



**Del silencio al afrontamiento integral. Eficacia de las intervenciones psicológicas  
en el duelo perinatal: Una revisión sistemática**

**TRABAJO FIN DE MÁSTER**

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA**

Alumna: **Ignacia Lorite Martínez**

Directora: **Berenice Serrano Zárata**

**CURSO: 2022-2023**

## Resumen

El duelo perinatal es un proceso psicológico complejo y varias características lo distinguen de otros tipos de duelo; a medida que avanza el embarazo, el hijo va ocupando un lugar en la familia y se va afianzando, los padres imaginan cómo será su hijo, cómo será su vida y su futuro. Este vínculo afectivo se fortalece con los avances tecnológicos que permiten conocer los detalles físicos de los futuros hijos. Cuando ocurre la pérdida, el proceso puede complicarse porque no hay un sujeto claro para el duelo, ni recuerdos para compartir ni experiencias familiares y sociales. El objetivo de esta revisión sistemática es identificar qué tipo de intervenciones psicológicas se han empleado para afrontar el duelo y conocer las características de esos tratamientos y su eficacia. Para esto se hizo una búsqueda bibliográfica entre el mes de noviembre y diciembre de 2022 en las bases de datos: Scopus, PsycInfo, Google Scholar y Pubmed. Se identificaron un total de 413 estudios de los que 9 cumplieron con los criterios de inclusión y fueron seleccionados para esta revisión. Todos los estudios incluidos se refieren al duelo perinatal e intervenciones psicológicas aplicadas. Se ha podido constatar la poca calidad de los estudios sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas en el duelo perinatal, aunque los resultados respecto a los diferentes tratamientos son prometedores y las terapias aplicadas parecen eficaces frente a los síntomas depresivos y ansiosos.

*Palabras clave:* duelo perinatal, terapia psicológica, muerte perinatal, pérdida perinatal.

## Abstract

Perinatal grief is a complex psychological process, and several characteristics distinguish it from other types of grief. As pregnancy progresses, the child takes a place in the family and becomes entrenched. Parents imagine what their child will be like, what his life and future will

be like. This emotional bond is strengthened by technological advances that allow us to know more about the physical details of our future children. When loss occurs, the process can become more difficult because there is no clear object for grieving, no memories to share and no family and social experiences. The objective of this systematic review is to discover what type of psychological interventions have been used to deal with grief and to know the characteristics of these treatments and their efficacy. For this purpose, a bibliographic search was carried out between the month of November and December 2022 in the databases: Scopus, Pubmed, PsycInfo and Google Scholar. A total of 413 studies were found, of which nine met the inclusion criteria and integrated into this review. All the studies refer to perinatal grief and applied psychological interventions. It has been possible to verify the low quality of the studies on the effectiveness of psychological interventions in perinatal grief, although the results regarding the different treatments are promising and the therapies applied seem effective against depressive and anxious symptoms.

*Keywords:* perinatal grief, psychological therapy, perinatal death, perinatal loss.

## **1. Introducción**

Se denomina duelo al proceso adaptativo normal de las personas frente a una pérdida de cualquier tipo. Se entiende como un episodio vital muy estresante cuando es debido a la muerte de un ser querido. (Rolland, 2000), dice que “la enfermedad, la discapacidad y la muerte, son experiencias universales que ponen a las familias frente a uno de los mayores desafíos de la vida”. Cuando la muerte es de un hijo o hija, se considera uno de los peores sucesos que pueden experimentar las personas, pues en todas las culturas se entiende como un trance antinatural ya que se invierte el ciclo biológico normal, lo que es racional y emocionalmente inaceptable. Un

hijo, aunque muera antes de nacer o viva un corto espacio de tiempo, siempre se va a considerar un hijo.

Si hacemos un breve repaso a la historia del duelo perinatal en el siglo XX:

En 1900 como madre, se esperaba enterrar al menos a uno de los hijos o ayudar a enterrar al bebé de un familiar o un amigo, ya que la mortalidad infantil era de 1 cada 10 nacimientos, (March of Dimes, 2002, como se citó en Cassidy, 2018). La familia estaba cerca, y los vecinos te ayudaban a lavar el cuerpo del bebé y prepararlo para el entierro en el cementerio de su iglesia o de su granja (Bowman, 1959; Norfleet, 1993, como se citó en Chichester 2005). Se acostumbraba a llamar a un fotógrafo para hacer una foto post mortem al mortinato y sería la única foto tomada, para reconfortar y tener algo que lo recordara. Las madres eran apoyadas por la familia y amigos mientras lloraban, porque muchos de ellos, también habían enterrado a un bebé.

Sobre 1960 había descendido la mortalidad a 1 de cada 50 nacidos, (March of Dimes, 2002, como se citó en Cassidy, 2018). No se esperaba que los bebés murieran, por regla general no se conocía a nadie que hubiera tenido un bebé muerto, o la muerte se producía en el hospital. Les quitaban al bebé, sin permitirles verlo, ya que el personal no quería añadir más dolor, no se tomaban fotografías y como mucho les decían si era niño o niña. Los padres reprimían los sentimientos de dolor y el entorno esperaba que continuaran con su vida. Se pensaba que era una experiencia que debía olvidarse, pero se descubrió que los padres no dejaban atrás esta experiencia, sino que la llevaban con ellos toda la vida.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), se considera:

- Muerte gestacional temprana: la que ocurre con menos de 22 semanas de gestación.
- Muerte perinatal: si ocurre con más de 22 semanas de gestación o peso mayor de 500 gr. y menos de una semana de vida.

- Mortalidad neonatal tardía: la ocurrida entre 7-28 días de vida.

Solo las personas que han pasado por ello saben lo que se siente con este tipo de pérdida, un sufrimiento muchas veces ignorado. Este tipo de duelo, con frecuencia está poco considerado y un duelo mal gestionado y que no se ha vivido completamente puede llegar a cronificarse y complicarse causando trastornos mentales. Es muy importante saber lo que significa la pérdida perinatal para los padres y no recurrir a posturas rígidas y dogmáticas, que no sean capaces de atribuir significados diferentes a las familias.

A pesar de que el duelo perinatal presenta un conjunto de características diferentes, no se reconoce como una categoría distinta en el DSM-5 y CIE-11.

Lo que diferencia al duelo perinatal del duelo son unas características que provocan una reacción distinta: la proximidad entre el inicio y el final de la vida, la falta de rituales religiosos que certifiquen esa pérdida, la edad de los padres, que habitualmente significa su primera relación con la muerte así como lo imprevisto del acontecimiento; a lo que hay que añadir la relación simbólica basada en sus deseos (Brier, 2008). Se le añaden además unas características fisiopatológicas relacionadas con el aumento de la hormona gestacional que actúa en el cerebro contribuyendo a establecer el vínculo afectivo con el niño y unas características clínicas, como sentimientos de culpa, soledad, desapego, ira, síntomas disociativos, irritabilidad, etc. Por lo que debe considerarse que el duelo perinatal tiene unos rasgos propios y únicos y que se enmarca además en la categoría de duelo desautorizado.

## **1.1 Marco Teórico**

### ***1.1.1 Duelo***

Según el DSM-5, el duelo es una reacción a la muerte o pérdida de un ser querido, y algunas personas en duelo experimentan síntomas depresivos graves, como tristeza, junto con

otros síntomas asociados, como insomnio, anorexia y pérdida de peso. Autores que han estudiado el duelo, (Bowlby, 1961; Freud, 1917; Lindemann, 1944; Neimeyer, 2002; Parkes, 1996; Rando, 1986) lo definen como una reacción ante la pérdida de un ser querido. La respuesta ante la pérdida de algo, material o simbólico, y su desarrollo no depende del paso del tiempo, sino del trabajo que realiza la persona. Sin embargo, todos consideran que es un proceso normal por el que pasan la mayoría de las personas después de una pérdida.

A Sigmund Freud (1917), se le considera el autor del trazado de los estudios psicológicos del duelo durante el siglo XX. Freud lo consideraba una reacción normal ante la pérdida de un ser querido, o representación que ocupaba su lugar; lo considera normal desde la óptica de que es parte de la reacción ante una pérdida. “Todos tenemos pérdidas, todos nos afligimos, todos sobrevivimos”.

Lindemann (1944) continuó la teoría de Freud y fue uno de los pioneros en el estudio del duelo al observar y describir una muestra de personas en duelo. Basado en sus observaciones, detalla patrones similares que identificó como características específicas de pérdida normal o aguda en 101 personas que habían experimentado una pérdida recientemente, estos patrones son:

- Existencia de algún malestar físico.
- Preocupación por la imagen del difunto.
- Culpa relacionada con la muerte del difunto
- Reacciones adversas.
- Incapacidad para actuar como antes del fallecimiento.

Más tarde, autores como Rando (1966); Rees (1997) y Stroebe y Stroebe (1997), consideraron que el estudio tenía limitaciones y que la muestra era poco representativa así como que las entrevistas aportaban poca información.

Willian Worden, autor del libro “El tratamiento del duelo” (1997), plantea este concepto como un estado de pensamiento, sentimiento y actividad asociado a síntomas físicos y emocionales que se producen tras la pérdida de un ser querido u objeto. Interpreta el duelo como una secuencia más activa e incluye el concepto de tareas más que de fases. Dado que las tareas se entienden como funciones humanas más activas establece este concepto como un estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada, que se asocia a síntomas físicos y emocionales. Estas tareas para establecer el equilibrio y superar la pérdida son:

- a) Aceptar la realidad de la pérdida.
- b) Abordar las emociones y el dolor de la pérdida.
- c) Adaptarse a un entorno en el que el difunto ya no está.
- d) Reubicar emocionalmente al difunto y seguir viviendo.

John Bowlby aporta las teorías del vínculo afectivo y del apego. Para Bowlby (1980) como se citó en Mercedes (2019), se entiende que las reacciones de apego y separación de un niño son las mismas que las de los adultos que han perdido a un ser querido. “ansiedad por separación”. Bowlby propuso su primer modelo de duelo en 1961, que se basó en las teorías de Freud y de Lindermann y que plantea las siguientes fases:

- a) De impacto, negación y torpeza.
- b) De nostalgia y búsqueda.
- c) De desorganización.
- d) De reorganización.

Rando en 1986 discrimina entre las expresiones *grief* y *mourning*. El término *grief* se refiere al proceso por el que se sufren las respuestas lógicas a la particular percepción de la

pérdida. El concepto *mourning* incorpora también un afrontamiento de la pérdida mediante su reubicación para adaptarse a la vida sin el fallecido.

El proceso de elaboración del duelo se compone de seis etapas:

- a) Reconocer la pérdida, tomar conciencia de ella y comprender la muerte.
- b) Encontrar formas de expresión y respuestas psicológicas a la separación, el dolor, la experiencia de la emoción, la identificación, la aceptación y la pérdida.
- c) Recordar y revivir la relación con el difunto.
- d) Prescindir de antiguos vínculos con el difunto y la anterior forma de ver el mundo.
- e) Recordar lo anterior, adaptarse al nuevo mundo, construir nuevas relaciones con el difunto, aceptar nuevas formas de estar en el mundo y crea una nueva identidad.
- f) Emplear la energía en el ahora y centrarse en el mañana.

Rando enfatiza la importancia y necesidad de crear nuevos modelos teóricos según la característica de la pérdida como es la muerte de un hijo.

Neimeyer (2002), propuso otro modelo teórico del duelo, producto de la evolución de la línea clásica. Desde una perspectiva constructivista, define el duelo como una reestructuración de significado enfatizando los aspectos concretos y positivos del proceso y discrepando con lo universal y pasivo planteado por las teorías clásicas.

Según Neymeier, la construcción del duelo se establece no solo por las emociones, sino también por el contexto del duelo, las relaciones y los significados específicos que deben reconstruirse después de la pérdida. Dice el autor: “la muerte transforma las relaciones con la persona querida, en lugar de ponerles fin”. Esto significa transformar las relaciones basadas en la presencia física en relaciones basadas en lazos simbólicos, en lugar de alejarse de la memoria de los seres queridos, se puede continuar la historia de vida ininterrumpida por la pérdida,



comenzando el arduo trabajo de crear un futuro lleno de significado (Neimeyer, 2002, pp., 75-76).

Neimeyer implanta las siguientes pautas comunes al ciclo del duelo:

a) Evitación: la realidad de la pérdida es difícil de entender y provoca confusión, se intenta evitar ser consciente de una realidad muy triste, muy difícil de aceptar. Según la persona va siendo más consciente de la pérdida, surgen emociones más intensas que muchas veces encierran reproches contra los que se consideran responsables de la muerte.

b) Asimilación: cuando aparecen la ira y la evitación, los sujetos experimentan una intensa soledad y tristeza. Se vuelven menos activos, se retiran de los círculos sociales y se dedican cada vez más a hacer el duelo para acostumbrarse a la pérdida. Esta fase suele ir acompañada de síntomas depresivos.

c) Acomodación: se acepta de manera resignada la realidad, enfocándose en un mayor autocontrol emocional y en normalizar la vida.

**Tabla 1**

*Resumen de las principales teorías en el estudio del duelo*

Fases del duelo	I	II	III	IV	V	VI
<b>Freud (1917)</b>	Negación de la pérdida	Preocupación por la pérdida	Liberación emocional y estimulación por nuevas relaciones			
<b>Bowlby (1980)</b>	Embotamiento, incredulidad	Nostalgia y búsqueda	Desorganización	Reorganización		
<b>Rando (1986)</b>	Reconocimiento de la pérdida	Reacción a la separación	Recuerdo al difunto	Renunciar a los antiguos lazos con el difunto	Reajuste al nuevo mundo	Reinvertir la energía
<b>Worden (1991)</b>	Aceptar la pérdida	Trabajar el dolor y las emociones	Adaptarse a la ausencia del fallecido	Recolocar emocionalmente al fallecido		
<b>Neimeyer (2002)</b>	Evitación	Asimilación	Acomodación			

Fuente: Elaboración propia

### ***1.1.2 Duelo Perinatal***

Respecto a los estudios previos a 1970, Eric Lindemann fue pionero en publicar la primera descripción completa de la pérdida perinatal en 1944, teniendo en cuenta los síntomas físicos, el funcionamiento psicológico y los cambios de comportamiento. En 1945, Deutsch observó e investigó por primera vez que las madres sienten malestar emocional tras una pérdida perinatal. Bourne (1968), se refiere a los efectos psicológicos de la muerte fetal en las madres y los médicos y las matronas. Propuso el concepto de ángulo ciego sobre la recomendación médica de pasar por el trance como si nada hubiera pasado, para que los padres lo olvidaran lo antes

posible. Por ejemplo, no ofrecían a los padres la posibilidad de ver a su hijo. Estas recomendaciones se basaban en la idea de que los padres no se preocupaban demasiado por un hijo que todavía no conocían. En 1970, los pediatras John Kennell y Marshall Klause, como se citó en Ridaura (2015), demostraron con su investigación que el vínculo emocional de los padres comienza muy temprano en el embarazo, y las madres que han experimentado tales situaciones, realizan duelo real después del nacimiento de un hijo mortinato. Benfield et al. (1978), desarrollaron un estudio semejante al de Kennel y concluyeron que la mayoría de mujeres sienten signos de duelo ante una pérdida perinatal. En 1980, Peppers y Knapp observaron la relación entre el momento gestacional, el momento del suceso y las reacciones de duelo experimentadas por esas madres; a partir de esos resultados explicaron características específicas de la pérdida perinatal. Las mujeres informaron tener problemas para concentrarse y de no poder aceptar la pérdida, experimentando periodos de confusión y síntomas depresivos entre otros. Los autores no encontraron relación entre la importancia del duelo y el momento de la gestación. La importancia de este estudio consiste en que son los primeros investigadores que prueban que las respuestas de duelo son parecidas para las diferentes clases de pérdida. La Roche et al. (1984), ensayaron una cronología del duelo en la muerte perinatal en un estudio con 30 mujeres que sufrieron pérdida entre las 20 semanas de embarazo y el primer mes de vida del bebé. Los resultados coincidieron con los estudios de Kennell (1970), en la dirección de que todas las mujeres del estudio sintieron tristeza y preocupación con pensamientos sobre el mortinato en diferentes momentos. Es relevante el descubrimiento de que todas las mujeres manifestaron al menos uno de los síntomas de duelo, entre el año y dos años tras la pérdida. La característica dominante sobre lo que hicieron o no hicieron durante el embarazo parece ser la

culpa. Este estudio revela las preocupaciones de las madres en relación con el motivo de la pérdida y la existencia de conductas de auto-culpa.

Las líneas de investigación más recientes respecto a duelo perinatal, se han dirigido a determinar los rasgos particulares del duelo en diferentes tipos de pérdidas con la ayuda de diferentes medidas psicométricas como son:

- Perinatal Grief Scale (PGS); Toedter, Lasker y Alhadeff, (1988)
- Perinatal Grief Intensity Scale (PGIS) Hutti, de Pacheco y Smith, (1998), como se cita en Hutti et al. (2015).
- Perinatal Bereavement Grief Scale (PBGS) Ritscher y Negebauer, (2002).
- La versión reducida de la PGS (Potvin, Lasker y Toedter, 1989).

El duelo perinatal es un proceso psicológico complejo, y varias características lo distinguen de otros tipos de duelo. Como se ha dicho con anterioridad, a medida que avanza el embarazo el hijo va ocupando un lugar en la familia y se va afianzando. Los padres imaginan cómo será su hijo, cómo será su vida y su futuro. Este vínculo afectivo se fortalece con los avances tecnológicos que nos permiten conocer más los detalles físicos de nuestros futuros hijos. Cuando ocurre la pérdida, el proceso puede complicarse porque no hay un objeto claro para el duelo, ni recuerdos para compartir ni experiencias familiares y sociales.

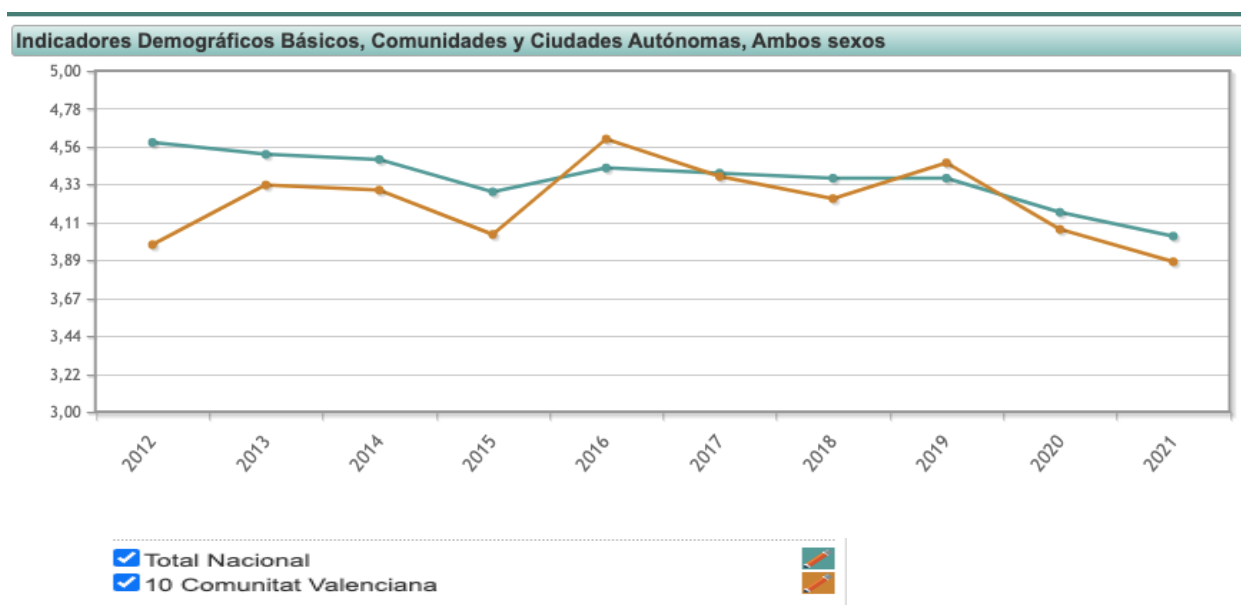
Numerosos estudios han demostrado que la buena voluntad y las habilidades de comunicación del personal sanitario, tienen un impacto significativo en las familias. Es necesario conocer diferentes formas de ver el proceso. Es fundamental que el equipo asistencial esté bien formado para ello. Cuando los padres reciben un trato adecuado, tiene un efecto positivo en la toma de decisiones, mayor resiliencia, tranquilidad y bienestar a largo plazo.

## 1.2 Justificación

La muerte perinatal no es algo inusual en España, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2021 a nivel nacional se produjeron 4,03 muertes fetales tardías por cada 1.000 nacimientos y en la Comunidad Valenciana la cantidad fue de 3,88/1000 (Instituto Nacional de Estadística, 2022).

### Figura 1

*Indicadores de Mortalidad Infantil. Resultados Nacional y Comunidad Valenciana años 2012-2021. Tasa de Mortalidad Perinatal. Defunciones por mil nacidos*



*Nota:* Adaptado de *Instituto Nacional de Estadística (INE), 2022.*

Un mortinato o muerte fetal afecta a madres, familias, sistemas de salud, sociedades y gobiernos. Los mortinatos requieren más recursos que los nacidos vivos, tanto en el período perinatal como en el seguimiento adicional en embarazos posteriores. Los costos indirectos e intangibles de la mortinatalidad son considerables y a menudo, solo los asume la familia. Este tema es especialmente gravoso para aquellos con pocos recursos.

Los efectos negativos, específicamente en la salud mental de los padres podrían ser suavizados por las posturas empáticas de los proveedores de atención y las intervenciones a medida. Se debe tener en cuenta la importancia del bebé, y el costo emocional para los padres, los proveedores del cuidado, las comunidades y la sociedad para prevenir los mortinatos y reducir la morbilidad asociada (The Lancet, 2016).

Por otro lado, la muerte perinatal también afecta a los profesionales de la salud que atienden el proceso del alumbramiento; son especialistas del área de la obstetricia que acostumbran a gestionar el nacimiento y la felicidad, son profesionales de la vida, (Nuzum et al., 2014), pero están limitados para gestionar la muerte perinatal (Wallbank y Robertson, 2013). Los estudios demuestran que estos profesionales están expuestos también a una gran carga emocional que les hace experimentar dolor, ansiedad, frustración, ira... (Jones y Smythe, 2015), manifestando falta de información específica a la hora de afrontar estas situaciones. Se hace necesaria según numerosos estudios, una mayor educación y preparación para poder afrontar también ellos la muerte antes, durante o después del nacimiento. La mayoría de autores coinciden en que las creencias de los profesionales van a determinar su asistencia (García-Caro et al., 2010).

Diversos estudios muestran que los padres muestran shock, insensibilidad, aturdimiento y dificultad para un normal funcionamiento (irritabilidad, labilidad, sensación de vacío, desamparo, depresión, debilidad, sentimientos de culpa, estrés post-traumático (TEPT) y ansiedad, (Weng et al., 2018; Cassidy et al., 2018). En el estudio de (Gold, 2016), se demuestra que a los 4 meses de la pérdida, la tasa de síntomas depresivos es cuatro veces mayor y la tasa de síntomas de TEPT es siete veces más alta. Otros estudios reflejan que el riesgo de suicidio aumenta hasta un año después de la pérdida (Bhat, 2016; Weng et al., 2018).

Para superar las situaciones anteriormente citadas, cada vez más se interviene psicológicamente en el afrontamiento del duelo perinatal (Mota et al. 2021), inciden en la importancia del estilo de afrontamiento a la hora de gestionar la pérdida. Otros autores como (Fuentetaja y Villaverde, 2018), reflejan que el trabajo en grupo de padres posibilita manifestar y compartir los sentimientos y sensaciones más íntimos asociados al fallecimiento, lo que facilita la elaboración de duelo (Farralles et al., 2020).

Por lo tanto y debido a estos motivos y considerando los datos de prevalencia de los trastornos mentales y funcionales relacionados con un duelo perinatal mal gestionado, se estima necesaria la realización de este trabajo de revisión sistemática para poder responder a las preguntas de: ¿qué tratamientos psicológicos se emplean en la actualidad para abordar el afrontamiento del duelo perinatal y sus trastornos asociados?, ¿cómo son esos tratamientos? Y , ¿cuál es su eficacia?

### **1.3 Objetivos**

El objetivo general de este trabajo consiste en elaborar una revisión sistemática de las características y la eficacia de las intervenciones psicológicas en el afrontamiento del duelo perinatal.

Los objetivos específicos son:

- 1) Identificar los tratamientos psicológicos que se han aplicado en el afrontamiento del duelo perinatal.
- 2) Conocer cuáles son las características de dichos tratamientos.
- 3) Conocer la eficacia de los tratamientos aplicados.

## 2. Método

### 2.1 Estrategia de Búsqueda

La búsqueda se realizó conforme a las directrices fijadas en la declaración *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Moher et al., 2009) en los meses de noviembre y diciembre de 2022.

Primeramente se escogieron las bases de datos, considerando que el duelo perinatal y las intervenciones psicológicas, han de ser estudiadas desde disciplinas como la psicología y la psiquiatría. Se eligieron cuatro bases de datos en función de la capacidad en el abordaje de un tema en principio poco estudiado. Primeramente SCOPUS, por ser la mayor base de datos de resúmenes y literatura, revisada por pares y con contenido multidisciplinar. Seguidamente PSYCINFO que es la base de datos de la Asociación Americana de Psicología, considerándose el índice de ciencia psicológica más confiable del mundo. En tercer lugar, GOOGLE SCHOLAR, buscador especializado en bibliografía que toma sus registros desde otras bases de datos y permite maximizar la visibilidad de las investigaciones. Finalmente PUBMED, servicio de la National Library of Medicine posibilita consultar principal y mayoritariamente los contenidos de la base de datos MEDLINE, importante base de datos en disciplinas de ciencias de la salud. Seguidamente y considerando los objetivos del trabajo, se decidió un grupo de palabras clave para comenzar la búsqueda. El término duelo perinatal, todavía no se reconoce como una categoría distinta en el DSM-5 y CIE-11, formando parte del término duelo. Después de una primera revisión de la literatura, se hizo un rastreo en SCOPUS con el fin de elegir las palabras clave más idóneas.

Los términos clave buscados en primer lugar fueron: “*perinatal loss*”, “*perinatal grief*”, , “*perinatal death*”, como primera palabra clave.



Para la segunda palabra clave: *therapy, treatment, psychotherapy* y *therap\**, el operador booleano para combinar las dos palabras clave fue AND.

Una vez obtenidos los resultados se eligieron dos combinaciones de búsqueda en paralelo: “*perinatal loss*” AND *therap\** y “*perinatal grief*” AND *therap\**. Estas composiciones son las que han ofrecido mayor número de resultados relacionados con el tema. Las palabras clave elegidas se buscaron en las cuatro bases de datos en los apartados de título y resumen de las publicaciones. El periodo de publicación establecido fue de 2012 a 2022, que se estimó oportuno para aproximarse a las investigaciones más novedosas y también por ser un tema de abordaje reciente.

## **2.2 Criterios de inclusión y exclusión**

Criterios de inclusión:

- 1) Artículos científicos de tipo: 1.1 revistas revisadas por pares que permite el control sobre la información científica, 1.2 que se aplicase tratamiento de terapia psicológica, 1.3 que fuera un estudio de caso con intervención psicológica. 1.4 estudios descriptivos teóricos con grupo experimental. 1.5 estudios aleatorizados. 1.5 estudios de series de casos.
- 2) Características de los participantes: personas que hayan sufrido pérdida perinatal.
- 3) Guías de afrontamiento y acompañamiento en duelo perinatal.
- 4) Calidad de los estudios, se incluyen randomized controlled trial,(RTC), con análisis estadísticos que cumplan con las directrices CONSORT.
- 5) Idiomas: inglés y español.

Criterios de exclusión: se excluyeron artículos que no cumplieran con los parámetros establecidos, ( p.ej., capítulos de libro, trabajos académicos de grado o máster...) y tratamientos que no estén relacionados con la terapia psicológica.

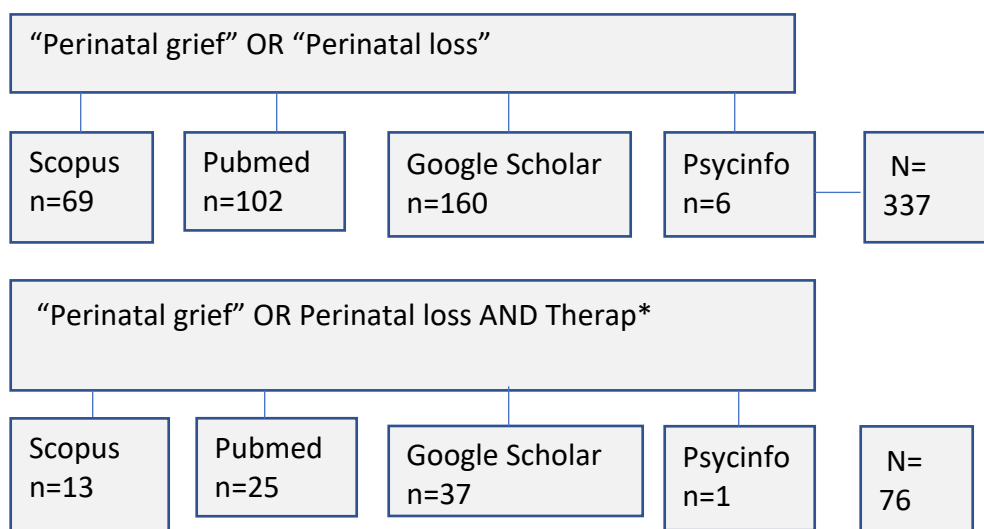
Respecto al método de selección de los estudios, en un principio se hizo por título y resumen, pasando posteriormente a lectura de texto completo en aquellos que se consideraron aptos para incluir en la revisión.

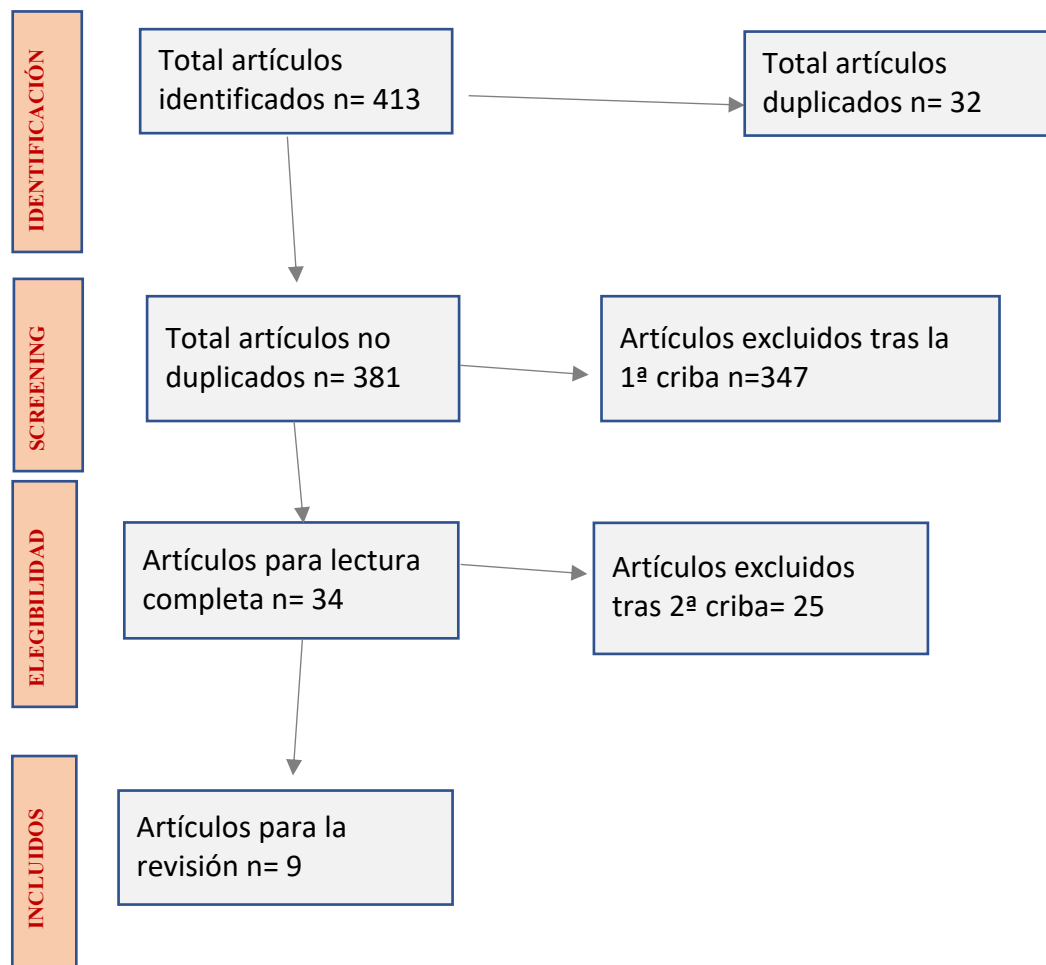
### 2.3 Selección de resultados: búsqueda y cribado de los artículos

Una primera búsqueda mostró 413 resultados de búsquedas iniciales. Se excluyeron 347 publicaciones por estar publicados en una revista sin revisión por pares, eran capítulos de libro, duplicados, resúmenes o trabajos académicos (1ª criba). Tras la revisión de títulos y resúmenes se obtuvieron 34 resultados para revisión completa (2ª criba) de los que se seleccionaron un total de 9 artículos que den respuesta a las preguntas planteadas sobre qué tratamientos psicológicos se emplean en la actualidad para abordar el afrontamiento del duelo perinatal y sus trastornos asociados; cómo son esos tratamientos y cuál es su eficacia.

#### Figura 2

*Diagrama de flujo de búsqueda de documentos*





### 3. Resultados

Para la extracción de datos de los artículos escogidos se utilizó una tabla preparada con anterioridad que facilita el resumen y clasificación de las características a tener en cuenta para el examen minucioso de los artículos. Los aspectos considerados han sido: autor/es, país, año de publicación, muestra, tipo de estudio, variables estudiadas (primarias y secundarias) evaluación (pre, post, y seguimiento) y resultados.

**Tabla 2***Características principales de los resultados*

<b>N°</b>	<b>Autor/es, Año, País</b>	<b>Tipo de estudio. Recolección de Información</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Resultados principales</b>
1	Cala, M. y Hernández, L. (2019) Colombia	Artículo de Investigación cualitativo.	Estudio del impacto que genera la muerte perinatal en una pareja de padres	Se identifican fallos en el abordaje de este tipo de sucesos. Se evidencia la necesidad de implementar protocolos que respondan adecuadamente a las necesidades de cada familia
2	Davidson, D. y Letherby, G. (2014) Reino Unido	Estudio etnográfico sobre las RRSS	Proyecto “Griefwork Online”. Se explora duelo individual y compartido	Se sugiere que las personas con acceso a las redes, pueden tener ventaja tras la pérdida perinatal. El trabajo de duelo con otras personas en situación similar es útil y puede ayudar a crear significado
3	Boyle, F. et al. (2020) Australia	Guía de práctica clínica	Cuatro objetivos generales, que la atención integral sea longitudinal, multifacética e interdisciplinaria.	Combina la investigación disponible con la experiencia vivida y el conocimiento clínico para presentar recomendaciones que abordan las necesidades de los padres en duelo. Pretende ser un documento vivo que se actualiza cada dos años..
4	Leitao, S. et al. (2021) Irlanda	Estudio del taller TEARDROP para la capacitación en atención al duelo perinatal.	Brindar enseñanza impartida a través del modelo Scorpio en grupos multidisciplinares combinados	El taller ha sido bien recibido y completado con éxito por los profesionales. Los hallazgos resaltan la importancia de ajustar y actualizar los programas de capacitación de acuerdo con las necesidades del personal y las demandas de los proveedores de atención médica
5	Duman, M. et al. (2020) Turquía	Ensayo piloto de control aleatorizado N=104. (1 grupo de intervención y 1 grupo control en un ensayo de 12 semanas)	Examinar el efecto de los ejercicios de relajación muscular progresiva sobre los niveles de ansiedad.	Se encontró que el entrenamiento en RMP aplicado como intervención, tuvo influencia positiva en los niveles de ansiedad en embarazadas con anterior pérdida perinatal

Tabla 2 (continuación)

N°	Autor/es, Año, País	Tipo de estudio. Recolección de Información	Objetivos	Resultados principales
6	Cohen, K. et al. (2022) Israel	Estudio de caso de mujer embarazada con trastorno de DM y de TEPT tras pérdidas perinatales	Con el tratamiento de apoyo basado en CCRT es actualizar el deseo interpersonal y de relacionarse con los demás y consigo misma.	Los cambios en la evitación del apego hacia el terapeuta contribuyeron a cambios en la alianza terapéutica y a su vez a cambios en el resultado del tratamiento. La limitación, es que se basa en una sola paciente. Se necesita investigar con muestras más grandes utilizando métodos cuantitativos y cualitativos sistemáticos.
7	Bennett, S. et al. (2012) USA	Estudio de caso, línea de base múltiple entre sujetos. N=5 programa de 2 semanas, 4 semanas, o período de referencia de 6 semanas.	Evaluar la eficacia de la TCC. Se utilizó el PU para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales	En general satisfacción por la intervención, pero muestra piloto muy pequeña se necesita investigación adicional para confirmar la utilidad de esta intervención..
8	Meredith, P, et al. (2017) Australia	Diseño de investigación cualitativo basado en entrevistas. N= 10	Comprender la experiencia de las madres que recibieron atención de un servicio especializado en duelo y prenatal (PALC).	Los participantes hablaron positivamente de los servicios de PALC para ellos y sus familias. Con frecuencia se plantearon las inquietudes sobre un embarazo posterior y el deseo de que otros profesionales de la salud fueran más comprensivos. Se hicieron recomendaciones para extender el servicio PALC y desarrollar servicios similares.
9	Johnson, J. et al. (2022) USA	Ensayo controlado aleatorizado. N=274	Probar la hipótesis de que la IPT, en relación con la CWD, dará como resultado una reducción del tiempo de recuperación del DM y síntomas de TEPT	Reducción del tiempo de recuperación en el trastorno de depresión mayor, reduce los síntomas depresivos y los de TEPT

Fuente: elaboración propia

### 3.1 Análisis de la información e interpretación de los resultados

#### 3.1.1. Identificación, características y eficacia de los tratamientos aplicados

- Terapia Cognitivo Conductual (TCC y PU): La terapia cognitiva conductual probablemente el marco psicoterapéutico más eficaz para los trastornos emocionales junto al protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales plantean que hay un método más simple y eficiente de utilizar estrategias eficaces, como las incluidas habitualmente en la TCC, de modo que pueda tratarse el amplio abanico de síntomas emocionales. En el estudio de (Bennett, 2012), hay una muestra piloto muy pequeña; se necesita investigación adicional para confirmar la utilidad de esta intervención. También se necesita investigación futura para mejorar la identificación de las mujeres que necesitan servicios de apoyo psicológico
- Duelo en línea. Grupos de apoyo: el estudio etnográfico de (Davidson, 2014), sugiere que el trabajo en línea con otras personas en situación similar es útil y puede ayudar a crear significado, pero hay evidencias de troleo en internet.
- El método del Tema Central de Conflicto Relacional (CCRT): se ha afianzado como un procedimiento esencial en la investigación en psicoterapia, tiene reconocimiento internacional y su validez ha sido verificado en numerosos estudios (Luborsky, 1990, 1998, 1999). El estudio de caso en (Cohen, 2022), aprecia eficacia en la intervención aunque considera que se necesita investigar con muestras más grandes y con métodos cuantitativos y cualitativos. Las limitaciones del estudio es que se basa en el proceso de una sola paciente. Se necesita investigar con muestras más grandes utilizando métodos cuantitativos y cualitativos sistemáticos.
- Terapia Interpersonal (IPT) : se enfoca en la función de las relaciones y en optimizar la comunicación para tener una mejor relación con las personas de su entorno. Junto al

Curso de afrontamiento de la depresión (CWD), el ensayo controlado aleatorizado de (Johnson, 2022) da como resultado la reducción del tiempo de recuperación en el trastorno de depresión mayor, reduce los síntomas depresivos y los de TEPT. El rigor del estudio y la reproducibilidad están garantizados, los criterios de inclusión claros, el uso de métodos de investigación, reclutamiento y retención están bien establecidos.

- Atención de un servicio especializado en duelo perinatal (PALC): el diseño de investigación de (Meredith, 2017), expresa que los participantes hablaron positivamente de los servicios de PALC y recomiendan desarrollar servicios similares para ayudar a familias con pérdida perinatal y la necesidad de este tipo de servicios.

Otros estudios sin aplicación de terapia:

Guía para profesionales sobre cuidado perinatal de duelo respetuoso: para la capacitación en atención al duelo perinatal. La Guía de (Boyle, 2019), combina la investigación disponible con la experiencia vivida y el conocimiento clínico para presentar un conjunto de recomendaciones implementables que abordan las necesidades de los padres en duelo. Es necesario que la guía sea un documento vivo y se actualice cada dos años.

- Taller TEARDROP: (Leitao, 2021), de capacitación profesional multidisciplinar para mejorar la atención y desarrollar la cultura compasiva en los servicios de maternidad. Brinda enseñanza impartida a través del modelo Scorpio a grupos multidisciplinarios combinados y desarrolla la cultura compasiva en todos los servicios de maternidad. Hace hincapié en la importancia de ajustar y actualizar los programas de capacitación de acuerdo con las necesidades del personal y las peticiones de los proveedores de atención médica. Los pasos futuros implican expandir el taller y adaptarlo a un programa para estudiantes de medicina y enfermería.

- Artículo de Investigación, (Cala, 2019), con entrevista en profundidad a una pareja de padres en la que se identifican fallos de asistencia en el abordaje de a muerte perinatal. Se evidencia la necesidad de implementar protocolos adecuados en los sistemas de salud. Se identifican fallos en el abordaje de este tipo de sucesos. Se evidencia la necesidad de implementar protocolos que respondan adecuadamente a las necesidades particulares de cada familia
- Relajación muscular progresiva (RMP): La relajación muscular progresiva es una técnica física y mental que se basa en tensar y relajar lentamente cada grupo muscular del cuerpo. También se conoce como procedimiento de relajación muscular profunda o de Jacobson. Se utiliza para control del estrés y ansiedad. Según los resultados del estudio de (Duman, 2020), la RMP, aplicada como intervención de enfermería, condujo a una disminución de los niveles de ansiedad en mujeres embarazadas con antecedentes de pérdida perinatal. Se necesitan estudios con muestras más grandes.

#### **4. Discusión y Conclusiones**

Los resultados encontrados en esta revisión sistemática proporcionan información respecto a los tratamientos psicológicos utilizados en los últimos diez años con respecto al afrontamiento del duelo perinatal, sus características y su eficacia, tal como se planteó en el apartado de objetivos. La evidencia generada a partir de esta revisión puede informar a los investigadores y formuladores de políticas para ampliar la investigación relacionada y desarrollar intervenciones o programas personalizados.

Las características de la muestra de los estudios que se han incluido en la revisión están en consonancia con la literatura analizada en el marco teórico. La mayoría de participantes son mujeres o parejas de padres, que han sufrido pérdidas perinatales y con síntomas comórbidos de



tipo depresivo, ansioso y de TEPT. Se ha podido constatar la poca calidad de los estudios respecto a la eficacia de las intervenciones psicológicas en el duelo perinatal, aunque parecen ser eficaces frente a los síntomas depresivos y ansiosos, los déficits observados en los estudios, no permiten observar buenos resultados frente al TEPT. (Cala, 2019), en su estudio identifica fallos en el abordaje del duelo perinatal y se muestra la necesidad de implementar protocolos que respondan adecuadamente a las necesidades particulares de cada familia. (Bennet, 2012., Cohen, 2022. y Duman, 2020), hacen hincapié en la necesidad de investigar con muestras más grandes así como abogan por el uso de métodos cualitativos y cuantitativos sistemáticos.

A pesar de que en los resultados no se refleja, se han analizado también cinco revisiones sistemáticas previas, una revisión de alcance y un resumen de investigación de artículos, que mayormente concluyen que las intervenciones psicológicas son eficaces y esperanzadoras, también en ellos se observa: metodología e informes deficientes que limitan las conclusiones; déficits en el interés por implementar y probar psicoterapias para tratar el trauma posterior a una pérdida perinatal. (Ashford, 2016) y (Charrois, 2020), sugieren que las intervenciones online y a través de ordenador pueden ser prometedoras, pero están aún en desarrollo y hacen falta estudios de control aleatorizado (ECA) con métodos bien diseñados para desarrollar y seleccionar intervenciones que mejoren los resultados.

Respecto a las limitaciones de esta revisión:

1º Solo se incluyen dos ensayos de control aleatorizado, siendo los demás estudios no controlados.

2º Solo hay medidas de seguimiento en ECA (Johnson, 2022) y en el ensayo piloto de control aleatorizado (Duman, 2020).

3º No se ha evaluado el riesgo de sesgo para cada estudio incluido en esta revisión.

A pesar de las limitaciones, conviene enfatizar que seis de los nueve artículos seleccionados, se han publicado en los últimos cuatro años lo que aporta información actualizada así como que la mayor parte de las terapias aplicadas son tratamientos basados en la evidencia (Kazdin, 2008), lo que les da a las intervenciones calidad y base empírica. Estos datos son esperanzadores y ponen de manifiesto que el duelo perinatal va adquiriendo visibilidad, que cada vez se está investigando más y poniendo las bases para que se investigue mejor; la mayoría de los estudios concluyen que son necesarias futuras líneas de investigación. Considerando los hallazgos, tras el análisis de los estudios y respecto a los planteamientos que se han de tener en cuenta en futuras líneas de estudio, se necesita más investigación sobre el afrontamiento del duelo perinatal, los tratamientos psicológicos empleados y su eficacia; también es necesario un mayor número de estudios controlados aleatorizados que contengan medidas de seguimiento de los resultados a medio y largo plazo, para tener evidencia de que las intervenciones realizadas realmente son eficaces. Igualmente se necesita un mayor estudio sobre la alta comorbilidad de diferentes trastornos emocionales asociados al duelo perinatal.

Y para finalizar, se ha podido comprobar en diferentes estudios la importancia del formato grupal y las intervenciones online, por lo que sería muy interesante una mayor investigación en esa línea, pues permite en general un mayor grado de accesibilidad al tratamiento en el caso de las intervenciones online y respecto al formato grupal, permite que los pacientes actúen como referentes unos de otros, a la vez que se motivan entre sí.

### Referencias

- Ainscough, T., Fraser, L., Taylor, J., Beresford, B., & Booth, A. (2019). Bereavement support effectiveness for parents of infants and children: a systematic review. *BMJ Supportive & Palliative Care*, bmjcare-2019. <https://doi.org/10.1136/bmjcare-2019-001823>
- Ashford, M. T., Olander, E. K., & Ayers, S. (2016). Computer- or web-based interventions for perinatal mental health: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 197, 134-146. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.057>
- Bhat, A., & Byatt, N. (2016). Infertility and Perinatal Loss: When the Bough Breaks. *Current Psychiatry Reports*, 18(3). <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0663-8>
- Benfield, D., Leib, S. y Vollman, J. (1978). Grief response of parents to neonatal death and parent participation in deciding care. *Pediatrics*, 62, 171-177.
- Bennett, S., Ehrenreich-May, J., Litz, BT., Boisseau, CL. y Barlow, DH. (2012). Desarrollo y evaluación preliminar de una intervención cognitivo-conductual para el duelo perinatal. *Práctica cognitiva y conductual*, 19 (1), 161-173.
- Bourne, S. (1968). The psychological effects of stillbirths on women and their doctors. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 16 (2), 103-112.
- Boyle, F., Horey, D., Middleton, P. y Flenady, V. (2020). Pautas de práctica clínica para la atención del duelo perinatal: una descripción general. *Mujer y nacimiento*, 33 (2), 107-110.
- Bowlby, J. (1961). Processes of mourning. *International Journal of Psycho-Analysis*, 42, 317-340.

- Brier, N. (2008). Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature. *Journal of Women's Health, 17*, 451-464.
- Cala, M. y Hernández, L. (2019). Duelo por muerte perinatal. Necesidad de una atención diferencial e integral. *Archivos de Medicina (Manizales), 19*(1), 32-45.
- Cassidy, P. R., Cassidy, J., Olza, I., Martín Ancel, A., Jort, S., Sánchez, D. y Martínez Serrano, P. (2018). Informe Umamanita: Encuesta sobre la calidad de la atención sanitaria en casos de muerte intrauterina. *Girona: Umamanita*.
- Cassidy, P. R. (2018). Estadísticas y tasas de la mortalidad intrauterina, neonatal y perinatal en España. *Revista muerte y duelo perinatal, 4*, 23-34.
- Charrois, E. M., Bright, K. S., Wajid, A., Mughal, M. K., Hayden, K. A., & Kingston, D. (2020). Effectiveness of psychotherapeutic interventions on psychological distress in women who have experienced perinatal loss: a systematic review protocol. *Systematic Reviews, 9*(1). <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01387-6>
- Chichester, M. (2005). Multicultural issues in perinatal loss. *AWHONN lifelines, 9*(4), 312-320.
- Cohen, K., Leibovich, L., Markin, R., & Zilcha-Mano, S. (2019). The process of change in psychotherapy with a pregnant patient following perinatal losses: An analysis of a case study. *Journal of Clinical Psychology, 75*(5), 874-885. <https://doi.org/10.1002/jclp.22763>
- Davidson, D. y Letherby, G. (2014). Trabajo de duelo en línea: Pérdida perinatal, interrupción del ciclo de vida y apoyo en línea, *Fertilidad humana, 17*:3, 214-217, DOI: 10.3109/14647273.2014.945498
- Davidson, D. (2018). La necesidad de apoyo de duelo después de la pérdida perinatal. *Atención al duelo, 37* (1), 31-34.
- Deutsch, H. (1945). The psychology of women: a psychoanalytic interpretation (Vol.2,

- Motherhood). New York: Grune & Stratton.
- Duman, M., Ozan, Y., Derya, Y. y Taşhan, S. (2020). El efecto del entrenamiento con ejercicios de relajación sobre la ansiedad relacionada con el embarazo después de la pérdida perinatal: un ensayo piloto de control aleatorizado. *Explora* \_
- Endo, K., Yonemoto, N., & Yamada, M. (2015). Interventions for bereaved parents following a child's death: A systematic review. *Palliative Medicine*, 29(7), 590-604.  
<https://doi.org/10.1177/0269216315576674>
- Farralles, L. L., Cacciatore, J., Jonas-Simpson, C., Dharamsi, S., Ascher, J., & Klein, M. C. (2020). What bereaved parents want health care providers to know when their babies are stillborn: a community-based participatory study. *BMC Psychology*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-020-0385-x>
- Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, 14(1914–1916), 237-258.
- Fuentetaja, A. M. L. y Villaverde, O. I. (2018). Sentir y pensar el duelo perinatal: acompañamiento emocional de un grupo de padres. *Revista Clínica Contemporánea*, 9(e25), 1-24.
- García Caro, M. P., Cruz Quintana, F., Schmidt Río Valle, J., Muñoz Vinuesa, A., Montoya Juárez, R., Prados-Peña, D. y Botella López, M. C. (2010). Influencia de las emociones en el juicio clínico de los profesionales de la salud a propósito del diagnóstico de enfermedad terminal.
- Garre, J. M. H., Sánchez, F. C. S. y Pérez, P. E. (2017). Alumbrando la muerte. Profesionales de la vida gestionando el duelo. *Revista Internacional de Sociología*, 75(3), e070-e070.

- Gold, K. J., Leon, I., Boggs, M. E., & Sen, A. (2016). Depression and posttraumatic stress symptoms after perinatal loss in a population-based sample. *Journal of women's health, 25*(3), 263-269.
- Heazell, A. E., Siassakos, D., Blencowe, H., Burden, C., Bhutta, Z. A., Cacciatore, J., & Budd, J. (2016). Stillbirths: economic and psychosocial consequences. *The Lancet, 387*(10018), 604-616.
- Hollins Martin, C. J., & Reid, K. (2022). A scoping review of therapies used to treat psychological trauma post perinatal bereavement. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 1-17*. <https://doi.org/10.1080/02646838.2021.2021477>
- Hutti, M. H., Armstrong, D. S., Myers, J. A., & Hall, L. A. (2015). Grief intensity, psychological well-being, and the intimate partner relationship in the subsequent pregnancy after a perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 44*(1), 42-50.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2022). Muerte fetal tardía. Datos del año 2021. Madrid: Instituto Nacional de Estadística (INE).
- Johnson, J., Price, A., Sikorskii, A., Key, K., Taylor, B., Lamphere, S., Huff, C., Cinader, M., & 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, Apr 19;12*(4):e057747. doi: 10.1136/bmjopen-2021-057747. PMID: 35440458; PMCID: PMC9020310.
- Jones, K., & Smythe, L. (2015). The impact on midwives of their first stillbirth. *New Zealand College of Midwives Journal, (51)*.
- La Roche, C., Lalinec-Michaud, M., Engelsman, F., Fuller, N., Coop, M., Mc Quade-Soldatos, L. et al. (1984). Grief reactions to perinatal death. A follow-up study.

- Canadian Journal of Psychiatry*, 29, 14-19.
- Leitao, S., Helps, A., Cotter, R., O'Donoghue, K. y el grupo de trabajo TEARDROP  
PLRG. (2021). Desarrollo y evaluación de TEARDROP, un programa de capacitación en atención del duelo perinatal para profesionales de la salud. *Partería*, 98, 102978.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101(2), 141-148.
- Markin, R. (2017). Una introducción a la sección especial sobre psicoterapia para la pérdida del embarazo: revisión de problemas, aplicaciones clínicas y dirección de investigación futura. *Psicoterapia*, 54 (4), 367.
- Markin, R. y Zilcha-Mano, S. (2018). Procesos culturales en psicoterapia para la pérdida perinatal: rompiendo el tabú cultural contra el duelo perinatal. *Psicoterapia*, 55 (1), 20.
- Martos-López, I. M., del Mar Sánchez-Guisado, M. y Guedes-Arbelo, C. (2016). Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado. *Revista Española de comunicación en salud*, pp. 300-309.
- Mercedes, N., Rosario, G., Henríquez, M. y Gautreaux, K. (2019). Apego y pérdida.
- Meredith, P., Wilson, T., Branjerdporn, G., Strong, J., & Desha, L. (2017). “Not just a normal mum”: a qualitative investigation of a support service for women who are pregnant subsequent to perinatal loss. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1200-9>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & Prisma Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097.

- Mota González, C., Sánchez Bravo, C., Carreño Meléndez, J. y Gómez López, M. E. (2021). Los estilos de afrontamiento como predictores del duelo perinatal. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 13(1), 50-58.
- Neimeyer, R. A. (2002). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.
- Nuzum, D., Meaney, S., & O'Donoghue, K. (2014). The impact of stillbirth on consultant obstetrician gynaecologists: a qualitative study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 121, 10201028.
- Peppers, L.G., & Knapps, R. J. (1980). Maternal reactions to involuntary fetal infant death. *Psychiatry*, 43, 155-159.
- Potvin, L., Lasker, J., & Toedter, L. (1989). Measuring grief: A short version of the perinatal grief scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11(1), 29-45. <https://doi.org/10.1007/bf00962697>
- Rando, T. A., & Kowalski, K. (1987). Parental Loss of a Child. *AJN The American Journal of Nursing*, 87(9), 1383.
- Rees, W.D. (1997). *Death and Bereavement: The Psychological, Religious and Cultural Interfaces*. Whurr Publishers Ltd, London.
- Ridaura Pastor, I. (2015). *Estudio del duelo perinatal: interrupciones médicas del embarazo, muertes prenatales y muertes postnatales*. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Ritsher, J. B., & Neugebauer, R. (2002). Perinatal Bereavement Grief Scale: distinguishing grief from depression following miscarriage. *Assessment*, 9(1), 31-40.



- Robinson, C. y Pond, R. (2019). ¿Los grupos de apoyo en línea para el duelo benefician a los dolientes? Revisión sistemática de la literatura cuantitativa y cualitativa. *Computadoras en el comportamiento humano*, 100, 48-59.
- Rolland, J. S. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad: una propuesta desde la terapia sistémica*. Editorial Gedisa.
- Stroebe, W., & Stroebe, M.S. (1997) Determinants of Adjustment to bereavement in younger widows and widowers. In *Handbook of Bereavement: Theory, Research, and Intervention*. Cambridge University Press, Cambridge, pp. 208– 239.
- Suárez, L. C., López, C. M., Martínez, D. S., & Sánchez, C. N. (2008, August). Perinatal mortality underreporting in obstetrics and neonatology. In *Anales de pediatria (Barcelona, Spain: 2003)* (Vol. 69, No. 2, pp. 129-133).
- The Joint Commission. (2008, July 9). Behaviors that undermine a culture of safety. Sentinel Event Alert #40. Retrieved from:  
[http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA\\_40.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_40.pdf)
- The Lancet* Volumen 387, nº10018, Páginas 604--616 (Febrero 2016).
- Toedter, L. J., Lasker, J. N., & Alhadeff, J. M. (1988). The Perinatal Grief Scale: development and initial validation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58(3), 435-449.
- Wallbank, S., & Robertson, N. (2013). Predictors of staff distress in response to professionally experienced miscarriage, stillbirth and neonatal loss: A questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 50(8), 1090-1097.
- Weng, S. C., Chang, J. C., Yeh, M. K., Wang, S. M., Lee, C. S., & Chen, Y. H. (2018). Do stillbirth, miscarriage, and termination of pregnancy increase risks of attempted and

completed suicide within a year? A population-based nested case–control study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 125(8), 983-990.

Wojcieszek, A. M., Shepherd, E., Middleton, P., Lassi, Z. S., Wilson, T., Murphy, M. M., Heazell, A. E., Ellwood, D. A., Silver, R. M., & Flenady, V. (2018). Care prior to and during subsequent pregnancies following stillbirth for improving outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(12). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd012203.pub2>