

EL CAMINO SILENTE DEL DUELO DESAUTORIZADO EN LA MUERTE PERINATAL HACIA UN ESTADO DEL ARTE

THE SILENT PATH OF DISAVOWED GRIEF IN PERINATAL DEATH. TOWARDS A STATE OF THE ART

(Fecha de recepción: 18/05/21 - Fecha de aceptación 22/08/21)

Lic. Noelia Grunblatt¹

RESUMEN

El duelo perinatal no es validado ni reconocido socialmente; es un duelo desautorizado que obliga a los padres que han sufrido este tipo de pérdida a transitar un duro camino cargado de silencio, soledad e incompreensión.

El propósito de esta revisión bibliográfica es indagar sobre el apoyo social percibido por los padres ante la muerte del bebé no nato y dar visibilidad al proceso de duelo consecuente.

El artículo se enmarca dentro de la investigación de Tesis Doctoral: Duelo desautorizado en la muerte perinatal: la comunicación intrafamiliar, los rituales tanto religiosos como socio-culturales y sus aspectos jurídicos.

Se realizó una revisión sistemática de antecedentes teóricos publicados en el ámbito tanto nacional como internacional relacionados con el tema de investigación.

El duelo que se inicia a partir de la muerte perinatal es silenciado en un intento de acallar el dolor impidiendo el devenir natural de un proceso tan doloroso como necesario; hacerlo visible es también nuestra responsabilidad como sociedad.

Palabras clave: duelo desautorizado, pérdida perinatal, muerte perinatal, revisión sistemática.

ABSTRACT

Perinatal bereavement is neither validated nor socially recognized; it is an unauthorized bereavement that forces parents who have suffered this type of loss to travel a hard road full of silence, loneliness and incomprehension.

The purpose of this literature review is to investigate the social support perceived by parents in the face of the death of the unborn child and to give visibility to the consequent mourning process.

The article is part of the Doctoral Thesis research: Disavowed grief in perinatal death: intrafamilial communication, religious and socio-cultural rituals and their legal aspects.

A systematic review of theoretical antecedents published both nationally and internationally related to the research topic was carried out.

The mourning that begins after perinatal death is silenced in an attempt to silence the pain, preventing the natural evolution of a process as painful as it is necessary; making it visible is also our responsibility as a society.

Keywords: disavowed grief, perinatal loss, perinatal death, systematic review.

¹ Licenciada en Psicología. Directora Diplomatura Universitaria de Posgrado: Psicología del Duelo, Universidad de Aconcagua.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión sistemática de artículos científicos, tesis e informes de investigaciones, que constituyen antecedentes teóricos publicados en el ámbito tanto nacional como internacional relacionado con el tema de investigación. Fueron abordados en orden temático.

La búsqueda se realizó, en su mayor parte, consultando bases de datos como Google Académico, Medline, Pubmed. El rastreo se centró en los siguientes ejes temáticos: duelo perinatal y neonatal, duelo desautorizado, apoyo social en la muerte neonatal, aspectos jurídicos de la inscripción del no nato y rituales según las distintas religiones ante la muerte neonatal. Los límites de la búsqueda fueron planteados entre 2003 y 2019, aunque estos trabajos condujeron a investigaciones seminales y tempranas. Como resultado se incluyeron 30 artículos de los 42 revisados tanto del ámbito nacional como internacional.

DESARROLLO

«Las pérdidas en cualquier etapa del embarazo son situaciones inesperadas para muchas mujeres, que hacen que de manera brutal se vean truncados sus sueños, ilusiones y expectativas» (Furtado Eraso et al., 2017, p. 465).

La terminología relativa a las muertes perinatales ha ido cambiando a lo largo del tiempo, existe variabilidad entre países, organizaciones científicas y el contexto donde se la utilice. A efectos de unificar criterios y facilitar la lectura, hemos elegido la categorización que realiza la Organización Mundial de la Salud al respecto.

La OMS (2017), a través de su documento «Para que cada bebé cuente: auditoría y examen de las muertes prenatales y neonatales», nos acerca algunas agrupaciones prácticas para diferenciar los distintos conceptos.

Al referirse a las muertes prenatales distingue las que se producen antes del comienzo del trabajo de parto, *muertes anteparto*, de las que tienen lugar después del comienzo del trabajo de parto, pero antes del nacimiento, y las denomina *muertes intraparto*.

Con respecto al periodo neonatal completo, hace referencia a los primeros 28 días de vida (1-28). El periodo neonatal temprano abarca los primeros siete días (1-7) después del nacimiento y el periodo neonatal tardío se cuenta desde el octavo día hasta el vigesimooctavo día completo (8-28). La mortalidad perinatal incluye, según la OMS (2017), las muertes prenatales y las ocurridas durante la primera semana de vida (mortalidad neonatal precoz), aunque algunas definiciones también incluyen el periodo neonatal tardío. A la vez, la definición de mortalidad prenatal varía e incluye las muertes prenatales después de las 22 o 28 semanas completas de gestación.

Murray et al. (2000), citados por Martos-López et al. (2016), en el artículo «Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado»¹,

1 Martos-López et al. (2016) realizan una revisión bibliográfica con el propósito de explorar las experiencias de las matronas y enfermeras ante el cuidado de las familias que viven una muerte perinatal. Los objetivos que plantean se relacionan con conocer y profundizar en las características del duelo perinatal; revisar conocimientos respecto al tema por parte del personal sanitario; comparar las recomendaciones de actuación de las enfermeras ante la muerte y el duelo perinatal de las diferentes publicaciones y describir las implicaciones y sentimientos del personal sanitario ante la pérdida perinatal. Efectúan una revisión sistemática de estudios científicos publicados en un periodo de búsqueda entre 2005 y 2015 en las bases de datos: CINAHL, Medline, Index, Crochane, Google Académico y PubMed. Arriban, como conclusión, a la necesidad de mejorar el abordaje de los padres en duelo de los programas de formación en obstetricia y proponen mayor investigación en el área para determinar qué intervenciones son más eficaces.

afirman que el duelo perinatal es el que ocurre ante las muertes producidas en el período perinatal, aunque el concepto de duelo perinatal abarca los abortos, partos de fetos inmaduros y las reacciones al tener un hijo con malformación o anomalías congénitas.

Martos-López et al. (2016, p. 303) subrayan que «Eric Lindemann (1944) fue pionero en la publicación de la primera descripción completa de un duelo en esta etapa. Lo describió teniendo en cuenta los síntomas somáticos, el trabajo psicológico y las modificaciones en el comportamiento».

López García de Madinabeitia (2011), en su artículo «Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio», hace una revisión de la literatura sobre la pérdida perinatal y señala que el primer artículo sobre el sufrimiento de los progenitores data de 1959, *The management of grief situations in obstetrics*, escrito por Elia, que recomienda un abordaje humanista en la atención de la pareja. Si el niño había muerto o presentaba alguna discapacidad o malformación, la recomendación para la mamá era tener otro a la brevedad que le diera confianza en sí misma. Sugería informar a la madre sobre el fallecimiento del bebé, pero no mencionaba la posibilidad de verlo o cargarlo.

También López García de Madinabeitia y Zuazo Arsuaga (2008) afirman que, durante décadas, al producirse una muerte perinatal, la madre era sedada durante el parto y el bebé era retirado inmediatamente evitando así que la madre tuviera contacto con el niño. Además, se eliminaba toda señal de su existencia y se recomendaba a la mamá un nuevo embarazo cuanto antes.

Bourne (1968) aborda la temática de la muerte en el útero materno desde los efectos psicológicos en las madres y sus médicos. Conceptualiza el *professional blindspot* o punto ciego para los profesionales que pasan por la situación simulando que nada había ocurrido. Con la intención de proteger a la mamá se la sedaba en el parto para que no

viera el cuerpo de su hijo. No se les otorgaba posibilidad alguna a los padres de conocer a su hijo; los médicos y enfermeras guardaban silencio absoluto sobre lo sucedido. Según Bourne se trataba como un «no-suceso». Se recomendaba a los progenitores olvidar lo que había pasado y buscar un nuevo embarazo rápidamente. En concordancia con ello, Kennell et al. (1970) destacan como elementos distintivos del duelo por neonatos: la tristeza, las alteraciones del sueño, la preocupación por el hijo perdido, la irritabilidad, la falta de apetito y la dificultad para volver a la actividad normal. De hecho, son los trabajadores sociales, según Alvarado García (2003), quienes describen inicialmente el trauma por la pérdida perinatal en la década de 1970.

Peppers y Knapp (1980) proponen otras nuevas características del duelo perinatal: agotamiento, rabia, confusión temporal, falta de concentración, culpa, dificultad para aceptar la realidad, depresión, falta de energía y sueños repetitivos con el bebé perdido. En 1982 Callahan y colaboradores (citados por López García de Madinabeitia, 2011) plantean que la pérdida perinatal es distinta de otras ya que el sistema de apoyo no habla de lo ocurrido. En el mismo año Kirkley-Best y Kellner denominan al duelo por los mortinatos como duelo olvidado. Recomiendan que los padres vean y tomen en brazos al bebé fallecido y proponen la implementación de grupos de apoyo para los afectados (Kirkley-Best y Kellner, 1982).



Cordero et al. (2004) coinciden con lo antedicho y afirman que, años atrás, frente a la muerte perinatal, se recomendaba evitar la manifestación emocional, no hablar del tema, que la madre no tuviese contacto con el bebé, olvidar al niño y tener otros hijos. Pero agregan que las recomendaciones actuales son opuestas a aquella postura. López García de Madinabeitia y Zuazo Arsuaga (2008), en su artículo «Brazos vacíos: Programa de enfermería de Salud Mental de acompañamiento en duelo perinatal desde un centro de salud mental», suman en este sentido: La idea de «duelo olvidado» –del que hablaban Elizabeth Kirkley-Best y Kenneth Kellner (1982)– y afirman que el duelo por mortinatos se va transformando hasta evidenciar que es una circunstancia vital que conlleva un importante sufrimiento y que la mera evitación del contacto con el hijo perdido y el paso del tiempo no alcanzan para sanar ese dolor.

Entre los antecedentes contemporáneos, encontramos a Alvarado García (2003), quien afirma que la experiencia de sufrir la muerte de un hijo en el período perinatal es tan devastadora como la pérdida de un adulto amado, aunque no ha recibido la atención adecuada de los médicos, de los familiares y del entorno de la pareja en general ya que el bebé solo existe para los papás. Según el autor, la muerte del niño recién nacido o en un estadio avanzado del embarazo mutila el proceso de la paternidad, que se inicia desde que se tiene conocimiento de su existencia. Destaca que, ante la muerte de un bebé, muere también una parte del futuro y de esta manera se diferencia de otras pérdidas en las que el doliente siente la muerte de una parte de su pasado.

Montesinos et al. (2013) llevan a cabo su investigación «Asistencia al duelo neonatal: diez años de experiencia en una Unidad de Neonatología» en la que proponen mejorar la calidad de la atención de la familia del recién nacido que fallece. Los autores explican que, ante la inminencia de la muerte, el acompañamiento a la familia

del niño fallecido es una manera de atenuar los efectos que puede generar la situación. Pero que, en la práctica, los profesionales de la salud no han tenido formación sobre cómo abordar la muerte.

González Castroagudín et al. (2013) refieren que las conductas del personal sanitario tienen consecuencias directas sobre las familias. Agregan que la percepción por parte de los padres de diferencias en la atención prestada durante la pérdida respecto de embarazos exitosos previos incrementa el impacto de la experiencia negativa. En este mismo sentido, De la Cruz (2013), citado por Vicente Sáez (2014), afirma que muchos padres en medio de la dolorosa experiencia de perder un bebé deben enfrentarse a la falta de comprensión y apoyo por parte de los profesionales de la salud, provocando, en algunas ocasiones, igual o incluso más daño que la propia pérdida.

Ante esta situación y con el objetivo de apoyar a los padres en este proceso, Montesinos et al. (2013) formulan un Manual de Procedimientos en Duelo Neonatal y realizan la capacitación del personal para su aplicación. El objetivo de su trabajo es describir el cumplimiento del programa y el análisis cualitativo de su impacto en los padres de los recién nacidos hospitalizados y en el personal que trabaja en la Unidad de Neonatología del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco, Chile. La muestra estuvo constituida por 441 recién nacidos fallecidos entre 2000 y 2009. Para el análisis del cumplimiento de la norma establecida en el Manual de Procedimientos, se obtuvieron los datos del libro de registros del duelo donde se detallan las conductas del personal, así como las de los padres. Para la evaluación del impacto del programa en el personal se aplicó una encuesta escrita a 51 miembros del equipo de salud previo a la capacitación y otra al año de vigencia de este. En el caso de la evaluación del impacto en los padres se revisó la ficha de conversación con los padres *post mortem*, entrevista realizada

entre cuatro y seis semanas después del fallecimiento. El punto de vista cualitativo consistió en el análisis de contenido a las encuestas de opinión del personal orientada a indagar sobre la percepción de cambios en sí mismos y en el equipo de salud.

Los resultados de la investigación determinaron que la letalidad de la Unidad de Neonatología fue de un 4,1 % en los diez años analizados. De la totalidad de los neonatos fallecidos, el personal logró dar el aviso de muerte inminente al 98,8 % de los padres. Desde 2003 en adelante, el 100 % de los padres fue avisado de la inminencia de la muerte de su hijo. La presencia de los padres en el momento del fallecimiento aumentó de un 66 % en 2000 a un 85,9 % en 2009. El estudio concluye que determinadas acciones (alentarlos a sostener, a nombrar a su hijo, ofrecerles recuerdos, proveer oportunidades posteriores para conversar sobre la causa de muerte y sus sentimientos), que el personal de la salud puede llevar adelante, ayudan a los padres a reducir los riesgos de resultados adversos en el duelo.

Estos resultados comienzan a acercarnos a la idea, por un lado, del gran trabajo por hacer que tenemos como sociedad y como profesionales de la salud y, por el otro, nos brindan esperanza; hay acciones que podemos llevar adelante y podrían tener una consecuencia positiva directa en el proceso de duelo que viven los padres que pierden un hijo en período perinatal.

Páez Cala y Arteaga Hernández (2019), en su investigación desde una perspectiva cualitativa²: «Duelo por muerte perinatal.

2 El método utilizado es la entrevista a profundidad con los padres de un bebé fallecido en etapa perinatal, a partir de la cual las investigadoras generan reflexiones de segundo orden como aportes a la construcción de conocimiento. Contrastaron los componentes documentales, testimoniales y generaron reflexiones desde una perspectiva mul-

Necesidad de una atención diferencial e integral», plantean el objetivo de profundizar en el impacto que genera la muerte perinatal en una pareja de padres, y la asistencia profesional brindada. Exponen en los resultados de su trabajo que se evidencia trato inadecuado por parte del personal de salud, falta de acompañamiento ante la situación de duelo y escasa sensibilidad con respecto a las familias que viven una pérdida. Sin embargo, aclaran que conceptualmente sí existe movilización frente al tema por parte de los profesionales de la salud. Al respecto, señalan Páez Cala y Arteaga Hernández (2019, p. 44) que la investigación doctoral de Pastor Montero (2016) plantea que «en la evolución de la pérdida perinatal incide negativamente la tendencia del equipo de salud a minimizarla, dadas sus limitaciones para comprenderla y la tendencia a no brindar apoyo emocional. Insiste en la importancia de una atención interdisciplinaria y el realizar rituales de despedida».

Finalmente, concluyen que han podido identificar fallas en la asistencia en el ámbito de salud al abordar la pérdida y el duelo perinatal. Afirman que la atención intrahospitalaria debe visibilizar esta pérdida, promover el proceso de elaboración del duelo y manifiestan, además, la necesidad de implementar protocolos diferenciados que respondan de manera adecuada y particular a las necesidades de estas familias.

tidimensional e interdisciplinaria. Esta investigación cualitativa, con reflexiones de segundo orden, implica una posición de meta-observación de parte del investigador, quien participa activamente del proceso y se responsabiliza de sus propias observaciones. El investigador de segundo orden observa su propia observación y la de otros, de manera que su subjetividad aporta en la construcción de un diálogo reflexivo; corresponde a la forma característica de operar desde el pensamiento complejo, el cual se focaliza en los sistemas observadores, es decir, «piensa el pensamiento».

Furtado Eraso et al. (2017)³ muestran los resultados preliminares de un estudio con metodología de la Teoría Fundamentada siguiendo las premisas propuestas por Charmaz.

Los resultados sugieren que la intensidad del duelo está influenciada por diferentes factores que afectan al duelo y se interrelacionan: nivel individual, nivel de los profesionales sanitarios, nivel de la pareja-familia y nivel de la sociedad. A nivel individual (madres entrevistadas), se percibe que la intensidad del duelo no se relaciona directamente con las semanas de gestación cursadas hasta el momento de la pérdida: «Para los progenitores no es la edad gestacional o el peso lo que transforma al feto en hijo (López-García de Madinabeitia, 2011), sino el lugar que ocupan en su corazón» (Furtado Eraso et al., 2017, p. 468).

También Fernández-Basanta et al. (2016) afirman que la vivencia de la pérdida no depende del momento en el que se produce, sino que es una experiencia individual y que está influenciada por diversos factores. En el mismo sentido, varios autores, como Cassidy, (2017), sostienen que todo parece apuntar a que la edad gestacional no es una variable eficaz para condicionar el enfoque de atención al duelo o el apoyo social. En este sentido, Vedia Domingo (2016) manifiesta que los estudios indican que no se verifica relación entre la intensidad del duelo y la duración del embarazo o el grado de contacto con el neonato. Asimismo, muchas veces, las muertes perinatales son consideradas pérdidas menores, a partir de

3 El objetivo del artículo «Factores que afectan al duelo de mujeres que sufren pérdidas perinatales» es presentar los factores que afectan el duelo de mujeres que han sufrido pérdidas perinatales espontáneas. Se trata de resultados preliminares de una investigación más amplia, de diez entrevistas individuales en profundidad a mujeres que han sufrido pérdidas perinatales y el análisis del duelo posterior.

la creencia social de que «el dolor del duelo se mide por el tamaño del ataúd» (Sherokee, 1999, citado por Mora Morillo, 2019).

Entre los resultados de la investigación de Furtado Eraso et al. (2017), se observa que cuestiones previas a la pérdida –pérdidas perinatales anteriores, experiencias personales específicas como tratamientos de fertilidad, creencias religiosas, tiempo transcurrido hasta que se quedaron embarazadas, edad de las mujeres en el momento de la pérdida y emociones e ilusiones engendradas en la etapa del embarazo– fueron determinantes en lo que para esas madres significaba su bebé y permiten entender qué supuso para ellas la pérdida. A partir de estos resultados los autores afirman que el sentimiento de pérdida va en estrecha relación con las expectativas creadas (O’Leary & Thorwick, 2006, citados por Furtado Eraso et al, 2017).

A nivel socio-cultural, algunas madres manifestaron haber sentido falta de comprensión y minimización de la pérdida por parte de la sociedad (Pastor Montero, 2016). Y afirmaron haberse sentido comprendidas solamente por personas que habían pasado por la misma experiencia.

El referido artículo de Cordero et al. (2004) tiene por propósito sugerir pautas, con base en la literatura y la experiencia clínica de los autores, que faciliten el proceso de acompañamiento de los padres en el fallecimiento de un recién nacido. Argumentan que la muerte en período perinatal es un problema que en la práctica cotidiana requiere cada vez más atención. Aseveran que factores como la muerte inesperada, la ausencia de apoyo social y la historia de pérdidas recurrentes pueden predecir una mala adaptación después de la muerte de un bebé.

Si bien aclaran que estas pautas para el acompañamiento de duelo de los padres por parte del equipo de salud no han sido probadas a través de estudios controlados,

los autores proponen una guía basada en la experiencia del equipo compuesto por psicólogos, obstetras y neonatólogos que han probado su utilidad en la práctica clínica del Servicio de Recién Nacidos del Hospital Dr. Sótero del Río (Chile). Los aspectos que consideran son: facilitar una buena comunicación entre los padres y el equipo de salud, posibilitar la expresión emocional y el respaldo familiar, acompañar en el proceso de trámites, mantener una vía de contacto y la referencia al equipo de salud mental.

Vega et al. (2018), en «Diseño de Algoritmo Interdisciplinario de Intervención en Duelo Perinatal», argumentan que los modelos teóricos de duelo como los de Lindemann (1944), Kübler-Ross (1969), Bowlby (1984), Parkes y Weiss (1983), Sanders (1985), Rando (1986), Neimeyer (2011), Worden (1997), Stroebe (2010) son generales en cuanto no tienen en cuenta la especificidad del duelo perinatal. Según las autoras del artículo, la característica más específica de la muerte fetal es la dificultad de procesar el hecho de la muerte tan cercana al nacimiento y afirman que el duelo por la muerte del bebé es un proceso doloroso y en general incomprendido por el entorno.

Bennet et al. (2005) describen la muerte perinatal como devastadora, con características únicas, en la que no hay experiencia de vida o recuerdos con el bebé y muchas veces es vista como insignificante (cfr. también Pastor Montero, 2016).

En ese mismo sentido, Martos-López et al. (2016) individualizan al duelo perinatal con características que lo diferencian de otros tipos de duelos como la proximidad entre el nacimiento y la muerte, la juventud de los progenitores para los que, muchas veces, supone su primer contacto con la muerte y lo inesperado del suceso. Los autores enmarcan al duelo perinatal dentro de la categoría de duelo desautorizado y afirman que se trata de una pérdida que no es validada socialmente, que el doliente no recibe el apoyo del entorno familiar, social

o sanitario y no es expresada por la persona que lo vive de forma abierta.

Callahan y colaboradores (1985) citados por Vega et al. (2018) plantean que la muerte perinatal se diferencia de otras pérdidas debido a que la red de apoyo es reticente a hablar de lo sucedido y agregan como característica de este tipo de pérdidas la culpabilidad que suele generarse en las madres cuando la muerte se produce intraútero.

Lewis (1987), citado por Vega et al. (2018), sostiene que se puede comprender más acabadamente el duelo por la muerte de un bebé si se la compara con la pérdida de una parte del cuerpo. El autor afirma que ante la muerte de un hijo el entorno evita a los padres del niño tal como lo haría con una persona mutilada, ya que puede provocar en ellos miedo y ansiedad.

Sánchez Pérez (2019), en «Duelo desautorizado: todo lo que rodea a un duelo tabú», utiliza como metodología una revisión bibliográfica, en la que incluye 22 artículos científicos en inglés y en español, extraídos de las bases de datos PubMed, Medline y CINAHL. Plantea como objetivo obtener una visión general del proceso de duelo perinatal, explorar cómo afecta a las personas involucradas y cuáles son las intervenciones más útiles. Entre los resultados, destaca como de gran utilidad la Escala de Duelo Perinatal (EDP) que se usa con el objetivo de medir la intensidad del duelo y la Escala de la Intensidad del Duelo Perinatal (EIDP), que detecta además la intensidad de la pena actual. El 60-70 % de los padres experimentan duelo con síntomas depresivos un año después, y la mitad de ellos hasta cuatro años. Concluye que es fundamental el apoyo de los profesionales sanitarios, así como la necesidad de concientizar a la población sobre el impacto psicológico del duelo perinatal y reducir el secretismo promoviendo el reconocimiento social.

López García de Madinabeitia (2011) suma, a las ya abordadas, otra explicación con respecto al silencio y el secretismo que rodean a la pérdida perinatal. Según afirma, tiene que ver, entre otras cosas, con la intimidad, con lo aprendido históricamente por la mujer: a no hablar de ciertos aspectos como la menstruación, la sexualidad, la fertilidad, el embarazo o la menopausia más que en círculos privados y con otras mujeres. Son fenómenos naturales que han quedado envueltos «en un halo de misterio y también ha sido esa la suerte de la pérdida del embarazo, que conjuga los tabúes de la sociedad actual sobre la muerte, el sexo y la reproducción» (p. 57).

Calderone (2015), en «Adversidades ante la inscripción de una pérdida. Duelo y ley jurídica», toma como referencia un petitorio de ley impulsado por padres que han perdido a sus hijos antes de nacer. En un estudio exploratorio descriptivo, con base en una investigación cuali-cuantitativa, reflexiona acerca de los efectos subjetivos que puede implicar, para una persona que se encuentra atravesando un duelo, la imposibilidad de inscribir ante la ley a ese hijo muerto con su nombre y apellido. Explica que, los progenitores, ante la noticia del fallecimiento de su bebé, deben realizar los trámites para la sepultura, la inscripción en el registro civil y, de esta forma, certificar su defunción. Suele ser ahí cuando se enteran de que el Código Civil determina que será anotado como NN en ambos certificados; bajo el título «Existencia de las personas antes del nacimiento», establece en su art. 74 que «si muriesen antes de estar completamente separados del seno materno, serán considerados como si no hubieren existido» (Calderone, 2015, p. 73). El certificado se expide sin nombre, se consigna como NN. La ley no reconoce a un sujeto con nombre y apellido diferenciado del cuerpo de su progenitora.

En el mismo sentido, en España, al feto nacido muerto o al nacido vivo que no supera las 24 h de vida se lo nombra como

«el feto, varón o hembra difunto», sin poder reflejar la filiación y otorgarle un nombre. Además, según las normas de la Policía Sanitaria Mortuoria, califican a los fetos muertos como «restos humanos de entidad suficiente procedentes de abortos» (López García de Madinabeitia, 2011, p. 54).

Según Fariña (2002), citado por Calderone (2015, p. 73), «un efecto particularista se verifica en la pretensión de que un rasgo particular devenga condición universal». Ante la negación de la ley jurídica de inscribir esa pérdida con el rasgo singular que ese nombre le adjudica al objeto perdido, se generaría un efecto particularista. Es decir que si el rasgo particular de «nombrar» deviene en universal al llamar NN a todos los bebés no nacidos con vida, iría en detrimento de un proceso humano y singular como es duelar la pérdida de un objeto amado.

Además, desde el discurso de la medicina será denominado como Feto No Nato. El médico asienta la defunción en un certificado donde figurará como FNN, siendo esta la primera inscripción que hace evidente la ausencia, mientras que para esos padres se están refiriendo a su hijo con nombre y apellido, que ocupa un lugar para ellos aun a pesar de su muerte. En esta misma línea, Cassidy (2017) contempla la naturaleza del vínculo entre el bebé no nacido y la manera en que las madres y los padres lo han socializado mucho antes del nacimiento. Asimismo, se trata de niños que muchas veces no tendrán nombre o no serán enterrados y en general no existen fotos, pero «el niño es hijo para los padres y familia desde la concepción, en su imaginación, sus expectativas y esperanzas» (Payas, 2010, en Vicente Sáez, 2014, p. 11).

También, Calderone (2015) señala cómo el entrecruzamiento de los discursos jurídico y médico podría obstaculizar la constatación de la realidad de la pérdida y que la intervención de la ley jurídica en determinadas situaciones, por presencia

o por omisión, podría tener efectos sobre el sujeto. En concordancia con esta idea, Cassidy (2017) asevera que la experiencia del duelo perinatal es poco comprendida a nivel institucional, dejando a los afectados vivir el duelo, un proceso eminentemente social, en silencio y sin el apoyo adecuado.

Este último autor nos acerca a la práctica católica (que data de las normas de la iglesia de la Edad Media) de enterrar en tierras no sagradas a los bebés nacidos muertos no bautizados, ya que se consideraba que, al no ser purificados del pecado original, no eran capaces de salir del limbo. López García de Madinabeitia (2011) manifiesta que gran parte de las religiones conceden poca atención a las pérdidas perinatales, y que no tienen rituales concretos. Explica, además, que para el catolicismo el bautismo es para bebés vivos y que para los fetos mayores de 24 semanas de gestación se permite entierro en el limbo, donde «ni se sufre, ni se padece, ni se tiene alegría» (lugar desacralizado del cementerio en fosa sin nombre) sin ceremonia ni bendición (pp. 54-55). Barandiarán y Manterola (citados por López García de Madinabeitia, 2011) explican que el cuerpo del bebé se envolvía en un lienzo o se colocaba desnudo en una caja de madera o cartón y el entierro se realizaba sin oficio religioso, en ausencia de la madre y ante pocos familiares. Martínez Osta et al. (2012) manifiestan que desde el ámbito de las religiones se les brinda poca atención a los duelos perinatales y se hace evidente en la ausencia de rituales para afrontar la pérdida. Según López Fuentetaja e Iriando Villaverde (2018), «este tipo de duelos no permitidos, con escasos ritos de despedida y sin lugar en la mayoría de las religiones, representan un importante riesgo de no elaborarse adecuadamente. Generan sentimientos de vergüenza, culpa e inadecuación cuando no se superan rápidamente» (p. 9).

Si bien la sociedad occidental y la iglesia ya no sostienen la idea del limbo, aún hoy, se mantienen construcciones de los bebés

ligadas a la felicidad, dejando poco espacio para la imperfección o la muerte (Cassidy, 2017). El autor agrega que los niños que mueren antes de nacer siguen ocupando una especie de limbo social. Refiere a «la vida social del bebé» como el lugar social que va adquiriendo aún antes de nacer. Cassidy afirma que, entre otras herramientas modernas, las ecografías juegan un papel importante en ese proceso, ya que a través de ellas y de las imágenes 4D es posible ver los rasgos del bebé e interpretar a quién puede parecerse; además, la ecografía aparece como un evento social y como primera fotografía familiar: el bebé se va tornando públicamente visible.

Al respecto, López García de Madibaitia (2011) sostiene que los avances que se han dado en los campos de la obstetricia y ginecología, y que permiten ver la imagen del bebé durante su gestación, han facilitado el desarrollo del apego por parte de los progenitores antes del nacimiento. Así, comienza a entenderse la muerte perinatal como una pérdida real. Asimismo, González et al. (2013) mencionan que el hecho de ver al bebé antes del nacimiento a través del ultrasonido está relacionado con un mayor nivel de angustia al momento de la pérdida perinatal.

Según García y Yague (1999), citados en Vedia Domingo (2016), los padres se van formando una impresión sobre su hijo y establecen planes de futuro ya desde el período intrauterino porque la relación no comienza fisiológica o psicológicamente en el momento del nacimiento. Cassidy concluye que los bebés, aun antes de la concepción, pueden tener un fuerte impacto en su núcleo social y agrega que en nuestra sociedad prestamos poca atención a experiencias marginales como la muerte. «Las consecuencias de negar estos hechos y procesos tras la muerte, los intentos de regular socialmente y obviar los impactos y significados del embarazo, son tal vez unas de las cosas más crueles que una madre y padre en duelo podrían experimentar» (Cassidy, 2017, p. 34).

Maldonado (2018) sintetiza los resultados de una encuesta sobre la calidad de la atención sanitaria en casos de muerte intrauterina, desarrollada por Cassidy et al. (2018). Esta investigación se realizó en 2012 con la finalidad de recoger datos a nivel nacional para comparar las prácticas españolas con las de otros países y, al mismo tiempo, recoger las opiniones de las mujeres acerca de los cuidados recibidos. La encuesta fue respondida por 796 mujeres que habían sufrido una muerte intrauterina a partir de las 16 semanas de gestación en un hospital español; el trabajo de campo tuvo una duración de tres años.

Entre los datos destacables en cuanto a la atención al duelo, se encontró que el 52,9 % de las encuestadas tuvieron contacto con su bebé, el 30,4 % pudieron guardar algún objeto u obtener una fotografía y en el 35,8 % de los casos no se hizo posible la recuperación del cuerpo. Estas cifras son más bajas que en otros países donde más del 95 % de las madres y padres pueden ver y pasar tiempo con su bebé. Los resultados muestran la existencia de grandes diferencias con respecto a la atención prestada a mujeres que sufrieron la muerte intraútero en edades gestacionales más tempranas.

La investigación también encontró que 3 de cada 10 mujeres parieron sin compañía de una persona de su elección. Señala que el acompañamiento durante el parto es muy importante para la toma de decisiones (rituales, ver al bebé) y para reducir la ansiedad. Finalmente, halló que casi 1 de cada 2 mujeres recibió sedantes, aun cuando no son recomendables en casos de duelo y no existen pruebas de sus beneficios. En realidad, se sostiene que tienen un efecto negativo sobre el duelo porque «impiden la autonomía en la toma de decisiones y la formación de nuevas memorias» (Cassidy et al., 2018. p. 107). Este relevamiento destaca que la atención sanitaria no debería distinguir a las mujeres con base en las semanas de gestación, ya

que no es un predictor fiable del duelo o de las necesidades de las mujeres en esos momentos de sus vidas.

Martínez Osta et al. (2012), en su artículo «El duelo desautorizado: muerte perinatal. Pechos llenos, brazos vacíos», hacen un recorrido por distintos temas y conceptos de relevancia vinculados con el duelo en general y el duelo perinatal en particular, como los conceptos de luto, ritos psicosociales, aflicción, duelo y sus fases. Asimismo, definen los duelos autorizados como expresados y compartidos, aquellos en los que socio-culturalmente se acepta que el doliente sea escuchado y contenido por su entorno. Los sentimientos son validados en la red social que protege a quien lo necesita. Según Vedia Domingo (2016), cuando la pérdida es reconocida socialmente se permite que la persona comparta su dolor y exprese sus sentimientos. Esa habilitación social facilita el proceso sano.

Pero los duelos desautorizados «no socialmente reconocidos ni públicamente expresados» indican que la sociedad «no está preparada para sostener ese sufrimiento y no acepta el duelo, por lo que no valoriza a la persona doliente durante su proceso de pérdida» (Martínez Osta et al., 2012, p. 7). Las circunstancias en las que se niega y se desautoriza el proceso de duelo añaden dolor, suman sentimientos de vergüenza y culpa, situando al doliente fuera de los rituales socioculturales. Los duelos desautorizados se presentan en cuatro categorías: (1) los lazos de vinculación no son valorados como significativos, o sea, la relación no es reconocida como válida. (2) El fallecido no es socialmente valorado, en esta categoría se encuentra la muerte perinatal. (3) Se considera al doliente como incapaz de procesar un duelo. (4) La circunstancia es desautorizada como es el caso de las muertes estigmatizadas.

López Fuentetaja e Iriondo Villaverde (2018), en su artículo «Sentir y pensar el duelo perinatal: acompañamiento emocional

de un grupo de padres», explican que la minimización del duelo va pareja a la falta de apoyo emocional a los padres, siendo este un aspecto especialmente complejo del duelo perinatal. Según Doka (2002), citado por López Fuentetaja e Iriondo Villaverde (2018), puesto que no recibe ni el apoyo de la red social, ni el pertinente permiso para ser sentido y expresado, puede considerarse un «duelo desautorizado». También Payás (2010), citado por los mismos autores, expresa que la desautorización, la falta de empatía, de comprensión y apoyo en torno a la pérdida perinatal es, en sí misma, otra pérdida secundaria.

Vicente Sáez (2014), en su Tesis «Duelo perinatal: el duelo olvidado», afirma que gran parte de la literatura sobre el tema coincide en reconocer al duelo desautorizado como factor de riesgo para la elaboración de un duelo complicado. Worden (1991), citado por Vicente Sáez (2014), subraya que hay factores sociales que representan un lugar importante en el desarrollo de un duelo complicado: «... pérdida de la cual no se puede hablar (por falta de reconocimiento social), pérdida que es negada socialmente (como si nunca hubiese existido), y ausencia de redes de apoyo social para la persona en duelo» (Vicente Sáez, 2014, p. 11).

Este tipo de duelos desautorizados a los que también podemos llamar silentes, silenciosos o silenciados generan en las personas que los transitan una sensación de soledad agobiante, y desencadenan procesos dolorosos, ocultos y complejos.

Martínez Osta et al. (2012) refieren que los duelos perinatales se pueden complicar derivando en trastornos psiquiátricos. Según las expectativas de los padres y la cultura de la que forman parte, serán las actitudes hacia la pérdida perinatal.

Dado que en muchos casos de muerte perinatal las familias manifiestan haber recibido una mala atención a la hora de comunicarles la noticia y también en los

momentos inmediatamente posteriores, los autores postulan un protocolo de actuación teniendo en cuenta el marco físico, el personal y la preparación del niño. Con respecto a dicho protocolo, concluyen que los padres que han tenido la oportunidad de ver y abrazar a su hijo no lamentan haberlo hecho, y muchos padres que no lo han visto, en el futuro, suelen lamentarlo. Asimismo, agregan que es importante que los profesionales de la salud estén formados no solo técnicamente sino también en la parte humana y que, poniendo en práctica los criterios de actuación, se eviten intervenciones que pueden acentuar más el dolor de los padres.

Vedia Domingo (2016) realiza un recorrido por las distintas pérdidas y sus duelos consecuentes, además, suma pautas por tener en cuenta para proporcionar ayuda psicológica al entorno del fallecido. Con respecto a la muerte perinatal aclara que presenta algunas peculiaridades con respecto al proceso de duelo habitual. La más notoria de sus diferencias es que la relación con la persona muerta no se basa en el pasado, en la experiencia o en los recuerdos, sino que está conformada por las fantasías y posibilidades que los padres construyen en relación con el futuro hijo.

Mora Morillo (2019), en su artículo «Vivencias de un padre ante una pérdida perinatal. Lo que la sociedad calla»⁴, describe a la pérdida perinatal como una de las experiencias más traumáticas a la que pueden enfrentarse los progenitores y rescata el rol del miembro de la pareja no gestante. Ambos progenitores son protagonistas del camino del duelo. En el mismo sentido López García de Madinabeitia (2011) caracteriza

4 Para la recolección de datos utiliza la entrevista en profundidad a través del relato biográfico, un tipo de diseño cualitativo fenomenológico en el que se privilegia la experiencia vivida convirtiéndola en objeto de estudio.

la reacción del padre como dictada por las responsabilidades que debe asumir. Se espera que apoye a la madre, que informe a familia y amigos de lo sucedido y prepare el entierro del bebé. De esta manera, suele vivir su dolor en solitario. Ante la muerte perinatal, los hombres pueden sentirse aún más aislados y solos en su proceso de duelo, ya que se espera que sean fuertes, como si no necesitaran igual atención y apoyo (Páez Cala y Arteaga Hernández, 2019).

Según López Fuentetaja e Iriondo Villaverde (2018), el apego en el padre se produce a un nivel más cognitivo, acercándose a los aspectos físicos a través del cuerpo de la madre o de las técnicas de imagen. Estas diferencias en el apego generan también diferentes expresiones en el proceso de duelo. Sus preocupaciones con respecto al duelo no suelen estar centradas en la pérdida del bebé, sino en la pena de su mujer, condicionando de esta manera su propia vivencia de la pérdida.

También Mora Morillo (2019) busca visibilizar y describir las vivencias del padre o miembro no gestante de la pareja a partir de una pérdida perinatal, así como la influencia que tiene sobre su proceso el entorno social, familiar y laboral.

La autora identifica factores no favorecedores del duelo como la pena no justificada en el tiempo, la falta de comprensión social a partir de la exclusión del miembro no gestante del proceso de duelo y un entorno hospitalario hostil e insensible ante las emociones que provoca la pérdida. Como conclusión, manifiesta la necesidad de «elaboración de guías basadas en la evidencia, la formación de los profesionales, la concienciación del entorno hospitalario y la creación de redes de trabajo multidisciplinares, entrelazando las diferentes unidades implicadas» (Mora Morillo, 2019).

López García de Madinabeitia y Zuazo Arsuaga (2008) elaboran un programa de

acompañamiento en el duelo perinatal a partir de cuestionarse: «¿Qué duelo puede haber entonces si muchas veces los restos fetales terminan en Anatomía Patológica o en una tumba sin nombre porque el feto no logró vivir las reglamentarias 24 horas para considerarlo “persona” e inscribirlo en el Registro Civil? ¿Qué duelo puede haber por un feto abortado debido a síndromes o malformaciones?» (p. 2). El objetivo del programa es detectar, captar y acompañar en el proceso de duelo a los progenitores que han vivido una pérdida perinatal.

El programa se inició en 2004; desde su implementación se atendieron 22 duelos perinatales por diferente tipo de pérdidas. Los síntomas más frecuentes fueron culpa, insomnio, pesadillas, tristeza, alta emotividad, vulnerabilidad, sensación de vacío, rumiación, evitación y ambivalencia hacia un nuevo embarazo. El tiempo medio de seguimiento fue de 8 meses. En las conclusiones los autores advierten que la muestra es constreñida, pero entienden que el programa fue creado para cubrir un aspecto desatendido del duelo, siendo las pérdidas perinatales muchas veces minimizadas. Admiten la necesidad de formación especializada para abordar y acompañar en el duelo.

Fernández Basanta et al. (2016), en el trabajo referido, realizan un estudio que se enmarca en el proyecto *Duelo perinatal: Análisis de las dificultades y de los elementos facilitadores presentes en el afrontamiento familiar (DPAFIS)*. El diseño de DPAFIS se articula en varias fases: Fase 0: Estudio piloto, Fase 1: Diagnóstico de la situación, Fase 2: Diseño de propuestas de cambio, Fase 3: Implementación de propuestas de cambio y Fase 4: Evaluación del impacto e idoneidad del cambio. En este artículo se presenta la fase 0, cuyo objetivo es realizar un ejercicio de aproximación a la complejidad del duelo perinatal con el fin de refinar la posición investigativa y así permitir que las fases posteriores de DPAFIS (metodológicas y analíticas) tengan

la suficiente profundidad. Se realizó una investigación cualitativa utilizando un enfoque narrativo; se recogieron los datos a través de entrevistas semi-estructuradas en dos mujeres con experiencia de duelo perinatal; se analizaron las transcripciones mediante análisis temático inductivo, que enfatiza el contenido de un texto.

Los temas surgidos en el estudio fueron: construcción del duelo perinatal, elementos personales, experiencia maternal, contexto socio-sanitario de la pérdida, fuentes de apoyo y tipo de apoyo. Los autores señalan que el apoyo social suele expresarse como el factor más importante para hacer frente a la muerte de un niño asociando el apoyo socio-sanitario con niveles más bajos de ansiedad y depresión en las madres. Afirman que hablar con «iguales» y participar en grupos de apoyo son positivos para ellas, ya que les permitirían compartir sus experiencias y recibir apoyo en aspectos que socialmente han sido silenciados.

También López Fuentetaja e Iriondo Villaverde (2018) presentan el recorrido de un grupo de padres en situación de duelo perinatal, llevado adelante en el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid. La experiencia forma parte de un Programa de Enlace entre distintos Servicios para la atención psicológica de padres que afrontan la muerte perinatal de su bebé.



Los autores aclaran que, al referirse a duelo perinatal, incluyen el proceso que se inicia tras las siguientes pérdidas: embarazo ectópico, aborto espontáneo o inducido, reducción selectiva de embriones, muerte de un gemelo en gestación, feto muerto intraútero o intraparto, muerte de prematuro, bebés nacidos con anomalías congénitas, bebés dados en adopción (por la separación que conlleva un duelo).

Refieren que la muerte perinatal implica múltiples pérdidas para los progenitores además de la muerte real del bebé. Entre esas pérdidas, incluyen: el hijo proyectado, la plenitud de la pareja, representada por la llegada de un hijo, el momento de convertirse en padres, de algún aspecto de sí mismos con motivo de ese embarazo, de un sueño, de la posibilidad de trascendencia. Lo antedicho en relación con estar en presencia de un duelo múltiple evidencia la complejidad del duelo perinatal en contraposición al apoyo que suelen recibir y percibir los padres en esta situación. Según Santos Redondo et al. (2015, p. 220), esa situación puede suponer un «trauma acumulativo» con las mismas o mayores consecuencias que la pérdida en sí misma y que puede implicar complicaciones importantes en el proceso de recuperación de los padres.

El Programa de Enlace para la Atención Psicológica al Duelo Perinatal se centra en tres elementos principales: el ofrecimiento de atención psicológica inmediata en pérdidas en el periparto, el seguimiento emocional de los padres cuyos bebés se encuentran ingresados en la UCI de Neonatología y el seguimiento posterior en consultas hospitalarias ambulatorias tras el fallecimiento.

Los autores consideran el duelo perinatal como un proceso no patológico, que implica profundo sufrimiento para los padres y representa una clara crisis vital. El desborde emocional junto a sintomatología de tipo depresivo / ansioso, requieren apoyo emocional, comprensión y empatía para que puedan ser contenidos. «Se considera la

vivencia compartida como un elemento que potencia las posibilidades de elaboración del duelo, y que da un lugar colectivo a la pérdida, ofreciendo la posibilidad de percibir realidades similares y de reconocer sentimientos también similares a los propios, sin sentirse juzgados por ellos» (López Fuentetaja e Iriondo Villaverde, 2018, p. 12). En el marco grupal, la posibilidad de empatía con el otro y las posibilidades de identificación favorecen la integración de la experiencia en la biografía personal.

En este Programa una psicóloga clínica llevó adelante la conducción del grupo. Se realizaron ocho sesiones, con carácter quincenal y de hora y media de duración, se prolongaron durante cinco meses. Participaron doce personas en total. Los objetivos planteados fueron: compartir las experiencias en un marco de contención que facilite el proceso adecuado de elaboración del duelo, promover el avance en el proceso a través de los diferentes momentos en que se encuentran los participantes, detectar y canalizar las situaciones de riesgo de duelo patológico.

Los autores concluyen que participar de un grupo de padres aporta la posibilidad de compartir los sentimientos y emociones derivados de la pérdida de forma íntima potenciando desde un formato global las capacidades individuales de elaboración del duelo. Favorece, además, la unión de la pareja y actúa de forma preventiva ante nuevos embarazos, siendo, de esta manera, una opción privilegiada para la intervención en el duelo perinatal.

CONCLUSIONES

A través de esta búsqueda sistemática se pudo efectuar un interesante recorrido por el duro, difícil y silencioso camino que transitan los padres ante la muerte de sus hijos en período perinatal. Los distintos desarrollos teóricos y empíricos nos fueron guiando como pilares marcando el sendero del Duelo Desautorizado. La muerte es el hito que abre las puertas de este recorrido; la legislación, la medicina, las religiones y la sociedad acompañan como partícipes necesarios.

El duelo desautorizado tiene como una de sus propiedades principales su carácter de silente, de no decir, no compartir, no expresar el dolor; el hecho de «ponerle voz» permitiría el fluir de un proceso natural para, de esta forma, prevenir las posibles complicaciones del duelo.

Sostenemos que los talleres grupales y los Grupos de Apoyo serían una herramienta adecuada de intervención en este tipo de procesos ya que actuarían como amplificador de la voz del dolor compartido, generando estrategias de afrontamiento adaptativas en un espacio de apoyo y cooperación para quienes viven una situación en común.

Estos duelos acallados parecen pasar inadvertidos en una sociedad que se mueve a alta velocidad, que exige, de alguna manera, el mismo ritmo en la recuperación y la elaboración del duelo.

Tanto la sociedad en general como los profesionales de la salud en particular debemos tomar conciencia de nuestro compromiso y responsabilidad en la tarea de «autorizar», «habilitar» y «permitir» el proceso de duelo con todas sus manifestaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarado García, R. (2003). Muerte perinatal y el proceso de duelo. *Acta Pediátrica de México*, 24(5), 304-311. Recuperado de: <http://189.203.43.34:8180/bitstream/20.500.12103/1381/1/ActPed2003-053.pdf>
- Bennett, S. M., Litz, B. T., Lee, B. S., & Maguen, S. (2005). The Scope and Impact of Perinatal Loss: Current Status and Future Directions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(2), 180-187. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.2.180>
- Bourne, S. (1968). The psychological effects of stillbirths on women and their doctors. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 16, 103-112. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2236635/pdf/jroyalcgprac00375-0027.pdf>
- Calderone, M. (2015). Adversidades ante la inscripción de una pérdida. Duelo y ley jurídica. *VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXII Jornadas de Investigación. XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Argentina. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-015/17.pdf>
- Cassidy, P. (2017). La vida social del bebé no-nato: la comprensión de la naturaleza del duelo perinatal. *Revista cuatrimestral sobre la atención sanitaria, investigación, avances y actividad en la comunidad*, 2, 29-36. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/325810426_La_vida_social_del_bebe_no-nato
- Cassidy, P., Cassidy, J., Olza, I., Martín Ancel, A., Jort, S., Sánchez, D., Claramunt, M. A. y Martínez Serrano, P. (2018). *Informe Umamanita. Encuesta sobre la calidad de la atención sanitaria en casos de muerte intrauterina*. Girona: Asociación Umamanita. Recuperado de: <https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2018/11/Informe-Umamanita-Calidad-Atencion-Muerte-Intrauterina-2018.pdf>
- Cordero, M., Palacios, P., Mena, P. y Medina, L. (2004). Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento de un recién nacido. *Revista Chilena de Pediatría*, 75(1), 67-74. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062004000100011>
- Fernández-Basanta, S., Movilla Fernández, M. J., Freijomil-Vázquez, C., Pita-García, P., Aneiros Suarez, C. y Coronado-Carvajal, C. (2016). Aproximación a la realidad del duelo perinatal. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 200-210. Recuperado de: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/753>
- Furtado Eraso, S., Marín Fernández, B. y Escalada Hernández, P. (2017). Factores que afectan al duelo de mujeres que sufren pérdidas perinatales. *Investigación Cualitativa en Salud*, 2, 465-471. Recuperado de: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1239/1199>
- González Castroagudín, S., Suárez López, I., Polanco Teijo, F., Ledo Marra, M. y Rodríguez Vidal, E. (2013). Papel de la Matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal. *CADERNOS de Atención Primaria*, 19(2), 113-117. Recuperado de: https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL19/vol_2/ParaSaberDe_vol19_n2_2.pdf

- Kennell, J. H., Slyter, H., & Klaus, M. H. (1970). The mourning response of parents to the death of a newborn infant. *New England Journal of Medicine*, 283(7), 344-349. <https://doi.org/10.1056/NEJM197008132830706>
- Kirkley-Best, E., & Kellner, K. R. (1982). The forgotten grief: a review of the psychology of stillbirth. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(3), 420-429. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01428.x>
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *The American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148. <https://doi.org/10.1176/ajp.101.2.141>
- López Fuentetaja, A., Iriondo Villaverde, O. (2018). Sentir y pensar el duelo perinatal: acompañamiento emocional de un grupo de padres. *Clínica Contemporánea*, 3(9), e25, 1-24. <https://doi.org/10.5093/cc2018a21>
- López García de Madinabeitia, A. (2011). Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(1), 53-70. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n1/05.pdf>
- López García de Madinabeitia, A. y Zuazo Arsuaga, J. (2008). Brazos vacíos: Programa de enfermería de salud mental de acompañamiento en duelo perinatal desde un Centro de Salud Mental. En: *XXV Congreso de la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental*, Salamanca, España. Recuperado de: https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2015/05/Brazos_vacios.pdf
- Maldonado, S. (2018). Calidad de la atención sanitaria tras la muerte intrauterina. Resultados de una encuesta online. *Revista Muerte y Duelo Perinatal*, 4. Recuperado de: <https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2018/11/Informe-Umamanita-Calidad-Atencion-Muerte-Intrauterina-2018.pdf>
- Martínez Osta, N., Quesada Amundarain, S., Subiza Pérez, I., Torrea Araiz, I. y Urtasum Martínez, I. (2012). El duelo desautorizado: muerte perinatal. Pechos llenos, brazos vacíos. *Asesoramiento Psicológico*. Recuperado de: <https://bideginduelo.org/wp-content/uploads/2018/03/6-Duelo-perinatal.pdf>
- Martos-López, I. M., Sánchez-Guisado, M. del Mar, y Guedes-Arbelo, C. (2016). Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado = Bereavement for perinatal death, unauthorized bereavement. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 7(2), 300-309. <http://dx.doi.org/10.20318/recs.2016.3454>
- Montesinos, A., Román, A., Muñoz, M. y Elías, L. (2013). Asistencia al duelo neonatal: diez años de experiencia en una Unidad de Neonatología. *Revista Chilena de Pediatría*, 84(6), 650-658. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062013000600008>
- Mora Morillo, I. (2019). Vivencias de un padre ante una pérdida perinatal. Lo que la sociedad calla. *Archivos de la Memoria*, 16. Recuperado de: <http://ciberindex.com/c/am/e12231e>
- OMS (2017). *Para que cada bebé cuente: auditoría y examen de las muertes prenatales y neonatales* [Making every baby count: audit and review of stillbirths and neonatal deaths]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

- Páez Cala, M. y Arteaga Hernández, L. (2019). Duelo por muerte perinatal. Necesidad de una atención diferencial e integral. *Archivos de Medicina (Col)*, 19(1), 32-45. <https://doi.org/10.30554/archmed.19.1.2853.2019>
- Pastor Montero, S. M. (2016). *Abordaje de la pérdida perinatal. Un enfoque desde la investigación acción participativa* (Tesis de Doctorado). Alicante: Universidad de Alicante. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10045/54551>
- Peppers, L. G., & Knapp, R. J. (1980). Maternal reactions to involuntary fetal/infant death. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 43(2), 155-159. <https://doi.org/10.1080/00332747.1980.11024061>
- Sánchez Pérez, I. (2019). *Duelo desautorizado: Todo lo que rodea a un duelo tabú* (Trabajo fin de grado). Facultad de ciencias de la salud, Universidad de Alicante, Alicante, España. Recuperado de: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/92853>
- Santos Redondo, P., Yáñez Otero, A. y Al-Adib Mendiri, M. (2015). *Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad*. Servicio Extremeño de Salud. Gobierno de Extremadura. Recuperado de: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/libro_duelo_ses.pdf
- Vedia Domingo, V. (2016). Duelo patológico. Factores de riesgo y protección. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, VI(2), 12-34. Recuperado de: https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Duelo_patologico.pdf
- Vega, E., Chardon, E., Gómez, F., Mercado, A. y Elizondo, M. C. (2018). Diseño de Algoritmo Interdisciplinario de Intervención en Duelo Perinatal. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*, XIX(1). Recuperado de: <https://apra.org.ar/wp-content/uploads/2020/10/Diseno-de-Algoritmo-Interdisciplinario-de-Intervencion-e.pdf>
- Vicente Sáez, N. (2014). *Duelo perinatal: el duelo olvidado* (Tesis de Grado). Trabajo Social. Universidad de Salamanca. Recuperado de: <https://gredos.usal.es/handle/10366/128540>