



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

**FACULTAD DE CIENCIAS
SOCIALES**

GRADO EN TRABAJO SOCIAL

Trabajo Fin de Grado

**DUELO PERINATAL: EL DUELO
OLVIDADO**

Alumna: Natalia Vicente Sáez

Tutora: Nuria del Álamo Gómez

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. JUSTIFICACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO.....	4
3. REVISIÓN E INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA	5
3.1. ACLARACIONES CONCEPTUALES	5
3.1.1 ¿Qué es el duelo?.....	5
3.1.2. Muerte o pérdida perinatal, mortalidad perinatal y duelo perinatal	8
3.1.3. Duelo desautorizado. Duelo olvidado	11
3.2. TIPOS DE PÉRDIDA PERINATAL	12
3.2.1. Aborto espontáneo.....	12
3.2.2. Aborto voluntario	12
3.2.3. Interrupción Voluntaria del Embarazo por problemas del feto o amenaza para la salud de la madre	13
3.2.4. Reducción selectiva en embarazos múltiples	13
3.2.5. Mortinato (muerte intraparto o intrauterina)	14
3.2.6. Pérdida en embarazos múltiples	14
3.2.7. Pérdida del neonato	15
3.3. LOS PADRES ANTE LA PÉRDIDA PERINATAL.....	16
3.3.1. Proceso de duelo en los padres afectados por la pérdida perinatal	16
3.3.2. Factores que influyen en la elaboración del proceso de duelo. Duelo patológico	20
3.3.3. Repercusión en el sistema familiar de la pérdida perinatal. La pareja.....	23
3.3.4. Nuevo embarazo tras la pérdida perinatal	26
3.4. OTROS FAMILIARES	27
3.4.1. Hermanos	27
3.4.2. Abuelos.....	28
3.5. PROFESIONALES ANTE LA PÉRDIDA PERINATAL.....	29
3.5.1. Importancia de la actuación de los profesionales en la elaboración del proceso de duelo. Recomendaciones.	29
3.5.2. Reacciones y sentimientos de los profesionales ante la pérdida perinatal	31
4. DISCUSIÓN TEÓRICA Y FORMULACIÓN DE INTERROGANTES.....	33
4.1. RETOS Y NECESIDADES.....	33

4.1.1. Carencias formativas de los profesionales sanitarios que atienden la pérdida perinatal	33
4.1.2. Protocolos de actuación ante la pérdida perinatal	35
4.1.3. Libertad de decisión de los padres sobre la inducción del parto tras la pérdida perinatal	35
4.1.4. Registro civil y pérdida perinatal. Infradeclaración y fiabilidad de las estadísticas de muertes perinatales en España	37
5. CONCLUSIONES Y POTENCIAL PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL.....	38
6. BIBLIOGRAFÍA	41

1. INTRODUCCIÓN

Según afirman López y Zuazo (2008:1), durante décadas, cuando se producía una muerte perinatal, la madre era sedada durante el expulsivo, el bebé era retirado con la mayor brevedad posible (para evitar el apego), se eliminaba cualquier señal de la existencia del mismo y se recomendaba a la pareja un nuevo embarazo cuanto antes; además de negar al padre el derecho al duelo.

Estos mismos autores añaden que a finales de los años 60 el duelo perinatal comienza a ser objeto de interés clínico y científico, en gran parte, como resultado de la evolución del significado y valor social que se le otorga al hecho de tener un hijo, y como consecuencia a la trascendencia que supone el perderlo.

Además, los avances tecnológicos que se han dado en los campos de la Obstetricia y Ginecología, y que permiten ver la imagen del bebé mucho antes del nacimiento, han facilitado el desarrollo precoz del apego por parte de los progenitores (López, 2011:53).

Así, comienza a entenderse la muerte perinatal como una pérdida real, y el duelo perinatal como un duelo de características comunes a las del duelo por la pérdida de cualquier ser querido, pero con ciertas particularidades.

2. JUSTIFICACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

El motivo por el que he escogido el duelo perinatal como tema de estudio es, principalmente, la ausencia de concordancia que considero que existe entre la extendida falta de conocimiento sobre el tema por parte de profesionales y sociedad en general; y la elevada frecuencia de muerte perinatal, y repercusión que ésta tiene sobre las familias afectadas por la misma.

Además, desde el Trabajo Social, gran parte de la actividad que desarrollan los profesionales está centrada en el trabajo con las pérdidas y los duelos (González, 2006:1). Por ello, considero que el Trabajo Social, desde el ámbito sanitario, puede

desempeñar un papel importante en lo que se refiere a hacer visible la problemática de la pérdida perinatal; promoviendo una atención de calidad a las familias que pasan por la misma y favoreciendo así el desarrollo de un proceso de duelo saludable.

3. REVISIÓN E INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA

3.1 ACLARACIONES CONCEPTUALES.

Con este apartado pretendemos esclarecer algunos de los conceptos que estarán presentes a lo largo del trabajo que nos ocupa, y cuyo conocimiento se estima fundamental, para la correcta y completa comprensión e interpretación del mismo.

3.1.1 ¿Qué es el duelo?

Para empezar, López (2011:53) señala que si entendemos el duelo desde una perspectiva amplia, podríamos definirlo como la reacción y adaptación psicológica ante la pérdida de algo que es apreciado por el individuo y que está, de alguna forma, vinculado al mismo: personas, objetos, mascotas, ilusiones, proyectos, etc. Siendo el duelo una experiencia única, que será afrontada por cada persona en función de su propio estilo y recursos; que se asentará sobre una personalidad previa, y se verá influenciada por unas circunstancias determinadas y un contexto social concreto, que condicionarán el proceso de duelo.

El DSM-IV-TR, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, se aleja un poco de la amplitud conceptual propuesta por la mencionada autora, y define el Duelo (Z63.4) como una reacción a la muerte de una persona querida. Al mismo tiempo, añade que algunos individuos afligidos presentan síntomas característicos de un episodio de depresión

mayor, como por ejemplo, sentimientos de tristeza, insomnio, anorexia y pérdida de peso; si bien, la persona con duelo valora su estado de ánimo depresivo como "normal".

Desde esta perspectiva más micro, podríamos decir por tanto que, el duelo son todos aquellos procesos psicológicos, tanto conscientes como inconscientes, que se ponen en marcha tras la pérdida de una persona significativa, con independencia del resultado (Bowlby, 1983: 40).

Por todo lo mencionado anteriormente, podríamos concluir que toda pérdida significativa entraña la necesidad de elaborar un proceso de duelo (Pérez, s.f.: 2). Si bien, es importante añadir, que el duelo por la muerte de un ser querido, es una de las formas de duelo más estudiadas (González, 2006:7), quizá por las características particulares que diferencian este duelo, de aquel relacionado con otro tipo de pérdidas.

En lo referido al duelo por la muerte de un ser querido, los enfoques y miradas son diversos; siendo de las más conocidas las aportaciones realizadas desde el **psicoanálisis**. Freud (1917) presentó una visión intrapsíquica de la aflicción, considerando el duelo como una respuesta normal a la pérdida de la persona querida (citado en González, 2006:7). Por tanto, atendiendo a esta perspectiva el duelo no requeriría de tratamiento médico. El proceso de aflicción iría unido a un retiro gradual de la energía emocional hacia el objeto amado que se ha prendido, algo que resulta doloroso; y que cursa con síntomas de negación inicial, preocupación y finalmente, la ya mencionada, retirada gradual de la unión con la persona fallecida, que permitiría la reinversión de la energía en nuevas relaciones y uniones con terceros (González, 2006:7).

Por otro lado, la **perspectiva adaptativa**, es según González (2006:8), aquella que entiende el duelo como una respuesta adaptativa a una situación de pérdida. Según este autor, es Pollock quien aporta a esta perspectiva la idea de que el duelo es un proceso ego-adaptativo, en el que se lucha por renovar un balance interno, a la vez que es necesario adaptarse a un

entorno amenazante. Al mismo tiempo, divide el duelo en dos etapas: una primera fase aguda caracterizada por el *shock*, la aflicción y a separación; y una segunda fase crónica o de reparación.

Por su parte el **enfoque interpersonal de duelo**, cuyo precursor es considerado Bowlby (1983), entiende que las uniones de apego generadas como consecuencia de la familiaridad e intimidad entre individuos, son las que causan los síntomas de aflicción cuando ocurre la pérdida. Desde esta perspectiva se proponen cuatro fases dentro del proceso de duelo: entumecimiento o aturdimiento, añoranza y búsqueda, desorganización y desesperación, y finalmente, reorganización (citado en González, 2006:8).

En el mismo artículo de González (2006:8) se plantea que la **perspectiva salud-enfermedad** que fue planteada por Engel (1964), considera el duelo como una enfermedad. Se entiende por tanto el proceso de duelo como un estado adaptativo, que favorece el reposo del organismo enfermo permitiendo su recuperación y supervivencia. El proceso estaría compuesto por seis fases: *shock* e incredulidad, conciencia de pérdida, restitución, resolución de la pérdida, idealización y resultado).

Otro modelo que incide sobre las consecuencias en la salud del duelo es el **modelo biológico**, que fue planteado por Parker (1986) y sostiene que el duelo es un estresante mayor que tiene graves implicaciones sobre la salud y amenaza la seguridad del individuo. Así, según este modelo, el proceso por el cual se producirá la reordenación de las suposiciones y creencias que permitirán adaptarse a un nuevo marco, estará formado por cuatro fases: aturdimiento, búsqueda y anhelo, depresión y recuperación (citado en González 2006:7). A esto podríamos añadir, que aun entendiendo el duelo como una reacción adaptativa normal ante la pérdida de un ser querido, se trata de un acontecimiento vital estresante, de primera magnitud, al que tendremos que enfrentarnos casi todos los seres humanos (Pérez, s.f.: 2).

Finalmente, de la mano de Sanders, una **visión integrativa y ecléctica del duelo**, lo considera como un estado de progresión hacia la

resolución y homeostasis, como algo más adaptativo que debilitativo, más ligado al crecimiento que a la regresión. Todas las respuestas psicológicas producidas durante el proceso de duelo estarían unidas a un fundamento biológico. Además el proceso de duelo estaría influenciado por variables moderadoras externas (edad, sexo, apego, etc.) y variable moderadoras internas (espiritualidad, sistema de apoyo social, condiciones socioeconómicas, etc.). Este último modelo, no describe la sucesión de fases, etapas o tareas a las que hacer frente, sino que entiende que la resolución del duelo comporta la integración de ciertos cambios necesarios, que lleven al individuo a la conformación de una nueva persona y una nueva vida (citado en González, 2006:9).

3.1.2 Muerte o pérdida perinatal, mortalidad perinatal y duelo perinatal.

De especial relevancia es la diferenciación entre lo llamado muerte o pérdida perinatal, mortalidad perinatal y duelo perinatal; ya que se trata de términos que designan y dan nombre a realidades y conceptos interrelacionados, pero no iguales:

Muerte o pérdida perinatal

Hablando en sentido amplio, el concepto de muerte o pérdida perinatal, se refiere a la incapacidad de la mujer para llevar a buen término la gestación. Desde un punto de vista médico, hablamos de aborto para designar todas las pérdidas producidas antes de la semana 21 del embarazo, y hablamos de pérdida perinatal cuando se produce desde la semana 21 hasta el primer mes de vida (Espinosa, 2001; citado en Sánchez-Pichardo, 2007: 147). En la actualidad el término “infertilidad” ha quedado sustituido por el de pérdida gestacional recurrente, y se refiere a aquellos casos en los que se presentan dos o más pérdidas del embarazo (Sánchez-Pichardo, 2007: 147).

Mortalidad perinatal

La Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), habla de un periodo perinatal que se extiende desde la semana 22 de gestación hasta una semana de vida independiente; sin embargo, en la práctica y en la mayoría de literatura existente sobre el tema, el periodo se amplía desde el momento de la concepción hasta el primer año de vida (López, 2011:57).

Por otro lado, epidemiológicamente hablando, y atendiendo a los criterios de la OMS, según López (2011:53), la mortalidad perinatal es el resultado de la suma de mortalidad perinatal tardía (28 o más semanas de gestación o un peso superior a los 1000 gramos) y la mortalidad neonatal precoz (hasta 7 días de vida), por cada 1000 nacidos (vivos y muertos). El concepto de mortalidad perinatal y las definiciones de la misma, varían de unos países a otros, lo que dificulta en gran medida las comparaciones entre los mismos (González et al., 2006:113). Así, en algunos países (incluido España) se entiende por mortalidad perinatal el número total de muertes producidas a partir de la semana 22 de gestación o de neonatos con más de 500 gr. de peso, hasta la primera semana de vida, por cada 1000 nacidos vivos y muertos (Cassidy et al., 2009:1; Ferrer, 2013:3). Por tanto, cuando hablamos de mortalidad perinatal, debemos tener en cuenta que este concepto engloba un número amplio de definiciones (Tabla 1).

Tabla 1. Mortalidad Perinatal

Mortalidad Fetal		Mortalidad Neonatal		
M.F. Intermedia	M.F. Tardía	M.N. Precoz	M.N. Tardía	
	Mortalidad Perinatal Básica (tipo I)			
Mortalidad Perinatal Nacional (tipo II)				
Mortalidad Perinatal Ampliada (tipo III)				
500 gr.	1000 gr.	Nacimiento	7 días	28 días

Fuente: Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal. Cassidy et al. (2009).

Finalmente aclarar que, en este trabajo, consideraremos mortalidad perinatal a toda pérdida con resultado de muerte producida desde el momento de la concepción del embarazo hasta el fin del periodo neonatal (entendiendo este como el primer año de vida).

Duelo Perinatal

Sin perjuicio de las definiciones anteriores, el concepto de duelo perinatal se refiere a aquellos procesos de duelo que se dan como resultado de la muerte del hijo en cualquier momento del periodo gestacional o neonatal (Mejías, 2011:53). Así, independientemente de los plazos y definiciones diversas que se utilizan para designar la mortalidad perinatal, el duelo es algo que va más allá, extendiéndose a los casos de aborto (voluntario e involuntario), Interrupción Voluntaria del Embarazo por problemas del feto o amenaza para la salud de la madre, reducción selectiva en embarazos múltiples, muerte intraparto o intrauterina y, pérdida en embarazos múltiples y del neonato (López, 2011:59). Las mencionadas pérdidas serán analizadas con mayor detalle en apartados posteriores.

Por tanto, Mejías (2011:53), mantiene que el duelo perinatal debe ser entendido como un duelo complejo y diferente de aquellos producidos por la pérdida de otros seres queridos. Añade que se trata de un duelo único en cuanto a que la pérdida del ser querido supone a su vez la pérdida de un sueño, de un proyecto de futuro. Además, es habitual que esta pérdida se entienda como un fracaso biológico (en el caso de la mujer), y hasta de la estima personal por el hecho de ir unido a algo que se concibe como antinatural, que es la supervivencia a los hijos. Por todo ello, suele tratarse de un duelo que se vive con especial soledad, relacionada con la falta de comprensión por parte de entorno familiar y social. Es precisamente esto último, lo que lleva al duelo perinatal a ser clasificado como “duelo desautorizado” (Mejías, 2011:53).

3.1.3 Duelo desautorizado. Duelo olvidado.

Cuando hablamos de duelos desautorizados, nos referimos a aquellos que experimentan las personas que viven una pérdida que no puede ser, o no es, abiertamente reconocida, expresada en público o socialmente aceptada o apoyada. La incapacidad de reconocimiento público viene dada por la posible respuesta social negativa ante dicho reconocimiento y, por tanto, la persona queda privada de la oportunidad de hacer un trabajo de duelo abiertamente. Los duelos desautorizados, serían todos aquellos en los que la relación con el fallecido no es reconocida, la pérdida no es reconocida, la persona en duelo no es reconocida o el tipo de muerte es censurado (Pérez, s.f.: 18).

La mayoría de literatura sobre el tema coincide en reconocer el duelo desautorizado como factor de riesgo para la elaboración de un duelo complicado. Worden (1991:101), afirma que hay tres factores sociales que juegan un papel relevante en el desarrollo de un duelo complicado: pérdida de la cual no se puede hablar (por falta de reconocimiento social), pérdida que es negada socialmente (como si nunca hubiese existido), y ausencia de redes de apoyo social para la persona en duelo.

Los duelos por muertes perinatales no suelen ser públicamente reconocidos ni socialmente expresados (Cassidy et al., 2009:4). Payás (2010), considera que la pareja se siente desautorizada para hablar de la pérdida de forma abierta ya que se trata de niños que no recibirán un entierro, a veces no tienen nombre, en la mayoría de ocasiones no existen fotos ni nada que avale su existencia, etc. Pero añade, sin embargo, que el niño es hijo para los padres y familia desde la concepción, en su imaginación, sus expectativas y esperanzas.

Además de lo anterior, el duelo perinatal es conocido como “el duelo olvidado”. Se considera que se trata de un duelo olvidado en dos sentidos: por un lado, olvidado por parte del sistema sanitario, que se ha empeñado durante décadas en negar la realidad de esta pérdida y tratando de eliminar

cualquier rastro de su existencia cuando ésta se producía. Por otro lado, es un duelo olvidado, muchas veces, por la propia pareja, que espera que la negación y el paso del tiempo logren sanar el dolor (Mejías, 2011:53).

3.2 TIPOS DE PÉRDIDA PERINATAL

3.2.1 Aborto espontáneo.

Según López (2011:59), el aborto espontáneo es la terminación natural del embarazo antes de que el feto sea viable, produciéndose en la mayoría de los casos antes de la semana 12 de gestación. Además, nos dice que esta pérdida no siempre resulta traumática, si bien puede ir acompañada de fenómenos de duelo, de intensidad y duración ligadas a la edad gestacional. Y añade, que nos encontramos ante una pérdida que no está reconocida ni social ni sanitariamente; entendiendo que no hubo vida, no puede haber ni muerte, ni duelo. Moscarello (1989), nos habla del sentimiento de ineficacia en las madres, que se conciben incapaces de gestar; por su parte Côté-Arsenault y Marshall (2000), añaden que la mujer se siente traicionada por su propio cuerpo, lo que lleva al afloramiento de sentimiento de reproche y culpa (citado en López, 2011:60). López (2011:59), por su parte, menciona que el hecho de que la pérdida se produzca en una edad gestacional temprana, hace que la tendencia en el entorno de la pareja a hacer como si nada hubiera ocurrido, sea más elevada, restando importancia al suceso.

3.2.2 Aborto voluntario.

Hablamos de aborto voluntario cuando queremos referirnos a la terminación del embarazo por voluntad propia que, pese a la intencionalidad, puede desencadenar también una reacción de duelo. Los primeros documentos en relación con la respuesta de duelo tras un aborto

voluntario aparecen de la mano de Peppers (1987-1988). El mencionado autor descubrió que la reacción de duelo en las mujeres que habían pasado por un aborto voluntario, era similar a la de aquellas mujeres que habían tenido un aborto espontáneo, un mortinato o una muerte neonatal. Además, este aborto tiene la dificultad de estar envuelto en un secretismo, si cabe, mayor que aquel que está presente en el aborto espontáneo (citado en López, 2011:60).

3.2.3 Interrupción Voluntaria del Embarazo por problemas del feto o amenaza para la salud de la madre.

López (2011:61), afirma que el sentimiento de pérdida en estos casos se produce desde el momento en que los progenitores descubren la enfermedad o malformación del feto. Además, si finalmente se deciden por la interrupción del embarazo serán habituales los sentimientos de culpa y vergüenza. Se producirán, al mismo tiempo, las paradojas entre ver la interrupción como un asesinato y como un acto de amor, el sentimiento de haber perdido la oportunidad de la maternidad y el sentimiento de no ser capaz de ser madre del hijo que podría haber sido, etc.

3.2.4 Reducción selectiva en embarazos múltiples.

Rasines y Aller (1977:269), exponen que está probado que los embarazos múltiples van de la mano de una mayor morbi-mortalidad materno-fetal, por ello, en la actualidad, se han desarrollado diversas técnicas que permiten la reducción voluntaria del número de fetos para conseguir así un óptimo resultado del embarazo, garantizando una mejor supervivencia del resto de fetos. Generalmente, los embarazos múltiples, están ligados a técnicas de reproducción asistida, por lo que los progenitores que se ven obligados a tomar la decisión de reducción selectiva del embarazo, son padres que ya han pasado antes por diversas pérdidas o frustraciones, y

que después de años de ser incapaces de concebir tendrá que hacerse la fatal pregunta de “cuántos son demasiados”. Se trata de casos en los que además del sentimiento de pena, estarán muy presentes la soledad, la incompreensión y el secretismo (López, 2011:61).

3.2.5 Mortinato (muerte intraparto o intrauterina).

La pérdida del feto, intrauterina o intraparto, desencadena una serie de pérdidas que deben ser entendidas como estresores. La pérdida principal sería la del bebé en sí mismo, pero existen otras pérdidas colaterales vinculadas a la misma (Strobe y Schut, 1999, citado en López, 2011:61):

- Pérdida del momento en el que los progenitores iban a convertirse en padre o madre.
- Pérdida del rol de padre o madre en el caso de que los progenitores no tengan hijos previos.
- Pérdida de la composición familiar imaginada.
- Pérdida del reconocimiento del hijo en la mente de los demás.
- Pérdida de la confianza en la seguridad de otros hijos.
- Pérdida de la inocencia, en lo que se refiere a futuros embarazos y partos.
- Pérdida o disminución de redes de apoyo informales, de amigos y familiares que no están a la altura de la situación o simplemente negaron la relevancia de la pérdida del bebé.
- Pérdida del derecho a mencionar al bebé de forma pública.
- Pérdida del contacto con el propio bebé y de la oportunidad de crear recuerdos.

3.2.6 Pérdida en embarazos múltiples.

Algunos estudios estiman que la mortalidad perinatal en los embarazos múltiples, es de hasta 7 u 8 veces superior a la que se da en los

embarazos únicos (Chirtrit et al., 1999, citado en López, 2011:62). Las gestaciones múltiples cobrarán un sentido especial, en tanto en cuanto las expectativas de los progenitores y el interés de los allegados serán diferentes; así, cuando se pierden uno o varios fetos, no sólo se está perdiendo a un bebé, sino que se está perdiendo a un gemelo, con lo que ello representa (López, 2011:62). Los padres tendrán que lidiar con la alegría de tener a un hijo (o varios) sano y la tristeza de haber perdido a otro (u otros) (Samuels, 2005, citado en López, 2011:62).

3.2.7 Pérdida del neonato.

Tanto en los casos es que los problemas graves que comprometen la supervivencia del bebé aparecen de forma previa al parto, como en aquellos en los que aparecen durante el mismo o pocas horas después de la muerte, los progenitores experimentarán lo que se conoce como un “duelo anticipado” (Lindemann, 1944, citado en López, 2011:62). El duelo anticipado es aquel que comienza en el momento del diagnóstico o pronóstico de no curación (Pérez, s.f.: 17); y que se produce por tanto de forma previa a la pérdida (González et al., 2013:113).

Además, los progenitores se debatirán entre el apego con el bebé enfermo y el temor a ese apego por la posibilidad de que no logre sobrevivir; lo que puede llegar a manifestarse en distancia emocional e incluso física. La vida cotidiana de la pareja se verá alterada por las visitas hospitalarias, pudiendo estos llegar a desear la muerte de bebé para acabar con el sufrimiento de todos, lo que lleva a un intenso sentimiento de culpa (López, 2011:62). En el caso de los padres primerizos que no tengan más hijos, la pérdida del neonato, supondrá además, como ya hemos mencionado con anterioridad, la pérdida del rol de padres (De la Cruz, 2013:249).

3.3 LOS PADRES ANTE LA PÉRDIDA PERINATAL

3.3.1 Proceso de duelo en los padres afectados por la pérdida perinatal.

En primer lugar sería importante destacar que la formación del vínculo entre madre e hijo (aplicable de igual manera al padre), sigue unas pautas específicas que lo diferencian de la formación de otro tipo de vínculos. Las etapas de formación de vínculo afectivo madre-hijo serían las siguientes (Kennell et al., 1970, citado en García y Yagüe, 1999:17):

1. Planificación del embarazo.
2. Conformación del embarazo.
3. Aceptación del embarazo.
4. Percepción de los movimientos fetales.
5. Aceptación del feto como individuo en sí mismo (como persona).
6. Nacimiento del bebé.
7. Primer contacto visual con el bebé, visión del bebé.
8. Primer contacto físico con el bebé.
9. Responsabilidad ante el bebé.

Si atendemos, por tanto, las etapas de formación del vínculo anteriormente citadas, resulta lógico pensar que los padres perciben la muerte perinatal como una pérdida real, que traerá consigo un proceso de cambio y un impacto importante en sus vidas (Pastor et al., 2007:4). Si bien hasta hace relativamente poco la muerte de un hijo, producida antes o poco después del nacimiento, se entendía como una experiencia menos intensa que la vivida ante la muerte de cualquier otro familiar cercano; los últimos estudios que se han llevado a cabo, demuestran que el proceso de duelo en la muerte perinatal es igual de importante que el producido en la muerte de cualquier otro ser querido (Mollinero et al., 2011:4).

Como ya hemos mencionado en apartados anteriores, el duelo perinatal está dotado de ciertas características especiales y diferenciales, si lo comparamos con el duelo por otras pérdidas. Según Mander (1994),

algunas de las características que diferencian el duelo perinatal de otros duelos son: la proximidad entre el nacimiento y la muerte, el hecho de que para algunos padres puede suponer su primer contacto directo con la muerte y, lo inesperado del suceso (citado en López, 2011:62). Además, García y Yagüe (1999:18), añaden que en el duelo perinatal se pierde una vida apenas conocida que, lleva a su vez, a la pérdida de toda la esperanza de futuro que se había depositado en el proyecto del hijo. Una última característica diferencial del proceso de duelo por muerte perinatal, sería el riesgo de proyección de la ilusión perdida en futuros embarazos o, incluso, la posibilidad de que aparecieran conductas de compensación en los hijos que siguen a la pérdida (García y Yagüe, 1999:18).

Pese a poseer ciertas características comunes o diferenciales del resto de duelos, no todos los procesos de duelo perinatal son idénticos entre sí, existiendo ciertas características que van a condicionar, en mayor o menor medida, este proceso (García y Yagüe, 1999:14; López y Zuazo, 2008:3; González et al., 2013:114). Factores específicos que marcarán los procesos de duelo, haciendo cada uno de ellos único, y que analizaremos pormenorizadamente en el punto que sigue.

En lo referido al proceso de duelo en sí mismo, las teorías de fases o etapas son las más extendidas. Engel (1964) estableció tres fases o estadios en el duelo de una persona que ha perdido a un ser querido (citado en García y Yagüe, 1999:18):

1. **Connoción e incredulidad:** se trata de una fase que puede tener una duración de unas horas o, incluso, hasta dos semanas. Durante este tiempo, los padres experimentarán un estado de choque, caracterizado por aturdimiento y falta de crédito hacia el suceso acontecido.
2. **Desarrollo del conocimiento y culpabilidad:** se trata de una fase caracterizada por el sentimiento de culpa, en la que los padres se incriminarán a sí mismos sus experiencias anteriores, sus actitudes hacia la maternidad/paternidad, sus conductas sociales, etc. como origen del suceso. Además, es común una sensación de responsabilidad

o fracaso hacia el otro cónyuge o el resto de la familia. Es en esta fase cuando la expresión de sentimientos cobra un papel más relevante.

3. **Recuperación y reorganización:** hace referencia a la resolución del duelo, la readaptación final. Supone la aceptación de la pérdida como definitiva, la estabilización de las relaciones familiares y la participación activa y normal en la vida.

De igual manera López (2011:63), hace referencia a tres fases por las que pasan los progenitores que han sufrido una pérdida perinatal: en primer lugar se experimenta **shock e insensibilidad**, aturdimiento y dificultad funcional; todo ello acompañado de sentimientos de añoranza de conducta de búsqueda. En segundo lugar, la **desorientación y desorganización** de la vida cotidiana, de la mano de la sensación de vacío y desamparo. Finalmente, se consigue una **reorganización** en la que se rehace la vida y se recupera la capacidad de disfrute, pero sin olvidar.

Por su parte Kübler-Ross (1975:59-178), hace referencia a las siguientes etapas en el proceso de duelo:

1. **Negación:** incredulidad y sorpresa hacia la pérdida, que puede durar de días a semanas. Esta fase es entendida como una forma de huir de la realidad.
2. **Ira:** caracterizada por sentimiento de enfado y resentimiento, con tendencia a la culpabilidad.
3. **Negociación:** la persona en duelo tratará de negociar la muerte a cambio de algo.
4. **Depresión:** la pérdida deja de ser negada y aparecen los sentimientos de pena y depresión.
5. **Aceptación:** con la ayuda adecuada la persona estará preparada para aceptar la muerte del ser querido.

Neymeyer, acepta la existencia de varias fases en el proceso de duelo, en las que aparecerían diversas respuestas emocionales; sin embargo, a diferencia de los autores anteriores manifiesta que no existe un orden

específico para estas fases: **negación, incredulidad, confusión, shock, enfado o rabia, tristeza y depresión, añoranza, desesperación y desesperanza, culpa y vergüenza**. Además, añade que, estas respuestas emocionales van generalmente acompañadas de ciertos síntomas fisiológicos como pueden ser el dolor de cabeza, cansancio y letargo, sensación de ahogo, taquicardia, sequedad bucal, sudoración, anorexia, etc. (citado en Cassidy et al., 2009:6).

De forma más concreta, si nos referimos en exclusividad al duelo por muerte perinatal, los síntomas más comunes, experimentados por los progenitores (fundamentalmente por la madre), serían los siguientes (Gerder et al., 2008, citado en Mejías, 2011:53):

- Tristeza.
- Alta emotividad: con predominio de culpa, rabia e ira.
- Vulnerabilidad.
- Sensación de vacío.
- Rumiación con respecto a lo sucedido.
- Evitación social.
- Sentimientos ambivalentes ante una nueva gestación.
- Alucinaciones (movimientos fetales, llanto del bebé, etc.).

Finalmente, cabría mencionar que parece haber seis pautas de respuesta comunes a todos los padres que han perdido a un hijo/a (Knapp, 1986, citado en Cassidy et al., 2009:6; citado en López, 2011: 63):

1. **Promesa de no olvidar nunca al hijo/a** fallecido, haciendo frente a la presión del entorno que les aconsejará que lo olviden.
2. **Deseo de morir**, para reunirse con su hijo/a.
3. **Revitalización de las creencias religiosas**, como forma de encontrar un sentido a la pérdida.
4. **Cambio de valores**.

5. **Mayor tolerancia** y una mayor comprensión del sufrimiento de otros.
6. **Sombra del duelo**, entendida como un duelo crónico.

El “duelo crónico”, al que se refiere la sexta pauta de respuesta, se trata de “un duelo anormalmente prolongado o incluso permanente” (Pérez, s.f.: 14). El dolor emocional persistirá en el tiempo y parecerá ser indefinido, sin una resolución satisfactoria del duelo, que llega a arrastrarse durante años. Además, puede ocurrir que el superviviente llegue incluso a ser “absorbido por constantes recuerdos y sea incapaz de reinsertarse de nuevo en el tejido social” (Pangrazzi, 1993; citado en Pérez, s.f.: 15).

3.3.2 Factores que influyen en la elaboración del proceso de duelo. Duelo patológico.

Según García y Yagüe (1999:18), los principales factores que influyen en el proceso de duelo perinatal son los siguientes:

- **Edad gestacional:** se ha evidenciado que, en general, las pérdidas tardías están relacionadas con una pena más intensa.
- **Momento de la muerte:** se asocian con un mayor nivel traumático aquellas pérdidas que suceden de forma inesperada, durante el parto o poco después del nacimiento del bebé.
- **Bebés nacidos con malformaciones:** las reacciones que producen en los progenitores las malformaciones del bebé serán diferentes en los casos de neonatos y mortinatos. En los caso de neonatos con malformaciones, es frecuente encontrar una pesadumbre prolongada y ciertos síntomas de trastorno psíquicos en los progenitores. Sin embargo, en el caso de mortinatos con malformaciones, es común que la muerte se entienda como un desahogo, lo que promueve una resolución del duelo más favorable.

- **Nacimiento múltiple:** como ya hemos mencionado en apartados anteriores, la muerte perinatal de algunos de los bebés en un embarazo múltiple, creara sentimientos ambivalentes, pudiendo llegar a rechazarse al bebé o bebés sanos.
- **Actitud de los profesionales:** las actitudes y conductas que los profesionales tengan con los progenitores, en los momentos y situaciones que rodean la pérdida del bebé, tendrán consecuencias directas sobre los mismos. Trataremos esta cuestión de forma más extensa en los apartados siguientes.

Por su parte González et al. (2013:114), mencionan los mismos factores que los autores anteriores, pero añaden uno más:

- **Visualización del feto por medio de ultrasonidos:** el hecho de ver al bebé antes del nacimiento, a través de ecografías, está relacionado con un mayor nivel de angustia cuando se produce la pérdida perinatal.

Por otro lado, León (1990) nos hablará de ciertos factores a tener en cuenta a la hora de intervenir con progenitores que han pasado por una muerte perinatal (citado en López y Zuazo, 2008:3):

- **Circunstancias de la pérdida:** incluye el tipo de pérdida (esperada o sobrevenida), la edad gestacional en la que se produce la misma, etc.
- **Historia obstétrica previa:** habría que tener en cuenta la presencia de embarazos y abortos previos, la existencia o no de más hijos, si los progenitores cuentan con una historia previa de problemas para concebir, etc.
- **Apego con el feto:** para ello se analiza por ejemplo si llegaron a ver al feto en ecografía y si conocían el sexo, si llegaron a verlo o tocarlo, si le habían puesto ya un nombre, si tuvieron la posibilidad de llevar a cabo un ritual de despedida, etc.
- **Planes de futuro:** es importante conocer si los padres tienen previsto un nuevo embarazo para poder intervenir en consecuencia
- **Situación familiar, social y laboral.**

- **Satisfacción con la atención sanitaria recibida en el momento de la pérdida:** sobre todo en lo referido a la calidad de la atención y sensibilidad de los profesionales ante la pérdida.

Además, en este apartado cabría añadir que existen ciertos factores que, estando presentes, favorecen la aparición de alteraciones emocionales y duelo patológico tras la pérdida (Sánchez-Pichardo, 2007:148; López y Zuazo, 2008:4; González et al., 2013:115). Por su parte, Sánchez-Pichardo (2007), nos menciona como factores asociados con las alteraciones emocionales después de la muerte, los siguientes:

- **Autoestima y autoconcepto** bajos (Major et al., 2000; citado en Sánchez- Pichardo, 2007:148).
- Antecedentes previos de **depresión**.
- Antecedentes de **pérdida gestacional recurrente**.

Además algunos autores, como Athey y Spielvogel (2000), y Neugebauer et al. (1992), hacen mención a ciertos factores de riesgo asociados a las complicaciones del duelo por muerte perinatal (citado en López y Zuazo, 2008:4):

- La existencia de **problemas psiquiátricos** previos a la muerte perinatal.
- **Pérdidas gestacionales recurrentes**.
- Historia actual de **trastornos depresivos**.
- Ausencia de **otros hijos**.
- Ausencia de **pareja**.
- Ausencia de **familia y/o apoyo social**.
- Coincidencia temporal de la muerte perinatal con **otros problemas o crisis** vitales importantes.

Finalmente, González et al. (2007:114), mencionan seis posibles desencadenante del duelo patológico en muerte perinatal, relacionados sobre todo con la atención sanitaria en el momento de la noticia y parto:

- La negación a los padres, por parte del personal sanitario, de **ver y tocar al bebé** fallecido.
- La **sedación excesiva** de la madre durante el trabajo de parto.
- La no realización de la **necropsia** al bebé fallecido.
- Los mecanismos de defensa relacionados con la **evitación y la huida** por parte del personal sanitario.
- **Información insuficiente** en lo referido a los acontecimientos que rodean la muerte del bebé.
- Consejo por parte de los profesionales de un **nuevo embarazo** lo antes posible.

3.3.3 Repercusión en el sistema familiar de la pérdida perinatal. La pareja.

Si bien algunos autores entienden la pérdida como una cuestión que abarca únicamente los sentimientos y reacciones individuales, la realidad es que la pérdida supone también una modificación estructural a nivel familiar, que requiere de una reorganización sistémica (Walsh y McGoldrick, 1991: 432). Así, es comprensible que la pérdida pueda llegar a producir un impacto disociador en el equilibrio de una familia (Bowen, 1978; citado en Walsh y McGoldrick, 1991:431); y que al igual que se han descrito ciertas tareas o fases individuales de duelo, se describan en lo referido al proceso de duelo familiar (Walsh y McGoldrick, 1991: 433):

- **Reconocimiento** compartido de la **realidad de la muerte**.
- Experiencia compartida del **dolor de la pena**.
- **Reorganización** del sistema familiar.
- Reinvestidura en **otras relaciones y metas** en la vida.

Por tanto la necesidad de reorganización, derivada de la pérdida, afectaría tanto a las etapas de duelo individuales como a las familiares, de forma que éstas se influyen recíprocamente. Y es debido a esa reciprocidad, que es importante tener muy presente la dinámica de la pareja en el proceso de duelo (Pérez, s.f.: 5).

Walsh y McGoldrick (1991: 443), añaden que habría que destacar el hecho de que a lo largo del ciclo vital de las familias, éstas irán adquiriendo una serie de características diferentes y que, por tanto, la pérdida será percibida de distinta manera en las diversas etapas del mismo. Las familias que se enfrentan a la muerte perinatal son, como norma general, parejas jóvenes, para los que el trauma de la pérdida supondrá una prueba al equilibrio de su relación.

Además, el hecho de que las personas en duelo viven el proceso y el dolor relativo al mismo de una manera diferente, es hoy una realidad. Así, los miembros de una pareja no asumen el proceso de duelo de igual manera, pues “son diferentes en su biología, personalidad, en el rol de padres, en las responsabilidades que han asumido (...) y en la forma en la que construyen el significado que damos a la vida y a la muerte” (García, 2012).

Según García (2012), las pérdidas afectan, directa o indirectamente, a las relaciones de pareja. Sin embargo, esta repercusión no va a ser necesariamente negativa, si bien algunas relaciones se deterioran y sufren daños irreparables a consecuencia de la pérdida, otras sobreviven e incluso llegan a reforzarse (Gottlieb et al., 1996; De Vries, 1997, citado en García 2012).

La Organización Vivir la Pérdida (2000), considera que los daños y deterioro que sufren las parejas, en relación a la pérdida, estarían directamente relacionados con las tensiones y conflictos que surgen a raíz de

la misma, y que se relacionan, como norma general, en torno a los siguientes ámbitos:

- **Culpabilización de la pareja:** la culpabilización de la pareja tras la pérdida de un hijo puede darse a diversos niveles y por diversas causas. Es frecuente que uno de los miembros de la pareja considere que el otro es de alguna manera responsable de la muerte del hijo, lo que con frecuencia se traduce en reproches, impaciencia e irritabilidad (Organización Vivir la Pérdida, 2000). Por otro lado, también es frecuente que uno de los miembros culpe al otro de no ser capaz de atender las necesidades de apoyo que requiere en el proceso de duelo (García, 2012).
- **Falta de sincronía en el proceso de duelo o diferencias en la forma en que se desarrolla el mismo:** como ya hemos mencionado con anterioridad, es una realidad que cada persona vive el proceso de duelo de manera diferente (García, 2012). Por ello, “puede ocurrir que la pareja no viva al mismo tiempo los momentos de mayor dolor o las recaídas”, lo que suele contribuir a que los miembros de la pareja “se eviten el uno al otro en los momentos difíciles, para no recaer en el sufrimiento” (Organización Vivir la Pérdida, 2000). Además, es importante destacar que, de forma general, se dan ciertas diferencias entre madres y los padres, que afectaran a la forma en la que se desarrolla el duelo perinatal:

Madres y padres desarrollan un apego diferente. El apego materno puede aparecer mucho antes de confirmarse el embarazo, desde que la mujer fantasea con la maternidad, y aumenta cuando nota moverse al feto en su vientre. El apego paterno es más intelectual que emocional o físico. Estar presente en la ecografía le vincula realmente con el hijo que esperan (López, 2011:65).

Así, esa diferencia de vínculo entre padre y madre, generara distintos estilos y ritmos en el proceso de duelo perinatal (Menke, 1990, citado en López, 2011:65).

- **Sexualidad:** en lo que se refiere a las relaciones sexuales tras la pérdida, es posible que las necesidades de uno de los miembros de la pareja aumente, mientras que las del otro disminuyen; lo que puede llevar a conflictos. Como norma general, los hombres tienen una sexualidad más genital, de modo que son capaces de separar la sexualidad de la emotividad; algo que en la mujer resulta, normalmente, más difícil (Organización Vivir la Pérdida, 2000). Así, el hombre “puede plantear a su pareja tener sexo como forma de cercanía e intimidad, lo que puede verse como inadecuado e interpretarse como una muestra de insensibilidad” (López, 2011:65).

3.3.4 Nuevo embarazo tras la pérdida perinatal.

Diversos estudios avalan el hecho de que la mayoría de las mujeres que han tenido resultados negativos durante el embarazo, se quedan embarazadas de nuevo (Cordel y Prettyman, 1994; Cuisinier et al., 1996, citados en O’Yeray, s.f.). Según Rozas et al. (2001), “un 33% de las parejas que han sufrido una pérdida perinatal vuelven a concebir en los 9 meses siguientes” (citado en López y Zuazo, 2008:5).

Kowalski (1991), por su parte, añade que “el marco de referencia de los padres para el siguiente embarazo es su experiencia anterior” (citado en O’Yeray, s.f.). Por ello, cuando se ha tenido una pérdida previa, el embarazo se vive con una percepción muy distinta de la seguridad y control sobre uno mismo (Sánchez, 2012), destacándose en este periodo, entre los progenitores, cuatro preocupaciones principales (Côte- Arsenault, 2000, citado en García y Zuazo, 2008:5):

- Gran **incertidumbre** hacia lo desconocido.
- Preocupaciones diarias relacionadas con el **latido** o los **movimientos fetales**, que irán en aumento cuando se vaya acercando la semana de la pérdida anterior y hasta el final del embarazo.

- Sentimiento de **resignación** ante la posibilidad de una nueva pérdida.
- **Evitación** de vínculo **de apego** con el bebé por miedo a un desenlace negativo.

Por todo ello, puede tratarse un embarazo muy marcado por la ansiedad y la depresión, síntomas que llegan a prolongarse hasta meses después del nacimiento del nuevo bebé (González et al., 2013:115), y pueden manifestarse en conductas de sobreprotección con este nuevo hijo (Sánchez, 2012), preocupación exagerada por su estado de salud, infantilización y/o dificultad exagerada a separarse del mismo (López y Zuazo, 2008:6).

3.4 OTROS FAMILIARES

La mayoría de la bibliografía sobre muerte y duelo perinatal, nos hablan de la madre como la más afectada; ampliando el proceso de duelo a los dos miembros de la pareja en algunos casos, pero olvidando, casi siempre, que el duelo de otros miembros de la familia merece igual consideración (López, 2010:65). En este apartado nos referiremos a la repercusión que la muerte perinatal tiene sobre hermanos y abuelos.

3.4.1 Hermanos

Es importante reconocer que los hermanos también viven su duelo tras la pérdida perinatal. Las maneras de desarrollar el duelo y superar la pérdida del hermano variaran, sobre todo en función de la edad. En estos casos cobra especial relevancia la comunicación; es importante contar a los niños lo sucedido de la manera más honesta y sincera posible, pero adaptando el mensaje a la edad del menor, de forma que sea comprensible; así como estar dispuesto a contestar a sus preguntas y dudas sobre la muerte de su hermano (Asociación Umamanita, 2008).

Además, según la Asociación Umamanita (2008), no es inusual que los padres sientan cierta culpa por el hecho de que sus hijos tengan que pasar por este duelo, de forma que tratarán de ocultar su sufrimiento. Sin embargo, está demostrado que los niños elaboran mejor el proceso de duelo cuando se les permite expresar sus emociones y se les hace partícipes del duelo familiar.

También puede ocurrir, que los padres estén tan encerrados en su propia pena que el hijo experimente una “doble pérdida”. O que por el contrario, como ya hemos mencionado con anterioridad, los padres incurran en la sobreprotección del hijo superviviente (Pérez, s.f.: 9).

3.4.2 Abuelos

Para empezar, habría que decir que, de forma general, los nietos ayudan a los abuelos a fortalecer los vínculos que estos tienen con sus hijos; por ello, la pérdida perinatal supone un doble sufrimiento para los abuelos: por el nieto perdido y por la dureza de tener que ver a su hijo sufrir esa pérdida (Warland, 2000; Cecil, 1996, citado en López, 2011:65).

Los abuelos pueden sentirse impotentes ante el sufrimiento de sus hijos, ya que en muchas ocasiones, será la primera vez en sus vidas en que se sienta incapaces de atenuar ese dolor. Además, en aquellos casos en los que los hijos buscan apoyo en personas ajenas (amigos, hermanos, etc.), los abuelos pueden sentirse apartados y negados de su derecho al duelo (Asociación Umamanita, 2008). Finalmente, los abuelos pueden incluso sentir “deseos de sustituir al nieto perdido, al que ven como una vida desperdiciada frente a la suya, ya vivida” (Warland, 2000; Cecil, 1996, citado en López, 2011:65).

3.5 PROFESIONALES ANTE LA PÉRDIDA PERINATAL

3.5.1 Importancia de la actuación de los profesionales en la elaboración del proceso de duelo. Recomendaciones.

Hoy por hoy, está demostrado que las actitudes y conductas de los profesionales en la atención a la muerte perinatal, tienen consecuencias directas sobre la familia y el desarrollo del proceso de duelo (González et al., 2013:115). Además de lo dolorosa que es ya de por sí la experiencia de perder un bebé, muchos padres tienen que enfrentarse a la falta de comprensión y apoyo por parte de los profesionales, algo que, en ocasiones, puede hacer igual o incluso más daño que la propia pérdida. El hecho de recibir este apoyo supone para los padres el reconocimiento y validación de su sufrimiento, y les permite expresar sus necesidades y emociones, sintiéndose libres para pedir ayuda (De la Cruz, 2013:251).

El acrónimo LAST (por sus siglas en inglés), es una forma útil para los profesionales, de recordar cuales son los cuatro pasos fundamentales que tienen como resultado un apoyo notable a las personas que han perdido un bebé (Cacciatore, 1999):

- **L** (Listen): la **escucha** cobra una especial relevancia en estos casos. La necesidad más común del doliente es la de sentirse escuchado (Rauen, 1985, citado en Cacciatore, 1999). Es importante que los oyentes entiendan el silencio como un aliado y no como un enemigo, y que tengan presente la necesidad de formular preguntas abiertas que permitan la libre expresión de sentimientos.
- **A** (Acknowledgement): se refiere al **reconocimiento**, la validación por parte de los profesionales de todas aquellas cosas que los dolientes sienten. Es algo que reduce considerablemente la duda y el autocuestionamiento, tan presentes en las pérdidas perinatales. En este punto, es importante la reducción del puente profesional, algo que se

puede conseguir con gestos tan sencillos como es el de, por ejemplo, quitarse la bata blanca.

- **S (Support):** hace referencia al **apoyo** propiamente dicho. El personal sanitario debe estar abierto a ofrecer ese apoyo y contestar a las preocupaciones de los padres. En este punto cobra especial relevancia la honestidad, que ayuda a construir una relación basada en la confianza y la empatía entre profesionales y dolientes.
- **T (Touch):** este último punto nos habla de la importancia del **tacto**, entendiendo este como el contacto físico. Está demostrado, que este contacto ayuda a disminuir en los progenitores el sentimiento de desconexión con la realidad que se produce después de la muerte de un bebé.

Finalmente, Cassidy et al. (2009:8), ofrecen una serie de recomendaciones sencillas a seguir en el trato con los padres que acaban de perder a un bebé, dirigidas a los profesionales de la salud:

- **Presentarte:** es importante que el profesional de su nombre y su cargo, como forma de acercarse a los dolientes.
- **Escucha:** pese a que es muy difícil aliviar el dolor, la escucha ayuda a compartirlos y a hacer que sientan que no están solos.
- **Dales tiempo:** en un primer momento los padres estarán en estado de *shock*, por tanto, necesitaran algo de tiempo para sacar conclusiones. Es importante informales de cuáles son las decisiones que tendrán que tomar y darles tiempo.
- **Habla con ellos sobre la situación actual:** el hecho de estar bien informados les devuelve en parte la sensación de control sobre la situación.
- **Explícales sus opciones y apóyales en sus decisiones:** respetándolas y sin juzgarles, pero ofreciendo más información si se considera necesario.
- **Mantén la calma.**
- **Cuida el lenguaje corporal.**

- **Se comprensivo:** utilizando el sentido común para tratar cada caso.
- **No intentes encontrarle algo positivo a la muerte del bebé,** incluso en los casos de enfermedad o malformaciones.
- **Hazles sentir tu presencia, pero con discreción:** cobra especial relevancia el, anteriormente mencionado, contacto físico.
- **No les digas que tendrán más bebés.**
- **No les digas que entiendes su dolor si no has pasado por algo similar.**
- **Aconséjales y ayúdales a tomar decisiones.**
- **Ayúdales a tener recuerdos del bebé, si lo desean:** fotos, un mechón de pelo, huellas de pies y manos, etc.
- **Cuida la terminología:** no utilices la palabra ‘feto’, trata de llamar al bebé por su nombre.
- **Habla con ambos padres de forma equitativa.**
- **Explícales personalmente los resultados de la autopsia.**

3.5.2 Reacciones y sentimientos de los profesionales ante la pérdida perinatal.

Los profesionales también se ven afectados por la pérdida perinatal, por el hecho de tener que atender partos en los que el bebé no tiene posibilidades de vivir, o en los que el bebé muere repentinamente en el parto. Por ello, es importante dotar a los profesionales de herramientas que les permitan enfrentarse a estas situaciones, para lo que es importante poner en práctica las siguientes recomendaciones (Cassidy et al., 2009: 11):

- Procurar la **rotación de profesionales**, de forma que no sean siempre los mismos los que atiendan los casos en los que concurre una pérdida perinatal.
- Favorecer la **expresión de sentimientos** de los profesionales.
- Fomentar la **expresión de dificultades** entre compañeros.

- Facilitar la **exención de aquellos** profesionales para los que la atención de una pérdida perinatal suponga por un **problema personal**: por pérdidas personales, cuestiones religiosas, etc.
- Posibilitar la creación de un **grupo de apoyo** entre compañeros.
- Tratar los casos de pérdida perinatal en las **sesiones clínicas**.
- **Evitar combinar nacimientos y muertes** atendidas por los mismos profesionales. Para ello, es importante el **trabajo en equipo** que posibilite los tiempos de respiro entre la atención de un parto con resultado negativo y el siguiente.
- **Reconocimiento** del trabajo de resto de compañeros. Es importante ayudarse, animarse y apoyarse.
- Favorecer la oferta de **cursos** por parte de la institución sobre la atención a la pérdida perinatal.

Así, podríamos afirmar que la muerte perinatal supone también un impacto emocional en los profesionales (Mejías, 2011:53). Según Mejías (2011:53), un porcentaje alto de los profesionales que se encargan de la atención de la pérdida perinatal experimentarían emociones similares a las de los propios progenitores, tales como el fracaso, el resentimiento o la sensación de culpa, así como la sensación de ansiedad. Pastor et al. (2007), añaden a las emociones anteriores, las sensaciones de impotencia e inseguridad.

Los sentimientos y emociones mencionados influyen de forma directa en la actuación del profesional que tiende, generalmente, a adoptar una de las siguientes posturas:

- **Conducta de evitación**: limitando su atención a intentar animar a la pareja con frases preconcebidas y poco adecuadas, o centrándose puramente en la atención técnica (Mejías, 2011:79; Pastor et al., 2007; Pastor et al., 2011:3).

- **Conducta de sobreimplicación:** el profesional se comporta de forma paternalista y sobreprotectora, llegando a asumir como suyo el dolor de los padres y pasando por fases similares a las de éstos (Mejías, 2011:79).

4. DISCUSIÓN TEÓRICA Y FORMULACIÓN DE INTERROGANTES

4.1 RETOS Y NECESIDADES

4.1.1 Carencias formativas de los profesionales sanitarios que atienden la pérdida perinatal.

Un estudio realizado por Pastor et al. (2007), en el Área Materno Infantil del Hospital de Montilla (Córdoba), sobre las experiencias y vivencias de los padres y profesionales ante la pérdida perinatal, revela que el conocimiento sobre el tema de la muerte perinatal, de los profesionales de la salud que atienden estos casos, es escaso. Los propios profesionales reconocen contar con poca información y formación en lo que se refiere a la pérdida, el duelo y los recursos de ayuda existentes, relacionados con los mismos. Además, el estudio rebela que existe una carencia generalizada en lo que se refiere a estrategias, que permitan a los profesionales hacer frente a la situación dando respuesta a las demandas de los padres. La demanda más generalizada por parte de los profesionales sería la de formación continuada en relación al tema y consejo para el acompañamiento de los padres.

Por su parte, en la “Elaboración y prueba piloto de un cuestionario para conocer la capacidad y la disposición del personal sanitario en el acompañamiento al duelo perinatal”, Domínguez (2013) tras la realización de un estudio en los Servicios de Obstetricia y Paritorios de los hospitales

HMServet y HARP de Jaca, nos ofrece diversos resultados en relación con las carencia de los profesionales para la atención a la pérdida y duelo perinatal, en base a los siguientes bloques:

- **Conocimientos:**
 - Gran desconocimiento del acompañamiento al duelo: qué hacer, cómo, qué decir.
 - Desconocimiento del cuidado culturalmente sensible: atención a las particularidades culturales.

- **Habilidades Sociales y de Comunicación:**
 - Ausencia de habilidad de *counselling*: capacidad de ofrecer apoyo sin involucrarse emocionalmente.
 - Falta de empatía: capacidad de comprender por lo que el otro está pasando.
 - Falta de herramientas de manejo de conflictos: por miedo a las reacciones o emociones de los padres, emisión de juicios de valor, etc.
 - Falta de herramientas que permitan la gestión de las propias emociones.

- **Dificultades estructurales:**
 - Falta de tiempo.
 - Falta de espacios para el duelo.
 - Falta de apoyo por parte de otros servicios.

En conclusión, podríamos decir que, si bien, como mencionábamos anteriormente, hoy por hoy ha quedado demostrado que las actitudes y conductas de los profesionales en la atención a la muerte perinatal, tienen consecuencias directas sobre la familia y el desarrollo del proceso de duelo (González et al., 2013:115), existen ciertas carencias formativas y dificultades estructurales que obstaculizan la atención de calidad a la muerte y duelo perinatal por parte de los profesionales sanitarios. En este aspecto cobraría especial relevancia la formación continuada que permitiera a los

mencionados profesionales, tanto renovar sus conocimientos curriculares con respecto al tema, como el desarrollo de habilidades sociales y de comunicación.

4.1.2 Protocolos de actuación ante la pérdida perinatal.

Muy ligado al punto anterior, tendríamos el tema de los protocolos de actuación específicos ante la muerte perinatal. En la “Guía de Atención a la Muerte Perinatal y Neonatal”, se dice, en relación a la muerte perinatal, que “en los últimos años, existe una mayor sensibilidad al respecto y unos cuantos centros de España han ofrecido formación específica y están siguiendo un protocolo” (Cassidy et al., 2009: 1). Sin embargo, la necesidad de un protocolo de atención a la pérdida y al duelo como consecuencia de la misma, consensuado y coordinado, sigue siendo algo percibido por los propios profesionales (Domínguez, 2013). García y Yagüe (1999:20), añaden que deberían establecerse incluso, distintos protocolos de actuación en Atención Primaria y Especializada; y que sólo a través de estos protocolos los profesionales podrán “cubrir las necesidades físicas, emocionales, espirituales, administrativas, etc., de las parejas y familias afectadas por una muerte perinatal”.

Podríamos concluir por tanto, que la creación de forma coordinada y consensuada entre distintos profesionales de un protocolo de atención a la pérdida y duelo perinatal, mejoraría en gran medida la calidad de la atención ofrecida por parte de los profesionales a las parejas y familiares afectadas por dichas pérdidas.

4.1.3 Libertad de decisión de los padres sobre la inducción del parto tras la pérdida perinatal.

Si bien, ciertas investigaciones consideran que es beneficioso para los padres contar con un tiempo de espera entre que se recibe la noticia y el

momento en que se induce el parto, para la asimilación de la muerte y organización; otras mantienen, que esta espera puede llegar a ser contraproducente. Se podría concluir por tanto que lo más adecuado sería ofrecer a los padres la máxima información sobre las opciones con las que cuentan y el apoyo adecuado, que les permita tomar decisiones por sí mismos (Cassidy et al., 2009:5).

Según la asociación El Parto es Nuestro, cuando tras la realización de ciertas pruebas médicas se descubre el bebé no tiene latido, las opciones son las siguientes:

- **El manejo expectante:** consiste en esperar a que el propio cuerpo desencadene de forma natural la eliminación de los restos, por medio de un proceso muy similar al del parto. El manejo expectante supone las ventajas del aumento de oxitocina que funciona como antidepresivo natural, del aumento de autoconfianza en el propio cuerpo (al experimentar la capacidad de parir), prevención de riesgos asociados al manejo activos, posibilita una mayor intimidad y despedida (el proceso se elabora fuera del ámbito hospitalario), y da tiempo para la detección de posibles errores. Además, Sánchez (2012), añade que el hecho de poder dar a luz supone para la mujer un proceso de “empoderamiento”, que hará más fácil un futuro embarazo.

Sin embargo, el manejo expectante tiene también algunos inconvenientes: al no ser una opción muy extendida en nuestro país, quienes deciden llevarla a cabo se ven muchas veces solos y sin asistencia médica o controles rutinarios; además, la expulsión en el domicilio impide la posibilidad de realizar autopsia.

- **El legrado:** existen dos técnicas de legrado: el raspado (más agresiva) y el aspirado (técnica más reciente). El legrado es necesario en el caso de que la madre no se ponga de parto por sí misma, en caso de posibles infecciones, etc.; y podría resultar ventajosos en aquellos casos en los

que la mujer no se sienta emocionalmente preparada para afrontar la espera.

Las desventajas que van aparejadas a esta práctica son: peligro de perforar el útero, inhibición del aumento natural de oxitocina, posibles problemas en futuros embarazos, infecciones, efectos secundarios de la anestesia, etc.

Podríamos decir por tanto, que si bien ambos métodos son conocidos en el ámbito sanitario, la posibilidad de elegir por parte de los padres tras una muerte perinatal, es todavía una materia pendiente en nuestro país, en el que la técnica del legrado es la más extendida.

4.1.4 Registro civil y pérdida perinatal. Infradeclaración y fiabilidad de las estadísticas de muertes perinatales en España.

El artículo 40 de la Ley de 8 de junio de 1957 sobre el Registro Civil, atendiendo a los criterios del artículo 30 del Código Civil, establece que sólo podrán ser inscritos como personas en el mismo aquellos que sobrevivan 24 horas tras el entero desprendimiento del seno materno.

Sin embargo, la ley establece que todas las muertes intrauterinas e intraparto producidas a partir de los 180 días de gestación deberán ser registradas a través del Boletín Estadístico de Parto (en adelante BEP); siendo los padres los que tiene la obligación legal de entregar el BEP en el Registro Civil Municipal. Según Cirera y García (2008), la falta de información que los profesionales ofrecen a los padres sobre la mencionada obligación legal y, la mala cumplimentación del BEP por parte de los mismos, está generando una clara infradeclaración y falta de fiabilidad en los datos de las estadísticas referidas a la muerte perinatales en España (citado en Cassidy, 2013).

Además, es importante mencionar la discordancia existente entre la obligación nacional de registrar las muerte perinatal a partir de la semana 26

(o 1000 gr. de peso), y la recomendación de la OMS de hacerlo a partir de la semana 22 (o 500 gr. de peso). Así como que España es hoy “uno de los pocos países europeos que no permite que el hijo que muere en periodo perinatal sea registrado por su nombre en el registro civil o cualquier otro documento oficial” (Cassidy, 2013).

Finalmente añadir, que la infradeclaración y falta de fiabilidad estadística, es un tema que debería preocuparnos seriamente, ya que las estadísticas a largo del tiempo de un fenómenos nos ofrecen la posibilidad de conocer detalladamente el mismo y establecer políticas de prevención y atención de calidad al mismo.

5. CONCLUSIONES Y POTENCIAL PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL

En conclusión, podríamos decir que, concibiendo el duelo como “la reacción y adaptación psicológica ante la pérdida de algo que es apreciado por el individuo, y que está de alguna forma vinculado al mismo” (López, 2011:53), es lógico entender que la pérdida perinatal no queda exenta de esta reacción. Y que, si bien, el proceso de duelo derivado de una pérdida perinatal tiene ciertos matices diferenciales, también comparte muchas características con los procesos de duelo surgidos a raíz de la pérdida de cualquier otro ser querido.

Sin embargo, pese a lo anterior, el duelo perinatal sigue entendiéndose hoy en día como parte de los “duelos desautorizados” o “socialmente no aceptados” (Pérez, s.f.: 18), lo que lo degrada al mismo tiempo a la categoría de “duelo olvidado” y hace de él un proceso lleno no sólo de dolor, sino también de soledad (Mejías, 2011:53).

Por otro lado, como hemos podido comprobar a través del análisis bibliográfico, se trata de un duelo que afecta no sólo a la pareja, sino también a otros familiares y a los propios profesionales que atienden la pérdida. Así, todos estos grupos merecen la

atención adecuada, que les permita vivir la aflicción y desarrollar el proceso de duelo de forma saludable.

Además, la muerte perinatal y el duelo derivado de la misma, son temas que aún tiene mucho camino por recorrer en nuestro país: una mayor formación de los profesionales que atienden la pérdida, la creación de un protocolo de actuación común, el fomento de la libertad de decisión para los padres, y ciertas modificaciones de la legislación en materia de registro civil; entre otra cosas, supondrían grandes avances en lo referido a la atención y humanización de la pérdida y duelo perinatal.

Añadir, que a lo largo de la bibliografía analizada para la elaboración del presente estudio, la mención de profesionales implicados en la atención a la muerte y duelo perinatal queda relegada en exclusiva a los profesionales sanitarios (en especial a médicos y enfermeras). Sin embargo, considero que el Trabajo Social puede asumir un papel importante en lo que se refiere a la mejora de la atención a la muerte y el duelo perinatal.

Para empezar, es importante mencionar que los trabajadores sociales son profesionales que cuentan con formación específica en atención en crisis e intervención en pérdidas (de todo tipo) y duelos. Además, el perfil profesional exige de gran entrenamiento en técnicas de escucha activa y empática, y herramientas enfocadas a la resolución de problemas. Todo ello, unido a la capacidad divulgativa y sensibilizadora de estos profesionales, hace del Trabajo Social la disciplina idónea desde donde impulsar y desarrollar las siguientes medidas:

- Dentro del ámbito sanitario:
 - **Derivación e información** sobre recursos al alta: ofrecer a las parejas y familiares información sobre recursos bibliográficos, recursos web, asociaciones, grupos de autoayuda, etc. Así como **promover, favorecer y apoyar la creación de** los mencionados **recursos**, de apoyo al duelo y la pérdida.
 - Permitir **expresión de emociones** y ayudar en el manejo de las mismas: a través de la escucha activa y empática el trabajador social favorecerá la

identificación y expresión de emociones, de forma que se optimice el manejo de las mismas y se comprenda la realidad de la pérdida.

- Proporcionar **apoyo** durante el proceso de hospitalización, por medio de la utilización de la escucha como herramienta terapéutica; y a través de la información y orientación, que facilite la toma de decisiones de forma autónoma por parte de los padres.
- **Formación del personal sanitario** en habilidades y técnicas que mejoren la atención a la pérdida y el duelo perinatal en los primeros momentos. El trabajador social sanitario (tanto a nivel de Atención Especializada como Primaria), asumiría así, el papel de formador, ofreciendo al personal sanitario ciertos conocimientos básicos sobre técnicas y habilidades de comunicación, escucha activa, comunicación de malas noticias, etc.
- Fuera del ámbito sanitario:
 - Creación y desarrollo de **campañas de información y sensibilización** social, que permitan la divulgación del fenómeno de la pérdida y duelo perinatal; de forma que se consiga una mayor comprensión del mismo a todos los niveles (familiar, profesional, etc.).
 - Creación y dinamización de **Grupos de Ayuda Mutua**: dirigidos a madre y padres, a hermanos, a abuelos, etc.
 - **Apoyo y acompañamiento** en el proceso de duelo.
 - Orientación en **trámites burocráticos**.
 - **Orientación y terapia de duelo**: a nivel de pareja, familiar o individual.

6. BIBLIOGRAFÍA¹

- American Psychiatric Association (2003): *DSM- IV- TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Asociación El Parto es Nuestro (s.f.): *Infórmate y decide* (en línea). <http://www.elpartoesnuestro.es/>
- Asociación Umamanita (2008): *Apoyo a la Muerte Perinatal y Neonatal* (en línea). <http://www.umamanita.es/Index.html>
- Athey, J. y Spielvogel, A.M. (2000): “Risk factors and interventions for psychological sequel in women after miscarriage”, *Primary Care Updates of Obstetric Gynecology*, 7: 64-69.
- Bowby, J. (1983): *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Cacciatore, J. (1999): *Muerte, ética y comunicación para profesionales de la salud* (en línea). <http://www.missfoundation.org/spanish/ethics.html>, acceso 20 de febrero de 2014.
- Cassidy, J. (2013): *Posicionamiento acerca de la infradeclaración y fiabilidad de las estadísticas de muertes perinatales en España* (en línea). <http://www.umamanita.es/Contenidos/Profesionales/Posicionamiento%20acerca%20de%20la%20infradeclaraci%C3%B3n%20y%20fiabilidad%20de%20las%20estad%C3%ADsticas%20de%20muertes%20perinatales%20en%20Espa%C3%B1a.pdf>, acceso 21 de febrero de 2014.
- Cassidy, J. et al. (2009): *Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal* (en línea). <http://www.umamanita.es/Contenidos/Profesionales/Guia%20Combined.pdf>, acceso 20 de febrero de 2014.
- Cecil, R. (1996): “Memories of pregnancy loss: recollections of elderly women in Northern Ireland”, en Cecil, R. (eds.), *The anthropology of pregnancy loss*. Oxford: Berg.

- Chitrit, Y. et al. (1999): “Perinatal mortality in twin pregnancies: a 3 year analysis in Seine Saint-Denise (France)”, *European Journal of Obstetrics and Gynecology Reproductive Biology*, 86: 23-28.
- Cirera, L. y García J. (2001): “Subcertificación de las muertes perinatales en obstetricia y neonatología”, *Anales de Pediatría*, 69 (2): 129-133.
- Cordle, C. J. y Prettyman, R. J. (1994): “Seguimiento durante dos años de mujeres que han sufrido abortos prematuros”, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 12: 37-43.
- Côté- Arsenault, D. y Marshall, R. (2000): “One foot in- one foot out: Weathering the storm of pregnancy after perinatal loss”, *Research in Nurse and Health*, 23: 473-485.
- de la Cruz, J. (2013): “El proceso de duelo por la muerte súbita del lactante. Aspectos psicológicos e intervención con padres y familias”, en Izquier, María I. (coord.)(eds.), *Libro blanco de la muerte súbita infantil*. Madrid: Ediciones Ergon.
- Cuisinier, M. et al. (1996): “El embarazo después de un aborto”, *Journal of Psychosomatics in Obstetrics and Gynecology*, 17: 168-174.
- Domínguez, M.J. (2013): “Elaboración y prueba piloto de un cuestionario para conocer la capacidad y la disposición del personal sanitario en el acompañamiento al duelo perinatal”, *Nurse Investigación*, 10 (62).
- Engel, G. (1964): “Grief and grieving”, *American Journal of Nursering*, Sep.
- España. Ley de 8 de junio de 1957 sobre Registro Civil. [Internet] Boletín Oficial del Estado, 10 de junio de 1957, núm. 151, pp. 372-379 [consultado 10 de abril de 2014]. Disponible en:
<http://www.boe.es/boe/dias/1957/06/10/pdfs/A00372-00379.pdf>
- España. Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil. [Internet] Boletín Oficial del Estado, 25 de julio de 1889, núm. 206, pp. 249-259 [consultado 10 de abril de 2014]. Disponible en:
<http://www.boe.es/boe/dias/1889/07/25/pdfs/A00249-00259.pdf>

- Espinosa, I. (2001): *Clínica de Riesgo Pregestacional*, Instituto Nacional de Perinatología, trabajo no publicado.
- Ferrer, M.E. (2013): *Percepción de las pacientes de la asistencia profesional recibida ante el duelo perinatal en el H.C. Universitario Lozano Blesa: Estudio preliminar* (en línea). <http://zaguan.unizar.es/TAZ/EUCS/2013/11869/TAZ-TFM-2013-684.pdf>, acceso 20 de febrero de 2014.
- Freud, S. (1917): *Mourning and Melancholia* (vo.14), Nueva York: MacMillan Co.
- García, A. M. (2012): “Decidir sobrevivir en pareja tras la muerte de un hijo. Diferentes parejas, diferentes viajes”, *Revista de Enfermería*, 6 (3).
- García, C. y Yagüe, A. (1999): “Duelo perinatal”, *Revista de Enfermería*, 10: 17-20.
- Gender, M. G.; López-Ibor, J. y Andersen, N. (2008): *Tratado de psiquiatría (tomo II)*. Madrid: Ars Médica.
- González, S. et al. (2013): “Papel de la Matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal”, *Para saber de...*, 19: 113-117.
- González, V. (2006): “Trabajo social familiar e intervención en procesos de duelo con familias”, *Dialnet*, extra 1: 451.
- Gottlieb, L.N.; Lang, A. y Amsel, R. (1996): “The long-term effects of grief in marital intimacy following an infant’s death”, *Omega*, 33: 1-19.
- Kennel, Jh.; Slyter, H.; Klaus, M.H. (1970): “The mourning response of parents to the death of a newborn infant”, *The New England Journal of Medicine*, 283: 344-349.
- Knapp, J.R. (1986): *Beyond endurance. When a child dies*. New York: Schocken Books.
- Kowalski, K. (1991): “Sin final feliz: duelo por la pérdida de un embarazo”, *NAACOG’s Clinical Issues in Perinatal and Women’s Health Nursing*, 2(3): 368-380.
- Kubler-Ross, E. (1974): *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
- León, I.G. (1990): *When a baby dies*. New Haven: Yale University.

- Lindeman, E. (1944): "Symptomatology and management of acute grief", *Am J Psychiatry*, 101: 141-148.
- López, A. P. (2011): "Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31 (109): 53-70.
- López, A.P. y Zuazo, J.I. (2008): "Brazo vacíos: programa de enfermería de salud mental de acompañamiento en el duelo perinatal desde un centro de salud mental", en López, Ana P. y Zuazo, José I. (eds), *25 años cuidando contigo. Un recorrido en los cuidados de salud mental*, Salamanca: Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental.
- Major, B. et al. (2000): "Psychological responses of women after first-trimester abortion", *Arch Gen Psychiatry*, 57 (8): 777-778.
- Mander, R. (1994): *Loss and bereavement in childbearing*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Mejías, M. C. (2011): "Duelo perinatal: atención psicológica en los primeros momentos", *Dialnet*, 79: 52-55.
- Menke, J. y Mc Clead, R. (1990): "Perinatal grief and mourning", *Advances in Pediatrics*, 37: 261-283.
- Mollinero, M. V. et al. (2011): *Avanzando en la muerte perinatal* (en línea). <http://www.anecipn.org/ficheros/PDF/MESA%20REDONDA%20I.%20ETICA%20DE%20LOS%20CUIDADOS/COMUNICACIONES/2.%20AVANZANDO%20EN%20LA%20MUERTE%20PERINATAL.pdf>, acceso 21 de febrero de 2014.
- Moscarello, R. (1989): "Perinatal bereavement support service: three-year review", *Journal of Palliative Care*, 5: 12-8.
- Neugebauer, R. et al. (1992): "Determinants of depressive symptoms in the early weeks after miscarriage", *Am J Public Health*, 82: 1332-1339.
- O'Yeray, J. (s.f.): *El embarazo después de perder un bebé* (en línea). http://mimosytetablog.com/wpcontent/uploads/2009/06/embarazo_despuesaborto.pdf, acceso 23 de febrero de 2014.

- Organización Vivir la Pérdida (2000): *Ayuda después de la muerte de un ser querido* (en línea). <http://www.vivirlaperdida.com/>
- Pangrazzi, A. (1993): *La pérdida de un ser querido*. Madrid: Ediciones Paulinas.
- Parker, C.M. (1986): *Bereavement; Studies of grief in adult life*, (2ª ed). Londres: Penguin Books.
- Pastor, S. et al. (2011): “La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud”, *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 19 (6).
- Pastor, S.M. et al. (2007): “Experiencias y vivencias de los padres y profesionales ante la pérdida perinatal”, *Revista Paraninfo Digital*, 1.
- Payás, A. (2010): *Las tareas del duelo*. Barcelona: Paidós.
- Peppers, L. (1987-1988): “Grief an elective abortion: breaking the emotional bond?”, *Omega*, 18: 1-10.
- Pérez, M. (años no especificado): *Duelo: Proceso individual, proceso familiar, proceso social* (en línea).
<http://www.caritasvitoria.org/datos/documentos/Material%20Duelo-magdalena.pdf>, acceso 3 de marzo de 2014.
- Rauen, K. (1985): “The telephone as a Stethoscope”, *MCN American Journal of Maternal Child Nurse*, 10 (2): 122-124.
- Resines, M. I. y Aller, J. (s.f.): *Embarazo múltiple* (en línea).
http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia_moderna/om_20.pdf, acceso 15 de febrero de 2014.
- Rozas, M.R. y Francés, L. (2001): “Maternidad tras una muerte perinatal”, *Matronas Profesión*, 3: 765-773.
- Samuels, V.R. (2004): *Always my twin*. Victoria, BC: Trafford.
- Sánchez, D. (2012): “El embarazo tras una pérdida gestacional”, *El mundo de tu bebé*, 227.
- Sánchez-Pichar, M.A. (2007): “Guía de intervención psicológica para mujeres embarazadas con pérdidas perinatales”, *Revista de Perinatología y Reproducción Humana*, 21 (3): 147-150.

Strobe, M. y Schut, H. (1999): “Dual Process model”, en Neimeyer, R. (eds.), *Meaning reconstruction and the experience of loss*, Washington DC: American Psychological Association.

De Vries, B. et al. (1997): “Long-term psychological and somatic consequences of later life parental bereavement”, *Omega*, 35: 97-117.

Walsh, F. y MacGolrick, M. (1991): “La pérdida y el ciclo vital de la familia”, en Jaes, Celia (coord.)(eds.), *Transiciones de la familia: continuidad y cambio en el último ciclo de la vida*. España: Ediciones Amorrortu.

Warland J. (2000): *The midwife and the bereavement family*. Victoria: Ausmed.

Wonder, J. W. (1997): *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

¹ Los siguientes autores, presentes en el texto como citas secundarias, no disponen de referencia bibliográfica ante la imposibilidad de localizar la fuente original: Pollock, Sanders, y Neimeyer.