especializados en salud mental y tanatología que ayuden al desarrollo sano de los procesos de duelo, considerando que estos deben ser personalizados, flexibles y adaptables a cada caso.

Palabras clave: Muerte perinatal, Duelo perinatal, Duelo complicado, Tareas del Duelo.



Abstract

Introduction. Perinatal grief, the result of a gestational death, has some characteristics that distinguish it from other types of grief because it involves the death of a child, an event considered the most important in a father's life. Likewise, it speaks of the loss of a promise of life which is loaded with hopes and expectations linked to the new baby, increasing the possibility of developing a Complicated Grief in those who go through a loss of this type. **General objective.** The study seeks to demonstrate the effectiveness of a specific methodology in perinatal bereavement in a group of Ecuadorian mothers who are going through perinatal grief. **Method.** The sample consisted of 40 women who were treated in a public health center for a perinatal death and a deductive method will be applied because it is based on a qualitative construct. **Results.** It is estimated that the application of the 15 Grief Tasks in the group of mothers who are going through perinatal grief will prove to be effective in preventing the development of Complicated Grief, noting a significant decrease in Anxiety and Depression scores after the intervention. **Proposal for intervention.** With the aim of preventing the onset of Complicated Grief or mental disorders that affect the emotional state of mothers going through a perinatal loss in the long term, an intervention proposal was designed based on the Methodology of the 15 Tasks of Grief. **Discussion.** This suggests the need for the development of perinatal bereavement accompaniment programs led by professionals specialized in mental health and thanatology that help the healthy development of grief processes, considering that these should be personalized, flexible and adaptable to each case.

Key words: Perinatal death, Perinatal grief, Complicated grief, Bereavement tasks.



Índice de contenidos

1. Introducción	6
1.1. Planteamiento del problema	8
1.2. Revisión de la literatura	8
2. Justificación y relevancia del tema	10
3. Pregunta de investigación	10
4. Objetivos	10
5. Marco teórico	11
6. Marco metodológico	24
6.1. Diseño del estudio	24
6.2. Contexto	25
6.3. Participantes y muestreo	25
6.4. Instrumentos	26
6.5. Procedimiento	29
6.6. Análisis de datos	30
6.7. Planificación de actividades	32
6.8. Reflexividad del investigador	32
6.9. Consideraciones éticas	34
6.10. Viabilidad	34
7. Resultados esperados	35
8. Propuesta de intervención	36
8.1. Nivel de intervención	36
8.2. Fundamentación	37
8.3. Descripción de la propuesta	39
8.4. Objetivos de la intervención	55
8.5. Población objetivo	55
8.6. Actividades de intervención	55
8.7. Recursos necesarios para implementar la intervención	57
8.8. Plan de evaluación de la intervención	57
8.9. Viabilidad	58
9. Discusión, conclusiones y recomendaciones	59
9.1. Implicaciones de los resultados esperados para la investigación y la práctica clínica	60
9.2. Limitaciones y fortalezas de la propuesta de investigación y de la propuesta de intervención	61
9.3. Conclusiones generales tras desarrollar la propuesta de investigación y la propuesta de intervención	62
9.4. Recomendaciones	62
10. Referencias	63



Índice de tablas

Tabla 1. Tipos de pérdidas perinatales	17
Tabla 2. Factores de riesgo del duelo perinatal	18
Tabla 3. Protocolo de entrevista	28
Tabla 4. Niveles e indicadores de Las 15 Tareas del Duelo	30
Tabla 5. Planificación de actividades por objetivo específico del proyecto de investigación	33
Tabla 6. Planificación de actividades por objetivo específico del plan de intervención	56
Tabla 7. Recursos necesarios para la implementación del plan de intervención	57

Índice de figuras

Figura 1. Niveles de Las 15 Tareas del duelo	22
Figura 2. Estructura de Las 15 Tareas del Duelo	42



1. Introducción

La vida de todo ser humano puede ser descrita como un conjunto de etapas o fases las cuales atravesamos a través del tiempo y en consecuencia vamos logrando una serie de hitos evolutivos. Este proceso universal es conocido como desarrollo del ciclo vital y diversos autores, como Papalia et al. (2013) concuerdan que, a pesar de que las etapas del desarrollo vital se basan principalmente en constructos sociales y culturales, este puede ser diferenciado en una secuencia de ocho etapas que comprenden cambios específicos a nivel físico, cognitivo y psicosocial. Este ciclo inicia desde la concepción y el nacimiento; la primera infancia; la niñez temprana y media, continua con la adolescencia seguida de la adultez temprana, media y tardía y finaliza con la muerte.

A pesar de que cada ciclo vital es diverso y este puede o no tener una meta específica trazada, lo cierto es que el desarrollo humano tiene como fin el enfrentarse a las condiciones internas y externas de vida con el objetivo de subsistir y atravesar todas las etapas mencionadas. Sin embargo, a causa de diferentes factores, no todos los individuos logran atravesar las mencionadas etapas y este proceso se ve abruptamente acortado en estadios tempranos del desarrollo y a consecuencia de esto, suelen aparecer afectaciones graves en el entorno del individuo fallecido, especialmente en personas cercanas como los progenitores.

Ahora bien, un panorama complejo se divisa cuando este deceso ocurre antes del nacimiento ya que, en el pensamiento tradicional, la muerte sucede una vez que hubo vida, por ende, ¿cómo se puede interpretar la muerte de un ser que, técnicamente, nunca nació? La muerte es una de las pocas certezas que todo ser vivo tiene. Esta circunstancia, que es definida como la “cesación o término de la vida” (Real Academia Española, s. f., definición 1), forma parte de todo lo que se considera que una vez tuvo vida.

El impacto de este suceso en la vida de los progenitores como detallan Oviedo-Soto et al. (2009) podría traducirse en una serie de afectaciones emocionales graves como sensaciones crónicas de vacío e inadecuación, sentimientos de desabrigo y el quebranto de la autoestima; es entonces que se comprende que la pérdida perinatal sea especialmente tan dolorosa y angustiante. Esta serie de expresiones somáticas y psíquicas aparecen comúnmente en el proceso de afrontamiento y aceptación de la muerte, lo que se conoce como duelo.

Es entonces que surge el duelo perinatal como producto de una muerte perinatal que posee algunas características particulares que lo hacen distinto de otro tipo de duelos debido a que se trata de la muerte de un hijo, un suceso considerado como el más importante en la vida

de un padre. Así mismo, se habla de la pérdida de una promesa de vida la cual venía cargada de esperanzas y expectativas vinculadas al nuevo bebé.

Según la evidencia revelada por Gaitán-Gómez et al., (2023), las manifestaciones físicas y emocionales que experimentan los padres que sufren una pérdida perinatal impiden el normal proceso de adaptación y resiliencia lo que produce una serie de consecuencias psicológicas que afectan el estado emocional de los padres.

El mismo autor refiere que las consecuencias que aparecen con mayor frecuencia posterior a una pérdida perinatal son la ira, tristeza, el estrés, la angustia y los conflictos interpersonales, así también pueden presentarse trastornos como la depresión, que aparece en el 64,2 % de los casos. Se reporta también la aparición de trastorno de estrés post traumático (TEPT) en 57,1 % de las veces. A pesar de que en ambos padres se presentan secuelas negativas como sentimientos de culpa, ansiedad, retraimiento y resentimiento; en la madre se ven acrecentados estos niveles de ansiedad, miedo e intranquilidad, lo que puede derivar en somatizaciones como aceleración del ritmo cardiaco, taquipnea, cansancio extremo, entre otros. Esto indicaría que la madre no solo se enfrenta a la pérdida de su hijo, sino a la frustración de su maternidad (Campbell-Jackson y Horsch, 2014; Gaitán-Gómez et al., 2023; Herz, 1984; López García de Madinabeitia, 2011).

Ante estas circunstancias críticas, se han desarrollado algunas intervenciones desde diferentes enfoques que buscan disminuir el agravamiento de las repercusiones psicológicas en la madre que detallan la importancia del acompañamiento temprano de los profesionales sanitarios durante el proceso de duelo (Asplin et al., 2014; Conry y Prinsloo, 2008; Costin y McMurrich, 2013; Flenady et al., 2014; Nordlund et al., 2012; Peters et al., 2015).

Algunos ejemplos de estas intervenciones son El Trabajo del Duelo de Freud (1917), Los Desafíos del Duelo de Neimeyer (1998), Las Tareas del duelo de Payás (2010), entre otros. Formando parte de la cronología evolutiva de las intervenciones terapéuticas del duelo, uno de los modelos más recientes y de los pocos de origen latinoamericano es la Metodología de Las 15 Tareas del Duelo de Hugo y Julián Castelblanco (2021).

La Metodología de Las 15 Tareas del Duelo, siendo una estrategia innovadora al parecer ha demostrado ser eficaz en el procesamiento adecuado de duelos complejos, como podrían ser duelos por muertes violentas, duelo por suicidio o duelos por desapariciones forzosas, ya que ha sido aplicado en diversos casos únicos y grupos para el manejo del duelo, los cuales no han



sido registrados como estudios formales y que podría ser efectiva en el tratamiento de duelos negados como el provocado por la muerte perinatal.

1.1. Planteamiento del problema

A pesar del impacto que genera el fallecimiento de un hijo en etapa gestacional en la madre, hay un vacío importante de estudios que aborden esta temática en el Ecuador, empezando porque no existen datos estadísticos precisos sobre las tasas de muerte perinatal. Esto reflejaría que no existe una visibilización acorde a la magnitud del problema que puede partir de concepciones culturales las cuales le restan importancia o niegan el sufrimiento psicológico de una madre que perdió un hijo antes de si quiera convivir con él por conceptos populares errados como que no se llega a generar un lazo afectivo antes del nacimiento, que esta pérdida puede reponerse rápidamente con un nuevo embarazo, entre otros.

En este sentido, cada año, a nivel mundial, nacen 4,3 millones de niños, de los cuales 3,3 millones mueren en la primera semana de vida (Ticona y Huanco, 2005). En países latinoamericanos como Perú, se determina que el 98 % de las muertes perinatales ocurren en países en vías de desarrollo.

Estudios más recientes, como el realizado por el Instituto Nacional de Salud de Colombia (2022) indican que en el año 2019 se registró una tasa de mortalidad neonatal para América Latina de 7,7 por cada 1 000 nacidos vivos lo que representa un grave problema de salud pública. Y bien, desde el panorama nacional, los últimos datos de las Gacetas Muerte Neonatal del Ministerio de Salud Pública (2022) revelan un total de 1.050 muertes neonatales anuales, ya sean precoces (que ocurre dentro de los primeros siete días de vida) o tardías (que ocurre después del séptimo día, pero antes de los 28 días completos de vida). Los datos descritos representan a una gran población afectada, no obstante, es el tipo de duelo menos estudiado y validado, en comparación al experimentado con otro tipo de pérdidas.

Se desconoce además de estudios que demuestren la efectividad de algún programa o intervención terapéutica especializada en duelo perinatal, los cuales son escasos a nivel mundial y a nivel de América Latina, mostrándose un entorno parecido en nuestro contexto ecuatoriano que está caracterizado por una cultura con un profundo temor y rechazo a la muerte; sumado a la escasa cultura de prevención.

1.2. Revisión de la literatura

El duelo perinatal representa una pérdida sobre todo simbólica de una promesa de vida que genera reacciones emocionales radicalmente diferentes a las experimentadas en un duelo



tradicional. Esta experiencia tiende a complejizarse debido a que los familiares y redes de apoyo tienden a guardar silencio con intenciones de no lastimar a los padres, lo que produce que vivan su duelo en soledad, esto sumado a que no existen rituales de despedida, claves en el proceso de duelo.

Intentando dar respuesta y visibilizar esta problemática, algunos investigadores han realizado estudios anteriores aplicando modelos psicológicos y programas varios. En su mayoría se han estudiado intervenciones que involucran adaptaciones de teorías reactivas del proceso de duelo, como las Etapas del Duelo de Kübler-Ross (1969) o procesos terapéuticos generales sin una visión tanatológica de la muerte y la pérdida.

A nivel hispano las investigaciones más recientes de intervenciones psicológicas en situaciones de duelo perinatal se enfocan en adaptaciones generales de teorías de aceptación a la muerte y con un enfoque más centrado en el trabajo del terapeuta, mas no en el del doliente.

Se han diseñado programas grupales e individuales de intervención enfocados en el análisis de factores de riesgo y protección que se centra en la potencialización de recursos psicológicos y el fortalecimiento del apoyo social de los dolientes. Así mismo, con una visión similar, pero desde un manejo individual se han estudiado las intervenciones terapéuticas integrativas de apoyo y acompañamiento y la expresión de emociones e indagación de la experiencia traumática (González y Pousa, 2019; Guerrero García, 2022; Zlotogwiazda, 2023).

Se podría resumir que la mayoría de los aportes relacionados con la elaboración del duelo perinatal representan prioritariamente un enfoque reactivo que contribuye a que los dolientes acepten esas emociones como frecuentes y en consecuencia son vistas como normales dentro del proceso que experimenta. Por otra parte, el enfoque de las etapas del duelo permite analizar la variabilidad y dinamismo del duelo dado que estas se presentan de manera diferente de acuerdo con los diversos factores que constituyen un proceso de duelo.

Asumiendo una actitud proactiva más que reactiva frente al proceso de duelo perinatal, surge la novedosa Metodología de las 15 Tareas del Duelo; propuesta desarrollada por Castelblanco et al. (2021) que se centra en asesoramiento y acompañamiento del quehacer del duelo con tareas extraídas del diario vivir y con las correspondientes decisiones para dar cumplimiento efectivo a una serie de tareas detalladas en tres niveles: SENTIR, COMPRENDER y TRASCENDER. Su propósito es demostrar que, mediante un proceso consciente y estructurado, el duelo no sólo se supera, sino que además se transforma en una experiencia de aprendizaje integral.



2. Justificación y relevancia del tema

Las altas tasas de muertes perinatales representarían un problema importante de salud pública que va más allá de las repercusiones físicas de la madre que atraviesa este tipo de sucesos. Desde el enfoque en la salud mental, la estabilidad emocional y psicológica se ve severamente afectada en la mencionada población la cual es invisibilizada y vulnerada por la atención inadecuada y en ocasiones negligente del sistema de salud pública y que requiere de una respuesta apremiante desde la investigación académica y científica que centre su enfoque en el entorno cultural latinoamericano y atienda las necesidades emocionales y psicosociales de las mujeres dolientes.

Si bien, se entiende que el duelo no es como un estado mental anómalo sino un proceso natural subsecuente a la pérdida de un ser querido, a una parte representativa de la población se le dificulta la correcta elaboración de este proceso precipuamente en casos de pérdidas perinatales considerando que es un duelo de mayor complejidad debido a factores culturales como la invisibilización o la negación de este duelo como legítimo, por lo que surge la necesidad de trabajar este proceso con la ayuda de alguna intervención terapéutica en torno al afrontamiento del duelo.

Allí radica la importancia de su estudio de las repercusiones emocionales en las madres de la muerte perinatal y aplicación estructurada de una metodología especializada en el duelo consecuente a este tipo de pérdidas.

3. Pregunta de investigación

¿Cuál es la eficacia de la aplicación de la Metodología de las 15 tareas del duelo en un grupo de madres ecuatorianas que atraviesan un duelo perinatal?

4. Objetivos

En función de lo mencionado en apartados anteriores el presente estudio plantea un objetivo general y tres objetivos específicos:

Objetivo General: Estudiar la eficacia de la aplicación de la Metodología de las 15 tareas del duelo en un grupo de madres ecuatorianas que atraviesan un duelo perinatal.

Objetivos Específicos.

- Identificar las características sociodemográficas y psicosociales de las madres que atraviesan un proceso de duelo perinatal.

- Determinar el estado emocional de las participantes y las características individuales del duelo por el que atraviesan las madres que sufrieron una pérdida perinatal.
- Aplicar la Metodología de las 15 tareas del duelo en un grupo de madres ecuatorianas que atraviesan un duelo perinatal.

5. Marco teórico

El presente trabajo de titulación abordará los temas relacionados a la muerte y duelo perinatal; se hará un breve repaso a las teorías básicas relacionadas a la muerte y el duelo desde los aportes de autores como Elizabeth Kübler-Ross (1969), John Bowlby, (1983), Alba Payás (2010) entre otros; por consiguiente se estudiarán las características de un duelo no autorizado y prolongado, y las consecuencias emocionales que este conlleva en mujeres quienes hayan atravesado este tipo de pérdidas y los factores de riesgo que podrían llevar a afectaciones emocionales severas que perturben la salud mental de las madres. Así también se busca estudiar la efectividad de la aplicación de la Metodología de las 15 Tareas del Duelo elaborada por Castelblanco et. al (2021) y como estas podrían facilitar el proceso del duelo de manera natural, previniendo el desarrollo de un duelo complicado.

5.1. Muerte perinatal

La Organización Mundial de la Salud (2004) define la muerte perinatal como el deceso del producto de un embarazo que se comprende desde las 22 semanas de gestación hasta los ocho días de nacimiento (muerte neonatal). Dicha entidad también refiere que, a nivel mundial, se producen alrededor de 2 millones de muertes prenatales, una cada 16 segundos (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Complementando la información descrita, Castán et al. (2020) describen algunas de las definiciones relacionadas a la muerte perinatal, como el aborto, siendo una interrupción del embarazo antes de que el producto sea viable, pesa menos de 500 gr o menos de 22 semanas de gestación. Puede distinguirse entre *aborto precoz*: cuando se produce por antes de las 12 semanas de gestación y *aborto tardío*: cuando se produce después de las 13 semanas de gestación. La muerte fetal, o el deceso del neonato antes de su expulsión del cuerpo de la madre, independientemente de las semanas de gestación, la cual puede ser *temprana* (muertes fetales desde la concepción hasta las 22 semanas de gestación, neonatos que pesan menos de 500 gr y/o que miden menos de 25 cm), *intermedia*, (muertes fetales desde las 22 semanas de gestación completas hasta las 28 semanas de gestación, es decir son neonatos fallecidos con un peso superior a 500 gr hasta 999 gr y/o una longitud de entre 25 y 34 cm.) y *tardía* (las muertes

fetales por encima de la semana 28 de embarazo, y que de forma práctica son neonatos que pesan más de 1000 g. y/o miden más de 35 cm). La muerte neonatal que sucede en primeras 4 semanas de vida (28 días) pudiendo ser *precoz* (deceso del neonato en la primera semana de vida o *tardía* (deceso del neonato entre los 7 días completos y los 28 primeros días de vida). La muerte perinatal, refiriéndose a los tipos de muerte fetal intermedia y tardía más la neonatal. Algunos autores suelen referirse desde las 22 o 28 semanas de gestación hasta el séptimo día o la cuarta semana de nacido, además de un criterio de al menos 500 gr o 1000 gr de peso.

5.2. Muerte perinatal en el Ecuador

Retomando los conceptos previamente descritos, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) (2023) establece que la muerte fetal es la muerte de un producto de la concepción, antes de la expulsión o su extracción completa del cuerpo de la gestante, independientemente de las semanas de embarazo. El deceso está indicado por el hecho de que después de la separación, el feto no presente algún signo vital, como respiración, latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

La misma entidad detalla en el registro estadístico de defunciones generales que el Ecuador presenta una tasa de mortalidad neonatal de 5,4 por cada 1.000 nacidos vivos (INEC, 2023b) Además de relevar otros datos relevantes como que en año 2022 se registraron 1.438 defunciones fetales más teniendo un aumento del 3,06 % con respecto al año 2021. También se determinó que la muerte fetal de causa no especificada es la primera causa de defunción fetal con 815 defunciones lo cual representa el 56.7 % del total de defunciones fetales, seguida por la hipoxia intrauterina no especificada con 371 defunciones. El 49,9 % del total de defunciones fetales provienen de mujeres entre 20 a 29 años y que el 18 % del total de defunciones fetales corresponden a semanas de gestación que van desde 36 a 38 semanas (INEC, 2023b).

5.3. Causas y factores de riesgo de la muerte perinatal

Las estadísticas descritas con anterioridad reflejan que la primera causa de muerte fetal es la no especificada, este dato incierto puede deberse a que es poco usual practicar una necropsia a los nonatos fallecidos, por lo que, a pesar de una evidente causa del deceso, esta no puede ser identificada con certeza.

Un estudio chileno realizado por Ovalle et al. (2005) determinó algunas de las principales causas de muerte fetal: 1) Hipoxia fetal extrínseca, incluye asfixia aguda y shock: que incluye patologías placentarias, patologías del cordón umbilical, enfermedades maternas,

causas no determinadas. 2) Anomalías congénitas. 3) Infecciones ascendentes. 4) Traumatismo del parto. 5) Hidrops fetal.

Estudios más recientes como los realizados en Perú por Jiménez y Ticona (2019) sobre mortalidad perinatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna concluyeron que algunas de las principales causas de la muerte perinatal identificadas son: síndrome de dificultad respiratoria (40,6 %), infecciones prenatales (15,5 %), malformaciones congénitas o cromosómicas (14,7 %) y asfixia neonatal (10,7 %).

Siguiendo la misma línea, un estudio realizado en el mismo país por Matos Cancho (2021) centrado en los factores de riesgo para muerte fetal intrauterina determinó en base a una extensa revisión de artículos científicos, que los principales factores obstétricos asociados a la muerte fetal intrauterina fueron: la preeclampsia (29 %), malformaciones congénitas (22 %), Infecciones (19%), diabetes mellitus (7 %), asfixia fetal (7 %), anemia (4 %), antecedentes de muerte fetal (4 %) y ausencia de control prenatal (4 %).

A pesar de que existe un gran número de estudios y datos estadísticos relacionados con la muerte perinatal, se suele dejar de lado el aspecto emocional de los padres que atraviesan estas pérdidas por lo que se ven obligados a travesar su dolor en silencio y lejos de sus redes de apoyo, lo que no sucede con otro tipo de pérdidas. Aragón Freire (2023) detalla que, a menudo, se trata a los mortinatos como seres que nunca existieron, lo que agrava la situación los sentimientos de culpa y vergüenza.

5.4. Duelo

Una vez detallado que es la muerte perinatal, es lógico comprender que esta genere un proceso de duelo, el cual es descrito según la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica (ASCO) (2019) como una respuesta emocional que se produce ante una pérdida. Esta reacción suele ser ocasionada por la muerte de un ser querido, por la ruptura de una relación, por la pérdida de un trabajo y en general por perder un elemento de apego y la posterior adaptación a esa ausencia.

Como todo proceso, el duelo implica cambios, crisis, adaptación y reorganización. Pero ¿acaso hay una forma de transitar el duelo sin dolor?, ¿cómo podemos identificar un duelo correctamente elaborado?, ¿qué podemos esperar al final de camino? Un duelo implica un cambio que se relaciona con la elaboración del duelo y se presenta en forma de nuevos esquemas de pensamiento, creencias y valores, en las relaciones intra e interpersonales y la espiritualidad, no obstante, estos cambios surgen de manera natural al producirse este proceso

de significación emocional y cognitiva, mas no de manera abrupta y forzada para disminuir la sintomatología y el dolor (Payás, 2010).

5.4.1. Las etapas del duelo

El duelo y su relación con la muerte es un concepto complicado de definir. El padre del psicoanálisis y pionero en el estudio del duelo, Sigmund Freud se refirió a este fenómeno en su texto *Duelo y Melancolía* (1917) como “una reacción frente a la pérdida de una persona amada, o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.”. Concepto reforzados por Lindemann (1944) quien identifica algunas de las etapas del duelo como a) Shock/incrédulidad, b) Aflicción aguda, c) Reanudación de la vida diaria y d) Disminución de la imagen del familiar que ha muerto.

Considerada como una de las autoras más divulgadas sobre las etapas del duelo, Elizabeth Kübler-Ross en su texto *Sobre la muerte y los moribundos* (1969) expone por primera vez su modelo sobre “Las 5 etapas del duelo”. Esta y otras obras fueron las bases de los cuidados paliativos modernos, cuyo objetivo son que el enfermo afronte la muerte con serenidad, alegría y dignidad.

Esta autora interpreta las etapas del duelo comparándolos con 5 sentimientos o emociones que la mayoría de las personas experimentan frente a una pérdida: *Negación* (reacción que se produce normalmente, aunque no necesariamente, durante el primer tiempo después de la pérdida. Se puede manifestar a través de expresiones como: “no lo puedo creer” o de actitudes de aparente fortaleza emocional); *Ira* (usualmente es el proceso posterior a la negación se manifiesta a través de la ira. Estos sentimientos de impotencia y frustración pueden terminar en expresiones de culpa que impide avanzar en su proceso de duelo); *Negociación* (primer encuentro con la realidad donde se comienzan a explorar posibilidades para revertir la situación. Es común preguntarse ¿qué habría pasado si...? o pensar estrategias que habrían evitado el resultado final); *Depresión* (“pena” o “tristeza” ante la imposibilidad de un de un resultado diferente al de enfrentarse a la realidad) y *Aceptación* (es el reestablecimiento de una relación emocional tranquila con el ser querido que permita continuar al doliente con la vida) (Kübler-Ross, 1969).

Otros autores, como John Bowlby (1983) también han identificado algunas etapas características de este proceso, en su obra *La pérdida afectiva: tristeza y depresión* se describen cuatro etapas de un duelo elaborado: *Inicio o Etapa de impacto* (ocurre en los momentos iniciales de la pérdida. Se caracteriza por una reacción emocional intensa y poca conciencia del

suceso); *Etapa de anhelo y búsqueda* (suele durar de semanas a meses, se caracteriza por estados de tristeza, aislamiento e irritabilidad); *Etapa de desesperanza* (Existe una mayor conciencia de la pérdida y se caracteriza por una tristeza profunda, aplanamiento afectivo y desinterés, los sentimientos de culpa se intensifican) y *Final o etapa de reorganización* (se produce luego de seis meses o un año aproximadamente, el individuo ha retomado su vida normal, se recuerda al fallecido con mayor calma y esto marca el final del duelo).

5.4.2. Tipos de duelo

Existen distintos tipos de pérdidas con reacciones particulares, por consiguiente, el duelo también se vive de manera diferente en cada individuo. No obstante, se ha logrado identificar algunas características comunes que hacen posible la clasificación de las distintas formas de vivir el duelo.

Cabe mencionar a Cabodevilla (2007) quien identificó los tipos de duelo más comunes, empezando por el duelo normal, el cual se experimenta con mayor frecuencia y que se caracteriza por una serie de síntomas como: aturdimiento y perplejidad ante la pérdida, dolor y malestar, alteraciones en el apetito, peso, sueño, dificultad para concentrarse, sentimientos de culpa, rabia, ilusiones y alucinaciones con respecto al fallecido, entre otras, tendiendo a disminuir la duración e intensidad de los síntomas en un tiempo acorde.

El duelo anticipatorio que comprende una forma de adaptación previa a una pérdida que aún no ha sucedido, pero que está próxima a suceder. Es común en familiares de personas con enfermedades terminales.

Respecto al duelo crónico, entendido como la prolongación excesiva de este y que puede arrastrarse por años, por ende, el dolor no disminuye y el sujeto parece incapaz de rehacer su vida, girándola en torno a la pérdida.

Otro tipo de duelo a resaltar es el duelo retardado, caracterizado por un aplanamiento afectivo al inicio de la pérdida, donde parece ser incapaz de expresar las emociones normales como dolor, ira, tristeza, etc. y de reaccionar ante la pérdida, semejante al duelo enmascarado en el cual el dolor de la pérdida se muestra en forma de somatizaciones y afectaciones físicas frecuentes.

Algunos de los duelos con un pronóstico más complejo de evolución son el duelo ambiguo, el cual sucede cuando el ser querido está físicamente ausente pero psicológicamente presente (por ejemplo, en casos de desapariciones o desastres donde no hay un cuerpo presente), o físicamente presente pero psicológicamente ausente (como es el caso de demencias

avanzadas, con daño cerebral o personas en estado de coma) generando una mayor sensación de ansiedad y finalmente, el duelo ignorado o desautorizado, que ocurre cuando la pérdida no es socialmente relevante, por lo que no le es permitida la expresión de sentimientos y se evidencia una falta de reconocimiento y apoyo.

5.5. Duelo perinatal

Blázquez García, (2015) en su texto *Abrazar la muerte cuando se espera la vida* refiere que cuando esperar la llegada de un hijo es igual a esperar la llegada de la vida. Pues, son muy pocos los bebés que nacen sin vida (p. 3). Este corto extracto representa el dolor que acompaña una pérdida perinatal y impacto emocional y físico de relevancia en la vida de los padres que atraviesan esta dura vivencia que esta conlleva.

Camacho Ávila, (2020) con relación a la evolución del duelo perinatal, refiere que hace aproximadamente un siglo de antelación, el duelo perinatal era tratado como una novedad que debía olvidarse. Tanto era así que los padres no tenían permitido ver los restos de su hijo, así también se menciona que era usual sedar a la madre durante el procedimiento y, una vez que despierta, el cuerpo de su hijo había desaparecido.

Ante este trato deshumanizante, surgieron los primeros estudios acerca del duelo perinatal en el siglo XX, uno de ellos fue el realizado por Lindemann (1944) quién describió algunos de los síntomas físicos, el funcionamiento psicológico y los cambios de comportamiento que se suscitan en los padres que atraviesan este tipo de pérdidas, complementando esta información surgen las investigaciones de Deutsch (1945) enfocadas en el malestar emocional de las madres posterior a una pérdida neonatal. Estudios más profundos como los realizados por Kennell et al. (1970) concluían que las madres participantes del estudio presentaba dificultades en al menos tres de las seis áreas, al tiempo que todas manifestaban tristeza y preocupación con pensamientos frecuentes relativos a la pérdida de su hijo.

5.5.1. Tipos de pérdidas perinatales

López García de Madinabeitia, (2011) recopila un conjunto de conceptos basados en la revisión de literatura científica los tipos de pérdidas perinatales, (Ver Tabla 1).

5.5.2. Características del duelo perinatal

En este sentido, Camacho Ávila (2020) reconoce la complejidad a la hora de comprender el duelo perinatal, el cual se extiende desde que los padres reciben la noticia hasta las subsiguientes consecuencias a corto y largo plazo.

Tabla 1.

Tipos de pérdidas perinatales

Tipo de pérdida	Concepto	Implicaciones del duelo
<i>Aborto espontáneo</i>	Terminación natural del embarazo antes de que el feto sea viable. Se estima que entre el 15 y el 25% de los embarazos terminan en aborto, la mayoría de los casos antes de las 12 semanas de gestación.	Sentimientos de ineficacia. La mujer se siente traicionada por su propio cuerpo. Sentimientos de Autorreproche, culpabilidad. Disminución del deseo sexual. Tendencia a disimular como si nada hubiera ocurrido.
<i>Aborto voluntario</i>	Terminación del embarazo por voluntad propia.	Manifestaciones parecidas al del aborto espontáneo o mortinatos. El secretismo en el entorno social es aún mayor.
<i>Interrupción voluntaria de embarazo por problemas del feto o amenaza para la salud materna</i>	La pérdida se produce cuando los padres saben que el feto porta alguna malformación o enfermedad.	Sentimientos de culpa y vergüenza. Pensamiento dicotómico relacionado al ver la terminación del embarazo como un acto de amor o como un asesinato. Sentimiento de haber perdido la oportunidad de ser madre.
<i>Reducción selectiva en embarazos múltiples</i>	Sucedan con más frecuencia en embarazos producto de técnicas de fertilidad, por lo que suele estar relacionado con un historial de pérdidas anteriores. Si la supervivencia de todos los fetos es inviable se practica una reducción entre las semanas 10 y 12, por inyección letal.	Si bien las consecuencias psicológicas en los padres y los hijos sobrevivientes no se han estudiado a profundidad, las emociones más frecuentes que se presentan son la pena y el dolor producto de incomprensión y soledad pues la mayoría tiende a guardar lo ocurrido en secreto, sin dar explicaciones a su entorno para evitar los juicios. Un tercio de los padres presentan una depresión moderada, y muchas mujeres recuerdan la intervención como atemorizante, muy estresante y causante de dolor emocional.
<i>La pérdida por feto muerto intraútero, intraparto (mortinato)</i>	La muerte fetal, ya sea intraútero o en el parto.	Representa pérdidas importantes que desencadena varios estresores, como: el bebé ansiado, el momento de convertirse en padre o madre, el rol de padre o madre si es el primer hijo, la inocencia respecto al embarazo y parto, el derecho a mencionar ese hijo en ciertos lugares.
<i>Pérdida en embarazos múltiples</i>	La muerte de uno o varios fetos de un mismo embarazo. La mortalidad perinatal en embarazos múltiples es 7- 8 veces superior a la del embarazo único.	La madre lleva una carga emocional importante al llevar en su vientre un hijo vivo y uno muerto. Aparecen sentimientos divididos entre la pena por el bebé perdido y la alegría por el superviviente, que se convierte en un recuerdo constante de lo que podría haber sido el otro bebé.
<i>La pérdida del neonato</i>	Muerte del neonato inesperada o anticipadamente durante el parto o en las primeras horas o días de vida del neonato.	Suele considerarse como un duelo anticipado, aparecen ideas ambivalentes entre el apego al bebé enfermo y el temor a que no logre sobrevivir. Se suele manifestar una distancia emocional e incluso física del bebé. La situación es puede llegar al punto de desear que el bebé muera y así acabar con el sufrimiento de todos, lo que desencadena sentimiento de culpa.

Fuente: López García de Madinabeitia (2011)

De acuerdo a Mander (2007) algunas de las características del duelo perinatal que lo diferencian de otros duelos son que al ser un tipo de pérdida más simbólica que real y sumado a esa interrelación entre el nacimiento, la muerte y lo inesperado del suceso, puede provocar reacciones varias como estado de shock, insensibilidad, aturdimiento y dificultades para funcionar con normalidad, irritabilidad, labilidad y sentimientos de culpa, sensación de vacío y desamparo, entre otras. Es usual que los padres no sientan permitido vivir su dolor ante las expresiones como “ya lo superarán”, “la vida continúa”, “pronto tendrán otro hijo”, etc.

Al tener características distintivas, se comprende que existan distintos modos de afrontar el duelo perinatal, Knapp, (1986) distingue seis de las modalidades que se presentan con mayor frecuencia: 1. No olvidar nunca al hijo, reivindicando su existencia, frente a la presión del entorno para que sea olvidado; 2. El deseo estar unidos en la muerte con el hijo; 3. La revitalización de creencias religiosas, buscando un significado a la pérdida; 4. El cambio de los valores vitales, dando mayor importancia a los detalles más cotidianos; 5. Aumento de tolerancia, empatía comprensión del sufrimiento de otros y 6. El prolongamiento del duelo, caracterizado por un dolor crónico que se arrastra a través de los años.

5.5.3. Factores de riesgo

Parkes (1998) enlista una serie de factores de riesgo que pueden interferir en la dificultad de la elaboración normal del duelo perinatal (Ver Tabla 2).

Tabla 2.

Factores de riesgo del duelo perinatal

Factores de riesgo asociados a la aparición de SDP en duelo perinatal

- Psicopatología previa.
- No tener otros hijos.
- No tener familia o apoyo social.
- Desconocer de las causas de la muerte que le pueda dar explicaciones para lo sucedido.
- Pérdidas recurrentes anteriores.
- Episodios actuales de depresión clínica.
- No tener una pareja estable.
- Otros problemas vitales importantes.

Fuente: Parkes (1998)

La complejidad de este tipo de pérdidas se refleja en la falta de apoyo social tangible, considerándolo un duelo desautorizado, por lo que tiene más probabilidades de transformarse

en un Síndrome de Duelo Prolongado, especialmente cuando no existió un acompañamiento profesional especializado.

A modo de prevención, entonces, se debe de tener presente algunas implicaciones relacionadas al duelo perinatal que se relaciona con aspectos centrales del proceso de la muerte perinatal, como el proceso de concepción y gestación, el estado de la pareja y la relación con la red de apoyo, albergar dentro de sí su bebé sin vida y el tiempo que lo lleve en su vientre, el estado de salud de la madre, cómo fue abordada la noticia y la información completa del proceso como tal, cómo es el trabajo de parto de un bebé sin vida o moribundo, el dolor por la pérdida y la etapa del postparto (cambios hormonales, bajada de la leche, recuperación del parto cesárea) (Parkes, 1998).

5.5.4. Consecuencias del duelo perinatal

La información recopilada por Camacho Ávila (2020) acerca de cómo el duelo perinatal afecta las esferas biológica, psicológica, social y espiritual de los padres indica que, respecto a la esfera biológica se han registrado el desarrollo de patologías como falta o ausencia de apetito, trastornos del sueño (terrores nocturnos, pesadillas o insomnio de conciliación o de mantenimiento), un incremento de enfermedades crónicas y una disminución general de la calidad de vida.

En cuanto a la esfera psicológica se evidencia la aparición de trastornos del estado de ánimo, principalmente depresión y distimia, acompañado de sintomatología riesgo e ideación suicida, aplanamiento afectivo, entre otros; también trastornos de ansiedad y síndrome de estrés postraumático y abuso de sustancias. Es usual que en la madre aparezcan sentimientos que causan sufrimiento, como sentirse traicionada por su propio cuerpo, aparecen emociones como rabia de tener que sustituir un acto que debería haber sido alegre por otro traumático, sentimientos de vulnerabilidad y pérdida de control.

Las afectación del área social se centran en el ámbito familiar, como los cambios en la dinámica familiar. Cuando existen hermanos mayores, se pueden desarrollar estilos de crianza inadecuados, como estilos sobreprotectores o negligentes, consecuencia de un distanciamiento emocional y el sufrimiento de los progenitores. En los hermanos, también suelen aparecer sentimientos de culpabilidad, ansiedad y miedo, además que, en niños más pequeños, estos no llegan a comprender la muerte de su hermano tan esperado. La relación de los cónyuges también se ve sacudida por la muerte de su hijo aumentando de los conflictos y al distanciamiento de las parejas, en la madre aparece la sensación de haber decepcionado a su

pareja. Con relación al entorno social, se evidencia aislamiento, una percepción de disminución del apoyo social; se suele sentir envidia hacia las mujeres que han culminado el embarazo con éxito (Camacho Ávila, 2020).

Todavía más, se suman otras consecuencias que aparecen con mayor frecuencia como lo son la ira, la tristeza, el estrés, la angustia y los conflictos interpersonales. Trastornos del estado de ánimo, como la depresión aparece en el 64,2 % de los casos, también se reportó la aparición de trastorno de estrés post traumático (TEPT) en 57,1 % de las veces. A pesar de que en la pareja se presentan consecuencias negativas como sentimientos de culpa, ansiedad, aislamiento y resentimiento; en la mujer se ven acrecentados los niveles de ansiedad, miedo y preocupación, lo que puede derivar en somatizaciones como taquicardia, taquipnea, fatiga, entre otros (Gaitán-Gómez et al., 2023).

5.6. Métodos e intervenciones psicológicas ante el duelo perinatal

Se han desarrollado diversas metodologías desde diferentes enfoques para trabajar el duelo perinatal y prevenir el desarrollo de un duelo complicado, algunos mediante adaptaciones de las teorías más populares para el manejo de las pérdidas, por ejemplo, el trabajo del duelo, las fases del duelo, los desafíos del duelo o entre otros.

Lorite Martínez (2023) realizó una revisión sistemática de diversas intervenciones psicológicas para afrontar el duelo perinatal con el fin de estudiar la eficacia de los tratamientos y sus características. En dicho estudio se condensó la información fundamental de algunos de los tratamientos terapéuticos aplicados y diseñados enfocados en casos de pérdidas perinatales.

Dentro de los tratamientos estudiados se encuentra la Terapia Cognitivo – Conductual como uno de los tratamientos más simples, eficientes y eficaces de trastornos emocionales. El estudio realizado por Bennett et al. (2012) determinó que si bien este es un enfoque de amplio alcance y flexibilidad, se requiere de mayor investigación, especialmente en mujeres. Así mismo se cita el análisis realizado por Duman et al. (2022) acerca de la técnica de Relajamiento Muscular Profunda de Jacobson empleada en el control del estrés y la ansiedad en mujeres embarazadas con antecedentes de pérdida perinatal.

Como parte de las intervenciones grupales, Davidson y Letherby (2014) sugieren un tratamiento *on line* del duelo mediante grupos de apoyo, y la Terapia Interpersonal estudiada por Johnson et al. (2022) y enfocada en la función de las relaciones sociales y la optimización de la comunicación para tener una mejor relación con las personas de su entorno dando como

resultado la reducción del tiempo de recuperación en el trastorno de depresión mayor, la reducción de los síntomas depresivos y los de TEPT relacionados con el duelo perinatal.

Desde perspectivas más actuales, surgen los aportes de Payás (2010) quién propone un modelo integrativo con aportes de diferentes corrientes y teorías psicológicas, como la neuropsicología, la teoría del estrés y el trauma, las creencias nucleares y el crecimiento posterior al trauma. Este modelo identifica un conjunto de tareas y necesidades fundamentales que cumple el doliente de manera secuencial para una transición saludable del duelo, basada en la teoría de las etapas del duelo de John Bowlby, esta vez desde un enfoque más proactivo para alcanzar un pleno desarrollo del duelo (Bowlby, 1983; Payás, 2010).

5.7. Metodología de Las 15 Tareas del Duelo

Los modelos y estrategias anteriores se muestran como antecedentes a la metodología psicoterapéutica en la que se centra el presente estudio.

A partir de la muerte violenta del hijo mayor de Hugo y Beatriz y hermano de Julián, la familia Castelblanco libraron una lucha amarga en búsqueda de la superación del dolor, logrando el inicio de un camino de Aceptación, Comprensión y Transición del duelo, surgiendo el programa *Cuando el duelo pregunta* que consiente en la creación de grupos de apoyo de personas que han experimentado la pérdida de un ser querido y es allí donde nace la Metodología de Las 15 Tareas del duelo.

Con una trayectoria de 30 años de experiencia en el manejo grupal del duelo y con presencia en países como Colombia, Puerto Rico y Ecuador, los autores de la metodología mencionada han desarrollado un número importante de certificaciones internacionales enfocadas en estrategias terapéuticas, manejo de grupos de acompañamiento y comunicación efectiva en procesos de duelo perinatal, duelo por suicidio y duelo en niños y adolescentes (Castelblanco et al., 2022).

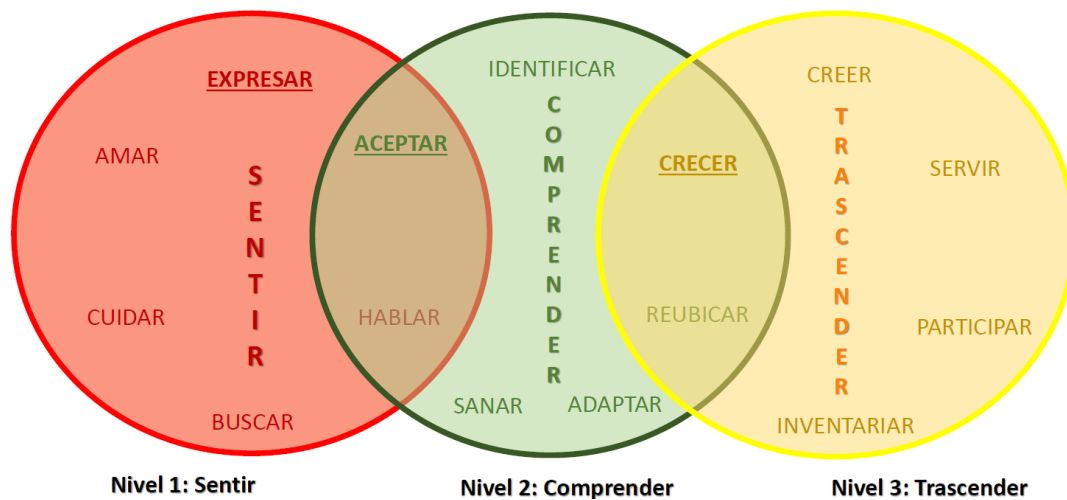
De orientación sistémica, con un enfoque terapéutico Cognitivo – Conductual y con aplicaciones desde la Logoterapia, Castelblanco et al. (2021) en su texto *Las 15 Tareas del Duelo* presenta una propuesta de trabajo del duelo desarrollada en Colombia que contempla la cosmovisión latinoamericana y se muestra como un camino práctico, realista, afectivo y fácilmente comprensible para todas aquellas personas que se encuentran atravesando un proceso de duelo por la pérdida de un ser querido. Esta metodología establece un trabajo entre el y el dueloista que comprende una serie de TAREAS, con las respectivas DECISIONES que, en conjunto de los protocolos necesarios (perfil del dueloista, objetivo y beneficios del trabajo,

manejo de objeciones, trabajar las decisiones, indicadores de seguimiento.), lograrían un acompañamiento afectivo y efectivo del proceso del duelo perinatal.

La estructura de la metodología de las 15 tareas del duelo se centra en tres niveles (Ver Figura 1): SENTIR, COMPRENDER y TRASCENDER, en las cuales se trabaja con cinco tareas cada nivel, con barreras por identificar y decisiones por tomar por cada tarea.

Figura 1.

Niveles de Las 15 Tareas del Duelo



Fuente: Castelblanco et al. (2021).

El Primer nivel, denominado como *Sentir* se compone de las tareas expresar, amar, cuidar, buscar, hablar. El dilema central de este nivel es ¿Qué debo hacer con este dolor? Los objetivos esperados son que el dueloista pueda expresar el dolor honesta y dignamente, permitirse amar, evitar el aislamiento, sea capaz de verbalizar sus emociones, cuidarse, buscar ayuda y hablar proactivamente.

El segundo nivel, denominado como *Comprender* se compone de las tareas aceptar, identificar, sanar, adaptar, reubicar. El dilema central de este nivel es ¿Por qué este dolor?, ¿por qué a mí? Los objetivos de este nivel son comprender la realidad de la pérdida y que esta requiere de un duelo, sanar los sentimientos destructivos, adaptarse a nuevos entornos y roles para poder reubicarse en ellos.

El tercer nivel, denominado como *Trascender* se compone de las tareas crecer, servir, crear, participar, agradecer. El dilema central de este nivel es ¿Para qué este dolor? Los objetivos por alcanzar son crecer para adquirir un nuevo sentido de vida, fortalecer las creencias



en el aquí y el ahora, el compromiso de servir y ser solidarios, participar en la vida con plena conciencia y agradecer el logro de un crecimiento integral (Castelblanco, 2021).

Cada tarea es dirigida por el acompañante (terapeuta) quien logra generar *rapport* con el dueloista mediante el estrategias comunicativas y de apertura, como la escucha activa, afectiva y efectiva, debe también saber identificar las emociones y pensamientos inadecuados del dueloista para acompañarlo en el proceso de reestructuración de estos, motivar la realización de la tarea mediante la toma de decisiones, identificar y superar posibles barreras y seguir el cumplimiento de cada tarea, o reforzar si es el caso, los principios claves de la metodología.

Finalmente, se debe tener presente los principios espirituales de la metodología propuesta que debe seguir el acompañante en sintonía con el dueloista, empezando por comprender que cada duelo es diferente y su elaboración es personal. Sólo de manera excepcional requiere de la ayuda de un profesional especializado. Generalmente el trabajo de duelo puede ser compartido con otras personas que han enfrentado situaciones similares y han decidido superarlas y aprender de ellas.

El acompañamiento y la asesoría deben ser realizados por personas certificadas que ayuden a orientar el trabajo de la tareas. Aunque el duelo es un evento natural e individual, el hecho de que el dueloista acceda a nuestro trabajo de acompañamiento, nos compromete a realizarlo de manera afectiva, efectiva, armoniosa y coherente, libre de las superficialidades que abundan en el eclecticismo teórico que está presente en algunos métodos.

Elaborar un duelo supone un trabajo complejo y estructurado, es un reto que el dueloista participe libremente en la medida en que pueda ir obteniendo resultados favorables. No tiene sentido asumir ante él una actitud pasiva que podría contribuir a prolongar el dolor, como bien lo sabe el tanatólogo. La misión del acompañante exige escucha activa para lograr integrarse al sentir del dueloista, además de una permanente apertura y flexibilidad para “desaprender” todas aquellas concepciones surgidas de la improvisación.

El dolor del duelo por la muerte de un ser querido no es una experiencia que deba experimentar el doliente por el resto de su vida, se entiende que laborar el duelo no es “acostumbrarse al dolor”, sino “trascender el dolor”, es decir, valerse de esta experiencia para aprender de ella y alcanzar un mayor nivel de madurez emocional e inteligencia social que le dé un nuevo y mejor sentido a su vida.

El terapeuta o acompañante debe recopilar mediante una charla informal la mayor información del dueloista previa al proceso de intervención. No exige el rigor de una historia

clínica, dado que no se pretende diagnosticar patologías sino conocer mediante la elaboración del “Perfil del Duelista”, las circunstancias de la pérdida, características, relaciones e ideologías del duelo para hacer un uso efectivo de la comunicación y prever o identificar posibles complicaciones (H. Castelblanco, 2021).

Es de vital importancia mencionar que a pesar de que se trata de una propuesta muy joven y que no existan datos públicos de la efectividad de la aplicación de esta metodología en duelo perinatal o de otra naturaleza, esta ha sido aplicada en casos puntuales con fines terapéuticos, mas no investigativos. La promoción y elaboración de los textos, guías, certificaciones y demás herramientas a utilizar han sido realizadas de manera independiente por parte de los autores, por lo tanto, el presente estudio sería uno de los primeros en poner a prueba esta metodología de manera formal en una población en específico.

6. Marco metodológico

El marco metodológico del presente estudio tiene como finalidad detallar el modo en cómo se llevará a cabo la investigación. Con el objetivo de facilitar la comprensión, se ha dividido en los siguientes subapartados: diseño de estudio, contexto, participantes y muestreo, instrumentos, procedimiento, análisis de datos, planificación de actividades, reflexividad de la autora, consideraciones éticas y viabilidad.

6.1. Diseño del estudio

Enfoque. El presente estudio se desarrollará con un enfoque de investigación cuantitativo. En este sentido, se incluirá un grupo experimental y un grupo control para el análisis de las variables cuyo proceso de selección se realizará mediante la técnica de muestreo por conveniencia y se asignarán los participantes a los grupos al azar.

El proceso de recolección de datos se realizará mediante la aplicación de escalas y baterías psicológicas objetivas que pretenden medir la posible presencia de síntomas relacionados a trastornos mentales como la depresión, la ansiedad y la presencia del duelo complicado, mismos que se presentan con frecuencia en casos de madres que atraviesan un duelo perinatal. Sumado a ello, se aplicarán los protocolos de recolección de datos propios de la Metodología de Las 15 Tareas del Duelo, específicamente el perfil del dueloista, el cual es un instrumento de entrevista informal con preguntas abiertas y cerradas; además del análisis de las decisiones que cada participante deberá alcanzar en conjunto a los indicadores de seguimiento. Los instrumentos mencionados se aplicarán a ambos grupo de participantes, tanto

al grupo experimental como al grupo de control, con la diferencia que el grupo de control no será expuesto a la intervención experimental.

El método por aplicar es de tipo deductivo y de corte transversal a causa de que parte del planteamiento de una problemática particular donde se propondrá una serie de hipótesis relacionadas y se recopilarán los datos en un corto periodo de tiempo, tanto al inicio como al final de la investigación.

Alcance. La investigación corresponderá a un alcance explicativo ya que pretende estudiar los efectos de una metodología o tratamiento específico (variable independiente) en la salud mental de las madres que atraviesan un duelo perinatal (variable dependiente).

Diseño. El diseño de la investigación será cuasiexperimental debido a que los grupos de estudio se seleccionarán de manera previa y no se contará con un elevado rigor metodológico en el estudio en el muestreo. (Hernández Sampieri et al., 2014).

6.2. Contexto

El estudio se realizará con un grupo de madres que sufrieron pérdidas perinatales en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo. El establecimiento de salud pertenece al Ministerio de Salud Pública (MSP), un hospital básico de segundo nivel ubicado en la Provincia de Los Ríos, región Costa perteneciente al Distrito 12D03. Los pacientes atendidos en esta unidad de salud, en su mayoría son oriundos de la ciudad de Quevedo, no obstante, es frecuente la visita de personas de cantones y parroquias rurales aledañas, tal como Buena Fe, San Carlos, La Esperanza, Valencia, Mocache, El Empalme, Quinsaloma, La Maná, Los Ángeles, Fumisa, entre otros. Por lo tanto, es una población local con características heterogéneas, usualmente perteneciente a la clase media – baja o de escasos recursos económicos. Se considera pertinente, por lo tanto, tomar en cuenta el difícil acceso a un sistema de salud de calidad, especialmente relacionado a la salud mental.

Según las gacetas de muerte neonatal publicadas por el MSP en el año 2022 indican que en la provincia de los Ríos se presentaron 28 casos de MNN (Muerte neonatal), de los cuales 11 sucedieron en el H. Sagrado Corazón de Jesús (Vinueza, 2022). Por lo que se considera un lugar idóneo para el desarrollo de la investigación y posterior aplicación del programa de intervención.

6.3. Participantes y muestreo



Se trabajará con un grupo de madres que fueron atendidas por muertes perinatales en el presente año ya sea por el área de emergencia obstétrica, sala de partos, sala de hospitalización de ginecología o consulta externa.

Se excluye a madres que han perdido a sus hijos después de los 28 días de vida, pues no se considera dentro de los tipos de muerte perinatal o neonatal y a madres que hayan atravesado estas pérdidas hace más de 3 meses de la fecha de inicio del estudio.

De todos los casos de muertes perinatales suscitados en dicho centro de salud, se tomará una muestra representativa de 40 participantes a través de un muestreo por conveniencia tanto para el grupo experimental como al grupo de control, ya que se trata de una población específica, tal es el caso de madres que hayan atravesado una pérdida perinatal hace no más de tres meses del inicio del estudio.

Criterios de inclusión:

Como criterios de inclusión, se detallan:

- Tener entre 20 a 30 años.
- Personas de sexo femenino
- Pacientes que hayan atravesado una muerte perinatal.
- Haber sido atendidas en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús en el presente año.
- Firmar el consentimiento informado.

6.4. Instrumentos

Para la recolección de datos del presente estudio con relación a las características sociodemográficas, etapas del duelo, duelo complicado, ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático se aplicarán las siguientes baterías psicológicas:

Perfil del Duelista - Entrevista clínica (Castelblanco, 2021)

El presente instrumento realizado por Castelblanco (2021) tiene la particularidad de centrarse en la historia del duelo mediante una conversación informal para crear un ambiente de mayor proximidad y confianza entre el duelista y el acompañante. Esta herramienta tiene el objetivo de recolectar los datos sociodemográficos relevantes de cada participante, siendo estos: la edad, sexo, estado civil, lugar de procedencia, residencia, estatus económico, escolaridad, entre otros. Además de los datos personales del duelista, se solicita una síntesis de lo acontecido y se indagan varias esferas del proceso de duelo como la composición familiar y relacional del duelista, sus duelos anteriores y las consiguientes afecciones emocionales, sus

creencias religiosas o filosóficas, etc. Las entrevistas se realizarán en ambiente neutro y de tranquilidad, lo que facilite la expresión de sentimientos y el libre relato de las participantes. Por consiguiente, las intervenciones serán registradas en grabaciones de audio y video, con previa autorización escrita de las participantes. La estructura del protocolo de entrevista se detalla en la Tabla 3 Se estima un tiempo de aplicación de 20 minutos por participante. (Ver Tabla 3).

Inventario del Duelo Complicado (IDC) (Prigerson et al., 1995)

Siendo uno de los instrumentos de evaluación con mayor validación en el campo de las reacciones al duelo, de manera tal que su uso es el más extendido globalmente. Su adaptación en población colombiana realizada por Gamba-Collazos y Navia (2017) cumplió con el objetivo de evaluar los síntomas asociados al duelo diferenciando entre casos ‘normales’ y ‘complicados’ y que consta de una única escala de 19 ítems tipo Likert que evalúa la persistencia de cada síntoma con opciones de respuesta que van de 0 (*nunca*) a 4 (*siempre*). Según sus autores, el punto de corte que indica la presencia de Duelo Complicado es superior a 25 puntos. Esta adaptación mostró una alta consistencia interna ($\alpha=.941$), bastante cercana a la de la prueba original ($\alpha=.94$) Adicionalmente, el análisis de fiabilidad por ítems mostró correlaciones positivas de todos ellos con el instrumento completo indicando que contribuyen de manera similar a la confiabilidad del inventario. El índice de fiabilidad test-retest fue de $r=.9$ (Gamba-Collazos y Navia, 2017). La aplicación de esta prueba tarda entre 5 a 10 min aproximadamente por participante.

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) (Goldberg et al., 1988)

Escala de tipo screening que fue diseñada con el fin de detectar dos de los trastornos más comunes de atención primaria en salud mental: La ansiedad y la depresión. Esta está compuesta por dos subescalas (una para depresión y una para ansiedad) con 9 ítems cada una. El punto de corte en la subescala de Depresión es de 2 o más respuestas afirmativas, y respecto a la escala de ansiedad es de 4 o más respuestas afirmativas. La validez y fiabilidad de este instrumento se describe con valores como 83.1 % de sensibilidad, 81.8 % de especificidad y un valor predictivo positivo de 95.3 %. Las propiedades psicométricas de esta escala fueron analizadas en población ecuatoriana por Reivan-Ortiz et al. (2019) obteniendo los resultados según el test de especificidad de Bartlett de $\chi^2 = 947.8$ para la escala de ansiedad y $\chi^2 = 1248.0$ para la escala de depresión. Obteniendo un puntaje total de $df=36$ y $p<0.01$ en ambas escalas. Se estima un tiempo aproximado 3 a 4 minutos por participante.

Tabla 3.

Protocolo de entrevista

Fase de la Entrevista	Temas	Subtemas/Ejemplos de preguntas
Presentación y “Contrato comunicativo”	Presentación	Un cordial saludo, de antemano agradecerle por formar parte de este proceso y esperando que sea de provecho para ambas partes. Mi nombre es... y soy psicóloga de profesión y participo en un estudio sobre el estado emocional en madres que han sufrido pérdidas perinatales, el día de hoy soy su acompañante por lo que le voy a realizar unas preguntas relacionadas a este acontecimiento.
	Información y aspectos éticos	Necesitamos grabar la conversación. Sólo se utilizará para los fines de la investigación. Aseguramos la confidencialidad. Sólo tendrá acceso a ella la investigadora. La participación es voluntaria. En cualquier momento puede interrumpir o abandonar la entrevista. En la publicación no saldrán nombres, pudiendo emplearse seudónimos, iniciales o simplemente la palabra “Participante” seguida de un número.
	Consentimiento	Este puede ser expresado verbalmente o por escrito.
Desarrollo	Composición familiar y relacional del duelo	¿Cuáles son los miembros de su familia? ¿Su círculo cercano conocía del embarazo? ¿A quién considera como un apoyo esencial en este momento?
	Duelos anteriores	¿Podría mencionar cuál fue su última pérdida? ¿Cómo fue el proceso de esa pérdida que menciona?
	Afecciones emocionales del duelo	¿Ha experimentado cambios en su sueño o apetito? ¿Se ha sentido más cansada o fatigada últimamente? ¿Qué emociones ha experimentado con más frecuencia últimamente?
	Creencias religiosas o filosóficas del duelo	¿Es usted practicante de alguna religión? ¿Se considera una persona espiritual? ¿De qué modo sus creencias le han ayudado a transitar momentos difíciles?
Cierre	Pregunta final	¿Hay algo más que quiera añadir?
	Agradecimiento	Agradecer el tiempo que nos ha dedicado. Recordar que su testimonio nos será de mucha ayuda
	Ofrecimiento	Ponernos a su disposición por si necesitara algo de nosotros. Informar que cuando se publique el trabajo se lo haremos llegar.

Fuente: Elaboración propia.

6.5. Procedimiento

La ejecución del presente estudio está contemplada para ser realizada en el área de la salud pública, por lo que para llevarlo a cabo se requiere solicitar la autorización a las autoridades competentes del centro de salud de segundo nivel donde se pretende ejecutarlo. Una vez autorizado el proyecto, se realizará una reunión con el personal sanitario a cargo de las áreas de Ginecología y Obstetricia, quienes tendrán la labor de aceptar los casos por muerte perinatal y remitirlos a la investigadora.

Una vez captados los 40 casos estimados, se procede a separar al azar las participantes y asignar 20 participantes al grupo experimental y las 20 restantes al grupo de control. A las participantes de ambos grupos se les socializará manera individual por medios verbales y escritos el proceso a realizarse explicando la importancia de una intervención psicológica temprana y especializada en casos de duelo perinatal y se procede a solicitar la firma de los documentos de consentimiento informado.

Entretanto, se procederá a aplicar los instrumentos seleccionados correspondientes al pretest, siendo el IDC y el EADG a ambos grupos. El tiempo empleado en la aplicación de los reactivos es de 5 a 10 minutos para el IDC, 3 a 4 minutos para el EADG. Dando un total de 30 a 40 minutos incluyendo la socialización y aplicación de los instrumentos.

Se citará a las 20 madres que comprenden el grupo experimental de manera individual al consultorio de Psicología del Hospital para la entrevista clínica, es decir, la elaboración del perfil del duelo, tomando en cuenta que la información requerida debe recopilarse a manera informal, espontánea y personalizada, y no mediante un interrogatorio. Este proceso tendrá una duración aproximada de 20 minutos por participante.

Luego de la aplicación de los instrumentos de evaluación iniciales, se trabajará con la Metodología de Las 15 Tareas del Duelo únicamente con las 20 madres pertenecientes al grupo experimental, proceso dividido en 15 sesiones presenciales de 30 minutos cada una, donde se tratarán los tres niveles (SENTIR, COMPRENDER y TRASCENDER) (Ver Tabla 4) y se evaluarán los indicadores de cumplimiento de cada tarea.

Una vez finalizada la intervención con el grupo experimental, se administrarán los post test, siendo estos el Índice de Duelo Complicado (IDC) y la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) a ambos grupos participantes de manera inmediata en un primer momento y, posteriormente se realizará otra aplicación dentro de seis meses para analizar la consistencia de la efectividad en el tiempo de la metodología estudiada.

Tabla 4.

Niveles e indicadores de Las 15 Tareas del Duelo

Nivel	Tareas	Indicadores de cumplimiento
SENTIR	Expresar, amar, cuidar, buscar, hablar proactivamente.	¿Ha expresado que ha aprendido a llorar con esperanza? ¿Ha superado momentos de temor y soledad apoyándose en personas? ¿Hace ejercicio con regularidad o practica un deporte? ¿Expresa el deseo de encontrar una salida para el dolor que experimenta? ¿Comprende la influencia de las frases reactivas y reconoce el aporte del lenguaje proactivo? ¿Acepta la realidad de la muerte de su hijo y está dispuesto a procesar su duelo? ¿Ha identificado sentimientos de ira o temor hacia si mismo o hacia otros?
COMPRENDER	Aceptar, identificar, sanar, adaptar, reubicar.	¿Ha comprendido que albergar sentimientos y emociones negativas no aporta en ningún beneficio a la elaboración de su duelo? ¿Acepta que debe adquirir nuevas competencias para adaptarse a los nuevos roles a asumir? ¿Acepta que puede entablar una relación con su hijo diferente a la que tenía cuando estaba en su vientre? ¿Ha decidido perfeccionar alguna destreza o afición que siempre había deseado para su vida? ¿Ha comprendido el valor que tiene SERVIR en el proceso de elaboración de su duelo? ¿Comprende la importancia de elegir un referente que sea un ejemplo por seguir para la motivación y el fortalecimiento de sus creencias y valores?
TRASCENDER	Crecer, servir, creer, participar, agradecer.	¿Participa de manera activa, compartiendo sus vivencias con el grupo de ayuda al que ha decidido pertenecer? ¿Ha logrado fortalecer sus creencias y enfrentar sus miedos y debilidades con mayor madurez y tolerancia.?

Fuente: Castelblanco et al. (2021)

6.6. Análisis de datos

La información se recolectará mediante registros escritos y grabaciones audiovisuales de cada sesión, se estima un número aproximado de tres sesiones individuales y quince sesiones grupales con una duración aproximada de 1 hora y media por sesión. Por ende, se emplearán principalmente dos herramientas básicas: la entrevista semiestructurada y la observación, mismas que se aplican cuando del objeto de estudio no se puede observar de manera directa ya que se requieren perspectivas internas y más profundas de los participantes.

Se aplicará una entrevista semiestructurada de carácter subjetivo, a causa de que no se pretende comprobar la validez del acontecimiento, por el contrario se apunta a captar la perspectiva que las participantes tienen de este. El análisis de los datos se realiza a través de los relatos de las participantes intentando captar e interpretar sus sentimientos, reacciones y emociones ante la pérdida perinatal. Esta herramienta nos acerca más a darle cumplimiento a los objetivos del estudio planteados, pues nos permitirá observar los comportamientos, opiniones y emociones subjetivas de las participantes, tomando en cuenta que no se debe olvidar que la entrevista recoge la realidad social, la cual es dinámica y cambiante (Alvira Martín, 2014; Hernández Sampieri et al., 2014).

Se realizará un registro con el fin de ordenar la información para facilitar su manejo responsable, lo que permitió identificar patrones relevantes en común entre las respuestas de las participantes, los cuales aportan datos útiles para el cumplimiento de los objetivos planteados. Los datos obtenidos se codificarán de manera ordinal o de razón según corresponda en el programa estadístico mencionado.

Los datos sociodemográficos se sistematizarán de manera nominal por categorías otorgándoles un valor numérico para facilitar el procesamiento de la información:

- Edad: 18 – 21, 22 – 25, 26 – 30.
- Estado civil: Soltera, Casada, Unión de hecho, Separada/Viuda
- Nivel de estudios: Primaria, Secundaria/Bachiller, Tercer nivel/Egresada, Cuatro nivel, Estudios primarios no concluidos, Estudios secundarios no concluidos, Sin estudios.
- Número de hijos: 0, 1, 2, 3 o más.
- Cantón de residencia: Quevedo, Quinsaloma, Valencia, Buena Fe, La Maná, Mocache, El Empalme, Otro.
- Grupo socioeconómico: Bajo, Medio-bajo, Medio, Medio-alto, Alto.

Por otra parte, se aplicarán baterías psicológicas enfocadas en indagar el estado emocional de las madres con relación al duelo y la pérdida por la que están atravesando, como son los test IDC y EADG. Se analizarán las variables sociodemográficas y se compararán los resultados del pre y el post test, para verificar el efecto de la intervención.

Para procesar los datos obtenidos se utilizará el paquete estadístico IBM SPSS.22 para Windows (IBM, 2022), y se aplicarán diversos análisis (descriptivos, r de Pearson, t Student y la d de Cohen), con niveles de significancia de $p < .001$.

Una vez que se hayan procesado e interpretado los datos estadísticos, se plantean las siguientes hipótesis:

H₁: La aplicación de la Metodología de Las 15 Tareas del Duelo demuestra una eficacia significativa en la prevención del desarrollo de Duelo Complicado en las madres participantes sobre la no aplicación de esta intervención.

H₀: La aplicación de la Metodología de Las 15 Tareas del Duelo NO demuestra eficacia en la prevención del desarrollo de Duelo Complicado en las madres participantes sobre la no aplicación de esta intervención.

6.7. Planificación de actividades

El estudio presentado se realizará en un periodo estimado de 10 meses, donde se desarrollarán 12 actividades planteadas para cumplir con los tres objetivos planteados de la siguiente manera: cuatro actividades para el primero objetivo, cuatro actividades para el segundo objetivo y tres actividades para el tercer objetivo. Las actividades planificadas son las siguientes: (Ver Tabla 5).

6.8. Reflexividad del investigador

- a. *Posicionamiento de la investigadora.* La investigadora posee la formación académica necesaria y las habilidades requeridas para el manejo e interpretación de las herramientas a utilizar. La idea del presente estudio nació desde el análisis del contexto sanitario en la ciudad de Quevedo, donde los casos de muerte perinatal se presentan con mucha frecuencia en el sistema de salud pública, el cual no se da abasto para atender de manera oportuna la demanda de atención psicológica que amerita cada caso. Sumado a una experiencia personal de pérdida perinatal de un familiar cercano, quien, encontró una serie de barreras culturales que le impedían elaborar su duelo, hasta hace un par de años que encontró diversas asociaciones y redes de apoyo; entre ellas, Las 15 Tareas del Duelo.
- b. *Reflexión sobre la intersubjetividad.* La presencia de un posible sesgo del observador podría relacionarse con la subjetividad del tema, el cual está enfocado en un tópico que afectó directamente a un familiar cercano de la investigadora y como la metodología a aplicar significó un apoyo en la transición de su proceso duelo. La interacción con las participantes podría verse afectada debido a la ausencia de creencias religiosas de la investigadora, esto tomando en cuenta que las religiones predominantes en el Ecuador son la católica y la cristiana.

Tabla 5.

Planificación de actividades por objetivo específico del proyecto de investigación

Objetivo específico	Actividades por objetivo	Inicio	Fin
O.1. Identificar las características sociodemográficas y psicosociales de las madres que atraviesan un proceso de duelo perinatal.	A.1.1. Selección de instrumento de protocolo de entrevista.	M1	M1
	A.1.2. Sistematizar el protocolo de entrevista en el programa informático IBM SPSS.22.	M1	M1
	A.1.3. Aplicación del instrumento de entrevista: el perfil del duelo.	M2	M3
	A.1.4. Ingreso de información recolectada en el programa informático IBM SPSS.22.	M4	M4
O.2. Determinar el estado emocional de las participantes y las características individuales del duelo por el que atraviesan las madres que sufrieron una pérdida perinatal.	A. 2.1. Selección de reactivos.	M1	M1
	A.2.1. Programación de los cuestionarios IDC y EADG en la matriz de IBM.	M1	M1
	A.2.2. Aplicación del baterías psicológicas.	M2	M2
	A.2.3. Ingreso de información recolectada en el programa estadístico SPSS	M4	M4
O.3. Aplicar la Metodología de las 15 tareas del duelo en un grupo de madres ecuatorianas que atraviesan un duelo perinatal.	A.2.4. Análisis de frecuencia y asociaciones de las variables en el programa estadístico IBM SPSS.22.	M5	M5
	A.3.1. Estructuración objetiva de la metodología de las 15 tareas del duelo en duelo perinatal.	M5	M6
	A.3.2. Aplicación de la metodología diseñada en el grupo de participantes seleccionadas.	M7	M9
	A.3.3. Análisis e interpretación de los resultados obtenidos con relación a su estado emocional previo y posterior a la aplicación de la metodología seleccionada.	M9	M10

Fuente: Elaboración propia.

Nota. O = Objetivo; A = Actividad; M = Mes

- c. *Estrategias para promover la reflexividad.* Algunas de las herramientas a utilizar para prevenir la aparición de posibles sesgos en la investigación son la supervisión clínica a cargo de personal de salud mental que no participe directamente en la investigación ni tenga relación directa o indirecta con las participantes del estudio. Adicional a ello, se hará uso de la supervisión del desarrollo de investigación a cargo del docente universitario.

6.9. Consideraciones éticas

El presente proyecto de investigación considerará algunos aspectos éticos específicos. En primer lugar, se espera que el estudio represente un valor clínico y académico de relevancia para la población a la que va dirigida y que conduzca a la búsqueda de mejoras de los servicios de salud mental de las mujeres embarazadas y madres ecuatorianas.

Dicho esto, se garantizará la confidencialidad de los datos aportados por las participantes, así como su anonimato haciendo uso de pseudónimos y códigos (P-1, P-2... Pn) para referirse a las participantes y demás profesionales involucrados en el proyecto. Adicional a ello, se manejará un protocolo de protección, almacenamiento, acceso y posterior destrucción de los datos recolectados, proceso que será informado a las participantes.

El consentimiento informado que deberá firmar cada participante se realizará desde la comprensión de su situación de vulnerabilidad, por lo que se evitará cualquier perjuicio que pueda afectar a las participantes. Así mismo se informará el derecho a no responder a alguna pregunta que considere en extremo sensible, así como el derecho a abandonar el estudio en cualquier momento.

Cabe mencionar que no existen conflictos de intereses en esta investigación.

6.10. Viabilidad

El estudio se realizará en un tiempo aproximado de 10 meses el cual requerirá de la participación directa de la investigadora en conjunto con el personal médico del área de emergencia obstétrica (aproximadamente 10 profesionales) quienes estarán a cargo de remitir los casos atendidos por muerte perinatal en el área de emergencia obstétrica, además del uso previamente aprobado de la infraestructura del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, como son un consultorio para la aplicación de la entrevista y la toma de reactivos; y una sala de juntas donde reunir a las 20 madres participantes del grupo experimental.

En lo que respecta a recursos económicos, se estima un aproximado de \$500 dólares americanos los cuales serán financiados en su totalidad por la investigadora, los que se utilizarán para la compra de 20 “decisionarios” (material a utilizar con las participantes), las fotocopias de los instrumentos a aplicar, los artefactos de grabación de video y voz, material de papelería (marcadores, resma de hojas A4, lápices, colores, entre otros) y la alimentación para las participantes durante las sesiones de intervención. Los reactivos por aplicar son de dominio público, por lo que no se requiere de una inversión representativa para su aplicación.

Por último, algunos de los limitantes identificados en el desarrollo del proyecto son la posible deserción de las participantes antes de la finalización del proyecto, lo que dificultaría el reemplazo de alguna de las participantes en estadios avanzados del proyecto, por lo que se sugiere trabajar con minuciosidad las estrategias terapéuticas para realizar un enganche y adherencia al tratamiento adecuados.

7. Resultados esperados

Los resultados esperados en del presente proyecto de investigación acerca de cómo influye la aplicación de la Metodología de Las 15 Tareas del Duelo en la prevención del desarrollo de Duelo Complicado en madres que sufrieron pérdidas perinatales son los siguientes:

Tras aplicar las baterías psicológicas como el Inventario de Duelo Complicado (IDC) y la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) a 40 madres ecuatorianas que han experimentado duelo perinatal, se estima que nuestros hallazgos respalden la hipótesis de investigación que enuncia que la metodología aplicada podría reducir el impacto emocional de la pérdida perinatal en esta población. Se esperaría que la Aplicación de Las 15 Tareas del Duelo demuestre ser efectiva en la prevención del desarrollo de Duelo Complicado al notarse una disminución significativa en las puntuaciones de Ansiedad y Depresión después de la intervención.

Estos resultados tendrían concordancia con estudios previos que han destacado la efectividad de otras intervenciones centradas en el duelo perinatal, los cuales determinan que las intervenciones tempranas de profesionales del área de la salud mental tienen un impacto positivo en el desarrollo normal del duelo y la superación de la pérdida. En un estudio fenomenológico sobre duelo perinatal se detalla que los padres que recibieron un cuidado físico y emocional adecuado transitaron mejor su proceso de duelo; sumado a que aspectos como la falta de información sobre cómo llevar el proceso en el caso del deceso del producto gestacional; sobre sus derechos, posibles reacciones, necesidades y recursos de afrontamiento aumentaba el dolor y la angustia de los padres; además de que la ausencia, retraso o baja calidad del apoyo psicológico especializado en duelo agrava la sintomatología asociada al duelo (Camacho Ávila, 2020).

Otros estudios revelan que resulta importante y necesario realizar un seguimiento a los padres que atraviesan un duelo perinatal y así brindarles el apoyo profesional respectivo con el fin de atender oportunamente sus necesidades, esto representaría una disminución importante

de la aparición de sintomatología psicológica. Siguiendo esta línea, en estudios concernientes al proceso de duelo en madres ecuatorianas se concluyó que las fuentes de apoyo formales como los grupos de apoyo y acompañamiento terapéutico fueron de gran ayuda para mejorar su estilo de vida y buscar nuevas alternativas de afrontamiento lo que lograba para disminuir significativamente las afectaciones psicológicas a mediano y largo plazo (Gutiérrez Cuevas, 2009; Romero Yáñez, 2015).

8. Propuesta de intervención

Se aspira a que el proyecto de investigación enfocado en estudiar la efectividad de la aplicación de la Metodología de Las 15 Tareas del Duelo en madres ecuatorianas que atraviesan una pérdida perinatal pueda ser de utilidad en el ámbito de la atención primaria en salud mental, así como tener relevancia en el campo de la psicología clínica.

La mencionada metodología podría aplicarse como herramienta preventiva de la aparición del Síndrome de Duelo Complicado en casos de duelos complejos, como es el duelo perinatal, así como el desarrollo de trastornos mentales como la ansiedad y la depresión que pueden afectar el estado emocional de las madres. Se evidenció un nivel de eficacia a mediano y largo plazo estando a la par de otros modelos de intervención primaria, como podría ser la psicoterapia individual o grupos de apoyo, destacándose niveles de satisfacción altos en la población a la que fue aplicada el estudio. El desarrollo de esta investigación podría abrir la puerta a la investigación de la eficacia de la metodología colombiana en otros tipos de duelos complicados (por ejemplo, pérdidas por actos violentos, duelos ambiguos, duelos desautorizados, entre otros), de igual forma, se podría utilizar como herramienta de psicoeducación sobre el manejo adecuado de padres que han sufrido pérdidas perinatales para el personal sanitario a cargo del área obstétrica y como fuente de información valiosa para la población en general.

Con el objetivo de prevenir la aparición del Síndrome de Duelo Prolongado o trastornos mentales que afecten a largo plazo el estado emocional de las madres que atraviesan una pérdida perinatal en la Ciudad de Quevedo, se diseñó una propuesta de intervención de nombre: *Aceptando la pérdida cuando se espera la vida.*

8.1. Nivel de intervención

La propuesta diseñada tiene un enfoque preventivo, debido a que se pretende evitar el desarrollo de factores de riesgo y la potencialización de factores de protección relacionados con un trastorno mental a fin de reducir su prevalencia e incidencia.



Nos centraremos en una prevención indicada, ya que se trabajará con una población identificada como de alto riesgo o que presenta leves síntomas de un trastorno mental lo que indica una predisposición mayor a desarrollarlo, pero que aún no presenta los criterios suficientes para ser diagnosticada (Jané-Llopis, 2004). Siendo el fin del proyecto el prevenir el desarrollo de una sintomatología específica que agrave el pronóstico de la población a la que va dirigida, es decir, madres que han sufrido una pérdida perinatal.

8.2. Fundamentación

Según la Organización Mundial de la Salud (2004) la pérdida o muerte perinatal se considera como tal cuando existe el deceso del producto de un embarazo que se comprende desde las 22 semanas de gestación hasta los ocho días de nacimiento (muerte neonatal). Otros autores como Calderer et al. (2018) sugieren que este periodo puede extenderse desde la concepción hasta que los bebés que hayan cumplido un año de vida; por lo que el embarazo ectópico, el aborto espontáneo o inducido, la muerte fetal intrauterina o intraparto, etc., también se consideran pérdidas perinatales.

Datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud revelan que anualmente se producen alrededor de 2 millones de muertes perinatales a nivel mundial, y a nivel nacional los datos disponibles aunque no precisos de muerte perinatal las detalla el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) detalla en el registro estadístico de defunciones generales que el Ecuador presenta una tasa de mortalidad neonatal de 5,4 por cada 1.000 nacidos vivos (INEC, 2023b; OMS, 2014).

A pesar de que el proceso de duelo es natural, sano y esperado en cualquier pérdida que experimenta un individuo, existen condiciones que pueden dificultar la transición normal de este fenómeno, una de estas condiciones es el experimentar un duelo desautorizado, como suele ser la mayoría de los casos de duelo por pérdida perinatal. Las concepciones culturales acerca de lo que representa un embarazo hace inconcebible la idea de que este puede relacionarse tan íntimamente con la muerte, por lo que es usual que no se legitimese este tipo de pérdidas, negándoles a los padres el derecho a sufrir su pérdida.

El duelo perinatal tiene algunas características particulares que lo distinguen de otros tipos de duelo; un hecho a resaltar es que se trata de la muerte de un hijo, un suceso considerado como el más importante en la vida de un padre, también se habla de la pérdida de una promesa de vida, promesa que venía cargada de esperanzas y expectativas vinculadas al nuevo bebé. O'Connor (2019) refiere que esta experiencia sufrida por los padres puede generar conflictos

por varios años que implica la aparición de síntomas que afectan las emociones de los padres, esto sumado a la invalidación que proviene de su entorno social y el afán de que se supere el evento lo antes posible.

Algunas de las consecuencias más comúnmente detectadas que se derivan de una pérdida perinatal es la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, estados de estrés prolongados y angustia, lo que actúa como factores de riesgo para la presencia de duelo patológico y de otros trastornos mentales, como desórdenes alimenticios, trastorno de estrés postraumático, consumo de sustancias, entre otros. En las madres, también pueden experimentarse rechazo al propio cuerpo, emociones como rabia, culpa, envidia a las madres que pudieron finalizar con éxito sus embarazos, es decir, no solo se enfrenta a la pérdida de su hijo, sino a la frustración de su maternidad (Campbell-Jackson y Horsch, 2014; Herz, 1984; López García de Madinabeitia, 2011)

El duelo materno, como lo define Oviedo-Soto et al. (2009) suele presentar reacciones emocionales más intensas que otro familiar del fallecido, pues, los cambios emocionales y físicos propios del estado de gestación y en algunos casos, del parto, aumenta la sensación de irrealidad y disminuye notablemente el autoestima materna al interpretar que su cuerpo no es capaz de permitir el desarrollo y nacimiento de un hijo sano, sobre todo si la causa de la muerte perinatal es por alteraciones genéticas o anomalías fetales.

Ante este panorama, los estudios con relación al duelo perinatal determinan la importancia de la intervención temprana de los profesionales sanitarios, resaltando la necesidad de recibir capacitación en temas de intervención temprana en pérdida perinatal y así mejorar la calidad de la atención que se brinda al paciente. Es preciso que se otorgue un acompañamiento a lo largo del duelo para que los profesionales y que estos puedan brindar información clara y precisa desde la empatía y basada en la evidencia científica con el fin de favorecer la autonomía de la madre y que pueda tomar decisiones informadas con respecto a su pérdida, además que estas intervenciones sean adaptadas al contexto cultural de cada paciente (Asplin et al., 2014; Conry y Prinsloo, 2008; Costin y McMurrich, 2013; Flenady et al., 2014; Nordlund et al., 2012; Peters et al., 2015). Otros aspectos que fungen como factores protectores es el apoyo constante del círculo social y de los profesionales, así como formar parte de grupos de apoyo terapéuticos especializados en duelo, también conocidos como grupos tanatológicos dirigidos por uno o varios profesionales de la salud mental que estén capacitados en duelo (Oviedo-Soto et al., 2009).

Se han desarrollada diversas metodologías desde diferentes corrientes o métodos, con los cuales se puede trabajar el duelo perinatal y prevenir el desarrollo de un duelo complicado: por ejemplo, las tareas del duelo, los desafíos del duelo o el trabajo del duelo, entre otros. Uno de los modelos más recientes, son Las 15 Tareas del Duelo, de Castelblanco et al. (2021), metodología latinoamericana que trabaja en base al cumplimiento de tareas, uso de protocolos y toma de decisiones que se puede adaptar a los diferentes tipos de duelo (H. Castelblanco et al., 2021)

En el año 2023 se realizó un estudio a un grupo de madres que atravesaron una pérdida perinatal en la Ciudad de Quevedo donde se analizaron las afectaciones emocionales de las participantes con relación a la pérdida perinatal recientemente sufrida. En el mencionado estudio se aplicó la Metodología de Las 15 Tareas del Duelo de Castelblanco (2021) y se examinó su influencia en el estado emocional de las participantes dando como resultado que se evidencian niveles altos de eficacia de esta metodología para prevenir a corto y mediano plazo la aparición del Duelo Complicado y otros trastornos asociados, como la ansiedad y la depresión. Ergo, el desarrollo de un plan de intervención aplicando esta metodología colombiana en madres ecuatorianas que se encuentren atravesando un duelo perinatal resultaría beneficioso para dicha población.

8.3. Descripción de la propuesta

La propuesta *Aceptando la pérdida cuando se espera la vida* corresponde a un estudio de enfoque cuantitativo ya que pretende analizar las variables de la afectación emocional y duelo complicado en madres que han sufrido pérdidas perinatales, y la efectividad de la intervención de una metodología específica. Se utilizará un proceso explicativo debido a que se analizará la causalidad con un bajo rigor metodológico sin la manipulación de las variables y de corte transversal, ya que los datos serán recolectados en un solo periodo de tiempo (Hernández Sampieri et al., 2014).

La intervención por aplicar está basada en la Metodología de Las 15 Tareas del Duelo enfocada en pérdida perinatal, la cual comprende enfoques sistémicos, Cognitivo – Conductuales y con aplicaciones desde la Logoterapia. Esta propuesta nace como respuesta a una visión reactiva del duelo donde solo se pretende esperar a transitar las diferentes etapas y poder “superarlo”, y propone una visión proactiva en la que el sujeto, visto como un ser autónomo debe realizar TAREAS y tomas DECISIONES para elaborar su duelo. Este proceso se lleva a cabo mediante la aplicación de una serie de protocolos que pueden trabajarse de



manera individual o grupal para llegar al cumplimiento de las tareas según los niveles indicados, los cuales están ubicados de manera secuencial. Algunas estrategias sugeridas por el autor que se desprenden del enfoque Cognitivo – Conductual es el abordaje cognitivo para la identificación y reestructuración de ideas irracionales, la identificación de emociones y modificación de conductas y la toma de decisiones; desde la corriente de la Logoterapia, las técnicas a usar son el diálogo socrático evitando sugerencias y promoviendo la interpretación desde el sujeto, la intervención paradójica que busca el afrontamiento y la acción en lugar de la evitación y la derreflexión para contrarrestar las ideas fijas y preocupaciones que obsesionen al sujeto (Castelblanco, 2021).

La propuesta de intervención se planificará para trabajar con aproximadamente 300 participantes. Estas deben ser madres que fueron atendidas en el presente año por muertes perinatales en los centros de salud de primer y segundo nivel pertenecientes al Distrito 12D03 del Ministerio de Salud Pública, que comprende los cantones urbanos y rurales de Quevedo, Buena Fe, Valencia y Mocache. Se excluye a madres que han perdido a sus hijos después de los 28 días de vida, pues no se considera dentro de los tipos de muerte perinatal o neonatal.

La población diana debe cumplir con algunos criterios de inclusión para poder ser beneficiadas de la presente propuesta de intervención, los criterios son los siguientes:

- Tener entre 20 a 30 años.
- Personas de sexo femenino.
- Pacientes que hayan atravesado una muerte perinatal.
- Vivir en el cantón cantones pertenecientes al Distrito 12D03 (Quevedo, Buena Fe, Mocache y Valencia).
- Haber sido atendidas en centros de salud pública de primer y segundo nivel en el presente año.
- Firmar el consentimiento informado.

8.3.1. Fases de la intervención

La propuesta Aceptando la pérdida cuando se espera la vida se compone de cinco fases: 1. Presentación de la propuesta a las participantes y firma del consentimiento informado; 2. Aplicación del protocolo inicial (elaborar el perfil del duelo) y pretest; 3. Aplicación del plan de intervención; 4. Aplicación del post test; 5. Seguimiento posterior de los casos. Las se describen a continuación:

A. Presentación de la propuesta y firma del consentimiento informado



Se explicará detalladamente cada una de las fases de la propuesta de prevención del duelo patológico a las madres participantes con el fin de aclarar cualquier duda que puedan tener con respecto al desarrollo del plan de intervención.

Así mismo, se les brindará información específica con relación a los objetivos de la intervención, la sistematización de los resultados y se garantizará la confidencialidad de su identidad, ergo, la protección de sus datos en todo momento, del mismo modo se informará el derecho a conocer los resultados de los estudios o de las baterías a aplicar, a no responder cualquier pregunta o abandonar el proyecto en cualquier momento. Toda esta información se realizará con todo el grupo de manera oral para luego ser presentada de manera escrita en el consentimiento informado que deberá firmar cada participante.

B. Aplicación del protocolo inicial (elaborar el perfil del duelista) y pretest

Se procederá a entrevistar de manera individual a cada una de las participantes es decir elaborar el perfil del duelista, el cual es parte de los protocolos iniciales sugeridos por el autor de la metodología, quien menciona además que esta entrevista debe manejarse como un diálogo abierto e informal con el fin de promover un clima de confianza y establecer el *rapport* con cada participante, donde se pretende recabar la mayor cantidad de información referente a los datos personales de las participantes, tales como: edad, sexo, estado civil, lugar de procedencia, residencia, estatus económico, escolaridad, entre otros; así como el de indagar en los aspectos particulares de cada duelo por lo que se solicitará una síntesis de lo acontecido, la composición familiar y relacional del duelista, el proceso del embarazo y su aceptación del entorno, duelos anteriores, afecciones emocionales, creencias religiosas o filosóficas del duelista, etc.; e iniciar el proceso de acompañamiento.

Otro protocolo por aplicar es el Inventario de Duelo Complicado (IDC) desarrollado por Prigerson et al. (1995) cuyo objetivo es evaluar los síntomas asociados al duelo diferenciando entre casos ‘normales’ y ‘complicados’ y que consta de una única escala de 19 ítems tipo Likert que evalúa la persistencia de cada síntoma con opciones de respuesta que van de 0 (*nunca*) a 4 (*siempre*). Para procesar los datos obtenidos se utilizará el paquete estadístico IBM SPSS.22 para Windows (IBM, 2022), y se aplicarán diversos análisis (descriptivos, r de Pearson, t Student y la d de Cohen), con niveles de significancia de $p < .001$ el cual permite el análisis de datos cuantitativos donde se establecerán los índices de confiabilidad y validez por medio de la prueba del coeficiente de correlación de Pearson aplicados en el IDC para determinar la posible presencia de un duelo complicado.

C. Aplicación del plan de intervención

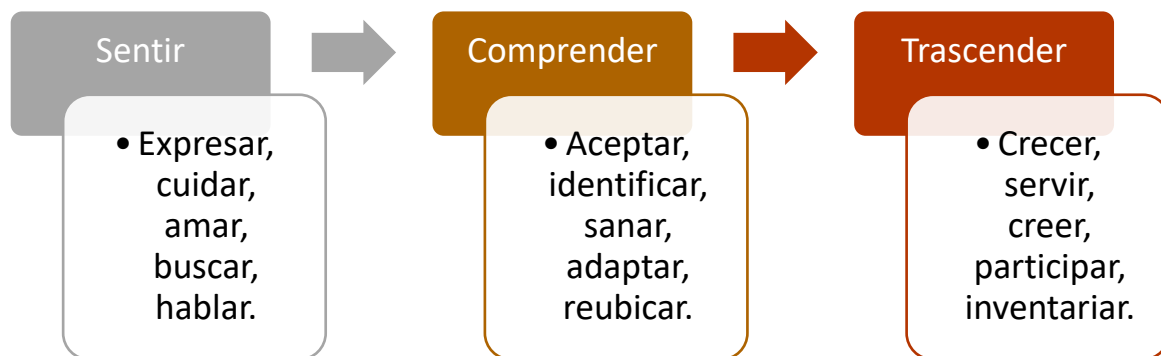
La metodología se divide en tres niveles que, a su vez se componen de 5 tareas cada uno, las cuales no tiene un orden establecido y que se desarrollarán no solo en las sesiones presenciales, sino en el diario vivir de las participantes. Cabe mencionar que, si bien no se exige una secuencia específica para el cumplimiento de las tareas, si se lo exige para transitar los niveles. No obstante, el orden que se utilizará para las tareas en el presente proyecto es el sugerido por los autores donde se deben trabajar en base a las decisiones y los indicadores de cumplimiento de cada tarea, los cuales se encuentran en el material de trabajo principal a utilizar siendo este el *Decisionario* diseñado por Castelblanco y Casas (2023). A continuación, se presenta una estructura gráfica de los niveles y tareas que comprenden la metodología de las 15 tareas del duelo (Ver Figura 2).

El plan de intervención completo se compondrá de 20 sesiones, las cuales tendrán una duración aproximada de 60 minutos cada una y se llevarán a cabo de manera semanal (a excepción de las sesiones de seguimiento, la cual se aplicará después de 3 meses de manera consecutiva) y se dividen de la siguiente manera:

- 1 sesión para la aplicación de los protocolos iniciales.
- 15 sesiones grupales donde se trabajarán cada una de las 15 tareas del duelo.
- 1 sesión para la aplicación del Post test.
- 3 sesiones de seguimiento.

Figura 2.

Estructura de Las 15 Tareas del Duelo



Fuente: Castelblanco et al., (2021)



Se formarán grupos de trabajo de no más de 30 participantes por centro de salud con el fin de lograr un trabajo más efectivo. La primera sesión corresponde a la aplicación de los protocolos iniciales, los cuales fueron descritos en el apartado A y las últimas cuatro sesiones (aplicación del Post test y de seguimiento) se detallarán en los apartados D y E respectivamente. A continuación, se describirán las 15 sesiones correspondientes a las tareas a ejecutar:

Nivel 1: Sentir (5 sesiones)

Este primer nivel tiene como objetivo permitirles a las participantes sentir todas las emociones relacionadas con el dolor de la pérdida, poder manifestarlas con honestidad dignidad, evitar el aislamiento y verbalizarlas con el propósito de transformarlas en sentimientos.

Introducción: Antes de iniciar la ejecución de las tareas, se realizará la debida presentación de los profesionales a cargo del plan y de cada participante, se recordará el proceso explicado en la primera entrevista respecto al desarrollo del plan, así como la importancia de su participación. A continuación, se firmarán de manera voluntaria dos cartas simbólicas (que no implica compromisos legales) que se encuentran en el *decisionario* (material de trabajo) que representan el compromiso con ellas mismas y con el hijo que perdieron, al cual deben nombrar en caso de no haberlo hecho. Acto seguido se procederá a trabajar con las tareas.

Tarea Expresar: Expresa tu dolor con libertad y dignidad.

La tarea comprende la expresión libre de emociones, estas pueden ser tristeza, ira, culpa, dolor, etcétera mediante la identificación de barreras y las oportunidades que tienen las participantes para manifestar libremente sus emociones. Se trabajarán tres decisiones:

- Buscar un espacio donde puedas llorar con libertad y escribe como eso te hace sentir.
- Utiliza alguna habilidad o afición artística para poder expresar tus emociones, si no identificas alguna, ¿Qué otras formas conoces para expresarlas?
- Habla con Dios, contigo mismo o con la vida (de acuerdo con tus creencias), sobre lo sucedido y sobre tus sentimientos al respecto.

Al finalizar la sesión, se debe verificar el cumplimiento de la tarea mediante los siguientes indicadores:

- ¿Han eliminado sus momentos de ira, o han aprendido a controlarlos y compartirlos?
- ¿Viven momentos de tristeza de manera “cíclica” y no como una emoción permanente?



- ¿Han logrado sanar los sentimientos de culpa o al menos han tomado la decisión de hacerlo?

Tarea Amar: Ama y permite que te amen. Evita el aislamiento.

La tarea pretende fortalecer los lazos afectivos de las participantes no solo con el hijo que perdieron, sino con todo su círculo social cercano y consigo mismas, y así permitir que el afecto de sus seres queridos entre en sus vidas. Se trabajarán tres decisiones:

- Buscar una persona con la que te sientas segura y cómoda y cuéntale como ha sido este proceso para ti.
- Hazte un regalo (un libro, una cena, una prenda, etc.) para sentirte amada por ti misma.
- Acepta una invitación a salir que hayas postergado o invita a alguien que estimes a compartir un agradable momento contigo.

Al finalizar la sesión, se debe verificar el cumplimiento de la tarea mediante los siguientes indicadores:

- ¿Expresan que han encontrado mucho amor en las personas de su entorno?
- ¿Han superado momentos de miedo y soledad apoyándose en esas personas?
- ¿Han aprendido a ser tolerantes con las expresiones “desafortunadas” de algunas personas, con referencia a su duelo?

Tarea Cuidar: Cuida tu salud física, mental y emocional.

La tarea sigue la lógica de amar, enfocados en el amor propio y cuidado, viendo el cuidado de la salud física, emocional y mental como una prioridad y una obligación la cual no debe postergarse. Se trabajarán tres decisiones:

- Realiza una revisión interior donde identifiques síntomas emocionales y físicos, de ser necesario, realízate un médico.
- Intenta eliminar algo de tu vida que te haga daño: bebida, cigarrillo, sedentarismo. No se trata de culpa sino de responsabilidad.
- Busca un lugar tranquilo en casa donde puedas practicar técnicas de respiración y meditación.

Al finalizar la sesión, se debe verificar el cumplimiento de la tarea mediante los siguientes indicadores:

- ¿Hacen ejercicio físico con regularidad o practican un deporte?
- ¿Se ocupan de manera fácilmente observable, de su arreglo personal?



- ¿Meditan, leen o escriben con frecuencia razonable? (al menos una vez por semana)

Tarea Buscar: Busca apoyo en otras personas, en otros elementos, en otros espacios.

La tarea se enfoca en buscar personas (no necesariamente conocidas) que hayan experimentado un duelo o una situación parecida y han logrado trascenderlo o están realizando un trabajo comprometido para lograrlo, con el fin de acompañar, escuchar y aprender de esas experiencias que aportan en el proceso del duelo. Se trabajarán tres decisiones:

- Busca personas que se encuentren en una situación parecida y pregúntales “¿Cómo se sienten?”.
- Busca personas “faro” (quienes te guían cuando te sientes perdida, puedes acudir a ellas cuando lo necesites, te brindan apoyo, seguridad y confianza) y apóyate en ellas, agrádeceles por estar ahí para ti.
- Escríbele una carta a tu bebé expresándole como te sientes y compártela con amigos y familiares significativos para ti.

Al finalizar la sesión, se debe verificar el cumplimiento de la tarea mediante los siguientes indicadores:

- ¿Han buscado comunicarse con otras personas que han vivido un duelo similar al suyo?
- ¿Muestran disposición a escuchar, evitando usar reiteradamente en frases de negación?
- Cuando el grupo sugiere una tarea, ¿la trabajan con entusiasmo y dedicación?

Tarea Hablar: Es tiempo de poner atención a las palabras que usamos para describir nuestra realidad. Acepta tus emociones, pero junto a ellas, dale paso a nuevos y posibles caminos más positivos.

La tarea tiene como objetivo el cambiar el hablar reactivamente a hablar proactivamente. La clave de “hablar proactivamente” es aceptar la realidad del dolor, pero al mismo tiempo, realizar acciones y tomar las decisiones encaminadas a la elaboración de este dolor. Se trabajarán tres decisiones:

- Identifica otras situaciones difíciles que estés viviendo y sean diferentes al duelo. Detállalas y analizar las emociones que te provocan en tu vida.
- Crea un “jardín del duelo” en tu casa con pequeñas piedras, arena y plantas donde puedas dejar mensajes dirigidos hacia tu hijo cuando lo necesites.
- Comunícate en positivo contigo mismo y tu entorno. Presta especial atención a las frases amables, alentadoras y optimistas y elabora una lista que puedes usar cuando identifiques un descalificativo que hayas usado contra ti o alguien más.



Al finalizar la sesión, se debe verificar el cumplimiento de la tarea mediante los siguientes indicadores:

- ¿Han comprendido plenamente el aporte que le brindan las frases reactivas, al inicio de su duelo, frente al que le ofrecen las frases proactivas como complemento de aquellas?
- Son conscientes del uso de expresiones reactivas cuando las escucha provenientes de otras personas.
- Muestra una mayor habilidad para utilizar el lenguaje proactivo no sólo en la expresión de su duelo, sino cada vez que tiene que expresar una queja o una crítica sobre la manera de pensar o de actuar de otras personas.

Nivel 2: Comprender (5 sesiones)

El segundo nivel busca sobre todo el afrontar la realidad de la pérdida, transformando las emociones en sentimientos, para responder a la pregunta: “¿Qué vamos a hacer con este dolor?” O mejor, “¿Qué debemos hacer para enfrentar este dolor?”; con el propósito de responder a la pregunta: ¿Por qué? O de manera más específica: “¿Por qué a mí este dolor?” Para ello debemos aceptar esos sentimientos, identificarlos, sanarlos y adaptarlos a nueva realidad; para finalmente reubicarlos.

Introducción: Antes de iniciar la ejecución de las tareas, se realizará un corto espacio de reflexión con relación al primer nivel sobre sus aprendizajes y experiencias, se indaga de manera superficial los pequeños cambios que han notado en su entorno y para consigo mismas y sus allegados. Se continuará trabajando con las actividades del *decisionario*. Acto seguido se procederá a trabajar con las tareas.

Tarea Aceptar: Acepta la realidad de tu pérdida.

El objetivo central de la tarea es la aceptación, contrario a la idea de la resignación, se contempla la aceptación como el resultado de un proceso reflexión, apertura y madurez y por lo tanto a permitir su presencia y acompañamiento. Se trabajarán tres decisiones:

- Busca la compañía de tus amigos o familiares más cercanos y, en conjunto, reflexionen y completen las oraciones: “De tu recuerdo atesoro...”, “De tu partida aprendo que...”, “Con tu partida dejo ir...”.
- Revisa los objetos de tu bebé (fotos de ecos, ropa, u otros implementos para la llegada del bebé) y regala o elimina los que no sean importantes para ti. Conserva solo unos pocos que te causen gozo y acepta que puedes prescindir de la mayoría de ellos.



- Con los objetos que conservaste, crea un árbol de recuerdos (álbum, un diseño en madera, etc.) donde también puedes colocar fotos o escritos que simbolizen tu nueva relación con tu bebé. Invita a tus seres queridos a participar.

Al finalizar la sesión, se debe verificar el cumplimiento de la tarea mediante los siguientes indicadores:

- ¿Aceptan la realidad de la partida de su ser hijo y están dispuestas a procesar su duelo?
- ¿Aceptan que la muerte no es un “castigo” ni una “prueba” que Dios le ha enviado, sino una experiencia que forma parte del hecho de vivir?
- ¿Han accedido a arreglar de una manera diferente el espacio que iba a ocupar su bebé (en caso de haberlo tenido) y a prescindir de aquellas pertenencias que no les son útiles?

Tarea Identificar: Identifica los sentimientos y emociones relacionadas con tu proceso de duelo.

La tarea pretende que las participantes puedan identificar plenamente los sentimientos que han experimentado durante su proceso de duelo, con el propósito de fortalecer aquellos que son proactivos. Aquello implica también elaborar aquellos sentimientos reactivos que actúan como una barrera para detener u crecimiento integral. Se trabajarán tres decisiones:

- Realiza una lista de objetivos que quieres conseguir para superar tu duelo junto con las acciones y alternativas que vas a ejecutar para su cumplimiento.
- Identifica tus miedos respecto a esas situaciones que te atemorizan o te preocupan luego de la pérdida de tu hijo, y responde a ellos como si fuera otra persona la que te lo esté comentando.
- Explora tus sentimientos de ira y pregúntate “¿Qué los ocasiona?”, “¿En qué momento aparecen?”, “¿Cómo has manejado estos sentimientos?”

Al finalizar la sesión, se debe verificar el cumplimiento de la tarea mediante los siguientes indicadores:

- ¿Han identificado sentimientos de ira hacia sí mismo o hacia otros?
- ¿El duelista identifica su dolor y ha decidido elaborarlo para no convertirlo en sufrimiento?
- ¿Expresan sus miedos y permite que se le brinde el apoyo necesario para enfrentarlos?

Tarea Sanar: Sana los odios, miedos o resentimientos causados por tu pérdida.

En esta tarea se tocarán temas sensibles que buscan el sanar las relaciones de nuestras participantes como parte de su desarrollo integral. Nos enfocaremos en sanar los odios, culpas,



temores o resentimientos. Cabe mencionar que **sanar** es un paso anterior al **perdonar**. Se trabajarán tres decisiones:

- Reflexiona sobre las emociones de ira o rabia (hacia el personal médico, familiares, la sociedad, hacia uno mismo, etc.) al tener que enfrentar esta situación para la que no te sentías preparada.
- Realiza ejercicio de sanar estas situaciones y de romper lazos de odio y rencor que sientes hacia esas personas o acontecimientos (escribir una carta, la silla vacía) que te han hecho daño.
- Escribe una serie de razones y beneficios que encuentras al sanar tus temores y resentimientos producidos a partir de la partida de tu bebé, y que sentimientos te generan estas decisiones.

Al finalizar la sesión, se debe verificar el cumplimiento de la tarea mediante los siguientes indicadores:

- Aceptan hablar abiertamente sobre el tema, aunque lo encuentre difícil de llevar a la práctica.
- Comprenden claramente la diferencia entre **sanar** y **perdonar**.
- Han pedido ayuda para sanar estos sentimientos destructivos. Han expresado, por ejemplo: ¿Qué puedo hacer entonces?

Tarea Adaptar: Adáptate y adapta tu entorno, para vivir sin la presencia de tu hijo en tu vida.

El eje central de esta tarea es la adaptación. Buscaremos que las participantes se adapten a un medio en el que su hijo no estará presente. Aprenderán a vivir sin su presencia física, teniendo presente que el sentido de vida y la felicidad, son responsabilidades tuyas y, por lo tanto, no pueden colocarlas sobre los hombros de nadie y mucho menos sobre los de su bebé. Se trabajarán tres decisiones:

- Piensa en aquellas cosas sobre la pérdida que no estuvieron en tu control (una malformación, una enfermedad, etc.) y en aquellas que sí están en tu control (retomar o iniciar hábitos de vida, perdonar, etc.) y vamos a soltar lo que no estaba en nuestras manos y a tomar decisiones de lo que sí está en nuestras manos.
- Haz una lista de todo a lo que te has adaptado durante tu proceso y busca acciones donde puedas actuar activamente a los otros aspectos donde no te has adaptado.



- Reconoce todo lo que has logrado hasta ahora y haz una lista de todo lo que has tenido que asumir valientemente en tu proceso de duelo. Frente a cada logro, escribe una palabra de reconocimiento y felicitación.

Al finalizar la sesión, se debe verificar el cumplimiento de la tarea mediante los siguientes indicadores:

- ¿Se entiende que no se trata de reemplazar su hijo con un nuevo embarazo, sino de adaptar su entorno y su mundo interior para abrirse a asimilar muchos cambios en su manera de obrar, en su forma de ver la vida y en sus valores y creencias?
- ¿Se está trabajando en los espacios que dejó su bebé, para adaptarlos a la nueva vida que le espera?
- ¿Se ha entendido que sus momentos de soledad son un reto para que acepte adaptar su entorno y sus rutinas a una nueva forma de vivir?

Tarea Reubicar: Decídete a reubicar en tu corazón y en tu mente la nueva presencia de tu hijo.

En esta tarea, las participantes van a reubicar a su bebé creando nuevos y diferentes espacios en sus pensamientos y afectos. Dependiendo de las creencias religiosas, algunas optarán por ubicarlos en el cielo o en el paraíso o en el nirvana. Sin embargo, se pretende también ubicar a su hijo en un espacio más cercano e inmediato, en su corazón. Se trabajarán tres decisiones:

- Reubica tus recuerdos y memorias de tu proceso de embarazo y de cómo te imaginabas la vida a lado de tu hijo en un espacio especial en tu hogar donde puedas recordarlo sin sufrimiento.
- Habla con tu bebé, cuéntale tus propósitos, tus temores, tus esperanzas. Busca que su nueva presencia tenga un sitio relevante en tu diario vivir que no provoque dolor, sino gozo.
- Pon en marcha un sencillo proyecto de crecimiento personal o de servicio a los demás el cual tomarás como un homenaje a la memoria de tu bebé y así agradecer su nueva presencia.

Al finalizar la sesión, se debe verificar el cumplimiento de la tarea mediante los siguientes indicadores:



- ¿Han logrado establecer una relación con su bebé que se perfecciona en la medida en que esa nueva presencia tiene un sitio relevante en el acontecer diario, libre de obsesiones y apegos?
- ¿Aceptan que pueden darse la oportunidad de entablar una relación con su ser querido, que si bien es diferente no es menos real que la que mantenía con él antes de su muerte?
- ¿Consideran la posibilidad de que a corto o mediano plazo pueda crear o hacer parte activa de una organización de apoyo a los demás?

Nivel 3: Trascender (5 sesiones)

El tercer y último nivel es lo que, como refieren los autores, hacen distinta la metodología de las 15 tareas del duelo, ya que avanzan más allá de la aceptación y acomodación, buscando trascender el dolor, el cual responder a la pregunta: ¿Para qué este dolor? El objetivo básico es el crecimiento personal para adquirir un nuevo sentido de vida, lograr un desarrollo integral, ampliar nuestra consciencia, enfocarnos en el aquí y el ahora y comprometernos a Servir y a ser Solidarios

Introducción: Antes de iniciar la ejecución de las tareas, se realizará un corto espacio de reflexión con relación al primer y segundo nivel sobre sus aprendizajes y experiencias, se indaga de manera superficial los pequeños cambios que han notado en su entorno y para consigo mismas y sus allegados. Se continuará trabajando con las actividades del decisionario. Acto seguido se procederá a trabajar con las tareas.

Tarea Crecer: Toma decisiones de crecimiento, fortaleciendo tus actuales competencias o desarrollando nuevas.

Esta tarea da inicio al cambio del enfoque de pensar únicamente en la pérdida, sino de empezar a voltear la mirada hacia sí mismas. Durante los dos niveles las participantes se han enriquecido con experiencias, recuerdos, aciertos, errores, fortalezas y debilidades que aportaron en sus vidas. El objetivo es que puedan desarrollar una nueva habilidad que suponga un esfuerzo meritorio y una importante manifestación de su voluntad. Se trabajarán tres decisiones:

- Reestructura tu proyecto de vida en honor a tu ser querido y a ti respondiendo las siguientes preguntas: “¿En qué aspectos de tu vida te ha permitido crecer, la experiencia de tu pérdida?”, “¿En qué ámbito te hace falta crecer y deseas hacerlo?”, “Escribe las metas o propósitos en los que deseas crecer y las acciones para lograrlo”.



- Después de una pérdida nunca volvemos a ser los mismos, por lo que apuntemos a ser mejores. Analiza los siguientes aspectos: “¿Cómo te sientes ahora en comparación al inicio de tu duelo?”, “¿Qué cosas te gustaría disfrutar antes del duelo y que te gustaría retomar?”, “Restablece aquellas acciones o rutinas que te gustaban”.
- Aprende una habilidad artística nueva de modo que puedas, mediante el arte, expresar tus emociones y sentimientos de manera diferente y significativa. Estas actividades te pueden ayudar a conectar con otras personas afines y encontrar un sentido de comunidad.

Al finalizar la sesión, se debe verificar el cumplimiento de la tarea mediante los siguientes indicadores:

- ¿Han perfeccionar alguna destreza o afición que siempre había deseado para su vida?
- ¿Han decidido iniciar una nueva carrera profesional o terminar aquella que quedó inconclusa en el pasado?
- ¿Han decidido eliminar de su vida hábitos, adicciones, costumbres, compulsiones, personas o ambientes que no aportan nada verdaderamente valioso a su decisión de CRECER? (en caso de haberlo tenido) y a prescindir de aquellas pertenencias que no les son útiles?

Tarea Servir: Decídete a servir a los demás.

La tarea pretende que las participantes puedan descubrir aquellos espacios y tiempos en los cuales puedan servir a tus semejantes sin esperar su agradecimiento. Los actos de servicio son una gran fuente de realización propia y satisfacción si se emprenden con la condición paradójica de no esperar a cambio ninguna recompensa. Se trabajarán tres decisiones:

- Busca un voluntariado relacionado a alguna obra social donde aportes parte de tu tiempo o dona algunas pertenencias que estés seguro de que le pueden servir a quien las necesita.
- Participa en actividades de limpieza y cuidado del medio ambiente
- Visita un familiar o allegado que esté viniendo un duelo similar para compartir tiempo, afecto y dedicación.

Al finalizar la sesión, se debe verificar el cumplimiento de la tarea mediante los siguientes indicadores:

- ¿Están dispuestas a disponer un tiempo y buscar un lugar donde pueda ejercer su decisión de servir?



- ¿Han podido identificar alguien de su entorno familiar o social a quien puede escuchar y acompañar con el propósito de servir?
- ¿Han comprendido que su competencia más valiosa para servir con efectividad y afectividad es su propia experiencia en la elaboración de su duelo?

Tarea Creer: Reconstruye y fortalece tu sistema de creencias.

Después de experimentar un duelo, es común que muchas personas se apeguen más o vean como un refugio sus creencias religiosas. No obstante, algunas personas suelen alejarse de su sistema de creencias por el dolor que una pérdida conlleva. El objetivo primordial es fortalecer nuestros principios y valores o entrar en mayor contacto con sus sistema de creencias. Se trabajarán tres decisiones:

- Dedicar tiempo para reflexionar sobre tu sistema de valores y experiencias espirituales. Puedes reencontrarte con Dios o con tus creencias sin temer a los cuestionamientos que nos llevarán a elaborar nuestras propias respuestas.
- Enlista los valores que quieras fortalecer y busca en tu círculo cercano un referente de estos temas y escucha sus pensamientos y consejos.
- Evalúa cuánto has aprendido sobre el desarrollo de tus valores y estructura un plan para que puedas hacer ejercicio efectivo de estos con tu familia, amigos y compañeros de trabajo.

Al finalizar la sesión, se debe verificar el cumplimiento de la tarea mediante los siguientes indicadores:

- Se comprende que las dudas que el duelo le ha planteado con relación a sus creencias son una oportunidad de reflexión y mejoramiento.
- Pueden plantear con sinceridad y claridad, ante sus familiares, acompañantes o ante el grupo, los puntos de vista relacionados con sus propias creencias y valores.
- El dueloista comprende la importancia de elegir un referente que sea un ejemplo por seguir para la motivación y el fortalecimiento de sus creencias y valores.

Tarea Participar: Participa en actividades de apoyo, comunicación o ayuda mutua.

La proactividad es la esencia básica de esta tarea. Hay muchas actividades que se realizan en nuestro entorno familiar o social, en las cuales podemos participar de manera efectiva. Apoyar las labores de contacto, comunicación, orden, control, aseo, organización, etc., son actividades primordiales en el grupo o equipo de trabajo sin las cuales no es posible operar. Se trabajarán tres decisiones:



- Realiza un listado de acciones que puedes emprender o actividades en las que puedas participar para ayudar a otros a transitar su dolor.
- Escribe una carta donde detalles tus proyectos, anhelos y aspiraciones. Guarda la carta en un sobre cerrado y ubícale una fecha (dentro de 6 meses o un año) y cuando llegue la fecha, ábrela y reflexiona sobre tus progresos.
- Identifica: “¿Qué cosas nuevas aprendiste al participar?”, “¿Qué competencias puedes desarrollar para lograr mayor efectividad en este propósito?”

Al finalizar la sesión, se debe verificar el cumplimiento de la tarea mediante los siguientes indicadores:

- ¿Participan de manera activa, compartiendo sus vivencias con el grupo al que ha decidido pertenecer?
- ¿Han encontrado otras formas de participar con su grupo, diferentes a la participación oral, pero que también son definitivas para la vigencia del grupo?
- ¿Han aceptado el valor de hacer partícipes a los demás sus vivencias, escribiéndolas con el fin de ser más fiel a lo siente y poder expresarlas con mayor claridad?

Tarea Agradecer: Toma conciencia de los beneficios que has recibido como resultado de elaborar tu duelo y agradece este proceso.

Se realiza un breve recorrido de todo lo aprendido durante esta experiencia de dolor y como resultado de ello, se elaborará un plan a mediano y largo plazo de mejoramiento personal del que puedan hacer partícipes de manera comprometida y estructurada a todo aquel que lo requiera. Se trabajarán tres decisiones:

- Haz una lista de las nuevas personas que han aparecido en tu vida posterior a la pérdida de tu bebé y lo que cada una de ellas han aportado para ti.
- Realiza un diario de gratitud y logros donde, todos las mañanas escribas tres cosas por las que te sientes agradecida y en las noches escribir por lo menos un logro de ese día.
- Ahora que puedes agradecer lo que has vivido y aprendido en este proceso de duelo, escribe un plan donde puedas incorporar la gratitud en tu vida diaria y mantener una perspectiva positiva.

Al finalizar la sesión, se debe verificar el cumplimiento de la tarea mediante los siguientes indicadores:

- Han podido agradecer los nuevos amigos que ha conocido con ocasión de la elaboración de su duelo.



- Han aceptado que ahora dispone de nuevos espacios y tiempos que puede dedicar a su desarrollo y/o descanso personal.
- Han logrado fortalecer sus creencias y enfrentar sus miedos y debilidades con mayor madurez y tolerancia.

Cierre: Se agradecerá la participación de cada una de las participantes y se reafirma el compromiso con sus proceso de sanación, se les recuerda que pueden hacer uso de sus *decisionarios* y continuar trabajando con los compromisos acordados consigo mismas.

D. Aplicación del post test

Para determinar el éxito inicial del plan de intervención, se aplicarán dos escalas psicológicas posterior a los 15 días de la finalización de las sesiones de trabajo. Estos instrumentos tienen el objetivo indagar en el estado emocional de las participantes, así como detectar síntomas o trastornos psicológicos y emocionales que podrían indicar la posible presencia del Síndrome de Duelo Prolongado o Duelo Complicado.

Se aplicará la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) (Goldberg et al., 1988) con el fin de detectar dos de los trastornos más comunes de atención primaria: Ansiedad y Depresión. Esta está compuesta por dos subescalas (una para depresión y una para ansiedad) con 9 ítems cada una. El punto de corte en la subescala de Depresión es de 2 o más respuestas afirmativas, y respecto a la escala de ansiedad es de 4 o más respuestas afirmativas (Reivan-Ortiz et al., 2019),

Así mismo se aplicará el Inventario de Duelo Complicado (IDC) (Prigerson et al., 1995) cuyo objetivo es evaluar los síntomas asociados al duelo diferenciando entre casos ‘normales’ y ‘complicados’ y que consta de una única escala de 19 ítems tipo Likert que evalúa la persistencia de cada síntoma con opciones de respuesta que van de 0 (*nunca*) a 4 (*siempre*).

La base de datos a utilizar para el procesamiento de los datos será la misma que utilice tanto en el pretest como en el post test señalada en apartados anteriores y se aplicará para determinar la posible presencia de ansiedad y depresión, y duelo complicado.

E. Seguimiento posterior de los casos

Debido a la naturaleza cambiante y dinámica del duelo, sería irreal determinar con una sola sesión de seguimiento que el programa alcanzó los objetivos determinados, por lo que se realizarán tres sesiones de seguimiento con un espacio de tiempo de tres meses por cada sesión. En dichas sesiones se utilizará la entrevista clínica no estructurada donde se analizarán aspectos

relacionados con la evolución de su proceso de duelo y la adaptabilidad a su nueva vida posterior a la pérdida, el cumplimiento de los compromisos adquiridos en las sesiones de trabajo, la calidad de las relaciones intra e interpersonales y su estado emocional general.

8.4. Objetivos de la intervención

El plan de intervención *Aceptando la pérdida cuando se espera la vida* persigue una serie de objetivos que darían respuesta a las necesidades de la población de trabajo, estos objetivos son:

Objetivo general: Aplicar un plan de intervención como herramienta de prevención de un posible desarrollo de Duelo Complicado en madres ecuatorianas que atravesaron una pérdida perinatal.

Objetivos específicos:

- Identificar las características sociodemográficas y el estado emocional de las madres participantes que atraviesan un proceso de duelo perinatal.
- Aplicar la metodología adaptada de las 15 tareas de duelo empeladas en el duelo perinatal en el contexto a aplicar.
- Analizar el estado emocional y proceso del duelo de las madres participantes posterior a la aplicación del plan de intervención mediante sesiones de seguimiento para determinar la efectividad de este.

8.5. Población objetivo

La población objetivo está compuesta por 300 madres ecuatorianas que han atravesado una pérdida perinatal en los últimos tres meses y que habiten en cantones urbanos y rurales pertenecientes al Distrito 12D03 (Quevedo, Buena Fe, Valencia y Mocache). Se precisa que estas féminas hayan sido atendidas en instituciones de salud públicas (Hospitales, Subcentros, Unidades móviles, etc.).

8.6. Actividades de intervención

El plan de intervención *Aceptando la pérdida cuando se espera la vida* será realizado en un periodo aproximado de 15 meses donde se desarrollarán 16 actividades distribuidas de la siguiente manera: 5 actividades que darán cumplimiento al primer objetivo, 4 que darán respuesta al segundo objetivo y 6 actividades para consumir el tercer objetivo.

Las actividades por desarrollar son las siguientes: (Ver Tabla 6).

Tabla 6.

Planificación de actividades por objetivo específico del plan de intervención

Objetivo específico	Actividades por objetivo	Inicio	Fin
O.1. Identificar las características sociodemográficas y el estado emocional de las madres participantes que atraviesan un proceso de duelo perinatal.	A.1.1. Selección de instrumento de protocolo de entrevista.	M1	M1
	A.2.1. Selección de reactivos.	M1	M1
	A.2.2. Programación de los cuestionarios IDC y EADG en la matriz seleccionada.	M1	M1
	A.2.3. Aplicación del baterías psicológicas.	M2	M2
	A.2.4. Ingreso de información recolectada en el programa estadístico IBM SPSS.22.	M2	M2
O.2. Aplicar la metodología adaptada de las 15 tareas de duelo empeladas en el duelo perinatal en el contexto a aplicar.	A.2.5. Análisis de frecuencia y asociaciones de las variables en el programa estadístico IBM SPSS.22.	M3	M3
	A.2.1. Recepción de casos en los diferentes centros de salud pertenecientes al Distrito 12D03.	M4	M5
	A.2.2. Elaboración de un cronograma de actividades para todos los grupos participantes.	M5	M5
	A.2.3. Aprobación del cronograma a aplicar ante las entidades pertinentes.	M5	M5
	A.2.4. Aplicación del plan de intervención con un total de 16 sesiones semanales por grupo.	M5	M9
	A.3.1. Aplicación de los reactivos a las participantes (post test).	M10	M10
O.3. Analizar el estado emocional y proceso del duelo de las madres participantes posterior a la aplicación del plan de intervención mediante sesiones de seguimiento para determinar la efectividad de este.	A.3.2. Seguimiento trimestral de los (3 sesiones).	M10	M13
	A.3.3. Ingreso de información recolectada en el programa estadístico IBM SPSS.22.	M13	M13
	A.3.4. Análisis de frecuencia y asociaciones de las variables en el programa estadístico IBM SPSS.22.	M13	M13
	A.3.5. Análisis e interpretación de los resultados obtenidos con relación a su estado emocional previo y posterior a la aplicación de la metodología seleccionada.	M14	M15
	A.3.6. Elaboración de informe final donde se detallan los resultados obtenidos	M15	M15

Fuente: Elaboración propia.

Nota. O = Objetivo; A = Actividad; M = Mes

8.7. Recursos necesarios para implementar la intervención

Para la aplicación del plan de intervención *Aceptando la pérdida cuando se espera la vida* se contempla los siguientes recursos se detallan en la Tabla 7:

Tabla 7.

Recursos necesarios para la implementación del plan de intervención

Componente	Recursos	
	Humanos	Materiales
Instalaciones.	No aplica.	Consultorio o sala de reuniones de los diferentes centros de salud.
Bienes móviles.	No aplica.	Mesas, sillas.
Materiales analógicos, digitales y papelería.	16 psicólogos facilitadores (acompañantes): uno por cada centro de salud, personal médico de a cargo de obstetricia y ginecología: enfermeros y auxiliares, obstetras, emergenciólogos y ginecólogos.	300 <i>decisionarios</i> , 20 resmas de papel bond tamaño A4, impresora a color a tinta o laser, 30 cajas de bolígrafos de color azul o negro, 30 cajas de lápices, 30 cajas de borradores, grapadora, grapas, saca grapas, perforadora, 300 carpetas de cartón tamaño A4, computadora con paquete activo de Microsoft Office y conexión estable a internet, alimentación para los participantes y los acompañantes durante las sesiones de intervención.

Fuente: Elaboración propia.

8.8. Plan de evaluación de la intervención

Con el fin de evaluar el éxito del plan de intervención y demostrar su eficacia en la prevención de la aparición de Duelo Complicado en casos de duelo perinatal se han establecido tres momentos, que comprende la aplicación de un pretest, un post test y las sesiones individuales de seguimiento.

Primer momento: Comprende la aplicación del Inventario de Duelo Complicado (IDC) a todas las madres participantes y su respectivo análisis estadístico que permitirán establecer valores de frecuencias, varianzas y covarianzas con relación al estudio.

Segundo momento: Comprende la aplicación del Inventario de Duelo Complicado (IDC) y la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) a todas las madres participantes y su respectivo análisis estadístico que permitirán establecer valores de frecuencias, varianzas y covarianzas con relación al estudio.

Tercer momento: Se hará uso de una entrevista clínica no estructurada donde se analizarán aspectos relacionados con la evolución de su proceso de duelo y la adaptabilidad a su nueva vida posterior a la pérdida, el cumplimiento de los compromisos adquiridos en las sesiones de trabajo, la calidad de las relaciones intra e interpersonales y su estado emocional general, estas se realizarán en tres sesiones trimestrales de seguimiento.

8.9. Viabilidad

Viabilidad técnica: El plan de intervención *Aceptando la pérdida cuando se espera la vida* se considera viable ya que se espera que cuente con la aprobación de las autoridades distritales del Ministerio de Salud Pública, quienes se aspira estén interesados en la promoción y prevención en el campo de la salud mental, facilitando el personal médico y las instalaciones mobiliarias e inmobiliarias.

Viabilidad financiera: Los costos que implican el desarrollo del plan de intervención (compra de los *decisionarios*, compra del material de papelería, impresiones, la adquisición de las baterías psicológicas y los programas de análisis estadísticos) serán asumidos por la investigadora y se buscaría el apoyo de instituciones afines como el Colegio De Psicólogos Clínicos De Los Ríos o la Sociedad Ecuatoriana de Psicoterapia Integrativa – Grupo Quevedo.

Viabilidad social: El plan de intervención busca la prevención del desarrollo de duelo complicado para madres de estatus socioeconómico medio – bajo y se considera la gratuidad de la participación por lo que existe un interés de ayuda social tanto para la investigadora como para la entidad de salud pública.

Posibles obstáculos: La no recepción o detección de casos suficientes en los puntos de salud mencionados, la deserción de las participantes durante las sesiones o la dificultad para realizar las sesiones de seguimiento individual (considerando que estas serían a domicilio en caso de que las participantes no asistan a los centros de salud en las fechas previstas) podrían ser algunas dificultades que retrasen o impidan el desarrollo del plan.

9. Discusión, conclusiones y recomendaciones

El presente apartado tiene como finalidad establecer las implicaciones de los resultados del proyecto de investigación y el plan de intervención para la práctica clínica, identificar las conclusiones del proyecto de investigación y las limitaciones del plan de intervención, así como mencionar algunas recomendaciones a tomar en cuenta para los investigadores o personal de salud que contemplen aplicar el plan o utilizar los datos de la investigación realizada.

Discusión

El proyecto de estudio desarrollado tiene como finalidad el analizar el estado emocional de las madres que atraviesan un duelo perinatal y de qué manera puede influir al aplicación de una metodología especializada en duelo para prevenir la posible aparición de un Duelo Complicado.

Con la investigación bibliográfica se determinó que este tipo de duelo en particular tiene mayor tendencia a verse complejizado, impidiendo el desarrollo sano de un proceso de duelo debido a diversos factores, sobre todo los culturales los cuales invisibilizan o niegan la presencia de un duelo por un ser que “nunca llegaron a conocer”, por lo que la lógica popular interpreta que no se llegó a desarrollar un lazo emocional con el hijo no nacido o que nació y falleció al poco tiempo. Frases como “ya podrán embarazarse después”, “mejor que se fue porque hubiera sufrido en vida”, el trato inadecuado o la poca capacitación del personal de salud al receptor casos de muertes perinatales o neonatales no hacen más que afectar el estado emocional de los padres, sobre todo de la madre quien llega a desarrollar sentimientos de culpa, rencor, tristeza profunda o aislamiento que debe ser enmascarado ante el entorno social que no alcanza a comprender los lazos que generan los padres con una promesa de vida y la ilusión que un embarazo implica; incluyendo los embarazos no planificados o cuando se desconocía el estado de gestación.



Al no prestarse el apoyo social y médico acostumbrado en una pérdida convencional, se tiende a prolongar o entorpecer los procesos de aceptación, negociación y reacomodación propias del duelo. En vista a este panorama, se sugiere que este proceso sea acompañado por profesionales especializados en salud mental y tanatología. Se han desarrollado algunos programas de manejo de duelo individuales o grupales que han demostrado niveles de efectividad aceptables que ayudan al desarrollo sano de los procesos de duelo, considerando que estos deben ser personalizados, flexibles y adaptables a cada caso.

La metodología aplicada en este proyecto en particular ha sido aplicado en otros casos de duelos con fines terapéuticos, mas no investigativos, por sus autores, quienes refieren un cambio de enfoque de la reactividad, es decir, esperar a que las fases o el proceso de duelo “fluya”, viendo al dueloista como un sujeto pasivo, pasando a ser visto como un proceso proactivo donde se le otorga al dueloista la capacidad de acción y decisión para trascender el dolor y el sufrimiento a la aceptación, el gozo y la reubicación luego de la muerte de un ser querido. Estos principios se aplicarán enfocados y adaptados al duelo perinatal, esperando resultados favorables.

9.1. Implicaciones de los resultados esperados para la investigación y la práctica clínica

Se espera que tanto el proyecto de investigación desarrollado como el plan de intervención a ejecutar represente un impulso en la mejora de la atención primaria en salud mental, tanto en el trato empático y sensible con el paciente y sus allegados como con la detección factores de riesgo de orden psicológico, físico o social que pueden ser anteceder a problemas de salud mental y generar las afectaciones secundarias a la salud física y social de quienes sufren una pérdida, sea esta perinatal o de otra naturaleza, así también abrir una puerta a la prevención y cuidados prenatales a fin de evitar que los índices de muerte perinatal o neonatal sigan aumentando.

Al demostrarse la eficacia de la metodología aplicada, se podría esperar la ampliación del uso y estudio de esta en otro tipo de poblaciones que atravesen duelos diferentes en la población latinoamericana, ya que los estudios de otras aplicaciones para la prevención de la aparición de Duelo Complicado son en su mayoría europeas o anglosajonas.

9.2. Limitaciones y fortalezas de la propuesta de investigación y de la propuesta de intervención

Algunas de las posibles limitaciones que se podrían encontrar a la hora de ejecutar el proyecto o el plan de intervención se relaciona con la recogida de datos. Pese a que se plantean entrevistas individuales, emplear grupos focales hubiera contribuido a la interacción de los participantes y el enriquecimiento de los resultados.

El uso de observación participante hubiera aportado información complementaria sobre las dinámicas familiares, rituales, etc. El estudio se limitó únicamente a madres, pudiéndose incluir al padre u otros miembros familiares, lo que hubiera contribuido a una mejor comprensión del apoyo social en el duelo.

Otra limitación, ha sido la falta de estudios en esta área, sobre todo a nivel nacional donde la literatura es apenas inexistente y es difícil comparar. Esto unido a la falta de estudios cualitativos y estudios aleatorizados y prospectivos, deja un vacío que ha de ocupar la investigación en esta línea para así aumentar la calidad científica de los cuidados a padres y madres tras una muerte perinatal.

En cuanto al desarrollo del plan de intervención, la adherencia al tratamiento se vería limitada por el acceso dificultoso a los servicios de salud, sobre todo en los centros ubicados en cantones rurales, resultando complicado el traslado de las participantes y la asistencia semanal o puntualidad. También la adquisición al por mayor de los *decisionarios*, los cuales provienen del país hermano de Colombia, pudiendo haber retrasos en las entregas o el estado de llegada de los libros. Finalmente, la cultura patriarcal enraizada especialmente en entornos

rurales puede impedir la participación de algunos casos detectados de madres por la posible desaprobación del esposo.

9.3. Conclusiones generales tras desarrollar la propuesta de investigación y la propuesta de intervención

Una vez finalizado el proyecto de investigación y aplicado el plan de intervención, se llegó a una serie de conclusiones concernientes al proceso del duelo perinatal en madres ecuatorianas. Se comprende que el duelo es un proceso natural el cual conlleva una serie de síntomas esperables ante una pérdida significativa, por lo que no debe de patologizarse.

El duelo perinatal es invisibilizado en el contexto cultural ecuatoriano y latinoamericano, impidiendo su transición y desarrollo sano por lo tanto es necesaria la aplicación de planes de intervención especializados en duelo o tanatología ya que muestran mayor efectividad en el desarrollo sano de duelos complejos, como es el caso del duelo perinatal en comparación a la no aplicación de estos.

Con relación a la metodología estudiada y aplicada, se determina que los enfoques Cognitivo – Conductuales, Sistémicos y de Logoterapia aportan una serie de herramientas para el proceso adecuado de duelo y logran evitar el desarrollo de duelo complicado y se espera que la aplicación personalizada de la metodología de las 15 tareas del duelo en casos de duelo perinatal sea efectiva en la prevención del desarrollo de un duelo complicado.

9.4. Recomendaciones

Una vez dada como exitosa la aplicación de la Metodología de Las 15 Tareas del Duelo en madres que atraviesan una pérdida perinatal, se sugiere continuar con la labor académica y social realizando una mayor cantidad de investigaciones y de mayor profundidad en casos de duelo perinatal en el contexto ecuatoriano.

Siendo de interés también estudiar las afectaciones en casos de pérdidas perinatales enfocadas en el padre u otros miembros de la familia nuclear (hermanos).

Parte esencial del tratamiento adecuado en casos de duelo perinatal es el personal sanitario por lo que se recomienda capacitar al cuerpo médico, ya que son quienes usualmente reciben de primera mano los casos de muertes perinatales y neonatales, en materia de contención emocional, manejo de duelo, cuidados paliativos prenatales y pediátricos y tanatología.

Finalmente, se aspira a visibilizar el duelo perinatal recomendando el diseño y aplicación de proyectos comunitarios con el fin de sensibilizar a la población general y mejorar la aceptación de este tipo de pérdidas.

10. Referencias

- Alvira Martín, F. (2014). *La encuesta: Una perspectiva general metodológica*. CIS.
- American Society of Clinical Oncology. (2019, junio 20). *Entender el duelo y la pérdida*.
- Cancer.Net. <https://www.cancer.net/es/asimilaci%C3%B3n-con-c%C3%A1ncer/manejo-de-las-emociones/duelo-y-p%C3%A9rdida/entender-el-duelo-y-la-p%C3%A9rdida>
- Aragón Freire, M. J. (2023). *Validación de la pérdida: Duelo desautorizado e historias de vida atravesadas por muerte perinatal* [masterThesis, Quito, Ecuador: Flacso Ecuador]. <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/19648>
- Asplin, N., Wessel, H., Marions, L., y Georgsson Öhman, S. (2014). Pregnancy termination due to fetal anomaly: Women's reactions, satisfaction, and experiences of care. *Midwifery*, 30 (6), 620-627. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.013>
- Bennett, S. M., Ehrenreich-May, J., Litz, B. T., Boisseau, C. L., y Barlow, D. H. (2012). Development and Preliminary Evaluation of a Cognitive-Behavioral Intervention for Perinatal Grief. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19 (1), 161-173. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.002>
- Blázquez García, M. J. (2015). En *Abrazar la muerte cuando se espera la vida* (1st edition, p. 3). Editorial Ob Stare.
- Bowlby, J. (1983). *La pérdida afectiva: Tristeza y depresión*. Paidós Ibérica, Ediciones S. A.

- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30, 163-176. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272007000600012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Calderer, A., Obregón, N., Cobo, J. V., y Goberna, J. (2018). Muerte perinatal: Acompañamiento a mujeres y parejas. *Matronas profesión*, 41-47. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-175074>
- Camacho Ávila, M. (2020). *Estudio fenomenológico sobre la experiencia de las familias en el duelo perinatal*. <https://repositorio.ual.es/handle/10835/10825>
- Campbell-Jackson, L., y Horsch, A. (2014). The Psychological Impact of Stillbirth on Women: A Systematic Review. *Illness, Crisis & Loss*, 22 (3), 237-256. <https://doi.org/10.2190/IL.22.3.d>
- Castán, S. M., Tobajas Homs, J. J., Gotor Colás, S., y Gotor Colás, M. L. (2020). *Obstetricia para Matronas: Guía práctica*. Editorial Médica Panamericana S.A.
- Castelblanco, H. (2021). *Guía protocolos de atención: 15 TAREAS DEL DUELO Sentir - Comprender - Trascender*.
- Castelblanco, H., Castelblanco, J., y López, B. (2022). *Cuando el duelo pregunta – Un espacio creado para reflexionar y aportar herramientas personales a todos aquellos que han perdido un ser querido*. [Cuando el duelo pregunta]. <https://cuandoelduelopregunta.com/>
- Castelblanco, H., López, B., y Castelblanco, J. (2021). *Las 15 tareas del duelo*.
- Castelblanco, J., y Casas, M. (2023). *Decisionario—Decidiendo a diario (1º)*. <https://www.buscilibre.ec/libro-decisionario-las-15-tareas-del-duelo/9786280117942/p/55825200>



- Conry, J., y Prinsloo, C. (2008). Mothers\' access to supportive hospital services after the loss of a baby through stillbirth or neonatal death. *Health SA Gesondheid*, 13 (2), Article 2. <https://www.ajol.info/index.php/hsa/article/view/10374>
- Costin, A., y McMurrich, C. (2013). A Discussion of Parental Validation Following Stillbirth: Using Transforming Counseling and Education. *Walden Faculty and Staff Publications*, 28 (3). <https://scholarworks.waldenu.edu/facpubs/917>
- Davidson, D., y Letherby, G. (2014). Griefwork online: Perinatal loss, life course disruption and online support. *Human Fertility (Cambridge, England)*, 17 (3), 214-217. <https://doi.org/10.3109/14647273.2014.945498>
- Deutsch, H. (1945). *The Psychology of Women* (Vol. 2). Bantam Books.
- Duman, M., Durgun Ozan, Y., Aksoy Derya, Y., y Timur Taşhan, S. (2022). The effect of relaxation exercises training on pregnancy-related anxiety after perinatal loss: A pilot randomized control trial. *Explore (New York, N.Y.)*, 18 (1), 44-50. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.11.002>
- Flenady, V., Boyle, F., Koopmans, L., Wilson, T., Stones, W., y Cacciatore, J. (2014). Meeting the needs of parents after a stillbirth or neonatal death. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 121 Suppl 4, 137-140. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13009>
- Freud, S. (1917). *DUELO Y MELANCOLÍA*. https://www.academia.edu/6849334/DUELOYMELANCOL%C3%8DA_1917
- Gaitán-Gómez, O. L., Villani, H. S. M., González, D. Z., y Castro, A. B. (2023). Consecuencias en la salud mental de los padres ante un diagnóstico de muerte fetal: Revisión Sistemática. *Enfermería Investiga*, 8 (1), Article 1. <https://doi.org/10.31243/ei.uta.v8i1.1885.2023>

- Gamba-Collazos, H. A., y Navia, C. E. (2017). Adaptación del Inventario de Duelo Complicado en población colombiana. *Revista Colombiana de Psicología*, 26 (1), 15-30. <https://doi.org/10.15446/rcp.v26n1.51205>
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., y Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal*, 297 (6653), 897-899. <https://doi.org/10.1136/bmj.297.6653.897>
- González, S., y Pousa, E. (2019). Duelo perinatal. A propósito de un caso clínico. *Psicosomática y Psiquiatría*, 11. <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum1137>
- Guerrero García, V. (2022). *Programa de intervención psicológica en duelo perinatal* [Tesis de Grado, Universidad Miguel Hernández de Elche]. <http://dspace.umh.es/handle/11000/27874>
- Gutiérrez Cuevas, A. (2009). *Manejo de duelo en las madres y padres que pierden a su hijo o hija de forma inesperada* / [Tesis de Posgrado]. Universidad de Costa Rica.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Pilar Baptista, L. (2014). *Metodología De La Investigación*. McGraw Hill.
- Herz, E. (1984). Psychological Repercussions of Pregnancy Loss. *Psychiatric Annals*, 14 (6), 454-457. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-19840601-11>
- IBM. (2022). *IBM SPSS Statistics*. <https://www.ibm.com/es-es/products/spss-statistics>
- INEC. (2023a, junio). *Nacidos Vivos y Defunciones Fetales*. Instituto Nacional de Estadística y Censos. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacidos-vivos-y-defunciones-fetales/>
- INEC. (2023b, septiembre). *Defunciones Generales*. Instituto Nacional de Estadística y Censos. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/defunciones-generales/>
- Instituto Nacional de Salud. (2022). *Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía* (Protocolo 506; p. 26). Instituto Nacional de Salud de Colombia.

https://www.academia.edu/40531074/MORTALIDAD_PERINATAL_Y_NEONATAL_TARD%C3%8DA_c%C3%B3digo_560

Jané-Llopis, E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 89, 67-77.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0211-57352004000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

Jiménez, S. E., y Ticona, M. (2019). Tendencia y causas de mortalidad perinatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. *Revista Médica Basadrina*, 13 (2), 4-11.

<https://doi.org/10.33326/26176068.2019.2.875>

Johnson, J. E., Price, A. B., Sikorskii, A., Key, K. D., Taylor, B., Lamphere, S., Huff, C., Cinader, M., y Zlotnick, C. (2022). Protocol for the Healing After Loss (HeAL) Study: A randomised controlled trial of interpersonal psychotherapy (IPT) for major depression following perinatal loss. *BMJ Open*, 12 (4), e057747.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057747>

Kennell, J. H., Slyter, H., y Klaus, M. H. (1970). The mourning response of parents to the death of a newborn infant. *The New England Journal of Medicine*, 283 (7), 344-349.

<https://doi.org/10.1056/NEJM197008132830706>

Knapp, R. J. (1986). *Beyond Endurance: When a Child Dies*. Eweb:64424.

<https://repository.library.georgetown.edu/handle/10822/811026>

Kübler-Ross, E. (1969). *Sobre la muerte y los moribundos: Alivio del sufrimiento psicológico*.

Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *The American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148. <https://doi.org/10.1176/ajp.101.2.141>

López García de Madinabeitia, A. P. (2011). Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31 (1), 53-70.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0211-57352011000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- Lorite Martínez, I. (2023). *Del silencio al afrontamiento integral. Eficacia de las intervenciones psicológicas en el duelo perinatal: Una revisión sistemática* [Tesis de Posgrado, Universitat Jaume I]. <https://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/202073>
- Mander, R. (2007). *Loss and Bereavement in Childbearing*. Routledge.
- Matos Cancho, C. C. (2021). Factores de riesgo para muerte fetal intrauterina. *Repositorio institucional-WIENER*. <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/4957>
- Ministerio de Salud Pública. (2022). *Gacetas Muerte Neonatal 2022*. <https://www.salud.gob.ec/gacetas-muerte-neonatal-2022/>
- Neimeyer, R. (1998). *Lessons of Loss: A Guide to Coping*. McGraw-Hill Companies, Incorporated, Primis Custom Publishing.
- Nordlund, E., Börjesson, A., Cacciatore, J., Pappas, C., Randers, I., y Rådestad, I. (2012). When a baby dies: Motherhood, psychosocial care and negative affect. *British Journal of Midwifery*, 20 (11), 780-784. <https://doi.org/10.12968/bjom.2012.20.11.780>
- O'Connor, N. (2019). La muerte antes o después de nacer. En M. T. Sagia, Translator, y P. P. Olvera (Eds.), *Déjalos Ir Con Amor: La Aceptación Del Duelo* (pp. 77-82). Trillas.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Neonatal and perinatal mortality: Country, regional and global estimates, 2004*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241596145>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Muerte prenatal*. Muerte Prenatal. <https://www.who.int/es/health-topics/stillbirth>
- Ovalle S., A., Kakarieka W., E., Correa P., Á., Vial P., M. T., y Aspillaga M., C. (2005). ESTUDIO ANÁTOMO-CLÍNICO DE LAS CAUSAS DE MUERTE FETAL. *Revista*

- chilena de obstetricia y ginecología*, 70 (5), 303-312. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262005000500005>
- Oviedo-Soto, S., Urdaneta-Carruyo, E., Parra-Falcón, F. M., y Marquina-Volcanes, M. (2009). Duelo materno por muerte perinatal. *Revista Mexicana de Pediatría*, 76 (5), 215. <https://openurl.ebsco.com/contentitem/gcd:51364940?sid=ebsco:plink:crawler&id=ebsco:gcd:51364940>
- Papalia, D. E., Wenkods Olds, S., y Duskin Feldman, R. (2013). *DESARROLLO HUMANO* (11°). McGraw-Hill.
- Parkes, C. (1998). Coping with loss: Bereavement in adult life. *BMJ*, 316 (7134), 856-859. <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7134.856>
- Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo: Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*.
- Peters, M. D. J., Lisy, K., Riitano, D., Jordan, Z., y Aromataris, E. (2015). Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based guidance for maternity care providers. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 28 (4), 272-278. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.07.003>
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., y Miller, M. (1995). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59 (1), 65-79. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02757-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2)
- Real Academia Española, R.-. (s. f.). Muerte | Diccionario de la lengua española. En «*Diccionario de la lengua española*»—*Edición del Tricentenario*. Recuperado 9 de enero de 2024, de <https://dle.rae.es/muerte>
- Reivan-Ortiz, G., Pineda-García, G., y León Parías, B. D. (2019). Propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (GADS) en población ecuatoriana.



International Journal of Psychological Research, 12 (1), 41-48.

<https://doi.org/10.21500/20112084.3745>

Romero Yáñez, K. M. (2015). *El proceso de duelo perinatal en un grupo de madres ecuatorianas* [bachelor Thesis, Quito: Universidad de las Américas, 2015].

<http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/3453>

Ticona R., M., y Huanco A., D. (2005). MORTALIDAD PERINATAL HOSPITALARIA EN EL PERÚ: FACTORES DE RIESGO. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 70 (5), 313-317. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262005000500006>

Vinueza, G. (2022, mayo 31). *Gacetas Muerte Neonatal 2022 – Ministerio de Salud Pública*.

<https://www.salud.gob.ec/gacetas-muerte-neonatal-2022/>

Zlotogwiazda, I. (2023). *Intervenciones psicológicas en situaciones de duelo perinatal* [Thesis, Universidad de Belgrano - Facultad de Humanidades - Licenciatura en Psicología].

<http://repositorio.ub.edu.ar/handle/123456789/10618>