

SILVIA HUERTAS FERNÁNDEZ

---

TRABAJO DE FIN DE GRADO

# Vivencia del duelo perinatal.



---

Grado en  
Enfermería

Tutora:  
Matilde Tenorio  
Matanzo





## ÍNDICE

RESUMEN .....	5
❖ Abstract .....	5
INTRODUCCIÓN .....	6
❖ Mortalidad perinatal .....	6
❖ Proceso de duelo .....	6
❖ Afrontamiento .....	8
❖ Magnitud del problema .....	9
❖ Objetivo .....	11
METODOLOGÍA .....	12
❖ Materiales .....	12
❖ Método .....	12
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA .....	13
❖ PubMed .....	13
❖ Cochrane .....	14
❖ Cuiden .....	15
❖ Scielo .....	15
❖ CINAHL .....	16
ARTÍCULOS SELECCIONADOS .....	17
❖ ARTÍCULOS SELECCIONADOS .....	17
❖ Conclusiones personales de los artículos .....	26
RESULTADOS .....	30
❖ Descripción de los estudios incluidos .....	30
❖ Afrontamiento de la madre .....	30
❖ Afrontamiento del padre .....	32
❖ Consecuencias de la muerte perinatal en la vida de pareja y en la familia .....	33
❖ Afrontamiento del personal sanitario .....	38
❖ Intervenciones más adecuadas .....	40
CONCLUSIONES .....	48
❖ Limitaciones .....	49
AGRADECIMIENTOS .....	50
SIGLAS .....	50
BIBLIOGRAFÍA .....	51



## **RESUMEN**

**Introducción:** A pesar de los avances tecnológicos, la mortalidad perinatal tiene una gran prevalencia en el mundo. En consecuencia, se produce el duelo perinatal, cuyo abordaje es necesario y de gran complejidad. **Objetivo:** Analizar la información más actualizada sobre el afrontamiento de la muerte de un bebé en el periodo perinatal por parte de los distintos afectados: madre, padre y el equipo sanitario asistente. **Metodología:** Se hicieron varias búsquedas en 5 bases de datos diferentes: PubMed, Scielo, Cochrane, CINAHL y Cuiden. **Resultados:** Se encontraron 23 artículos relevantes para la revisión narrativa. El análisis se agrupa en los siguientes objetivos: Afrontamiento de la madre, afrontamiento del padre, consecuencias de la muerte perinatal en la vida de la pareja y la familia, afeción en los profesionales sanitarios e intervenciones más adecuadas. **Conclusiones:** El duelo perinatal debe seguir siendo estudiado para poder realizar guías clínicas universales que se adapten a las necesidades de los afectados. Así como, se debería ampliar la investigación en el afrontamiento de los profesionales sanitarios y promover una mayor formación en este tema.

**Palabras clave:** Duelo perinatal, muerte perinatal, afrontamiento, equipo sanitario.

### ❖ **Abstract.**

**Introduction:** Even with the technological advances available today, the perinatal death prevalence is still high in the world. As a consequence, perinatal bereavement occurs. Addressing this with the adequate level of complexity is necessary. **Objective:** The analysis of the latest available information on perinatal bereavement by all affected parts: mother, father and the assistant sanitary personnel. **Methodology:** 5 different data bases where used as sources for articles: PubMed, Scielo, Cochrane, CINAHL and Cuiden. **Results:** 23 articles where found relevant and used for a narrative review. The review is based on the following objectives: Mother's grief, father's grief, consequences of the perinatal death on the parent's and family life, consequences on sanitary personnel and most common interventions. **Conclusions:** Studies on perinatal bereavement must continue, in order to produce better universal clinical guides adapted to the needs of the people involved. Further investigation must improve our understanding on how sanitary personnel copes with the situation and promote better instruction on it.

**Keywords:** Perinatal bereavement, perinatal death, sanitary personnel.

## **INTRODUCCIÓN**

Para la comprensión de esta revisión, se expondrán los conceptos principales que se utilizan en este trabajo de fin de grado: mortalidad perinatal, proceso de duelo, qué es el duelo perinatal y la magnitud de este problema en el mundo, Europa y España. Finalmente se exponen los objetivos de la revisión.

### ❖ **Mortalidad perinatal**

El concepto de muerte perinatal del que se va a hablar a continuación, va a ser definido como actualmente lo describe el INE (Instituto Nacional de Estadística) y el EUROSTAT (Oficina Europea de Estadística): Suma de la mortalidad neonatal precoz y la muerte fetal tardía (1).

Dicha definición fue estudiada por la OMS (Organización Mundial de la Salud) en el comité de expertos de “Prevención de la mortalidad y morbilidad perinatal” celebrado en Ginebra en 1970. En él, se hablaba sobre las dificultades de aplicar una definición universal, pues no en todos los países del mundo se entiende este término igual o regido por las mismas condiciones. A veces, la definición de este concepto incluye también las muertes neonatales, es decir, las que se producen en el primer mes de vida (2).

Actualmente, la OMS utiliza la definición recogida en la décima revisión del ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), que describe este suceso con la misma definición que anteriormente he mencionado (3,4). Según el ICD-PM (The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD- perinatal mortality), la muerte perinatal se puede clasificar según el momento en el que ocurrió como: anteparto, intraparto o en el periodo neonatal (en los primeros 7 días de vida) (4).

### ❖ **Proceso de duelo**

La muerte de un bebé durante el periodo perinatal, tiene repercusiones muy fuertes a nivel psicológico en los padres, pues sus ilusiones y expectativas puestas en el futuro se ven mermadas (5,6). Relacionado con este hecho, se produce el duelo perinatal, el duelo complicado y el duelo desautorizado, conceptos que definiremos a continuación y que se desarrollarán a lo largo de la revisión.

- **Duelo**

En este contexto, NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) (7) define este diagnóstico enfermero de la siguiente manera: “Complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida”.

Durante este proceso, Elisabeth Kübler-Ross describió 5 etapas por las que se desarrolla: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. La negación se produce cuando la persona aún no acepta la pérdida. En la etapa de ira, se desarrollan sentimientos de rabia y enfado ante la situación de pérdida. Durante la negociación, la persona aún no ha terminado de aceptar que la pérdida es real. Es en la fase de depresión, cuando la persona manifiesta sentimientos de tristeza y las conductas propias de la definición de duelo. Finalmente, la aceptación se produce cuando se asume la pérdida (8).

Dichas etapas son descritas por ella como flexibles, pues no hay un tiempo exacto establecido para cada una de ellas, sino que en cada persona se desarrollan en un tiempo diferente e incluso pueden darse en distinto orden al descrito (9,10).

- **Duelo perinatal**

El duelo perinatal es la experiencia a la que se ven sometidos los padres tras la pérdida de su bebé de forma involuntaria, ya sea por muerte fetal, neonatal, interrupción voluntaria del embarazo por anomalías fetales o sufrimiento de un aborto involuntario (11).

Aunque la definición del duelo perinatal incluya la situación de sufrimiento de un aborto involuntario, durante la revisión nos ceñiremos al periodo descrito por la OMS a la hora de hablar de la muerte perinatal (de las 28 semanas de gestación hasta una semana después del nacimiento) (2).

- **Duelo desautorizado**

Es aquel que no puede ser abiertamente expresado, debido a que la pérdida no puede ser públicamente reconocida (12).

- **Duelo complicado**

NANDA define este diagnóstico enfermero como: “Trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional” (7). Es importante que los padres afectados reciban el mayor apoyo psicológico y social para evitar que puedan desarrollar dicho trastorno (5).

- ❖ **Afrontamiento**

Según Lazarus y Folkman, la definición de afrontamiento es la siguiente: “esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que sirven para manejar las demandas externas y/o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (13).

Estos autores, distinguen el concepto afrontamiento del de adaptación, pues en el afrontamiento se realizan esfuerzos cognitivos y conductuales; en cambio, la adaptación es un reflejo de conductas adoptadas. Según estos autores, se pueden diferenciar dos estrategias diferentes: dirigidas al problema y dirigidas a la emoción. La gama de estrategias dirigidas a la emoción, es bastante amplia, al contrario que las dirigidas al problema. Algunas de las estrategias más frecuentes dirigidas a la emoción son la minimización, el distanciamiento o la evitación (14).

Ante una amenaza, el individuo hace una evaluación de la repercusión que la situación puede tener sobre éste y de las posibles actuaciones para hacer frente a la situación. Tras esta valoración, la persona manifiesta la primera respuesta emocional (13).

El grado de amenaza percibido por una persona es uno de los principales factores limitantes a la hora de desarrollar recursos de afrontamiento. Otros factores que limitan el desarrollo del afrontamiento son: condicionantes personales como los valores, creencias o normas culturales, mala interpretación de apoyos sociales o necesidad de dependencia; y condicionantes ambientales, que pueden limitar la accesibilidad a algunos recursos.

Los recursos de los que dispone el paciente es un aspecto clave a la hora de afrontar la situación. Estos recursos pueden ser: creencias existenciales, compromisos personales

que incentiven la persecución de un objeto, habilidades relacionadas con la resolución de problema, habilidades sociales, etc (14).

Por otra parte, NANDA identifica el concepto de afrontamiento como un diagnóstico de enfermería y Carpenito lo define como el manejo de los factores de estrés internos o externos dirigido hacia la adaptación (15).

En función de la capacidad de adaptación de cada individuo, puede darse el diagnóstico de enfermería “sufrimiento espiritual” cuya definición según la clasificación NANDA (7) es: “Estado de sufrimiento relacionado con el deterioro de la habilidad para experimentar el sentido de la vida a través de conexiones con el yo, los otros, el mundo o un ser superior”.

En esta revisión se tratará de averiguar qué recursos disponen las parejas y profesionales sanitarios para afrontar de la mejor manera la situación de una muerte perinatal. El personal, en general, no ha desarrollado las habilidades para hacer frente a este tipo de situaciones y carece de conocimientos y recursos para llevar a cabo una actividad asistencial satisfactoria. A pesar de que hay una gran prevalencia del suceso, tampoco es una situación que aborden día a día, lo que genera sensaciones de impotencia, frustración y ansiedad como profesionales (6,16). Hay evidencias de que, según el trato y la calidad asistencial percibida por la pareja afectada, su desarrollo de duelo será más o menos traumático.

#### ❖ **Magnitud del problema**

La mortalidad perinatal, ha ido disminuyendo a lo largo de los años gracias a los avances tecnológicos y médicos de los últimos años. A pesar de ello, la prevalencia mundial de este suceso, y en consecuencia del duelo perinatal, sigue siendo muy elevada (5,17). Anualmente en el mundo se producen más de 5 millones de defunciones en el periodo perinatal. Es por eso, que la OMS califica este suceso como un problema de salud mundial que debe ser abarcado en su agenda anual (4).

- **Estadísticas europeas**

A continuación, describimos los últimos datos recogidos por el EUROSTAT (18) en Europa y España. La última estimación de las tasas de mortalidad que se recogen en esta base de datos, fecha del año 2013. En dicho año, la tasa europea de mortalidad perinatal fue de 5.73 por cada mil nacidos vivos. En dicha base de datos, la tasa de mortalidad estimó para España como valor de 4.61 defunciones por cada mil nacidos.

España obtuvo destacablemente una tasa menor que la media europea, siendo un 19.55% más baja.

- **Estadísticas españolas**

En los últimos datos del INE, (19) recogidos en 2014, la mortalidad perinatal tal y como la hemos definido antes fue de 1347 casos incluyendo todas las diferentes causas. Este dato se ha obtenido sumando la cifra de mortalidad neonatal precoz, definida como muerte de un neonato en los primeros 7 días de vida; y la cifra de mortalidad fetal tardía, definida como muertes fetales desde las 28 semanas de gestación hasta la 42. Es en este último periodo mencionado, donde se producen la mayoría de estas muertes.

Es relevante la alta prevalencia de este suceso, teniendo en cuenta la comparación entre la tasa de natalidad de ese mismo año (9,17 nacidos por cada 1000 habitantes) y la tasa de mortalidad perinatal (4,48 por cada mil nacidos vivos y muertos).

Según los datos del 2014 recogidos por el INE (19), las principales causas de muerte fetal tardía se producen entre la semana 37 y 41 de gestación, siendo las 5 causas principales por orden decreciente:

1. Afectados por complicaciones de la placenta, del cordón umbilical y de las membranas.
2. Por complicaciones maternas del embarazo.
3. Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas.
4. Afectados por embarazo múltiple.
5. Otras formas de desprendimiento y de hemorragias placentarias.

En cuanto a las muertes neonatales precoces, la mayoría se producen en las primeras 24h, siendo las principales causas:

1. Trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del periodo perinatal.
2. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.
3. Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido.
4. Complicaciones maternas del embarazo.
5. Embarazo múltiple.

#### ❖ **Objetivo**

Al ser un suceso tan prevalente en la población mundial, esta revisión bibliográfica tiene como objetivo conocer la información más actualizada sobre:

- El afrontamiento de los padres ante la muerte de su hijo en el periodo perinatal y las consecuencias de ésta en la vida de la pareja y la familia.
- El afrontamiento de los profesionales sanitarios asistentes ante una situación de mortalidad perinatal.
- Indicaciones e intervenciones más adecuadas para facilitar el afrontamiento y proceso de duelo a los padres.

## **METODOLOGÍA**

La búsqueda bibliográfica tuvo lugar durante los meses de diciembre de 2016, enero y febrero de 2017.

### ❖ **Materiales**

Para la recogida de información se ha utilizado un ordenador portátil con acceso a internet, mediante el cual se ha encontrado y recogido información y posteriormente desarrollado los resultados obtenidos.

### ❖ **Método**

#### • **Selección de términos MeSH**

En primer lugar, para poder realizar búsquedas en bases de datos de habla inglesa, tuve que encontrar las palabras claves precisas. Para ello, utilicé las páginas web DECS (Health Sciences Descriptors) y HON (Heath On The Net Fundation), que dan la posibilidad de traducir términos MeSH (Medical Subject Headings) del español al inglés. Finalmente, las palabras clave utilizadas para búsqueda de artículos fueron: Bereavement, perinatal death, stillbirth, mothers, fathers y nursing.

#### • **Criterios de inclusión y exclusión en la búsqueda**

Criterios de inclusión	Exclusión
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Países europeos, norteamericanos y de Oceanía.</li> <li>• Documentos publicados en los últimos 5 años.</li> <li>• Aquellos que hablen sobre alguno de los objetivos de la revisión.</li> <li>• Documentos escritos en inglés, francés o español.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aquellos que hablen del afrontamiento de la muerte perinatal ligado a la religión.</li> <li>• Aquellos que describan solo un caso individual.</li> <li>• Casos de embarazos múltiples.</li> </ul>

## ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

La estrategia de búsqueda de las diferentes bases de datos puede apreciarse en las siguientes tablas.

La selección de los artículos válidos se realizó tras la lectura de los “abstract” confirmando que respondían a los objetivos de la investigación y que no contenían ninguno de los criterios de exclusión.

### ❖ PubMed

PUBMED				
Búsqueda	Palabras clave y operador booleano	Limitadores	Encontrados	Válidos
1.	("Bereavement" AND ("perinatal death" OR "stillbirth"))	Sin limitadores.	-	-
2.	((Mothers OR fathers) OR "nursing" [Subheading])	Sin limitadores.	-	-
3.	((("Bereavement"[Mesh] AND "Perinatal Death"[Mesh]) OR "Stillbirth"[Mesh]) AND (((("Mothers"[Mesh] OR "Fathers"[Mesh]) OR "nursing"[Subheading]))	Publicados en los últimos 5 años (5 years). En idioma inglés, francés o español. Disponible en texto completo ("full text").	53	14

- **Artículos excluidos**

Finalmente, de los 53 resultados, 11 artículos se excluyeron por criterio de exclusión geográfico, 25 porque no hablaban de ninguno de los objetivos propuestos en la revisión, 1 por ser un caso de embarazo múltiple, otro por ser ligado a la religión y finalmente otro por ser una experiencia de un caso individual.

❖ **Cochrane**

COCHRANE				
Búsqueda	Palabras clave y operador booleano	Limitadores	Encontrados	Válidos
1.	“Bereavement” AND “perinatal death”.	Publicados en los últimos 5 años (2012-2017). Idioma: inglés, francés o español.	4	2
2.	“Perinatal bereavement”	Publicados en los últimos 5 años (2012-2017). Idioma: inglés, francés o español.	3	3, uno de ellos repetido en la búsqueda anterior.

- **Artículos excluidos**

Solo se excluyeron dos artículos, uno cumplía criterio de exclusión geográfico y el otro artículo no se pudo conseguir.

❖ **Cuiden**

CUIDEN				
Búsqueda	Palabras clave y operador booleano	Limitadores	Encontrados	Válidos
1.	“Duelo” AND “perinatal”.	Publicados en los últimos 5 años (2012-2017).	13	7, de los cuales solo se tuvo acceso a 4, uno de ellos ya fue seleccionado en Scielo.

- **Artículos excluidos**

De los 6 artículos excluidos, 1 no era realmente un artículo sino un libro, 3 hablaban de casos específicos, y el resto no hablaban de los objetivos propuestos en la revisión.

❖ **Scielo.**

SCIELO				
Búsqueda	Palabras clave y operador booleano	Limitadores	Encontrados	Válidos
1.	Duelo perinatal	-	1	1
2.	Duelo AND perinatal	-	2	2, uno de ellos repetido en la búsqueda anterior.

- **Artículos excluidos**

No se excluyó ningún artículo, puesto que los dos encontrados eran válidos. Aunque uno de los artículos seleccionados tiene fecha de publicación del 2011, lo utilizaré en la exposición de resultados, puesto que la información que contiene es bastante relevante en relación a los objetivos propuestos.

❖ **CINAHL**

CINAHL				
Búsqueda	Palabras clave y operador boleano	Limitadores	Encontrados	Válidos
1.	“Perinatal death” AND “bereavement”	Sin limitadores.	-	-
2.	(“Mother” OR “Father”) AND (“Nursing care” OR “nursing interventions”)	Sin limitadores.	-	-
3.	(“Perinatal death” AND “bereavement”) AND ((“Mother” OR “Father”) AND (“Nursing care” OR “nursing interventions”))	Publicados entre el año 2012 y 2017. Excluir registros de Medline. En idioma inglés.	7	3

- **Artículos excluidos**

Los 4 artículos excluidos no hablaban de los objetivos propuestos en esta revisión.

## ARTÍCULOS SELECCIONADOS

❖ <u>ARTÍCULOS SELECCIONADOS</u>						
Nº	Referencia bibliográfica	Año*	Tipo de diseño	Objetivo	Muestra	Resultados principales
1.	Lisy K, Peters M, Riitano D, Jordan Z, Aromataris E. Provision of Meaningful Care at Diagnosis, Birth, and after Stillbirth: A Qualitative Synthesis of Parents' Experiences. Birth. 2016;43(1):6-19.	2016	Síntesis de estudios cualitativos	Realizar una guía basada en la evidencia para la atención sanitaria durante el diagnóstico, alumbramiento y nacimiento de un bebé sin vida.	20 estudios cualitativos	Tras haber consultado muchos estudios cualitativos que reflejaban las experiencias de los padres en situación de muerte perinatal, finalmente se ha conseguido realizar una guía basada en la evidencia que puede acercarse a ser las intervenciones más adecuadas en este tipo de situaciones. Aunque, contempla que es posible que no sea aplicable en todos los casos.
2.	Burden C, Bradley S, Storey C, Ellis A, Heazell A, Downe S et al. From grief, guilt pain and stigma to hope and pride – a systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth. BMC Pregnancy and Childbirth. 2016;16(1).	2016	Revisión sistemática de estudios cualitativos y cuantitativos.	Evaluar y resumir las últimas evidencias del impacto psicosocial que produce la pérdida perinatal en los progenitores y sus familias. Mejorar la orientación en el cuidado del duelo perinatal.	144 estudios	<p>Tras la realización de esta revisión sistemática y meta-análisis se han encontrado artículos que hablan sobre temas que han sido muy poco abordados.</p> <p>Se evidencian diferencias entre el afrontamiento del hombre y la mujer, lo cual puede dar lugar a conflictos en la pareja y en la familia. O, por el contrario, puede ser que las relaciones de pareja se fortifiquen.</p> <p>La muerte perinatal puede dejar secuelas físicas, psicológicas y sociales durante mucho tiempo.</p> <p>Es necesario disminuir la estigmatización de este problema en la mujer, para así mejorar su apoyo social.</p>

3.	Üstündağ – Budak A, Larkin M, Harris G, Blissett J. Mothers' accounts of their stillbirth experiences and of their subsequent relationships with their living infant: an interpretative phenomenological analysis. BMC Pregnancy and Childbirth. 2015;15(1).	2015	Estudio cualitativo.	Averiguar el significado de la experiencia de una pérdida perinatal en las mujeres y la influencia que dicha pérdida tiene sobre el siguiente embarazo.	6 mujeres	<p>Para las mujeres, es necesario integrar al hijo perdido en la familia y ser consciente de la pérdida para poder mejorar la relación con el hijo que posteriormente tenga. Además, el hecho de aceptar la muerte y existencia de un hijo, hace que la superación del proceso de duelo sea mejor y más rápida. Además, afirma que la co-existencia entre el mantenimiento de una relación o apego al bebé perdido y la del nuevo hijo, es esencial para evitar pensamientos de que uno ocupa el lugar del otro.</p> <p>Destaca la importancia de tener en cuenta las respuestas individuales al duelo y las de coger al bebé en brazos en el momento de la pérdida.</p>
4.	Peters M, Lisy K, Riitano D, Jordan Z, Aromataris E. Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based guidance for maternity care providers. Women and Birth. 2015;28(4):272-278.	2015	Revisión sistemática	Promover e informar sobre la importancia de dar una buena atención sanitaria acorde con la cultura y preferencias de los afectados.	22 estudios cualitativos	<p>La pareja que sufre la pérdida de un bebé puede verse beneficiada o por el contrario perjudicada en el proceso del duelo dependiendo de la asistencia sanitaria brindada en los momentos de: comunicación de la mala noticia, alumbramiento y posibles intervenciones tras éste.</p> <p>Por otro lado, los profesionales tienen que estar formados para poder actuar de forma adecuada y segura en estas situaciones.</p>
5.	DiMiceli-Zsigmond M, Williams A, Richardson M. Expecting the Unexpected: Perspectives on Stillbirth and Late Termination of Pregnancy for Fetal Anomalies. Anesthesia & Analgesia. 2015;121(2):457-464.	2012	Revisión bibliográfica + descripción de dos casos	Ayudar al equipo de anesestesiólogos obstétricos a establecer una relación terapéutica con las madres durante el alumbramiento de un bebé sin vida.	76 referencias bibliográficas + 2 experiencias	Se expone que este tipo de situaciones son muy traumáticas para la mujer y es por eso que, ocupando la posición que tiene el anestesista en el alumbramiento, es una oportunidad para brindar apoyo. Además, se exponen cuáles son las mejores técnicas de anestesiología según cada situación.

6.	Kingdon C, O'Donnell E, Givens J, Turner M. The Role of Healthcare Professionals in Encouraging Parents to See and Hold Their Stillborn Baby: A Meta-Synthesis of Qualitative Studies. PLOS ONE. 2015;10(7):e0130059.	2015	Síntesis de estudios cualitativos	Averiguar cuál es el impacto del enfoque de los profesionales sanitarios sobre los padres en la cuestión de ver y coger a su hijo fallecido.	12 estudios cualitativos	Tras la realización de la síntesis, no se puede responder a la pregunta de si es adecuado o no que los padres cojan a su bebé en todos los casos, pero sí se puede evidenciar que el personal sanitario tiene un importante papel a la hora de ofrecerlo. También se afirma que para que los profesionales hagan una evaluación de en qué situaciones es preferible que no cojan al bebé, éstos deben estar muy formados en la materia y haber experimentado otros casos.
7.	Wilson P, Boyle F, Ware R. Holding a stillborn baby: the view from a specialist perinatal bereavement service. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2015;55(4):337-343.	2015	Estudio de cohortes.	Averiguar qué repercusión tiene en el duelo de los padres el hecho de haber cogido o no a su bebé tras su fallecimiento.	26 madres y 11 padres.	Aquellos padres que cogieron a su bebé en brazos tras su fallecimiento sufren peor duelo que aquellos que no lo hicieron. Sin embargo, estudiando si este hecho producía desórdenes mentales o peor salud mental, se vio que en las mujeres no había diferencias significativas entre haberlo hecho o no. Por el contrario, se obtuvo que los padres sí que padecían peor salud mental tras haber experimentado coger a su hijo fallecido.
8.	Campbell-Jackson L, Bezance J, Horsch A. "A renewed sense of purpose": mothers' and fathers' experience of having a child following a recent stillbirth. BMC Pregnancy Childbirth 2014 Dec 19;14:423-014-0423-x.	2014	Estudio cualitativo.	Explorar las experiencias de padres que tuvieron recientemente una pérdida perinatal y se han convertido en padres de un nuevo hijo vivo.	7 parejas (14 personas)	Aquellos padres que sufrieron la muerte intraútero de un hijo y finalmente se convierten en padres de otro hijo, refieren haber padecido ansiedad, miedo e inquietud durante el embarazo subsecuente a la pérdida. Además, refieren haber tenido falta de apego con ese hijo hasta su nacimiento por miedo a que de nuevo sucediese una pérdida.

9.	Huberty J, Leiferman JA, Gold KJ, Rowedder L, Cacciatore J, McClain DB. Physical activity and depressive symptoms after stillbirth: informing future interventions. BMC Pregnancy Childbirth 2014 Nov 29;14:391-014-0391-1.	2014	Estudio descriptivo.	Averiguar si la actividad física puede mejorar la sintomatología de la depresión en mujeres que han sufrido una muerte de su bebé intraútero.	175 mujeres.	<p>Aquellas mujeres que previamente eran activas en el ejercicio físico y después de la pérdida perinatal continuaron realizando actividad física, experimentaron una mejoría de los síntomas de duelo y depresión.</p> <p>Es por eso que sugiere una intervención profesional durante el periodo previo al siguiente embarazo donde se sugiera la actividad física para mejorar las secuelas y salud mental.</p>
10.	Cacciatore J, Erlandsson K, Radestad I. Fatherhood and suffering: a qualitative exploration of Swedish men's experiences of care after the death of a baby. Int J Nurs Stud 2013 May;50(5):664-670.	2013	Estudio cualitativo.	Conocer las experiencias de los padres con los profesionales sanitarios en el momento del fallecimiento de su hijo.	131 hombres.	<p>Los padres encuestados en su gran mayoría se sentían agradecidos y contentos con la asistencia que recibieron en el momento del fallecimiento de su bebé. Valoraban principalmente el hecho de que los profesionales reconociesen su paternidad, su duelo (no solo el de su mujer) y que tratasen al su hijo fallecido como si estuviese vivo en el nacimiento, es decir, con respeto y ternura. Un 16% refirió no sentirse contento con la actuación de los profesionales, principalmente por no tratar a su hijo fallecido con respeto, por tratar a él y su pareja con frialdad e indiferencia y no reconocer su paternidad y permiso a sufrir un duelo.</p>
11.	Heazell AE, Leisher S, Cregan M, Flenady V, Froen JF, Gravensteen IK, et al. Sharing experiences to improve bereavement support and clinical care after stillbirth: report of the 7th annual meeting of the International Stillbirth Alliance. Acta Obstet Gynecol Scand 2013 Mar;92(3):352-361.	2013	Memoria de un congreso.	Compartir experiencias para aumentar el apoyo en el duelo y en el cuidado clínico.	63 referencias	<p>El duelo perinatal debe ser considerado un evento importante y por ello merece ser tratado y reconocido por la población. Cada persona sufre el duelo de forma individual. Los profesionales sanitarios para poder dar buen apoyo y cuidados a los afectados, deben recibir formación para estar preparados en este tipo de situaciones. Además, se debe valorar la creación de grupos de ayuda de afectados para mejorar el duelo.</p>

12.	Cacciatore J. Psychological effects of stillbirth. Semin Fetal Neonatal Med 2013 Apr;18(2):76-82.	2013	Revisión narrativa.	Explorar un modelo de intervenciones para la mejora del cuidado agudo y crónico de los estados de duelo tras sufrir una muerte perinatal.	43 referencias.	El duelo que sufren la pareja, familia y hermanos tras una muerte perinatal, es un duelo desautorizado. Éstos, para un mejor proceso de duelo necesita un gran apoyo psicológico y social. Del mismo modo, los profesionales también necesitan recursos para proseguir con su trabajo de manera adecuada, mostrando simpatía y evitando el “burn out”.
13.	Pastor-Montero SM, Romero-Sanchez JM, Paramio-Cuevas JC, Hueso-Montoro C, Paloma-Castro O, Lillo-Crespo M, et al. Tackling perinatal loss, a participatory action research approach: research protocol. J Adv Nurs 2012 Nov;68(11):2578-2585.	2012	Proyecto de estudio cualitativo: Investigación participativa.	Promover cambios para mejorar los cuidados proporcionados a los padres que experimentan una muerte perinatal, a través de una investigación participativa consistente en la aplicación de un protocolo durante 3 años.	-	Este artículo no obtiene resultados, puesto que solo expone el proyecto de una investigación participativa para mejorar los cuidados proporcionados a los padres tras una muerte perinatal y así poder implementar un protocolo. Después, se pretende que tras la realización del protocolo se contrasten los resultados obtenidos y se siga mejorando para que se implemente un protocolo en todos los hospitales.
14.	Murphy S. Reclaiming a moral identity: stillbirth, stigma and 'moral mothers'. Midwifery 2012 Aug;28(4):476-480.	2012	Estudio cualitativo.	Entender el significado de los sentimientos de los padres y madres que experimentan una pérdida perinatal intra-útero.	10 parejas y 12 madres.	En este artículo se destaca el estigma social que sufren las parejas, especialmente las madres tras una muerte perinatal. Ellas refieren sentirse rechazadas y culpadas por la sociedad por no haber podido dar vida a su bebé, mientras que no se explican por qué pasó si hicieron todo lo que los médicos les aconsejaron. Las madres deben realizar una reconstrucción de su identidad, tras perder su “rol como madre” tras el fallecimiento. Sin embargo, siguen teniendo un “rol moral como madre”.

15.	Rosenbaum J, Smith J, Yan Y, Abram N, Jeffe D. Impact of a Neonatal-Bereavement-Support DVD on Parental Grief: A Randomized Controlled Trial. <i>Death Studies</i> . 2015;39(4):191-200.	2015	Estudio cuantitativo. Ensayo controlado aleatorio.	Comprobar si las respuestas de duelo son menos intensas y de menor duración entre los 3 y los 12 meses tras el sufrimiento de una muerte perinatal al ver un DVD.	132 personas.	Los resultados no son concluyentes, pero sí que se ha observado una disminución de los síntomas de duelo a los 12 meses en aquellos padres que vieron el DVD. Los padres que lo vieron refirieron que fue beneficioso y lo recomiendan para otros padres en la misma situación.
16.	Koopmans L, Wilson T, Cacciatore J, Flenady V. Support for mothers, fathers and families after perinatal death. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> .	2013	Revisión sistemática.	Determinar la efectividad de cualquier forma de apoyo brindado por médicos, enfermería, psicológico o social en la prevención o reducción de la incidencia y/o gravedad del duelo patológico y/o las secuelas psico-patológicas a largo plazo, en madres, padres y familias que sufrieron una muerte perinatal.	No explícita. Referencia 121 autores.	El apoyo a las familias que han sufrido una muerte perinatal es esencial, puesto que es un suceso muy traumático en la vida de los afectados. Pero, no existe suficiente evidencia como para afirmar qué intervenciones son las más adecuadas y beneficiosas para los afectados. Además, hay que tener en cuenta la individualidad de cada caso a la hora de intervenir como profesionales.

17.	Bennett SM, Ehrenreich-May J, Litz BT, Boisseau CL, Barlow DH. Development and Preliminary Evaluation of a Cognitive-Behavioral Intervention for Perinatal Grief. <i>Cognitive and Behavioral Practice</i> . 2012 Feb 1;19(1):161-173. Available from, DOI: 10.1016/j.cbpra.2011.01.002	2012	Estudio cuantitativo.	Desarrollar y evaluar la utilidad de la realización de una intervención cognitivo-conductual consistente en 8 sesiones. Averiguar si los síntomas de duelo disminuyen con dicha intervención.	5 mujeres.	Puesto que la muestra es muy pequeña, los resultados obtenidos no se pueden generalizar. Aunque según el estudio realizado, la aplicación de esta intervención consistente en 8 sesiones tuvo como efecto la disminución de los síntomas de duelo según las escalas: Perinatal Grief Scale (PGS), Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV) Y Ways of Coping Questionnaire (WOC). Fundamentalmente se observó una disminución en la estrategia de evitación del afrontamiento.
18.	Fernández-Alcántara Manuel, Cruz-Quintana Francisco, Pérez-Marfil Nieves, Robles-Ortega Humbelina. Factores psicológicos implicados en el Duelo Perinatal. <i>Index Enferm [Internet]</i> . 2012 Jun [citado el 6 de marzo de 2017] ; 21( 1-2 ): 48-52. Disponible en: <a href="http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000100011">http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000100011</a> .	2012	Artículo de revisión.	Averiguar las principales variables que afectan al desarrollo del duelo perinatal.  Hallar qué intervenciones por parte del personal sanitario son las más adecuadas.	48 artículos.	Existen diferencias entre el afrontamiento y desarrollo del duelo que se da en las mujeres y hombres.  El personal sanitario debe estar formado y preparado para poder dar una buena asistencia en estas situaciones.  La elaboración de una guía de actuación sigue estando pendiente, del mismo modo que la realización de más estudios concluyentes.

19.	López García de Madinabeitia AP. Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría. 2011;31(109):53–70.	2011	Artículo de revisión.	Conocer el significado de la pérdida perinatal por parte de los progenitores para poder dar una buena asistencia sanitaria.  Hacer visible y destacar el duelo perinatal.		El significado de la pérdida perinatal ha dado un cambio radical en los últimos 50 años. Pasando de ser considerado un hecho que debe olvidarse y hacer como si no hubiese pasado, a darle significado y hacer visible las repercusiones que tiene éste en la pareja y la familia. Además, se expone la importancia de una buena atención asistencial y un buen apoyo psicológico.
20.	Fernández Basanta S, Sobrido Prieto M, Movilla Fernández MJ, Aneiros Suárez C, Pita García P, Rodeño Abelleira MÁ. Duelo perinatal: Análisis de las dificultades y de los elementos facilitadores presentes en el afrontamiento familiar (DPAFIS). 2015.	2015	Proyecto de estudio cualitativo:  Investigación participativa	Profundizar en las respuestas humanas del duelo perinatal e identificar las necesidades de información, atención sanitaria y psicosocial expresadas por ellos con el fin de diseñar una intervención sanitaria.	25 familias.	Puesto que es un proyecto, todavía no se han obtenido los resultados de su puesta en acción. Tras la realización de este estudio se pretende diseñar una intervención sanitaria ajustada a las necesidades de estos pacientes para así poder dar una asistencia adecuada en estas situaciones.
21.	Martos López I, Sánchez Guisado M, Guedes Arbelo C. Atención a la pérdida perinatal, una asignatura pendiente para enfermería. Paraninfo Digital. 2015;22.	2015	Revisión bibliográfica	Comprender como viven los profesionales sanitarios la experiencia de una pérdida perinatal.	7 estudios.	La mayoría de los profesionales refieren no tener los conocimientos y habilidades adecuadas. Es por eso que es necesaria la formación de los profesionales en este tema para poder brindar una adecuada asistencia.

22.	Mejías Paneque M. Duelo Perinatal: Atención psicológica en los primeros momentos. HYGIA. 2012;79 (1):52-55.	2012	Artículo especial.	Proporcionar herramientas a los profesionales para poder abordar casos de duelo perinatal de forma efectiva.	-	La formación del personal sanitario en el abordaje de este tipo de situaciones es muy importante para evitar fomentar el duelo desautorizado de estas parejas y poder dar un apoyo y asistencia adecuada.
23.	Gold K, Leon I, Boggs M, Sen A. Depression and Posttraumatic Stress Symptoms After Perinatal Loss in a Population-Based Sample. Journal of Women's Health. 2016;25(3):263-269.	2016	Estudio cuantitativo longitudinal	Medir el impacto psicológico en las madres que han sufrido una muerte perinatal.	377 madres dolientes y 232 madres control de nacidos vivos	Tras 4 meses tras la pérdida, las mujeres presentan 4 veces más riesgo de padecer depresión y 7 veces más riesgo de padecer síndrome de estrés post-traumático que aquellas mujeres que dieron a luz un hijo vivo y sobrevivió. Sin embargo, no se han encontrado diferencias entre aquellas mujeres que sufrieron una muerte perinatal intra-útero de las que la sufrieron en el periodo neonatal. Tampoco se encontraron diferencias entre las mujeres de raza afro-americana de las caucásicas.

❖ **Conclusiones personales de los artículos**

CONCLUSIONES PERSONALES DE LOS ARTÍCULOS	
Título del artículo	Conclusiones
<i>Provision of Meaningful Care at Diagnosis, Birth, and after Stillbirth: A Qualitative Synthesis of Parents' Experiences.</i>	Es importante el estudio de las necesidades que sienten los progenitores en cada uno de los momentos cuando diagnostican una muerte perinatal para poder proporcionarle la mejor asistencia y ayuda ante momentos tan difíciles. Saber qué sienten la mayoría de los afectados resulta beneficioso tanto para ellos como para personal, que sepa tratar este tipo de situaciones tal y como se expone en el propio artículo. Sin embargo, no se habla de las emociones que puede experimentar el personal asistente ni de cómo éstos pueden afrontarlas y superarlas.
<i>From grief, guilt pain and stigma to hope and pride – a systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth.</i>	La revisión aborda muchos temas relacionados con la muerte perinatal que no siempre se abordan o se dan importancia en otros estudios. Sin embargo, el hecho de abarcar tantos temas diferentes hace que la información sea escasa en cuanto a su tema se refiere y además queda poco clara la real evidencia de los resultados obtenidos, pues no referencia exactamente a los estudios.
<i>Mothers' accounts of their stillbirth experiences and of their subsequent relationships with their living infant: an interpretative phenomenological analysis.</i>	Este estudio no considero que sea especialmente relevante para exponer en los resultados. Pues, aunque hay conclusiones que coinciden con las de otros artículos de revisión, la muestra que utiliza para hacer el estudio es insuficiente bajo mi punto de vista. Para demostrar la homogeneidad de reacciones y sentimientos psicológicos de cualquier estudio, creo que la muestra utilizada debería ser bastante mayor. De hecho, el propio artículo escribe que una de sus limitaciones es que las generalizaciones sobre los resultados obtenidos son limitadas.
<i>Evidence-based guidance for maternity care providers. Women and Birth.</i>	La revisión explica muy bien qué necesita la pareja afectada en cada uno de los momentos implicados en la muerte perinatal, desde el momento de la comunicación de la mala noticia. Sin embargo, creo que da poca importancia a las emociones que pueda sentir el personal asistente y en su afrontamiento y métodos de recuperarse.
<i>Expecting the Unexpected: Perspectives on Stillbirth and Late Termination of Pregnancy for Fetal Anomalies.</i>	Este artículo queda descartado para la redacción de resultados. Pues, aunque en lo que equivale a un “abstract” en el artículo aparenta tener concordancia con los objetivos de nuestra revisión, luego el artículo no tiene nada ver con lo expuesto como resumen. Es interesante la información que da, pero únicamente para anestesiistas.
<i>The Role of Healthcare Professionals in Encouraging Parents to See and Hold Their Stillborn Baby: A Meta-Synthesis of Qualitative Studies.</i>	Tras la lectura de esta síntesis, volvemos a llegar a las mismas conclusiones. Aunque se expone que hay estudios cuantitativos que describen que no siempre es beneficioso para el proceso del duelo en los padres que cojan a su bebé fallecido, los estudios cualitativos nos dejan con otra sensación. Al contrario, estos estudios nos hacen que pensemos en que siempre es mejor que la pareja coja al bebé fallecido, aunque haya minorías en las que esta intervención no haya sido lo más adecuado.

<i>Holding a stillborn baby: the view from a specialist perinatal bereavement service.</i>	Tras haber leído tantos estudios cualitativos, es interesante saber qué resultados se obtienen tras realizar un estudio cuantitativo y averiguar en qué se basan para generalizar el hecho de que no en todos los casos es beneficioso que se coja a un bebé.
<i>"A renewed sense of purpose": mothers' and fathers' experience of having a child following a recent stillbirth.</i>	Es interesante saber qué es lo que piensan los padres durante la gestación de un nuevo hijo tras haber sufrido una pérdida perinatal. Aunque la muestra es pequeña y tampoco se especifica bien cómo se ha obtenido, es creíble que los resultados puedan ser generales, puesto que se respalda con los resultados de otros estudios.
<i>Physical activity and depressive symptoms after stillbirth: informing future interventions.</i>	Es increíble como el ejercicio físico puede tener tantos efectos positivos sobre la salud de los seres humanos. Que el ejercicio físico sea una alternativa al uso de fármacos antidepresivos es realmente un hecho que se debería estudiar más y si sus resultados son buenos, promover a la población a realizarlo. Sería interesante que su efectividad también se estudiase en otros tipos de duelo.
<i>Fatherhood and suffering: a qualitative exploration of Swedish men's experiences of care after the death of a baby.</i>	Para poder avanzar y proporcionar los mejores cuidados a las personas es imprescindible saber qué es lo que piensan los padres sobre la actuación profesional en sus experiencias pasadas. Así conocemos a qué les dan ellos mayor importancia y qué errores no debemos cometer. Más que cómo actuar, creo que es más importante identificar qué es lo que no debemos hacer, aunque este artículo te habla de ambos tipos de intervenciones (consideradas positivas o negativas).
<i>Sharing experiences to improve bereavement support and clinical care after stillbirth: report of the 7th annual meeting of the International Stillbirth Alliance.</i>	Creo que en esta conferencia se comentaron aspectos clave sobre el duelo perinatal que normalmente no se habla de ellos, como es el caso del afrontamiento y formación de los profesionales sanitarios, y a creación de grupos de apoyo para padres afectados, por quién están fundados y compuestos y qué resultados beneficiosos se obtiene de pertenecer a uno de ellos. Además, creo que es una proposición muy buena el hecho de promover la creación de estos grupos, pues ya que el duelo perinatal aún es un duelo desautorizado y un tema tabú, los grupos de apoyo pueden ser una gran oportunidad para los afectados para expresarse libremente y sentirse realmente valorados.
<i>Psychological effects of stillbirth.</i>	Este artículo, realmente tiene poca calidad metodológica, pues habla de diferentes temas relacionados con la muerte perinatal, pero sobre todo referenciando documentos escritos por ella, sin llegar a describir el estudio que haya podido hacer para llegar a esas conclusiones. Es por eso, que realmente no se sabe qué evidencia exacta tiene todo aquello que comenta.
<i>Tackling perinatal loss, a participatory action research approach: research protocol</i>	La realización de una investigación participativa tal y como se expone en este artículo puede tener resultados muy satisfactorios. Es una pena que el artículo solo sea el proyecto de investigación y no se tengan los resultados, pues sería bastante relevante saber los resultados obtenidos para la realización de ese protocolo, cómo queda finalmente ese protocolo y qué cambios se irían haciendo tras las diferentes etapas del proceso de investigación.

<i>Reclaiming a moral identity: stillbirth, stigma and 'moral mothers'</i>	A diferencia de otros artículos o estudios cualitativos donde se exponen las experiencias de las madres de una muerte perinatal, es interesante que en este estudio se puede relacionar que parte de la razón por la que las madres se pueden llegar a sentir culpables es la frustración de que durante el embarazo hicieron todo lo que se les recomendó. En unos casos dejaron de fumar, no bebieron o cambiaron hábitos que quizá podrían perjudicar al bebé precisamente para que nada pudiese salir mal. Es por eso, que parte del estigma que sienten por parte de la sociedad es que piensan que su red social puede estar pensando de esa manera, que quizá algo hicieron mal para que el embarazo no fuese del todo bien.
Impact of a Neonatal-Bereavement-Support DVD on Parental Grief: A Randomized Controlled Trial.	A pesar de que los resultados obtenidos no son concluyentes, creo que la creación de un DVD a modo documental y escuchar las experiencias de otros padres en las cuales se pueden ver identificados, puede tener un efecto beneficioso. O, en el peor de los casos no tener efecto en la duración del duelo, pero nunca un efecto perjudicial. Simplemente por el mero hecho que es una fuente de información, se debería poder proveer a todos los padres.
Support for mothers, fathers and families after perinatal death.	Aunque el artículo abarca muchos aspectos de lo que supone una muerte perinatal, creo que le falta abordar un poco más la intervención de los profesionales sanitarios, a pesar de que se concluya que no hay evidencia como para poder hacer una guía práctica a seguir para los profesionales a la hora de brindar apoyo y cuidado.
<i>Development and Preliminary Evaluation of a Cognitive-Behavioral Intervention for Perinatal Grief. Cognitive and Behavioral Practice.</i>	Tras el resultado de las intervenciones propuestas y haber leído en qué consisten cada una de esas 8 sesiones, creo que podría ser bueno que este estudio se realizase en una muestra más grande. Puesto que, si los resultados se repiten, se podría intentar realizar un protocolo de actuación aplicable en diferentes centros, en relación a las intervenciones realizadas en el estudio.
<i>Factores psicológicos implicados en el Duelo Perinatal.</i>	Este artículo aborda muchos de los objetivos propuestos en esta revisión. Sin embargo, creo que el abordaje de cada uno es bastante escueto para la gran relevancia de cada uno de los temas expuestos.
<i>Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio.</i>	Es interesante saber cómo ha ido cambiando el significado y trato a las situaciones de pérdida perinatal. Tal y como expone el artículo, de esta forma se entiende que las parejas sufran el denominado duelo desautorizado, porque históricamente siempre ha sido así, incluso con mayor tabú y secretismo.

<p><i>Duelo perinatal: Análisis de las dificultades y de los elementos facilitadores presentes en el afrontamiento familiar (DPAFIS).</i></p>	<p>El modelo “espiral de ciclos” que propone como estructura para la realización de estudios es bastante parecida a cuando se realizan planes de cuidados enfermeros con su posterior evaluación, por lo que me parece un método bastante adecuado a seguir en investigaciones cualitativas de este estudio, especialmente si son dirigidos u orientados por el personal de enfermería. Es una pena que el artículo solo sea el proyecto de investigación y no se tengan los resultados y conclusiones de dicho estudio.</p>
<p><i>Atención a la pérdida perinatal, una asignatura pendiente para enfermería.</i></p>	<p>Si para realizar esta revisión acerca del afrontamiento de los profesionales y asistencia ante una muerte perinatal, solo se han podido seleccionar 7 estudios con información relevante, evidencia una falta de investigación y literatura sobre este tema. Además, según los resultados expuestos de los diferentes estudios, existe variedad en opiniones.</p>
<p><i>Duelo Perinatal: Atención psicológica en los primeros momentos.</i></p>	<p>Después de la lectura de muchos artículos, por fin encuentro uno en el hablen de las emociones de los profesionales ante este tipo de situaciones. Además, propone diagnósticos enfermeros NANDA y actividades NIC relacionados con estas situaciones, lo cual no he encontrado en ningún otro artículo, dando una aplicación y visión enfermera explícita.</p>
<p><i>Depression and Posttraumatic Stress Symptoms After Perinatal Loss in a Population-Based Sample. Journal of Women's Health.</i></p>	<p>Es curioso no se han encontrado diferencias entre aquellas mujeres que sufrieron una muerte perinatal intra-útero de las que la sufrieron en el periodo neonatal. De los artículos leídos, es el único que hace alusión al hecho de que dependiendo en qué momento del embarazo se dé la pérdida, si tiene algún tipo de repercusión el duelo perinatal a desarrollar. Por otro lado, se debería intentar proporcionar las mismas oportunidades de tratamiento a todas las mujeres, independientemente de si son de raza afro-americana o de raza caucásica.</p>

## **RESULTADOS**

### **❖ Descripción de los estudios incluidos**

Los estudios incluidos en la elaboración de los resultados son todos aquellos que fueron seleccionados como válidos y se pudieron conseguir de las diferentes bases de datos. El único artículo que no ha sido utilizado es el nº 5 correspondiente a la tabla de artículos seleccionados, puesto que su información solo era aplicable a anestesistas.

Los artículos utilizados corresponden a: estudios de investigación cualitativa, de investigación cuantitativa, de síntesis y revisiones bibliográficas.

Por otra parte, de los 22 artículos utilizados, 17 estaban escritos en inglés y 5 en español.

### **❖ Afrontamiento de la madre**

Según López García de Madinabeitia (20), el apego materno puede aparecer antes de que la mujer se quede embarazada, es decir, desde que la mujer fantasea con la maternidad. Este apego aumenta una vez que se confirma el embarazo y la mujer empieza a sentir como el feto se mueve dentro de su vientre.

En países de medianos y bajos ingresos, se ha detectado que en muchas ocasiones la mujer hace frente al duelo en soledad. Esto es frecuentemente fruto de la estigmatización, de ser acusadas como culpables de la muerte del bebé. En este tipo de sociedades la mujer puede sufrir ser evitada, divorciada por su marido o sufrir violencia o abuso sexual (21).

En un estudio cualitativo realizado en Reino Unido, donde participaron 12 mujeres y 10 parejas que experimentaron una muerte perinatal intra-útero o durante el parto, se expuso que, tras la entrevista a los participantes, las madres sentían que formaban parte de un estigma. Estas madres refieren sentirse rechazadas y culpadas por la sociedad por no haber podido concebir a su bebé con vida. Mientras, no se explican por qué pasó, si hicieron todo lo que los médicos les aconsejaron y tuvieron hábitos saludables durante el embarazo. Tras el suceso, las madres deben realizar una reconstrucción de su identidad, tras perder su “rol como madre”. Sin embargo, siguen teniendo un “rol moral como madre”, lo que la autora define como “madres que actuaron bien y que injustamente perdieron a su bebé” y que los profesionales deberían transmitir.

En el caso de los padres, se describe que ese estigma social es el de mantener la moral intacta tras lo sucedido (22).

Tal y como exponen diferentes autores, las madres pueden tener sentimientos de culpabilidad, tristeza, irritabilidad, depresión, ansiedad ante la muerte, síntomas somáticos, trastornos de sueño y disminución del apetito entre otros (5,23–26). Según el artículo de revisión de Koopmans L. et al, (5) la intensidad de estos síntomas disminuye entre los 6-12 meses después del suceso, pero la normalización de los efectos de la pérdida tarda en aparecer más de 5 años. Además, la mujer puede tener: sentimientos de vergüenza por no haber gestado un feto en buenas condiciones, sentimientos de haber perdido la oportunidad de ser madre, de pérdida de la composición familiar que se imaginaba (20,25).

Otra de las complicaciones que pueden sufrir las mujeres es el desarrollo de una imagen corporal desencantada, que suele ir ligada a la disminución del placer y actividad sexual. En ocasiones la mujer no quiere perder su imagen corporal de embarazo, para así seguir conectada en cierta forma a su hijo (21). Incluso a veces, las mujeres refieren seguir sintiendo movimientos en el vientre o escuchar el llanto de un bebé (26).

Algunos autores, exponen que existen factores de riesgo que incrementan la gravedad del duelo. Estos factores pueden ser: pérdidas recurrentes, no tener pareja, haber padecido previamente depresión u otros problemas psiquiátricos, falta de apoyo familiar y social o estilos de afrontamiento propios no adaptativos (20,23,25). Tal y como definen Fernández Basanta S. et al. (17) en su proyecto de investigación cualitativa, se entiende como estilo de afrontamiento a “las distintas maneras o estrategias que la persona utiliza, consciente y muy a menudo inconscientemente, para reducir, manejar y sobrevivir a esta sintomatología física, mental y emocional, natural en el duelo”. Además, otro factor de riesgo para que las mujeres padezcan depresión es que sean nulíparas o hayan tenido abortos previos (20,23,25).

Por otra parte, en el artículo de revisión de Koopmans L. et al, (5) se expone que aquellas madres que sufren una terminación del embarazo por anomalías fetales son más predispuestas a sufrir desórdenes psiquiátricos y un duelo complicado en los 14 meses siguientes a la pérdida que aquellas que sufrieron la muerte de su bebé intra-útero o en el periodo neonatal precoz. Especialmente en este tipo de pérdida, los profesionales deben advertir que su afectación anímica puede prolongarse durante largo tiempo.

Según el documento de revisión sistemática de Bruden C. et al. (21), tras el sufrimiento de una pérdida perinatal, muchas mujeres refieren no sentirse como antes, algo en su identidad ha cambiado. Algunas refieren sentirse menos materialistas y “no dar nada por sentado” lo que les hace desarrollar nuevas habilidades y capacidades de vida. Otras, perciben su persona como un fracaso en el rol de madre y como mujer. Este tipo de respuesta por la mujer conlleva a que su pareja sienta haber fracasado en su rol cuidador y protector.

La muerte perinatal también tiene repercusiones en la vida laboral de las mujeres. Muchas refieren dificultades a la hora de concentrarse y sentirse mentalmente exhaustas (21).

### ❖ Afrontamiento del padre

Comparando las respuestas de duelo entre la figura paterna y materna, las madres suelen reportar síntomas de duelo más severos que ellos, tanto en intensidad como en duración (5,17,26). Sin embargo, tanto padres como madres pueden experimentar la misma desolación ante la pérdida (23,27). Este hecho también ha sido potenciado en los últimos años debido a que los padres crean un vínculo con el niño a través de las imágenes de ecografías o ultrasonido que en la actualidad son un recurso más para el seguimiento del embarazo (5,23).

López García de Madinabeitia (20) expone que, el apego paterno es más intelectual que emocional o físico y que el duelo de éste tendrá un estilo y ritmo diferente al de la madre.

Según diferentes autores, es habitual que los padres ante esta situación experimenten sentimientos de shock, enfado, rabia, soledad, vacío e indefensión (5,23). Sin embargo, al contrario que las mujeres, no suelen experimentar sentimientos de culpa (5). Los hombres suelen llorar menos, mostrar menos ansiedad que las mujeres y hablar menos sobre la pérdida. Estudios cualitativos exponen que los hombres ven como temáticas importantes: la necesidad de reconocimiento de su duelo; la falta de tiempo que les da la sociedad; el esfuerzo que les supone mantener su imagen como “los fuertes” ante la situación; y la falta de apoyo emocional (23,27).

En cuanto a la relación terapéutica entre padres y profesionales, en un estudio cualitativo realizado en Suecia, se obtuvieron resultados que exponían que en su gran mayoría se sentían agradecidos y contentos con la asistencia que recibieron en el momento del fallecimiento de su bebé. Valoraban principalmente el hecho de que los profesionales

reconociesen su paternidad, su duelo (no solo el de su mujer) y que trataran a su hijo fallecido como si estuviese vivo en el nacimiento, es decir, con respeto y ternura. Solo un 16% de los 131 participantes refirió no sentirse contento con la actuación de los profesionales, principalmente por no tratar a su hijo fallecido con respeto, por tratar a él y su pareja con frialdad e indiferencia y no reconocer su paternidad y permiso a sufrir un duelo (28).

Aquellos padres que sienten que su rol social es el de dar apoyo físico y emocional a su pareja y a la familia y asumir la carga de guardar sus sentimientos para sí mismos, tienen un alto de riesgo de finalmente sufrir un duelo crónico (21). Según López García de Madinabeitia, (20) su duelo es invisible para la red social, pues cuando ésta pregunta por el estado anímico, solo preguntan por el de su pareja y no por el de él. El hombre suele volcarse en su trabajo y sufrir su pena en secreto y solitario, evita confrontaciones donde se evidencie sus sentimientos y buscar ayuda, aunque sepa que la necesite (20,27). El hombre también puede sufrir dificultades a la hora de concentrarse en el trabajo (21).

Según varios estudios, los hombres pueden aumentar el consumo de sustancias como consecuencia de la pérdida. Aunque en mujeres también se da esta situación, es más frecuente en los hombres (21).

#### ❖ **Consecuencias de la muerte perinatal en la vida de pareja y en la familia**

Existen ciertas normas sociales, que limitan a las personas, sobre quién puede o debe hacer duelo (20). Según la revisión sistemática de Burden C. et al. (21), la pareja no es percibida por la sociedad como padres y ese bebé fallecido no es considerado como parte de la familia. Además, en ocasiones los afectados sienten vergüenza por lo ocurrido (por ejemplo, en caso de que el feto sufriese anomalías congénitas o malformaciones) y temen sentir un reproche social. Esto hace que los afectados sufran la pérdida en soledad sin apoyos, pues no se ven autorizados a expresar sus sentimientos y tristeza por lo ocurrido. Es en este tipo de dolientes en el que se da lugar el denominado duelo desautorizado (5,17,20,26,29). En cuanto a los familiares y amigos, evitan hablar del tema por miedo a causar más tristeza y dolor, por lo que potencian el sentimiento de falta de apoyo social (20).

Estudios cualitativos demuestran la correlación entre el apoyo (por parte de enfermeras, médicos y familia) y menores niveles de ansiedad y depresión, teniendo una mayor importancia y repercusión el apoyo brindado por la familia (5,30,31).

El sufrimiento de una pérdida perinatal es un hecho muy traumático en la vida de los padres y puede dejar secuelas psicológicas durante largo tiempo, como es el caso de la depresión, la ansiedad y estrés post-traumático (5,25,32).

En un estudio realizado en el Estado de Michigan, se obtuvo como resultado que las mujeres que habían sufrido una muerte perinatal, a los 4 meses de la pérdida presentaban 4 veces más riesgo de padecer depresión y 7 veces más riesgo de sufrir síndrome de estrés post-traumático que aquellas mujeres que habían dado a luz a un niño vivo sano. Además, no se encontraron diferencias en sintomatología de depresión y síndrome de estrés post-traumático entre aquellas mujeres que habían sufrido la muerte perinatal intra-útero de aquellas que la habían sufrido en el periodo neonatal. Tampoco se encontraron diferencias entre las mujeres de raza afro-americana de las caucásicas (31).

- **El duelo**

Las principales manifestaciones del duelo, tal y como se da descrito anteriormente, pueden ser: tristeza, rabia, alteraciones del sueño, culpa, negación, conductas de evitación, pérdida de apetito o consumo de sustancias entre otras (20,29).

Según el artículo de revisión de López García de Madinabeitia (20), una de las complicaciones que puede sufrir cualquiera de los progenitores es que su duelo se convierta en una depresión. Ésta no debe diagnosticarse salvo que los síntomas se mantengan dos meses después de la pérdida. Para esto, es necesario hacer un buen diagnóstico diferencial entre los síntomas del duelo perinatal y la depresión. A continuación, se expone en una tabla las diferencias.

<b>DUELO</b>	<b>DEPRESIÓN</b>
Evocan tristeza y empatía.	Evocan distancia, impaciencia o irritación.
Preocupación por el hijo perdido.	Aislamiento y autocompasión.
Pena al ver bebés y embarazadas.	Recuerdos desagradables sobre el embarazo.
Crisis de llanto.	Idealización del feto muerto.
Deseo de hablar de lo sucedido.	Vergüenza y desvalorización.
Auto-reproche limitado a creer no haber hecho lo suficiente por el feto.	Sensación de haber fracasado como mujer.
Ideas de suicidio no son frecuentes.	Ideas de suicidio frecuente.
Búsqueda de consuelo en otras personas.	Abandono de relaciones sociales.
Dolor por la pérdida.	Desesperanza, desconsuelo.
Soledad y vacío.	Culpabilidad global.

López García de Madinabeitia (20) también aporta que otras posibles complicaciones psicológicas/psiquiátricas del duelo son: síndrome de estrés post-traumático, cuadros de ansiedad y fobia, abuso de sustancias o trastornos de conducta.

El duelo, también puede producir complicaciones físicas, tales como modificaciones de la respuesta inmune, mortalidad por problemas cardíacos, activación adrenocortical que puede dar lugar a úlceras e HTA (Hipertensión arterial) (20).

La Perinatal Bereavement Scale (PBS) es una escala que intenta medir la intensidad del duelo según la edad gestacional (EG) o el momento de pérdida del bebé. Es decir, si dependiendo del momento de pérdida, si era temprana o tardía, presentaban un duelo complicado en menor o mayor medida. Sin embargo, los últimos estudios al respecto exponen que hay más variables influyentes y que por lo tanto los resultados no son

concluyentes. Esas variables pueden ser: intensidad de apego con el bebé, un aborto anterior o ilusiones y expectativas de futuro (23).

Tal y como se ha dicho anteriormente, existen una serie de factores de riesgo para que los afectados sufran un duelo complicado: problemas psiquiátricos previos, no tener familia o apoyo social, no haber explicación para lo sucedido, pérdidas recurrentes, elevada edad maternal, desempleo, coincidencia con otros problemas vitales importantes, trato insensible por parte del profesional sanitario, no tener pareja o estar divorciado (20,21,26).

Según el artículo de revisión de Burden c. et al. (21), el deporte puede ser una terapia que ayuda a superar el duelo y mejoren los síntomas depresivos, haciendo sentir a las personas más enérgicas. El estudio descriptivo realizado por Huberty J. et al. (33), encontró resultados que exponían que aquellas mujeres que previamente al embarazo eran activas en el ejercicio físico y después de la pérdida perinatal continuaron realizando actividad física, experimentaron una mejoría de los síntomas de duelo y depresión. Incluso mujeres que previamente no eran activas en el ejercicio físico, tras comenzar a realizarlo, referían sentirse mejor, con más energía y agradecían tener ese tiempo a solas. Esta actividad física se hacía predominantemente practicando marcha o running.

Otras personas, optan por las redes sociales, donde encuentran un espacio abierto donde no se sienten desautorizados a expresar sus sentimientos y contar su experiencia (21).

En cuanto a la relación de pareja, los estudios no son concluyentes. La muerte perinatal se ha considerado como un factor de riesgo en las rupturas de pareja. Se estima que este suceso conlleva a la separación al 40% de las parejas (5). En ocasiones la situación de pérdida contribuye a la desestructuración de roles y relaciones personales. En otros casos, este tipo de situación contribuye al fortalecimiento de las relaciones. Aquellas parejas que comparten el dolor y se comunican sus sentimientos, experimentan respuestas de duelo menos severas y esto contribuye a una mejor relación y satisfacción con su pareja (5,23). En cambio, sí que se han considerado variables que pueden influir en este aspecto (23). Según el artículo de revisión sistemática de Burden C. et al. (21), una de las razones por las que se pueden producir problemas en la pareja son los diferentes ritmos y estilo de duelo entre ellos.

El hombre puede plantear a su pareja tener sexo como muestra de cercanía e intimidad, acto que la mujer puede interpretar como inadecuado o muestra de insensibilidad (20).

Otras veces, las mujeres refieren sentir culpa, visualizar imágenes perturbadoras, pensamientos y sentimientos que interfieren en el sexo (21).

Los hijos de la pareja pueden sentirse culpables o causantes de la pérdida por sus sentimientos de envidia y desplazamiento en el cariño de los padres por el bebé que esperaban. (20) Es por eso que los progenitores deben de informarles del motivo de la tristeza y hacerles partícipes del duelo. Los niños según la edad que tengan pueden entender mejor o peor el concepto de muerte, por ello, los padres deberán responder a todas las preguntas que éstos formulen con honestidad, sin mentiras y en caso necesario, hacerles entender que ellos no van a fallecer como lo ha hecho su hermano (20,30). En otras ocasiones, los padres encuentran consuelo en el cuidado de sus otros hijos (21).

Otra de las posibles complicaciones en la relación de la pareja con sus otros hijos es que se produzca una hipervigilancia y protección sobre éstos. Eventos comunes de la infancia o pequeñas enfermedades no son afrontados con normalidad, pues sienten un miedo intenso a perder otro hijo (21,30).

Los abuelos son otra parte de la familia que puede vivir intensamente la pérdida de ese nieto. Durante el embarazo, las relaciones familiares entre padres e hijos que esperan un bebé, se estrechan. Cuando sucede la pérdida, éstos también sienten la pérdida de esa relación tan estrecha que habían conseguido establecer con sus hijos (20).

Finalmente, hay parejas que, tras el sufrimiento de esta pérdida, participan en proyectos de investigación para mejorar los cuidados brindados a los progenitores en este tipo de situaciones (21).

- **Vivencia de un embarazo posterior a la vivencia de una pérdida perinatal**

Muchos autores describen que las madres que han sufrido previamente una muerte perinatal, durante el embarazo subsecuente, aumenta su ansiedad y tienen sentimientos de miedo y preocupación ante la posibilidad de que les vuelva a suceder (25,27,32,34). La información, apoyo y entendimiento de sus sentimientos por parte del personal sanitario es importante, pues puede ayudarles a sentirse más seguras durante la gestación (27,32). Es frecuente que estas parejas acudan a los centros donde conocen al personal sanitario que les atendió durante su anterior embarazo y donde conocen su historia personal (35).

En el estudio cualitativo de Campbell-Jackson L. et al. (27), se expone que aquellos padres que sufrieron la muerte intra-útero de un hijo y finalmente se convierten en padres de otro hijo, refieren haber padecido ansiedad, miedo e inquietud durante el embarazo subsecuente a la pérdida. Además, refieren haber tenido falta de apego con ese hijo hasta su nacimiento por miedo a que de nuevo sucediese una pérdida (27). Muchas parejas refieren no sentir esa excitación y felicidad por el nuevo embarazo por miedo a que sufran de nuevo una pérdida. Durante este nuevo embarazo, los padres se muestran con mayor interés en el cuidado obstétrico de la mujer (21). Así como, las madres se centran en proteger el bebé que está por nacer, los padres juegan el rol de dar soporte a su pareja durante la gestación. Debido a esto, los padres refieren encontrar dificultades en tener un espacio donde poder expresar su dolor y preocupación (27).

Por otro lado, el hecho de tener otro hijo no quiere decir que éste vaya a sustituir al que falleció. El vínculo que había con el hijo perdido hasta el nuevo embarazo no se pierde, sino que es reordenado para crear uno nuevo con el hijo subsecuente (27,30,34). Los padres refieren sentirse orgullosos de poder mantener una relación con ambos (27,34). Sin embargo, algunos estudios observacionales exponen que aquellas madres que vuelven a quedarse embarazadas al poco tiempo tras la pérdida, pueden interrumpir su proceso de duelo y esto puede conllevar a otros problemas. Como por ejemplo el “síndrome del niño vulnerable” o el “síndrome del remplazo del niño” (30).

Es frecuente que, tras el sufrimiento de una pérdida perinatal, la pareja aumente sus visitas y llamadas a los servicios sanitarios. En otras ocasiones, la pareja decide alejarse de los medios sanitarios, por miedo a que puedan recibir otra mala noticia (21).

#### ❖ **Afrontamiento del personal sanitario**

La muerte perinatal puede significar un reto profesional y emocional para el personal asistente (26,36). A veces, los profesionales sanitarios pueden estar emocionalmente afectados por lo ocurrido, y esto puede influenciar su interacción con los padres y calidad de cuidados proporcionados a éstos (17,35,36). En el artículo de Fernández Basanta S. et al. (17), se expone que la bibliografía demuestra que la falta de formación de los profesionales sanitarios y la difícil autogestión de sus emociones, conlleva a atención reglada por el juicio individual de los profesionales, lo que puede repercutir de forma negativa en los afectados. Es por eso, que en el artículo de revisión sistemática de Peters

M. et al., (35) se propone un entrenamiento del personal simulando este tipo de situaciones, para aprender a sobrellevar sus emociones y desarrollar habilidades para hacer bien su labor (35,36).

Según la síntesis de Kingdon C. et al. y la revisión de Martos López I, Sánchez Guisado M, Guedes Arbelo C., los profesionales refieren que estas situaciones son uno de los aspectos más difíciles de su trabajo y que necesitan un mayor entrenamiento y formación para poder atender correctamente a los afectados y enfrentarse a una situación así (26,37).

En la revisión de Martos López I et al. (17), se describen estudios en los que el personal, especialmente las enfermeras refieren una falta y necesidad de preparación y dotación de conocimientos durante su formación profesional y su vida laboral en este tema. Un gran porcentaje de enfermeras y matronas refieren sentirse cómodas en estas situaciones tras haber vivido una multitud de casos. Por otra parte, los médicos también describen su falta de formación profesional para abordar estas situaciones. Referían que todo lo que sabían al respecto lo habían aprendido con el paso de los años o viendo la actuación de sus compañeros de “alto nivel” en otras ocasiones. Tanto médicos como enfermeras y matronas refieren tener sentimientos de tristeza, frustración e impotencia tras asistir a una pareja que ha sufrido una muerte perinatal.

Estos sentimientos de ansiedad, fracaso y culpa, hace que los profesionales actúen a veces de dos maneras: o bien con conductas de evitación o con conductas de sobreimplicación. Ninguna de estas dos conductas es adecuada para una buena relación terapéutica ni salud mental del profesional. Es por eso que los profesionales deben favorecer la expresión de sentimientos de los padres y a la vez encontrar momentos para hablar con el equipo y descargarse de sus emociones y tensiones (29).

En la memoria del 7º meeting de la International Stillbirth Alliance (ISA), se expuso que la literatura existente sobre el impacto de estas situaciones en los profesionales era escasa. A pesar de ello, describen 4 factores estresantes principales en la asistencia: la dificultad de tratar con el dolor de los padres, la falta de un final feliz, la ira de la madre y los recursos limitados. Los profesionales refieren una falta de formación, experiencia, habilidades comunicacionales y conocimientos como para ser competentes en la asistencia de estas situaciones. Es por eso que, países como Reino Unido y Australia, han desarrollado programas de formación y entrenamiento para profesionales que incluyen módulos de cuidado a la familia, cuidados psicológicos y psicosociales, autocuidado y

cuidados culturales. De esta forma, también se contribuye a la no aparición del “burn out” en estos profesionales (36).

### ❖ Intervenciones más adecuadas

El primer artículo sobre el sufrimiento de los progenitores se publicó en 1959. En éste se reflejaba la pena del médico por la pérdida y se hacían recomendaciones humanísticas sobre la atención a la pareja afectada. Además, se recomendaba tener otro hijo para que la mujer recobrase la confianza en sí misma y así sustituir al hijo perdido. Se evitaba hablar del bebé fallecido y que la madre lo viese o cogiese en brazos (20,29). Desde entonces, durante los 20 años posteriores, cuando ocurrían casos de muerte perinatal, se simulaba como si no hubiese ocurrido nada y por lo tanto tampoco se dejaba que los progenitores viesen o cogiesen al hijo fallecido. Para remediar la pérdida, se recomendaba a las parejas que buscasen un nuevo embarazo lo más pronto posible. Sin embargo, los sentimientos y manifestaciones de duelo en la mujer permanecían siendo los mismos que actualmente y los autores fueron dándoles visibilidad poco a poco. En 1982 Kirkley-Best y Keller cambiaron las recomendaciones que se seguían hasta entonces, pues éstos proponían que la pareja viera y tomara en brazos a su hijo fallecido. Además, proponían el desarrollo de grupos de apoyo para afectados por la muerte perinatal. Desde entonces, el planteamiento ha cambiado, dándole un enfoque mucho más empático (20).

A pesar de la multitud de estudios realizados, no hay datos empíricos que indiquen el mejor modelo para brindar cuidados a los padres y al bebé en situación crítica antes de su muerte (5). A pesar de ello, generalmente se sigue un modelo de decisión compartida, que consiste en que la toma de decisiones se realice conjuntamente profesionales y familiares, teniendo sus opiniones el mismo valor, aunque es importante la dirigida toma de decisiones en cada momento (5,32). Este modelo frecuentemente disminuye potenciales conflictos que pudiesen surgir. Es importante integrar a los padres en el fallecimiento de su hijo y prepararles para el momento, proporcionarles apoyo psicológico y conseguir una buena comunicación terapéutica (5).

Al ser una situación de difícil manejo para los profesionales, para poder dar la mejor atención asistencial posible, es necesario conocer el significado individual de la pérdida perinatal en los progenitores (26).

Por otra parte, a veces el personal no está bien formado o preparado para dar el apoyo y soporte adecuado a las familias (17,26,29,35,37).

- **Comunicación de la mala noticia**

Los padres, en muchas ocasiones recuerdan las palabras exactas que los profesionales utilizaron para darles la mala noticia. Es por eso que es importante cuidar el vocabulario que se utiliza para ello. Son varios los artículos como los escritos por Lisy et al., y Peters M. et al, que describen que cuando la noticia se da con lenguaje muy técnico, poco claro o ambiguo, con tono despectivo o frío, o los comunicadores de la mala noticia salen de la sala en cuanto han dado la información sin dar opción a resolver preguntas, los padres refieren sentir falta de empatía por parte de los profesionales. Además, les provoca mayor ansiedad. En cambio, evalúan positivamente cuando las palabras utilizadas y explicaciones de los profesionales habían sido honestas, claras y con un vocabulario simple y delicado (30,32,35,36).

Además, es necesario tener siempre presente la individualidad de cada caso a la hora de dar atención sanitaria. Es relevante que a la hora de comunicar la noticia se tenga en cuenta los antecedentes de la pareja (si han sufrido alguna otra pérdida) y el contexto en el que se encuentra, preservar su intimidad. También es importante que se cuide la comunicación no verbal. Se recomienda repetir varias veces la información que se está dando, dejar tiempo para que la pareja perciba la gravedad de la situación y tener en cuenta la anticipación de los hechos. La anticipación de los hechos se refiere a ir preparando poco a poco a la pareja del mal pronóstico de la situación, de forma que cuando se dé la pérdida no sufran un shock (23).

Según el artículo de revisión sistemática de Peters M. et al. (35), los padres agradecen cuando el personal asistente muestra emoción empatía ante la situación. Además, valoran el poder sentirse cómodos de expresar y mostrar sus reacciones emocionales sin ser juzgados y siendo respetados. Otra de las opciones que agradecen que el personal les dé, es que estén acompañados por familia o amigos en el hospital durante el proceso de pérdida. En otras ocasiones, la pareja prefiere quedarse sola.

Tras la comunicación de la mala noticia, la pareja refiere necesitar tiempo para procesar la información y aceptar el diagnóstico de pérdida. En ocasiones, la pareja refiere necesitar quedarse un tiempo a solas. Después, agradecen que se les dé una información

gradual sobre las opciones que disponen y pueden elegir (32,35,37). Los profesionales deben fijarse en las señales de los padres para saber cuándo es el mejor momento de darles más información (35,37).

Es en este momento cuando los padres pueden pedir o tomar la decisión si quieren que se haga una investigación o autopsia para averiguar la causa de la muerte de su bebé (35).

Se recomienda la intervención multidisciplinar con actitud empática y respetuosa, y la permisividad de los padres en la toma de decisiones. También se les ayuda en la búsqueda de soporte social (23).

- **¿Cómo repercute la actitud y asistencia del personal sanitario en el desarrollo del duelo en la pareja afectada?**

Según varios autores, como en el caso de los artículos de Lisy et al. y Peters M. et al., el cuidado proporcionado a los padres durante la situación de una pérdida perinatal puede tener un impacto duradero en el bienestar de éstos, pues la actuación de los profesionales sanitarios es recordada por éstos tanto cuando es buena como cuando es mala (26,32,35,37). Uno de los hechos más mencionados por los padres y que son de alto impacto emocional si no se hace bien, es el trato del profesional con el bebé fallecido una vez dado a luz. Los padres agradecen cuando son tratados como un bebé que tuviese vida, incluso llamando a su hijo por su nombre y dedicándole unas palabras (26,32,35,37).

Este tipo de actuación por parte de los profesionales hace que los padres normalicen el hecho de coger al bebé y disfruten más de ese momento en vez de tenerle miedo. En cambio, se sienten traumáticos cuando no son tratados con ese cuidado y respeto que merecen. La pareja, además refiere necesitar apoyo psicológico en cada uno de los momentos de la pérdida: en el diagnóstico de la pérdida, durante el trabajo de parto, tras el alumbramiento y en los momentos posteriores a éste (32,35,37).

En muchas ocasiones los profesionales se debaten en la reflexión de qué decir y no decir. A veces, dando como resultado la expresión de frases que no resultan de consuelo y pueden resultar hirientes para la pareja afectada (26).

No se debe evitar la expresión de sentimientos de la pareja ni cambiar de tema cuando ellos mencionen al bebé. No se debe decir que sabemos cómo se sienten si no hemos pasado por una situación parecida en nuestra vida personal. Se deben evitar frases

como: “no te preocupes, siempre podrás tener otro”, “hay que seguir adelante”, “inténtalo de nuevo”, “lo mejor es que tengan otro”, “ha sido voluntad de Dios”, “por lo menos no lo conocieron, hubiera sido peor más adelante”, “en realidad no era un auténtico bebé”, “sé valiente y no llores”, “eres joven, puedes tener más hijos” (23,25,26,29). Este tipo de frases aumentan el desarrollo del duelo desautorizado. Sí es importante decir que hicieron todo lo posible, que sentimos lo sucedido y que el bebé recibió el mejor cuidado que pudieron brindarle (29).

Según los datos expuestos en el artículo de revisión de Fernández Alcántara et al. (23), los padres perciben mejor apoyo emocional por parte del personal de enfermería que por parte de los médicos, que eran calificados como de menor ayuda.

- **¿Qué se les puede ofrecer?**

En el caso de las muertes perinatales intra-útero, se debe involucrar a los padres en la toma de decisiones y en la programación del parto. Hay parejas que pueden preferir volver a casa para aceptar la mala noticia y prepararse para el parto. En este caso, se les sugiere si quieren traer ropa de bebé que hubiese comprado, para la posterior realización de una caja de recuerdos. Por el contrario, hay otras parejas que prefieren que el parto sea cuanto antes para darle fin a esa situación (35). Normalmente, las parejas deciden programar el parto en las primeras 48h tras el diagnóstico. Posponer el evento mucho tiempo puede aumentar la ansiedad y angustia de la madre. En estos casos de muerte intra-útero, la cesárea debe reservarse para estrictas indicaciones clínicas (5,36). Durante el parto, los profesionales deberán brindar apoyo a la pareja en todo momento, pues supone un hecho muy traumático (5).

La creación de una caja de recuerdos es una de las actividades que se pueden sugerir en los casos de muerte perinatal. Estas cajas consisten en guardar todo lo relacionado con el niño fallecido: el cordón umbilical, fotografías, imágenes previas realizadas con técnica de ultrasonido, un mechón de pelo, huellas dactilares, la pulsera del hospital e incluso ropa. Pues de esta forma se reconoce que el niño ha tenido un lugar dentro de la familia (5,23,32,35,37). También se les ofrece la posibilidad de poder vestirlos para las fotos, bañarlos e incluso tener la posibilidad de dormir junto a él. Esta caja, puede tener un gran valor sentimental para la pareja en el futuro (32,35,37). En ocasiones, los padres pueden mostrarse reticentes a elaborar esta caja de recuerdos, pero los propios profesionales de

todas forman hacen parte, por si en un futuro la pareja quisiera recuperarlo. En este tipo de casos, parejas que no habían querido recoger la caja, más tarde agradecían que los profesionales lo hubiesen hecho (5,35). Se ha relacionado el padecimiento de mayores niveles de ansiedad con parejas que no obtuvieron esta caja de recuerdos (5).

Cuando se produce una muerte perinatal, es importante que el ambiente que tenga la pareja a su alrededor sea cómodo para ellos y, sobre todo, de intimidad. Es por eso, que se debe preguntar a la pareja dónde prefieren mantenerse ingresados, si en la unidad de maternidad u en otra donde no puedan ver ni escuchar sonidos de bebés llorando. Hay parejas que prefieren quedarse en la misma unidad, para que puedan ser atendidos por los mismos profesionales que ya conocen su historia. En otras ocasiones, estar cerca embarazadas o púerperas con sus bebés es un hecho muy traumático para la pareja y por eso deciden cambiarse de ubicación en el hospital (35). El hecho de no cambiarles de unidad cuando la pareja lo ha solicitado, supone un agravamiento del dolor y ansiedad (37). Con respecto a este mismo tema, no se debe poner ningún tipo de marca o pegatina en la puerta de la habitación donde se ubiquen estos padres para que el personal sepa que han sufrido una pérdida perinatal. Esto puede causar ansiedad a la pareja y familia, de forma que refieren sentirse señalados (26,35). Debido a ello, la comunicación entre los profesionales asistentes es también muy importante, de forma que la pareja tampoco tenga que contar su historia de lo sucedido constantemente a quien le atiende (35).

En cuanto a los grupos de apoyo presenciales u online como recurso de soporte social, su efectividad no está clara (5,23). Según la revisión sistemática de Koopmans L. et al, (5) el soporte online puede ser un buen recurso de apoyo para aquellos padres que han sufrido una pérdida perinatal. Sin embargo, advierte que puede producir una disminución de la interacción social y de mantener la necesidad de encontrar ese apoyo en la red social, dando lugar a aislamiento. Es por eso que este recurso debe ser recomendado con precaución. En cuanto a la terapia de grupo, se han obtenido mejores resultados que en la terapia online, disminuyendo los síntomas de estrés post-traumático y de intensidad de duelo. Sin embargo, estos grupos no están recomendados en todos los casos. Por ejemplo, hay personas que prefieren tener ese apoyo, pero de forma telefónica, para mantener su anonimato (5,36). Una de las asociaciones que proporciona este recurso telefónico es la asociación irlandesa Féileacáin (Stillbirth and Neonatal Death Association of Ireland) En memoria de la conferencia del 7º meeting anual de la International Stillbirth Alliance (ISA) del AOGS (Acta de Obstetricia y Ginecología Escandinávica) se habló sobre los

efectos beneficiosos de los grupos de apoyo en padres que habían sufrido la muerte de su bebé intra-útero. En estos grupos de apoyo se favorecía la expresión libre de sentimientos y el afrontamiento de nuevos retos tras sufrir la pérdida. Por ejemplo, cómo tratar con sus otros hijos la pérdida. Como resultado de los estudios cualitativos realizados, se obtuvo que todos los padres que habían asistido a estos grupos de apoyo habían tenido respuestas muy positivas, incluyendo aquellos que en principio se mostraban reacios a asistir. Incluso tras haber finalizado las sesiones propuestas, los padres que pertenecían a estos grupos de apoyo, se volvían a reunir (36).

En otro estudio cuantitativo, se propuso como posible recurso para la disminución de la sintomatología del duelo, la entrega de un DVD realizado por profesionales y otras parejas que habían sufrido una muerte perinatal. Aunque los resultados no fueron concluyentes en comparación a la muestra de control que no había visualizado el DVD, aquellos padres que lo vieron refirieron satisfacción y que recomendarían la visualización de ese video a todos los padres afectados. Estas parejas mostraban una disminución de la intensidad de los síntomas de duelo a los 12 meses (38).

Otra propuesta, realizada por los autores Bennett SM et al. (25), es la realización de 8 visitas domiciliarias, cada una con un objetivo específico, como por ejemplo: psicoeducación, regulación de las emociones o exposición de sentimientos. A pesar de que el estudio se hizo en una muestra muy pequeña (5 mujeres) los resultados positivos observados fueron la disminución de los síntomas de duelo según las escalas: Perinatal Grief Scale (PGS), Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV) Y Ways of Coping Questionnaire (WOC). Fundamentalmente se observó una disminución en la estrategia de evitación del afrontamiento.

Finalmente, algunos de los NIC (Nursing Interventions Classification) encontrados y sugeridos fueron: Apoyo a la familia; Apoyo emocional; Apoyo espiritual; Apoyo en la toma de decisiones; Asesoramiento genético; Administración de analgésicos; Escucha activa; Facilitar el duelo; y Facilitar la expresión del sentimiento de culpa (29).

- **¿Es recomendable que cojan al bebé fallecido?**

El hecho de coger al niño una vez fallecido es un tema controvertido entre los diferentes autores de estudios en esta materia. La mayoría de los Best Practice recomiendan que esta intervención debe ser ofertada tanto si la pareja tiene deseo o no de hacerlo (5).

Los estudios cualitativos exponen que, en la mayoría de los casos, lo más recomendable es que la pareja coja al bebé fallecido, mientras que los estudios cuantitativos exponen que no siempre es recomendable que la pareja lo haga. Además, los profesionales deben tener la suficiente formación y conocimientos como para ser capaces de juzgar cuándo coger al bebé puede ser beneficioso para el duelo de la pareja y cuándo es mejor que no se ofrezca esta posibilidad, ya sea por características individuales de la pareja o por la apariencia del bebé (37).

En un estudio cuantitativo se obtuvo como resultado que aquellos padres que cogieron a su bebé en brazos tras su fallecimiento, sufren peor duelo que aquellos que no lo hicieron. Sin embargo, estudiando si este hecho producía desórdenes mentales o peor salud mental, se vio que en las mujeres no había diferencias significativas entre haberlo hecho o no. Por el contrario, se obtuvo que los padres sí que padecían peor salud mental tras haber experimentado coger a su hijo fallecido (39). En otro estudio, se obtuvo como resultado que aquellas madres que habían cogido a su bebé fallecido al nacer, tenían peor porvenir psicológico y especialmente en el tercer trimestre de un embarazo subsecuente. Tras un año después de la pérdida estas mujeres no tenían síntomas de ansiedad y depresión, pero sí de estrés post-traumático en mayor medida que aquellas que no habían cogido a su bebé en brazos (21).

El papel de los profesionales en el ofrecimiento o no de coger al niño es crucial (37). Es por eso que es importante informar al personal sanitario del rol influyente que tienen en el momento de la pérdida y en el futuro desarrollo del duelo de la pareja (39).

Por otro lado, en la revisión sistemática de Koopmans L. et al. (5), se exponen resultados que indican que aquellos padres que cogieron a su hijo fallecido tras haber recibido cuidados paliativos en el periodo neonatal precoz, no sufrieron un alargamiento del duelo o desarrollaron un duelo patológico tras haberlo hecho.

Según el artículo de revisión de Fernández Alcántara et al. (23), el hecho de realizar esta acción tiene como objetivo reforzar el apego de los padres con el hijo perdido. Además, en la mayoría de casos, el resultado obtenido era que los padres manifestaban satisfacción de haber podido hacerlo. Solo una minoría manifestaba tristeza y shock tras haber experimentado esta acción, lo cual puede ser contra-terapéutico y perjudicial para su desarrollo de duelo.

Según varios autores, se describe que en los últimos estudios realizados, se recomienda que los padres cojan al su hijo fallecido tras el alumbramiento, pues tiene efectos beneficiosos sobre ellos que tengan la oportunidad de despedirse de él (20,32).

Los padres, normalmente refieren sentirse agradecidos por haber tenido la oportunidad de hacerlo (5,21,35,37). Hay estudios que demuestran que esta oportunidad disminuye la ansiedad, los trastornos de sueño, los síntomas físicos (21) y que permite a los padres identificarse como tal y afrontar mejor el duelo (21,35,37). Aunque existen parejas que se muestran reticentes, es importante recomendarlo y ofrecerlo, aunque la última palabra y decisión la tienen ellos. Parejas que finalmente habían rechazado esta opción, expresaban sentirse arrepentidos tras un tiempo pasado de la pérdida (5,20,21,35). También, estas parejas expresan que quizá si los profesionales se lo hubiesen ofrecido más veces, o haberles ofrecido que lo podían hacer unos minutos u horas después, quizá hubiesen aprovechado la oportunidad (37).

En otras ocasiones, se describen casos de parejas que en un principio se mostraban reticentes ante esta actuación o que se sentían confusos ante qué decisión tomar. Estas parejas, finalmente expresaban satisfacción por haberlo realizado y agradecidos porque los profesionales sanitarios les ayudasen a tomar esa decisión (20,32,37). También, se especifica que antes de ofrecer coger al niño, es necesario que el personal sanitario les informe y advierta del estado en el que van a ver su bebé (20,32,35).

Por otra parte, los profesionales deben informar a la pareja que pueden estar el tiempo que quieran con su bebé. Pero, además deben advertir sobre los posibles cambios en el aspecto del bebé que pueden producirse pasado un tiempo de su fallecimiento, como por ejemplo, que les pueda sangrar la nariz en el caso de bebés fallecidos intra-útero (35). Muchos padres refieren que el tiempo dado para despedirse de su hijo nunca es suficiente (32). Además, hay parejas que por miedo a juicios del personal sanitario no pasaban todo el tiempo con su bebé como hubiesen querido, pues pensaban que eran una molestia en la unidad (37).

Si los padres lo desean, también miembros de la familia más allegados podrían pasar a conocer al bebé y despedirse de él, como en el caso de hermanos y abuelos (35).

## **CONCLUSIONES**

Tras la realización de esta revisión, llegamos a las siguientes conclusiones:

- Los apoyos sociales de la pareja proporcionados por los profesionales, familia y amigos son determinantes en el desarrollo del duelo. La falta de apoyo y conciencia de la pérdida que supone para la pareja, conlleva al sufrimiento del duelo desautorizado.
- Tanto el hombre como la mujer pueden sufrir la misma desolación por la pérdida, aunque es la mujer quien suele manifestar síntomas más severos. Pues, frecuentemente los hombres guardan sus sentimientos y dolor para ellos mismos. Ambos, tienen un alto riesgo de sufrir ansiedad, depresión y síndrome de depresión post-traumático tras la pérdida. Además, existe una serie de factores comunes que incrementan el riesgo de padecer problemas de salud mental.
- La experiencia de una pérdida perinatal es un factor de riesgo de ruptura de la pareja. Esto suele darse debido a la no comunicación de sentimientos entre ellos y en casos de estilos de afrontamiento diferentes entre el hombre y la mujer. En otras ocasiones, esta pérdida supone un refortalecimiento de la relación sentimental.
- Existe una falta de investigación en la repercusión de esta pérdida en los hermanos del bebé fallecido y en los abuelos. Ellos también sufren la pérdida.
- Existe poca literatura respecto al afrontamiento del personal sanitario en este tipo de situaciones. Es preciso una mayor investigación en este tema. A pesar de ello, los pocos estudios realizados exponen una falta de formación en los profesionales que les ayude a afrontar emocionalmente mejor estas situaciones en su actividad laboral y que además les ayude a proporcionar una asistencia adecuada, desarrollando una buena relación terapéutica con los afectados.
- Las habilidades comunicacionales de los profesionales y su empatía juegan un papel importante en estas situaciones. Los padres valoran cuando son tratados con respeto, se les proporciona información con un vocabulario simple, se favorece a expresión de sentimientos sin ser juzgados y tratan con delicadeza al hijo que han perdido. Cuando su relación con los profesionales sanitarios no es satisfactoria, el duelo perinatal que padezca puede ser más intenso y duradero. Es por eso, que se

debe concienciar a los profesionales del impacto que pueden tener en la salud mental de la familia afectada.

- En cuanto a la cuestión de qué intervenciones son las más adecuadas y qué se les puede ofrecer, el abanico de posibilidades es amplio, pero no se tiene evidencia científica universal. Los estudios indican es preciso continuar investigando en este tema, pues no existen guías clínicas universales para la atención en estas situaciones. En lo que sí coinciden todos los estudios, es en la importancia de realizar una caja de recuerdos. Esta caja de recuerdos es una forma de hacer que la pérdida sea real y demuestra que ese hijo existió y tiene un lugar en la familia.
- En relación a la pregunta de si es recomendable o no que los progenitores cojan a su bebé una vez fallecido, los resultados no son concluyentes. Los estudios cuantitativos indican que aquellas parejas que cogieron a su hijo en brazos sufren un duelo más intenso que aquellos que no lo cogieron. Por el contrario, los estudios cualitativos recomiendan que los padres cojan al bebé fallecido, puesto que los resultados indican que los padres valoran y se muestran satisfechos de haberlo hecho. Además, estos estudios exponían que aquellas parejas que no lo habían cogido, referían sentimientos de arrepentimiento durante mucho tiempo y en reiteradas ocasiones. Por todo lo expuesto, es necesario continuar investigando este aspecto y quizá realizar estudios que combinen métodos cuantitativos y cualitativos. Actualmente, la mayoría de guías prácticas recomiendan que esta opción se ofrezca a los padres.

### ❖ Limitaciones

Es relevante comentar que, aunque se ha encontrado como resultado de un estudio que no existen diferencias de duelo entre aquellas parejas que sufrieron una muerte perinatal intra-útero a las que la sufrieron en el periodo neonatal precoz, es poca la literatura encontrada del duelo en este sub-periodo. La mayoría de los artículos hablan de muertes perinatales intra-útero. Es por eso que quizá sería adecuado realizar nuevas búsquedas especificando este periodo, para averiguar cuáles son las últimas evidencias en estos casos.

Otra limitación de este estudio es el impedimento a conseguir alguno de los artículos.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi familia, por apoyarme durante mis cuatro años de carrera.

A mi pareja, por su positivismo, sus discrepancias, tiempo y apoyo incondicional.

A mi inseparable compañera de biblioteca, Rocío.

A Clara, Irene, y Alfonso, por haber sido constantes en mi vida.

A los amigos que he hecho en estos cuatro años en la facultad y que espero que me acompañen durante mi carrera profesional.

A mi tutora, Matilde, por su tiempo y dedicación.

## **SIGLAS.**

Siglas:

- OMS: Organización mundial de la salud.
- ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems).
- Según el ICD-PM (The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD- perinatal mortality)
- NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)
- PBS: Perinatal Bereavement Scale.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Instituto nacional de estadística de España. Indicadores Demográficos Básicos Metodología [Internet]. 2016. 12-15 p. Available from: [http://www.ine.es/metodologia/t20/metodologia\\_idb.pdf](http://www.ine.es/metodologia/t20/metodologia_idb.pdf)
2. OMS. Prevención de la Mortalidad y la Morbilidad Perinatales. [Internet]. Comité de Expertos de la OMS. 1970. p. 5–70. Available from: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_457\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_457_spa.pdf)
3. World Health Organisation (WHO). Making Every Baby Count : audit and review of stillbirths and neonatal deaths. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 2016. 1-27 p.
4. World Health Organization. The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period. 2016. 1-15 p.
5. Koopmans L, Wilson T, Cacciatore J, Flenady V. Support for mothers, fathers and families after perinatal death (review). In: The Cochrane Collaboration. 2013.
6. Castroagudín G, López S, Teijo P, Marra L, José M, Vidal R. Papel de la Matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal. Cad atención primaria. 2013;19(2):113–7.
7. NANDA International. NNNConsult [Internet]. [cited 2017 Apr 17]. Available from: <https://www.nnnconsult.com/nanda>
8. Fernández AR. El sentir enfermero ante la muerte de un ser querido. Investig y Educ en enfermería. 2010;28(2):267–74.
9. Efrén A, Méndez U, Vila Díaz J, Pomares Pérez Y, Apesteguía AP, Luis J, et al. La familia y la limitación del esfuerzo terapéutico en los cuidados intensivos pediátricos. Aspectos éticos Family and Limitation of the Therapeutic Effort in Pediatric Intensive Care. Ethical Issues. Medisur. 2017;12(1):16–23.
10. Miaja Ávila M, Moral De La Rubia J. El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales. Psicooncología. 2013;10(1):109–30.
11. Fernández Basanta S, Movilla Fernández MJ, Freijomil Vázquez C, Pita García

- P, Aneiros Suárez C, Coronado Carvajal C. Aproximación a la realidad del Magdalena Medio. *Investig Cual en Salud*. 2013;2:80.
12. Disenfranchised grief | definition of Disenfranchised grief by Medical dictionary [Internet]. [cited 2017 Apr 17]. Available from: <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/Disenfranchised+grief>
  13. Soriano J. Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. *Psicooncología*. 2002;1(75):73–85.
  14. Tenorio M. Alteración de los procesos cognitivos en las mujeres víctimas de violencia de pareja desde un marco enfermero. 2015.
  15. Zabalegui-Yarnoz A, Vidal-illa A, Soler-Gómez D, Latre-Ménez E. Análisis empírico del concepto de afrontamiento. *Enferm Clínica*. 2002;12(1):29–38.
  16. Pastor Montero SM, Romero Sánchez JM, Hueso Montoro C, Lillo Crespo M, Vacas Jaén AG, Rodríguez Tirado MB. Las experiencias con la pérdida perinatal de los profesionales de la salud. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011;19(6):1405–12.
  17. Fernández Basanta S, Sobrido Prieto M, Movilla Fernández MJ, Aneiros Suárez C, Pita García P, Rodeño Abelleira MÁ. Duelo perinatal: Análisis de las dificultades y de los elementos facilitadores presentes en el afrontamiento familiar (DPAFIS). *Parainfo Digit*. 2015;IX(22):1–7.
  18. European Commission. Eurostat [Internet]. [cited 2017 Apr 17]. Available from: <http://ec.europa.eu/eurostat>
  19. Instituto Nacional de Estadística. (Spanish Statistical Office) [Internet]. [cited 2016 Dec 8]. Available from: <http://www.ine.es/welcome.shtml>
  20. López García de Madinabeitia AP. Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría*. 2011;31(109):53–70.
  21. Burden C, Bradley S, Storey C, Ellis A, Heazell AEP, Downe S, et al. From grief, guilt pain and stigma to hope and pride - a systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):9.
  22. Murphy S. Reclaiming a moral identity: Stillbirth, stigma and “moral mothers.” *Midwifery* [Internet]. 2012;28(4):416–20. Available from:

- <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2011.06.005>
23. Fernández Alcántara M, Cruz Quintana F, Pérez Marfil N, Robles Ortega H. Factores psicológicos implicados en el duelo perinatal. *Index Enfermería (edición Digit [Internet]*. 2012 Jun [cited 2017 Apr 18];21(1–2):48–52. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962012000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
  24. Pastor-Montero SM, Romero-Sánchez JM, Paramio-Cuevas JC, Hueso-Montoro C, Paloma-Castro O, Lillo-Crespo M, et al. Tackling perinatal loss, a participatory action research approach: Research protocol. *J Adv Nurs*. 2012;68(11):2578–85.
  25. Bennett SM, Ehrenreich-May J, Litz BT, Boisseau CL, Barlow DH. Development and Preliminary Evaluation of a Cognitive-Behavioral Intervention for Perinatal Grief. *Cogn Behav Pract*. 2012;19(1):161–73.
  26. Martos López IM, Sánchez Guisado M del M, Guedes Arbelo C. Atención a la pérdida perinatal, una asignatura pendiente para enfermería. *Paraninfo Digit*. 2015;22:5.
  27. Campbell-Jackson L, Bezance J, Horsch A. “A renewed sense of purpose”: Mothers’ and fathers’ experience of having a child following a recent stillbirth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14(1):1–12.
  28. Cacciatore J, Erlandsson K, Rådestad I. Fatherhood and suffering: A qualitative exploration of Swedish men’s experiences of care after the death of a baby. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(5):664–70.
  29. Mejías Paneque M del C. Duelo Perinatal: Atención psicológica en los primeros momentos. *HYGIA de Enfermería*. 2012;79(1):52–5.
  30. Cacciatore J. Psychological effects of stillbirth. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2013;18(2):76–82.
  31. Gold KJ, Leon I, Boggs ME, Sen A. Depression and Posttraumatic Stress Symptoms After Perinatal Loss in a Population-Based Sample. *J Womens Heal*. 2016;25(3):1–7.
  32. Lisy K, Peters MDJ, Riitano D, Jordan Z, Aromataris E. Provision of Meaningful Care at Diagnosis, Birth, and after Stillbirth: A Qualitative Synthesis of Parents’

- Experiences. *Birth*. 2016;43(1):6–19.
33. Huberty J, Leiferman JA, Gold KJ, Rowedder L, Cacciatore J, McClain DB. Physical activity and depressive symptoms after stillbirth: informing future interventions. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14(1):391.
  34. Üstündağ-Budak AM, Larkin M, Harris G, Blissett J. Mothers' accounts of their stillbirth experiences and of their subsequent relationships with their living infant: an interpretative phenomenological analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15(1):263.
  35. Peters MDJ, Lisy K, Riitano D, Jordan Z, Aromataris E. Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based guidance for maternity care providers. *Women and Birth*. 2015;28(4):272–8.
  36. Heazell AEP, Leisher S, Cregan M, Flenady V, Froen JF, Gravensteen IK, et al. Sharing experiences to improve bereavement support and clinical care after stillbirth: Report of the 7th annual meeting of the international stillbirth alliance. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013;92(3):352–61.
  37. Kingdon C, O'Donnell E, Givens J, Turner M. The role of healthcare professionals in encouraging parents to see and hold their stillborn baby: A meta-synthesis of qualitative studies. *PLoS One*. 2015;10(7):1–20.
  38. Marceau K, Ruttle PL, Shirtcliff EA, Essex MJ, Susman EJ, Studies A, et al. Impact of a Neonatal-Bereavement-Support DVD on Parental Grief: A Randomized Controlled Trial. *Death Stud*. 2015;39(4):191–200.
  39. Wilson PA, Boyle FM, Ware RS. Holding a stillborn baby: The view from a specialist perinatal bereavement service. *Aust New Zeal J Obstet Gynaecol*. 2015;55(4):337–43.