

Patricia Jiménez Lozano

**ANÁLISIS DE TRES CASOS  
DE DUELO PERINATAL**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Dirigido por Dra. Ester Solé Pijuan

MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Departamento de Psicología



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona, 2022

El presente trabajo contiene información confidencial, por ello no puede ser compartido en su totalidad.

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA .....</b>	<b>1</b>
2.1. TIPOLOGÍA DE PÉRDIDA PERINATAL .....	3
2.2. EL DUELO Y SU MANIFESTACIÓN .....	5
2.3. FACTORES DE RIESGO PARA EL DUELO PERINATAL.....	8
2.4. COMORBILIDAD.....	10
2.5. TRATAMIENTO .....	11
<b>3. CASO CLÍNICO 1.....</b>	<b>13</b>
3.1. PRESENTACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CASO .....	13
3.2. EXPLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE EVALUACIÓN APLICADAS .....	13
3.3. ANÁLISIS FUNCIONAL DEL CASO.....	13
3.4. HIPÓTESIS DE ORIGEN Y MANTENIMIENTO DEL PROBLEMA .....	13
3.5. HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA .....	14
3.6. DATOS PRETRATAMIENTO .....	14
3.7. DEFINICIÓN DE LOS OBJETIVOS DE TRATAMIENTO .....	14
3.8. TÉCNICAS DE TRATAMIENTO UTILIZADAS.....	14
3.9. RESULTADOS ESPERADOS Y DATOS POSTRATAMIENTO.....	14
3.10. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS .....	14
3.11. PROPUESTA DE SEGUIMIENTO.....	14
<b>4. CASO CLÍNICO 2.....</b>	<b>14</b>
4.1. PRESENTACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CASO .....	14
4.2. EXPLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE EVALUACIÓN APLICADAS .....	14
4.3. ANÁLISIS FUNCIONAL DEL CASO.....	14
4.4. HIPÓTESIS DE ORIGEN Y MANTENIMIENTO DEL PROBLEMA .....	14
4.5. HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA .....	14
4.6. DATOS PRETRATAMIENTO .....	14
4.7. DEFINICIÓN DE LOS OBJETIVOS DE TRATAMIENTO .....	14
4.8. TÉCNICAS DE TRATAMIENTO UTILIZADAS.....	14
4.9. RESULTADOS ESPERADOS Y DATOS POSTRATAMIENTO.....	14
4.10. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS .....	14
4.11. PROPUESTA DE SEGUIMIENTO.....	14
<b>5. CASO CLÍNICO 3.....</b>	<b>14</b>

5.1.	PRESENTACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CASO .....	14
5.2.	EXPLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE EVALUACIÓN APLICADAS .....	14
5.3.	ANÁLISIS FUNCIONAL DEL CASO.....	14
5.4.	HIPÓTESIS DE ORIGEN Y MANTENIMIENTO DEL PROBLEMA .....	14
5.5.	HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA .....	15
5.6.	DATOS PRETRATAMIENTO .....	15
5.7.	DEFINICIÓN DE LOS OBJETIVOS DE TRATAMIENTO .....	15
5.8.	TÉCNICAS DE TRATAMIENTO UTILIZADAS.....	15
5.9.	RESULTADOS ESPERADOS Y DATOS POSTRATAMIENTO.....	15
5.10.	DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS .....	15
5.11.	PROPUESTA DE SEGUIMIENTO .....	15
<b>6.</b>	<b>ANÁLISIS DE LAS LIMITACIONES DEL TRABAJO .....</b>	<b>15</b>
<b>7.</b>	<b>CONCLUSIONES CRÍTICAS .....</b>	<b>15</b>
<b>8.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>15</b>
<b>9.</b>	<b>ANEXOS .....</b>	<b>21</b>
	ANEXO 1: .....	21
	ANEXO 2: .....	21
	ANEXO 3: .....	21
	ANEXO 4: .....	21
	ANEXO 5: .....	21
	ANEXO 6: .....	21
	ANEXO 7: .....	21
	ANEXO 8: .....	21
	8.1.....	21
	8.2.....	21
	ANEXO 9: .....	21
	ANEXO 10:.....	21
	ANEXO 11:.....	21
	ANEXO 12:.....	21

## **1. INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo de final de máster versa sobre 3 historias de vida; las de 3 mujeres, y sus familiares, tras sufrir una pérdida perinatal en distintos momentos de la gestación, que acuden al servicio de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR). Aunque con un mismo desenlace para sus bebés, sus experiencias entorno a la pérdida son particulares pues también lo fueron las fatídicas circunstancias que lo desencadenaron, sus personalidades, sus mecanismos de afrontamiento, su entorno social y familiar y, en definitiva, los recursos de qué disponían para enfrentarse a tal adversidad. En este trabajo se comparte un pedacito del camino hacia su "reconciliación" (Umamanita y El parto es Nuestro, 2009).

## **2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

Experimentar la pérdida de un ser querido, puede ser una experiencia vital difícil y dolorosa (Rando, 1993; Neimeyer, 2002; Payás, 2010). Si la pérdida es por el fallecimiento de un/a hijo/a, la literatura científica señala que el duelo podría desembocar en un duelo complicado (Rando, 1993; Shear et al., 2011; Kersting y Wagner, 2012; Ridaura et al., 2017). Y si, además, se trata de la pérdida de un bebé en la etapa perinatal: durante el embarazo, el parto o en la etapa neonatal, se podría dar lugar al denominado duelo desautorizado (Cacciatore, 2013; Shannon y Wilkinson, 2020), término acuñado por Kenneth Doka en 1989 (*disenfranchised grief*) (citado en Payás, 2010, p. 55; en García Hernández, 2012, p.100; en López, 2011, p. 59), en el que los dolientes se ven, en ocasiones, abocados a vivirlo en soledad y elaborarlo por sí mismos, pues no se encuentra el suficiente apoyo, reconocimiento y visibilidad en el entorno para poder compartirlo y expresarlo (Brier, 2008). El duelo desautorizado y el trauma acumulativo son conceptos que pueden ir de la mano e incluso superponerse, facilitando el duelo complicado (Payás, 2010). Respecto a ello, Payás (2010) expone:

La desautorización y la falta de comprensión y apoyo vivida durante la muerte y, posteriormente, durante el tiempo de duelo, pueden producir a veces daño igual o mayor que

el propio evento trágico. Este daño psicológico es lo que llamamos trauma acumulativo en el duelo (pp. 56-57).

Cacciatore (2013) recoge la muerte perinatal como "muerte invisible". La muerte perinatal implica, en sí misma, una paradoja vital difícilmente asumible, pues en una breve línea temporal confluyen el proceso de creación de una vida con su amargo final, antes incluso de su nacimiento (López, 2011; López y Pi-Sunyer, 2015, Ridaura et al., 2017). La Organización Mundial de la Salud (OMS) (WHO, 2015), en la *International Statistical Classification of Diseases and related health problems* (ICD-10), delimita la **etapa perinatal** como el período comprendido entre las 22 semanas de gestación (SG) (154 días) y los 7 primeros días de vida tras el nacimiento (el día del nacimiento computa como día 0). Del mismo modo, la OMS (2015) establece la **muerte perinatal** distinguiendo entre **muerte fetal temprana**: pérdida del bebé entre las 22 y las 28 SG o un peso del bebé establecido entre 500gr. y 1000gr.; y **la muerte fetal tardía**: pérdida del bebé a partir de los 1000gr. de peso o a partir de las 28 SG. Cuando la pérdida del bebé se produce en las semanas previas a la 22 SG, recibe el nombre de **aborto** (Cassidy et al., 2018; Izquierdo y Ximénez de Embún, 2019). La OMS (2015) también define la **etapa neonatal** desde el nacimiento hasta los 28 días de vida tras el parto; y la **muerte neonatal**, distinguiendo entre **muerte neonatal temprana**, pérdida entre el día del parto y el 7º día de vida, y la **muerte neonatal tardía**, pérdida tras el 7º día desde el nacimiento y antes del día 28 de vida. En general, la literatura consultada y la práctica entre profesionales de salud considera etapa perinatal, y por ende muerte perinatal, desde el inicio del embarazo hasta el período neonatal (López, 2011; Cassidy et al., 2018; Shannon y Wilkinson, 2020).

A nivel mundial, se estima una prevalencia de 2,6 millones de casos de muerte fetal intrauterina al año (WHO, s.d.). Según datos del *Institut d'Estadística de Catalunya* (IDESCAT, 2020), en 2019 la tasa de mortalidad perinatal en España fue de 4,37 por 1.000 nacimientos (vivos o muertos); y en Cataluña, los datos para el mismo año fueron

de 4,57 defunciones por 1.000 nacimientos. En relación con la muerte fetal intrauterina (ya sea *antepartum* o *intrapartum*) uno de los mayores retos a nivel global los últimos años ha sido la recopilación de datos, concretamente en los países en desarrollo (Yakoob et al., 2010). Históricamente, los datos referentes a las muertes intrauterinas han sido ineficazmente compilados e infradeclarados por muchos países y cuando se recogían se presuponen infraestimados (WHO, 2006; Yakoob et al., 2010; Cassidy, 2018). Los requisitos legales a la hora de registrar las defunciones varían de un país a otro, lo que dificulta la comparación estadística internacional con fiabilidad (Cassidy, 2018). La WHO (2006; 2015) recomienda recoger información nacional de la totalidad de bebés nacidos, vivos o muertos, a partir de 500gr. de peso o 22 SG (muerte fetal temprana). A nivel internacional, computan los fallecimientos de bebés a partir de 1.000gr. de peso (muerte fetal tardía), pues el registro de menos semanas se hace difícil para algunos países.

### **2.1. Tipología de pérdida perinatal**

Existen distintos tipos de pérdidas incluidas dentro de la etapa perinatal; autores e investigadores focalizan en unos u otros términos según sea el objeto de su estudio o el criterio de categorización. Generalmente se habla de pérdida perinatal abarcando la muerte del bebé por aborto espontáneo, por muerte fetal (intraútero, recibe el nombre de mortinato) y la muerte neonatal (Kersting y Wagner, 2012; Cassidy et al., 2018). En un intento de ser más precisos, algunos autores establecen clasificaciones más concretas y exhaustivas. Por ejemplo, López (2011) identifica como tipos de pérdida perinatal: el aborto espontáneo, o involuntario para algunos autores (Shannon y Wilkinson, 2020), el aborto voluntario, la interrupción voluntaria de embarazo (anomalías fetales o amenaza para la salud de la madre), la reducción selectiva en embarazos múltiples, la muerte intrauterina (incluyendo la muerte intraparto), la pérdida en embarazos múltiples y la pérdida del neonato. El **aborto espontáneo**, o aborto bioquímico cuando es precoz, se refiere a la finalización temprana del desarrollo del embrión, antes de que el feto sea

viable, normalmente antes de las 12 SG (Brier, 2008; López, 2011). Otros autores lo ubican dentro de las 20 SG (Kersting y Wagner, 2012) y en investigación se sitúa a partir de las 20 SG hasta las 27 SG (Brier, 2008). El aborto espontáneo tiene una prevalencia aproximada del 15% de los embarazos según una revisión de estudios (Cassidy et al., 2018). Kersting y Wagner (2012) y Brier (2008) la sitúan como la pérdida más común en el embarazo con una prevalencia de entre el 15% y el 27% en mujeres entre 25 y 29 años, que asciende al 75% a partir de 45 años. Acostumbra a ser la pérdida menos reconocida (Brier, 2008), junto al aborto voluntario, y por ello, y a pesar del menor tiempo de gestación, puede propiciar un duelo complicado (López, 2011; Kersting y Wagner, 2012). El **aborto voluntario** es la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) por deseo expreso de la mujer cuando no se hayan excedido las 14 SG según permite la Ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo de salud sexual y reproductiva (*Generalitat de Catalunya*, 2012). En 2019, en España la tasa de IVE fue de 11,53 cada 1.000 mujeres (99.149 IVE) y en Cataluña del 14,72 (20.758 IVE) (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [MSCBS], 2020), siendo el 90% total de todas las IVE por petición de la mujer. Este tipo de pérdida, aunque voluntaria, se lleva con silencio y secretismo lo que puede dar lugar a sintomatología psicopatológica, el llamado "síndrome post aborto" (Hernández et al., 2017, p. 65). La **IVE motivada por causa médica** (anomalía fetal o amenaza para la salud materna) se puede realizar entre las 15 y 22 SG, y a partir de la 23 SG, sólo si existen anomalías incompatibles con la vida o amenaza extremadamente grave para la gestante. Supuso en 2019 en España, el 10% del total de las IVE (MSCBS, 2020), aunque los datos, según Cassidy (2018) están notablemente infradeclarados. La **reducción selectiva en embarazos múltiples** se suele dar entre las semanas 10 y 12 de gestación, mediante una inyección letal, cuando es inviable que todos los bebés lleguen a término. No se ofrecen datos específicos de prevalencia para esta tipología, se presupone incluida en el 10% de las IVE por causa médica. La **muerte intrauterina** se

refiere a la pérdida del bebé en el anteparto o intraparto, con resultado de mortinato (Cassidy et al., 2018), normalmente a partir de que el bebé alcanza un peso de 500gr. que suele ser entorno a las 22 SG (inicio de la etapa perinatal según la OMS) o las 20 SG para otros autores (Kersting y Wagner, 2012). En el 25% de los casos de muerte intrauterina, no se logra determinar el motivo de la muerte (Cassidy et a., 2018), lo cual entorpece la progresión del duelo por la dificultad para encontrarle significado (Payás, 2010). La **pérdida perinatal en embarazos múltiples** es 7-8 veces superior a la del embarazo individual y aunque puede que uno de los bebés sobreviva, volvemos a la paradoja vida-muerte, alegría-tristeza, siendo el gemelo superviviente una fuente de añoranza y un recordatorio vital para los padres (López, 2011). Por último, la **pérdida neonatal**, comprendida entre el parto y el 28º día tras el nacimiento, puede ser repentina (intraparto o en horas posteriores) o convertirse en un duelo anticipatorio si el bebé está en estado grave (López, 2011). Se estimó en 2016 en una tasa de mortalidad de 2 por 1.000 nacidos (Cassidy, 2018). Resulta una etapa de alerta constante, angustia sostenida y ambivalencia (amor por el bebé y miedo a que fallezca); los padres pueden manifestar deseo que el bebé muera para acabar con el sufrimiento, con la culpa que de ahí puede destilarse (López, 2011).

## **2.2. El duelo y su manifestación**

Tras una experiencia de pérdida se van a suceder una amalgama de estados emocionales y reacciones fisiológicas, afectivas y psicológicas, similares a las que ocurren ante otras pérdidas significativas (Brier, 2008). Tal vivencia supone un impacto psicológico decisivo en las vidas de progenitores y familiares (García Hernández, 2012; Hill et al, 2017), viéndose obligados a transitar lo que denominamos proceso de duelo (Rando, 1993; Neimeyer, 2002). El duelo en sí mismo es un proceso natural no un estado patológico, destilado por muchos autores de la teoría del apego (Brier, 2008), y varía de unas personas a otras en la intensidad de sus manifestaciones, la expresión y el curso (Rando,

1993; Neimeyer, 2002; Brier, 2008; Payás, 2010; Shear et al., 2011; García Hernández, 2012; Kersting y Wagner, 2012). Podría entenderse como el proceso natural y necesario de "asimilar una pérdida" (Echeburúa y Herrán, 2007, p. 33). Los dolientes van a mostrar ciertas reacciones y conductas que los incapacitarán en mayor o menor medida para seguir con su cotidianidad (Rando, 1993), durante meses o incluso años (Brier, 2008; Payás, 2010; Hill et al., 2017), estableciéndose un período de tiempo aproximado de entre 2 (Kersting y Wagner, 2012) a 3 años (Athey y Spielvogel, 2000). Hay cierto acuerdo en que la etapa más aguda de duelo se resuelve los primeros 6 meses, 3 o 4 meses en casos de aborto espontáneo (Brier, 2008; Shear et al., 2011; Campbell-Jackson y Horsch, 2014). Otros autores identifican la atenuación de síntomas tras 1 o 2 años (Lok y Neugebauer, 2007). Aproximadamente un 41% de las mujeres resuelven el duelo satisfactoriamente (Athey y Spielvogel, 2000). El duelo perinatal puede concebirse como un duelo múltiple, pues a parte de la pérdida del bebé habrá que contemplar otras pérdidas secundarias, tales como: el hijo/a proyectado, una etapa vital, un sueño, la familia imaginada, la plenitud de la pareja, una parte de sí mismos e incluso la posibilidad de trascendencia (infertilidad) (López y Villaverde, 2018). Hill y colaboradores (2017) encontraron que la autoestima se veía notablemente afectada en mujeres que habían sufrido muerte intrauterina. Las manifestaciones de duelo perinatal incluyen:

**Síntomas físicos:** vacío en el estómago, opresión en el pecho, fatiga, sudoración, dificultad respiratoria, debilidad, somatizaciones (Neimeyer, 2002; Brier, 2008; García Hernández, 2012).

**Síntomas emocionales:** estado de shock e insensibilidad (López, 2011; Ridaura et al., 2017), miedo, confusión, ganas de escapar, vergüenza, ira (Cacciatore, 2013), culpa, autorreproche, sensación de fracaso hacia el propio cuerpo, sentimientos de feminidad socavada (Athey y Spielvogel, 2000; Kersting y Wagner, 2012), ansiedad, enfado, hostilidad, incredulidad, irrealidad, desesperación, tristeza, desesperanza, abatimiento, soledad, indefensión (López, 2011).

**Síntomas cognitivos:** pensamientos intrusivos, reexperimentación, dificultad de concentración, atención, memoria, desorganización, desrealización, ambivalencia, despersonalización, bloqueo mental, dificultad en la toma de decisiones, insomnio (Payás, 2010), necesidad de encontrar una explicación (Athey y Spielvogel, 2000).

**Síntomas perceptivos:** alucinaciones visuales y auditivas, sensaciones de "movimientos fetales fantasma" (López, 2011), períodos de amnesia disociativa, soñar con el bebé, percepción de ralentización del tiempo (Payás, 2010).

**Síntomas conductuales:** aislamiento y/o evitación social, desapego, consumo de sustancias (Campbell-Jackson y Horsch, 2014), funcionalidad disminuida (social, laboral, académica), conductas de evitación de situaciones relacionadas con la experiencia traumática (Brier, 2008; Payás, 2010; López, 2011), necesidad de hablar de la experiencia y del bebé (Athey y Spielvogel, 2000), llanto recurrente, disminución del apetito, hiperactividad o hipoactividad y atesorar objetos del bebé (Payás, 2010).

Entorno a un 59% de mujeres que sufren aborto espontáneo ven complicarse su proceso de duelo (Athey y Spielvogel, 2000) y se estima que un 20% de los progenitores que pierden a un hijo/a no logran superarlo completamente (Echeburúa y Herrán, 2007). En los casos en que se intensifican persistentemente y disfuncionalmente los síntomas de duelo, se da lugar al denominado duelo complicado o patológico (Shear et al., 2011; Worden, 2013). No se encuentran datos relativos a la incidencia de duelo patológico en pérdida perinatal, pero Payás (2010) recoge que entre un 8 y un 10% de personas en duelo ven escalar sus síntomas a cuadros más complicados y un 30% de pacientes ambulatorios de salud mental presenta duelo patológico. Echeburúa y Herrán (2007) señalan una incidencia de duelo complicado entre un 10 y un 20%. Es primordial la precisión en cuanto a intensidad y duración del duelo para despatologizar un proceso considerado natural (Gold et al., 2016). Para su delimitación respecto a otras afecciones psicológicas tanto el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su 5ª edición (*DSM-5*, por sus siglas en inglés) (*American Psychiatric Association [APA]*, 2014), como la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su 11ª versión (*CIE-11*) (*OMS*, 2021) especifican categorías que ayudan a su diagnóstico: trastorno de duelo complejo persistente y trastorno por duelo prolongado respectivamente. Los criterios propuestos por el *DSM-5* para el trastorno de duelo persistente se enmarcan en la sección III, en "Afecciones que necesitan más estudio" (*DSM-5*, 2014, p.789), por ello se establece como diagnóstico provisional. Ver criterios diagnósticos en el Anexo 1.

### **2.3. Factores de riesgo para el duelo perinatal**

La literatura sobre duelo perinatal subraya que pueden darse circunstancias en las que las reacciones de los dolientes se tornen más disruptivas, incapacitantes y perduren más tiempo del que sería esperable para un duelo saludable (Kersting y Wagner, 2012), pudiendo abrir las puertas a un duelo complicado que traiga consigo mayor asilamiento de los dolientes, y consecuencias a nivel individual y en la pareja (Shannon y Wilkinson, 2020). Conocer los **factores de riesgo** que predicen complicaciones en el duelo tras una pérdida perinatal permite prevenir e intervenir de forma temprana (Athey y Spielvogel, 2000; Brier, 2008). Brier (2008) enfatiza como factores de riesgo: 1) la complejidad del duelo en el aborto espontáneo, pues no se ha materializado la relación con el bebé fallecido, jugando un papel relevante el anhelo por ese bebé y por la relación simbólica que la gestante anticipa en su imaginario mental; 2) que sea una pérdida no reconocida por familiares y amigos (inexistencia de rituales); 3) no haber podido despedirse; 4) la existencia de pobre apoyo social y familiar, así como escaso apoyo de la pareja e insatisfacción previa en la relación de pareja; 5) no tener otros hijos previamente; 6) personalidad neurótica; 7) actitudes ambivalentes frente al duelo (en embarazo no planificado) que provocan más culpa y vergüenza tras la pérdida; 8) la realidad y vivencia exagerada de la gestación; y 9) la presencia de anomalías fetales que conlleven la toma de decisión de los progenitores de finalizar o no el embarazo. Otros factores de riesgo que distintos autores apuntan son: no poder anticiparse y prepararse para la pérdida (Kersting y Wagner, 2012), siendo normalmente un incidente repentino e inesperado (Lok y Neugebauer, 2007); la inexistencia de experiencias vitales previas junto al bebé que no ha nacido todavía (Kersting y Wagner, 2012), pero "tiene presencia psicológica en el sistema familiar" (Shannon y Wilkinson, 2020, p.141); poseer ciertos rasgos de personalidad predictores de mayor aflicción en el duelo: autocrítica, actitud defensiva, autopercepción de insuficiencia y pobre fuerza del ego entendida como tener

un concepto negativo de uno mismo, bajas expectativas de autoeficacia y escasa capacidad para hacer frente a la realidad externa (Cacciatore, 2013); disponer o no de estrategias de afrontamiento previas a la pérdida (Brier, 2008) y el afrontamiento centrado en la emoción de tipo evitativo (Worden, 2013; Mota et al., 2021); la ambigüedad de la pérdida si se desconoce el motivo de la muerte (Athey y Spielvogel, 2000; Shannon y Wilkinson, 2020); el momento del ciclo vital de la persona en el que se ubica la pérdida, si coincide con otros problemas, y la juventud de los progenitores (Ridaura et al., 2017); no tener pareja, infiriéndose menos oportunidades de hablar y compartir la experiencia (Campbell Jackson y Horsch, 2014); tener problemas psiquiátricos previos, sobre todo depresión y ansiedad o duelos recientes, tener poca información acerca de abortos previos, pérdidas recurrentes y culpar a la pareja (Athey y Spielvogel, 2000); que la gestación se produzca al final de la vida reproductiva de la mujer y haya sido fruto de técnicas de reproducción asistida (López, 2011); y que la madre perciba la pérdida como una pérdida de sí misma, no como un ser con cuerpo independiente del propio (Lok y Neugebauer, 2007). Las fuentes consultadas coinciden en que la edad gestacional en la que se produce la pérdida no correlaciona con mayores secuelas psicológicas para los dolientes, no resultando un factor de riesgo (Athey y Spielvogel, 2000; Lok y Neugebauer, 2007; Brier, 2008). Se han observado ligeras diferencias en los patrones de duelo de madres y padres. Las reacciones de duelo en progenitores masculinos serían más leves y breves, reportando menores índices de llanto y menor necesidad de hablar de ello (Brier, 2008); las estrategias de afrontamiento de los padres son tendentes a la evitación, la internalización, la negación, la distracción (Kersting y Wagner, 2012) y se focalizan en las relaciones sexuales (Cacciatore, 2013). Las desigualdades entre los duelos pueden socavar notablemente el bienestar de la relación de pareja al tiempo que van redefiniendo sus roles (Cacciatore, 2013; Hill et al., 2017).

Se han identificado **factores protectores** de duelo complicado que disminuirían los efectos perjudiciales de éste y rebajarían la intensidad de los síntomas: ver y compartir tiempo con el bebé fallecido, despedirlo, guardar objetos de recuerdo, disponer de información, capacidad y autonomía en la toma de decisiones, ciertas actitudes de los profesionales sanitarios, como por ejemplo, reconocimiento de la muerte, empatía, acompañamiento y apoyo emocional a los padres (Cassidy et al., 2018), participar de una comunidad religiosa (Kersting y Wagner, 2012), tener hijos posteriormente (Brier, 2008), la armonía en la pareja y la salud mental en alguno de los progenitores (protege frente a respuestas de duelo en ambos) (Cacciatore, 2013), y la resiliencia, que podría mitigar los síntomas de duelo, ansiedad y el desarrollo de un trauma (Gold et al., 2016).

#### **2.4. Comorbilidad**

La muerte perinatal, aparte de desembocar en un duelo complicado, puede dar paso a trastornos psiquiátricos, como ansiedad, depresión y estrés postraumático, que requerirán otro abordaje (Athey y Spielvogel, 2000; Brier, 2008; Shear et al., 2011; Cacciatore, 2013; Campbell-Jackson y Horsch, 2014; Ridaura et al., 2017). En el Informe de Umamanita (Cassidy et al., 2018) se recoge que un 10%-30% de mujeres que han sufrido una muerte perinatal presentan síntomas clínicos comórbidos de dichos trastornos en los meses posteriores a la pérdida, permaneciendo incluso años. Los síntomas de duelo agudo pueden confundirse con síntomas depresivos (Ridaura et al., 2017), lo que requerirá un diagnóstico diferencial preciso (López, 2011), mediante la CIE-11 (OMS, 2021) o el DSM-5 (APA, 2014). El DSM-5 reconoce, por primera vez, que puede darse el trastorno depresivo mayor durante un proceso de duelo (APA, 2014). En los casos de aborto espontáneo la **sintomatología depresiva** suele aparecer poco después del aborto espontáneo en el 20%-55% de los casos, siendo más probable que las madres sigan mostrando síntomas al cabo de un año (Lok y Neugebauer, 2007). Estos síntomas pueden escalar a la categoría de trastorno depresivo mayor en un 10%-

50% de los casos, mostrando una tasa 4 veces mayor de sufrir depresión mayor que la población general (Lok y Neugebauer, 2007; Gold et al., 2016). Los síntomas son más frecuentes en mujeres con psicopatología previa, nulíparas o abortos recurrentes (López, 2011). La sintomatología depresiva puede repuntar ante un nuevo embarazo (Gold et al., 2016). Los **síntomas de ansiedad** postaborto también son recurrentes, en un 20%-40% de los casos, normalmente en forma de síntomas psicósomáticos, con su punto más álgido entre los 3 meses (López, 2011) y 6 meses tras la pérdida, volviendo a un estado basal entorno al año de la pérdida (Lok y Neugebauer, 2007). Cabe estar atentos a un posible repunte sintomatológico en el caso de un nuevo embarazo (López, 2011; Campbell-Jackson y Horsch, 2014). Está establecida una probabilidad 7 veces mayor de que las madres dolientes tras una pérdida perinatal experimenten síntomas de **trastorno de estrés postraumático** (TEPT) en comparación con progenitores no dolientes (Gold et al., 2016); siendo más prevalente en mujeres, bajo la forma subclínica y menor prevalencia del trastorno completo, con mayor intensidad las semanas posteriores a la pérdida y decreciendo los meses posteriores (Daugirdaitė et al., 2015). Tras muerte fetal intrauterina se ha observado una prevalencia del 20% de TEPT, de la cual un 29% permanece a lo largo de la vida (Chung y Reed, 2017).

### **2.5. Tratamiento**

El objetivo principal de la intervención en duelo perinatal es ayudar a los dolientes a recuperarse, dando sentido a la pérdida (Capitulo, 2005). Existen variadas teorías y enfoques que se han ocupado del estudio del duelo; algunas teorías son más conceptuales mientras otras ofrecen un marco para la intervención, todas ellas válidas si resultan útiles para la recuperación de los dolientes (Payás, 2010). Los modelos dinámicos y más tradicionales (Bowlby, Parkes, Kübler-Ross, Horowitz, Sanders, Rando) postulan que el doliente en su proceso de reconstitución tras la pérdida progresará por una serie de fases (Payás, 2010). Worden (2013) tratando de dar un papel activo a la

persona al transitar el duelo, aspecto también enfatizado por Claramunt y colaboradores (2009), y como complemento a la progresión en fases, propone como objetivos en el trabajo de duelo la consecución de 4 tareas psicológicas: I) aceptar la realidad de la pérdida, II) poder sentir y expresar emocionalmente el dolor de la pérdida, III) readaptarse al entorno sin el ser querido y IV) integrar de forma alternativa al fallecido en la vida de uno, en una conexión simbólica y duradera mientras se va reconstituyendo la nueva cotidianidad. Los últimos años resuena en las investigaciones el uso del Modelo Dual de Afrontamiento, de Stroebe y Schut (Payás, 2010; Worden, 2013; Shannon y Wilkinson, 2020) que apuesta por un doble objetivo de afrontamiento del duelo: resolver y elaborar el duelo por la pérdida, al tiempo que restaurar en la persona el nivel de funcionamiento habitual (Stroebe y Schut, 2010). Algunas técnicas que pueden propiciar el tránsito del duelo son: la toma de decisiones, el trabajo en habilidades y adquisición de competencias personales, la prescripción de tareas y rituales, anticiparse a fechas señaladas mediante visualización, preguntas terapéuticas para favorecer la transición del pensamiento mágico a un pensamiento más racional, la narración repetitiva de lo ocurrido, según Echeburúa y Herrán (2007) llamada técnica de la lamentación dirigida, así como la *exposición in vivo* a situaciones o estímulos evitados por el doliente (Echeburúa y Herrán, 2007; Claramunt et al., 2009). Worden (2013) recomienda técnicas psicoterapéuticas procedentes de distintas disciplinas para la terapia de duelo: silla vacía, psicodrama, asignación de tareas y análisis de los sueños; y también enumera una serie de técnicas para el asesoramiento en duelo o *counselling*, por ejemplo, lenguaje evocador, uso de símbolos y metáforas, escribir, dibujar, juego de roles, reestructuración cognitiva, álbumes de recuerdos e imaginación guiada. Payás (2010) apuesta por un modelo de psicoterapia integrativa centrado en la relación terapéutica: "la pérdida de la relación debe sanarse en el contacto que proporciona la relación con los otros: sin ese otro, sanar el duelo no es posible" (p. 26); y apela a la importancia de que las técnicas

de intervención se amparen e integren en un marco teórico de referencia. En una reciente revisión se recoge la terapia cognitivo conductual (TCC) como el modelo de referencia con mayor respaldo empírico para atender los trastornos mentales en la etapa perinatal (Fonseca et al, 2021). Para el abordaje de sintomatología ansiosa comórbida, con un nivel de recomendación y evidencia equiparable a la TCC, se encontraría también el *mindfulness* (Cacciatore, 2013; Fonseca et al., 2021). La revisión de Fonseca y colaboradores (2021) señala que en personas que presentan múltiples diagnósticos emocionales también despunta el tratamiento transdiagnóstico con elevado nivel de evidencia; para la atención de patología depresiva comórbida recomiendan, con apoyo experimental sólido, la TCC de Beck, la activación conductual, la terapia interpersonal y el *mindfulness*; y para el tratamiento del TEPT, la recomendación terapéutica, respaldada también por la revisión de Novo et al. (2018), se centra en exposición prolongada, terapia de procesamiento cognitivo y EMDR (*Eyes Movement Desensitization and Reprocessing*). Buena parte de la bibliografía consultada apuesta por el tratamiento del duelo patológico combinando terapia individual y grupal; la primera, favorece la individualización y la adaptación completa a la problemática de la persona y, la segunda, brinda apoyo social, ayuda entre iguales y reconforta a las familias dolientes (Echeburúa y Herrán, 2007; Claramunt et al., 2009; Payás, 2010; Worden, 2013).

### **3. CASO CLÍNICO 1**

#### **3.1. *Presentación y descripción del caso***

#### **3.2. *Explicación de las técnicas de evaluación aplicadas***

#### **3.3. *Análisis funcional del caso***

#### **3.4. *Hipótesis de origen y mantenimiento del problema***

- 3.5. Hipótesis diagnóstica**
- 3.6. Datos pretratamiento**
- 3.7. Definición de los objetivos de tratamiento**
- 3.8. Técnicas de tratamiento utilizadas**
- 3.9. Resultados esperados y datos postratamiento**
- 3.10. Discusión de los resultados obtenidos**
- 3.11. Propuesta de seguimiento**

#### **4. CASO CLÍNICO 2**

- 4.1. Presentación y descripción del caso**
- 4.2. Explicación de las técnicas de evaluación aplicadas**
- 4.3. Análisis funcional del caso**
- 4.4. Hipótesis de origen y mantenimiento del problema**
- 4.5. Hipótesis diagnóstica**
- 4.6. Datos pretratamiento**
- 4.7. Definición de los objetivos de tratamiento**
- 4.8. Técnicas de tratamiento utilizadas**
- 4.9. Resultados esperados y datos postratamiento**
- 4.10. Discusión de los resultados obtenidos**
- 4.11. Propuesta de seguimiento**

#### **5. CASO CLÍNICO 3**

- 5.1. Presentación y descripción del caso**
- 5.2. Explicación de las técnicas de evaluación aplicadas**
- 5.3. Análisis funcional del caso**
- 5.4. Hipótesis de origen y mantenimiento del problema**

- 5.5. Hipótesis diagnóstica**
- 5.6. Datos pretratamiento**
- 5.7. Definición de los objetivos de tratamiento**
- 5.8. Técnicas de tratamiento utilizadas**
- 5.9. Resultados esperados y datos postratamiento**
- 5.10. Discusión de los resultados obtenidos**
- 5.11. Propuesta de seguimiento**

## **6. ANÁLISIS DE LAS LIMITACIONES DEL TRABAJO**

## **7. CONCLUSIONES CRÍTICAS**

## **8. BIBLIOGRAFÍA**

- Álvarez, M., Claramunt, M.A., Carrascosa, L. y Silvente, C. (2016). *Las voces olvidadas. Pérdidas gestacionales tempranas* (2ª ed.). OB Stare.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Andersen, L. B., Melvaer, L. B., Videbech, P., Lamont, R. F. y Joergensen, J. S. (2012). Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 91(11), 1261-1272. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2012.01476.x>
- Athey, J., y Spielvogel, A. M. (2000). Risk factors and interventions for psychological sequelae in women after miscarriage. *Primary Care Update for OB/GYNS*, 7(2), 64-69. [https://doi.org/10.1016/S1068-607X\(00\)00023-8](https://doi.org/10.1016/S1068-607X(00)00023-8)
- Baile, J. I. y Rabito, M. F. (2020). *Tratando... trastorno por estrés postraumático*. Pirámide.
- Barat, S., Yazdani, S., Faramarzi, M., Khafri, S., Darvish, M., Rad, M. N., y Asnafi, N. (2020). The effect of brief supportive psychotherapy on prevention of psychiatric morbidity in women with miscarriage: a randomized controlled trial about the first 24-hours of hospitalization. *Oman Medical Journal*, 35(3), e130. <https://doi.org/10.5001/omj.2020.48>
- Bellver, A., Gil-Juliá, B., y Ballester, R. (2008). Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología*, 5(1), 103 - 116. Recuperado 22 de noviembre de 2021, de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808130103A>
- Beyebach, M. y Herrero de Vega, M. (2016). *200 tareas en terapia breve* (2ª ed.). Herder.

- Brier, N. (2008). Grief Following Miscarriage: A Comprehensive Review of the Literature. *Journal of Women's Health*, 17(3), 451–464. <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0505>
- Cacciatore J. (2013). Psychological effects of stillbirth. *Seminars in fetal & neonatal medicine*, 18(2), 76–82. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2012.09.001>
- Campbell-Jackson, L., y Horsch, A. (2014). The Psychological Impact of Stillbirth on Women: A Systematic Review. *Illness, Crisis & Loss*, 22(3), 237–256. <https://doi.org/10.2190/IL.22.3.d>
- Capitulo, K. L. (2005). Evidence for healing interventions with perinatal bereavement. *MCN. The American journal of maternal child nursing*, 30(6), 389–396. <https://doi.org/10.1097/00005721-200511000-00007>
- Caprara, G.V., Barbaranelli, C., Borgogni, L., Perugini, M. (1993). The “big five questionnaire”: a new questionnaire to assess the five factor model. *Personality and Individual Differences*, 15(3), 281–288. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(93\)90218-R](https://doi.org/10.1016/0191-8869(93)90218-R)
- Cassidy, P.R. (2018). Estadísticas y tasas de mortalidad intrauterina, neonatal y perinatal en España. *Muerte y duelo perinatal*, 4, 23-34. Umamanita. Recuperado 21 enero 2021, de <https://www.umamanita.es/revista-muerte-y-duelo-perinatal-numero-4-actual/>
- Cassidy, P.R., Cassidy, J., Olza, I., Martín Ancel, A., Jort, S., Sánchez, D., Claramunt, M.A., Pi-Sunyer, M.T., Bianco, G., y Martínez Serrano, P. (2018). *Informe UMAMANITA: Encuesta sobre la calidad de la atención sanitaria en casos de muerte intrauterina*. Umamanita. Recuperado 7 enero 2021, de <https://www.umamanita.es/informe-umamanita-calidad-atencion-muerte-intrauterina-perinatal-duelo/>
- Chung, M. C. y Reed, J. (2017). Posttraumatic Stress Disorder Following Stillbirth: Trauma Characteristics, Locus of Control, Posttraumatic Cognitions. *The Psychiatric Quarterly*, 88(2), 307–321. <https://doi.org/10.1007/s11126-016-9446-y>
- Claramunt, M.A., Álvarez, M., Jové, R. y Santos, E. (2009). *La cuna vacía. El doloroso proceso de perder un embarazo* (1ª ed.). La Esfera de los Libros.
- Côté-Arsenault, D., Schwartz, K., Krowchuk, H., y McCoy, T. P. (2014). Evidence-based intervention with women pregnant after perinatal loss. *MCN. The American journal of maternal child nursing*, 39(3), 177–188. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000024>
- Crespo, M. y Larroy, C. (1998). *Técnicas de modificación de conducta. Guía práctica y ejercicios*. Dykinson.
- Daugirdaitė, V., van den Akker, O., y Purewal, S. (2015). Posttraumatic Stress and Posttraumatic Stress Disorder after Termination of Pregnancy and Reproductive Loss: A Systematic Review. *Journal of Pregnancy*, 2015, 1–14. <https://doi.org/10.1155/2015/646345>
- Daza, P., Novy, D.M., Stanley, M.A. y Averill, P. (2002). The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish Translation and Validation with a Hispanic Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24(3), 195–205. <https://doi.org/10.1023/A:1016014818163>
- Díaz, M.I., Ruiz, M.A. y Villalobos, A. (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.

- Echeburúa, E. y Herrán, A. (2007). ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo? *Análisis y Modificación de Conducta*, 33(147), 31-50. <http://dx.doi.org/10.33776/amc.v33i147.1205>
- Echeburúa, E., Amor, P. J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F. P., y Muñoz, J. M. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia psicológica*, 34(2), 111-128. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082016000200004>
- Fernández, E. (2020). *Duelo perinatal y trastorno de estrés postraumático en una gestación posterior a una pérdida gestacional* (Tesis doctoral, Universidad de Málaga). <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/20944>
- Fonseca, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., Muñiz, J., López-Navarro, E., Pérez de Albéniz, A., Lucas, B., Debbané, M., Bobes-Bascarán, M. T., Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Rodríguez-Testal, J. F., González, D., Díez-Gómez, A., García, J. M., García, L., Osma, J., ... Marrero, R. J. (2021). Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para adultos: una revisión selectiva. *Psicothema*, 33(2), 188-197. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.426>
- García Hernández, A. M. (2012). *La pérdida y el duelo. Una experiencia compartida*. Bubok Publishing, S.L.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2012). *Protocol per a l'atenció i l'acompanyament en cas d'embaràs no desitjat*. Recuperado 7 enero 2021, de <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut>
- Gold, K. J., Boggs, M. E., Muzik, M., y Sen, A. (2014). Anxiety disorders and obsessive compulsive disorder 9 months after perinatal loss. *General Hospital Psychiatry*, 36(6), 650-654. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2014.09.008>
- Gold, K. J., Leon, I., Boggs, M. E., y Sen, A. (2016). Depression and Posttraumatic Stress Symptoms After Perinatal Loss in a Population-Based Sample. *Journal of Women's Health*, 25(3), 263-269. <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5284>
- Goldstein, E. y Stahl, B. (2018). *El manual del Mindfulness. Prácticas diarias del Programa de Reducción del Estrés Basado en el Mindfulness (MBSR)*. Editorial Kairós.
- Hernández, J. M., Aznar, I. M. y Echevarría, P. (2017). Hablan las madres. La parte menos contada del aborto voluntario. *Cuadernos de Bioética*, XXVIII(1), 55-70. Redalyc. Recuperado 15 enero 2021, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87550119005>
- Hill, P. W., Cacciatore, J., Shreffler, K. M. y Pritchard, K. M. (2017). The loss of self: The effect of miscarriage, stillbirth, and child death on maternal self-esteem. *Death Studies*, 41(4), 226-235. <https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1261204>
- Huberty, J. L., Matthews, J., Leiferman, J., Hermer, J., y Cacciatore, J. (2017). When a Baby Dies: A Systematic Review of Experimental Interventions for Women After Stillbirth. *Reproductive Sciences*, 24(7), 967-975. <https://doi.org/10.1177/1933719116670518>

- Hunter, A., Tussis, L., y MacBeth, A. (2017). The presence of anxiety, depression and stress in women and their partners during pregnancies following perinatal loss: A meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 223, 153–164. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.004>
- Iglewicz, A., Shear, M. K., Reynolds III, C. F., Simon, N., Lebowitz, B., y Zisook, S. (2020). Complicated grief therapy for clinicians: An evidence-based protocol for mental health practice. *Depression and Anxiety*, 37(1), 90–98. <https://doi.org/10.1002/da.22965>
- Institut d'Estadística de Catalunya. (2020, diciembre 17). *Taxa de mortalitat infantil i perinatal*. Recuperado 25 mayo 2021, de <https://www.idescat.cat/indicadors/?id=anuals&n=10345>
- Izquierdo, I. y Ximénez de Embún, I. (2019). *Introducción a la psicología perinatal*. Formación Continuada a Distancia (FOCAD) del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Recuperado 27 diciembre 2020, de <https://www.focad.es/f.asp?file=112-FOCAD-11>
- Kersting, A., y Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 187–194. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/akersting>
- Lee, L., McKenzie-McHarg, K., y Horsch, A. (2017). The impact of miscarriage and stillbirth on maternal-fetal relationships: an integrative review. *Journal of reproductive and infant psychology*, 35(1), 32–52. <https://doi.org/10.1080/02646838.2016.1239249>
- Lok, I. H., y Neugebauer, R. (2007). Psychological morbidity following miscarriage. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 229–247. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.11.007>
- López, A. P. (2011). Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(109), 53-70. Recuperado 25 mayo 2021, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352011000100005&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000100005&lng=es&tlng=es)
- López, S. y Pi-Sunyer, M.T. (2015). *Morir cuando la vida empieza. Conocer y despedir al hijo al mismo tiempo*. Editorial Círculo Rojo.
- López, A.M. y Villaverde, I. (2018). Sentir y pensar el duelo perinatal: acompañamiento emocional de un grupo de padres. *Revista Clínica Contemporánea*, 9(3), 1-24. <https://doi.org/10.5093/cc2018a21>
- Lovibond, P. F., y Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Mínguez, C., Fuster, M. y Alcántara, V. (2017). EMDR: més enllà dels moviments oculars. *Enginy, Revista de Psicologia*, (20), 187-206.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2020, octubre 2). *Interrupciones Voluntarias del Embarazo*. Recuperado 20 mayo 2021, de <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm#datos>

- Morrison, J. (2015). *La entrevista psicológica*. El Manual Moderno.
- Mota, C., Calleja, N., Aldana, E., Gómez, M. E., y Sánchez, M. A. (2011). Escala de duelo perinatal: validación en mujeres mexicanas con pérdida gestacional. *Revista latinoamericana de psicología*, 43(3), 419-428. Recuperado 25 julio 2021, de <https://www.redalyc.org/pdf/805/80522599002.pdf>
- Mota, C., Sánchez, C., Carreño, J. y Gómez, M. E. (2021). Los estilos de afrontamiento como predictores del duelo perinatal. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 13(1), 50-58. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7898562>
- Navidian, A., Saravani, Z., y Shakiba, M. (2017). Impact of psychological grief counseling on the severity of Post-Traumatic Stress symptoms in mothers after stillbirths, *Issues in Mental Health Nursing*, 38(8), 650-654. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1315623>
- Neimeyer, R. A. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Paidós Ibérica.
- Novo, P., Landin-Romero, R., Guardiola-Wanden-Berghe, R., Moreno-Alcázar, A., Valiente-Gómez, A., Lupo, W., García, F., Fernández, I., Pérez, V. y Amann, B. L. (2018). 25 años de Eye Movement Desensitization and Reprocessing: protocolo de aplicación, hipótesis de funcionamiento y revisión sistemática de su eficacia en el trastorno por estrés postraumático. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(2), 101-114. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.12.002>
- Organización Mundial de la Salud (2021, mayo). *Clasificación Internacional de Enfermedades* (11ª revisión) (CIE-11). Recuperado 28 octubre 2021, de <https://icd.who.int/es>
- Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo. Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo relacional*. Ediciones Paidós.
- Potvin, L., Lasker, J. y Toedter, L. (1989) Measuring grief: A short version of the Perinatal Grief Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11, 29-45. <https://doi.org/10.1007/BF00962697>
- Rando, T. A. (1993). The Increasing Prevalence of Complicated Mourning: The Onslaught is Just Beginning. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 26(1), 43-59. <https://doi:10.2190/7mdl-rjtf-na2d-npgf>
- Rachyla, I., Reyes, F., Molés, M. y Quero, S. (2016). Validación española del Inventario de Crecimiento Postraumático en pacientes con Trastorno Adaptativo: análisis factorial exploratorio. En *II Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de Universitat Jaume I de Castellón*. <https://doi:10.13140/RG.2.2.10371.09762>
- Ridaura, I., Penelo, E., y Raich, R. M. (2017). Depressive symptomatology and grief in Spanish women who have suffered a perinatal loss. *Psicothema*, 29(1), 43-48. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.151>
- Rosner, R., Rimane, E., Vogel, A., Rau, J., & Hagl, M. (2018). Treating prolonged grief disorder with prolonged grief-specific cognitive behavioral therapy: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 19(1), 241. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2618-3>

- Setubal, M. S., Bolibio, R., Jesus, R. C., Benute, G. G., Gibelli, M. A., Bertolassi, N., Barbosa, T., Gomes, A., Figueiredo, F., Ferreira, R., Francisco, R., y Stein Bernardes, L. (2021). A systematic review of instruments measuring grief after perinatal loss and factors associated with grief reactions. *Palliative and Supportive Care*, 19(2), 246–256. <https://doi.org/10.1017/S1478951520000826>
- Shannon, E. y Wilkinson, B. D. (2020). The Ambiguity of Perinatal Loss: A Dual-Process Approach to Grief Counseling. *Journal of Mental Health Counseling*, 42(2), 140–154. <https://doi.org/10.17744/mehc.42.2.04>
- Shapiro, F. (2020). *EMDR. Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular* (3ª ed.). Editorial Terracota.
- Shapiro, F. y Solomon, R. (2015). Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy. En E. S. Neukrug (Ed.), *The SAGE Encyclopedia of Theory in Counseling and Psychotherapy* (pp. 1-14). SAGE Publications, Inc. <https://www.researchgate.net/publication/228052027>
- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., Reynolds, C., Lebowitz, B., Sung, S., Ghesquiere, A., Gorscak, B., Clayton, P., Ito, M., Nakajima, S., Konishi, T., Melhem, N., Meert, K., Schiff, M., O'Connor, M.F., ... Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(2), 103–117. <https://doi.org/10.1002/da.20780>
- Stroebe, M. y Schut, H. (2010). The Dual Process Model of Coping with Bereavement: a decade on. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 61(4), 273–289. <https://doi.org/10.2190/OM.61.4.b>
- Umamanita y El Parto Es Nuestro. (2009). *Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal*. Recuperado 15 enero 2021, de <https://www.umamanita.es/guia-de-atencion-a-la-muerte-perinatal-y-neonatal/>
- Worden, W. (2013). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia* (4ª ed.). Paidós.
- World Health Organization. (2006). *Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates*. Recuperado 25 mayo 2021, de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43444>
- World Health Organization. (2015). *International Statistical Classification of Diseases and related health problems: Instruction Manual*, 10th revision, Fifth edition, 2016. Recuperado 25 mayo 2021, de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/246208>
- World Health Organization. (s. d.). *Sexual and reproductive health. The neglected tragedy of stillbirths*. Recuperado 25 mayo 2021, de [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/stillbirth/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/stillbirth/en/)
- Yakoob, M. Y., Lawn, J. E., Darmstadt, G. L., y Bhutta, Z. A. (2010). Stillbirths: Epidemiology, Evidence, and Priorities for Action. *Seminars in Perinatology*, 34(6), 387–394. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2010.09.010>

## **9. ANEXOS**

***ANEXO 1:***

***ANEXO 2:***

***ANEXO 3:***

***ANEXO 4:***

***ANEXO 5:***

***ANEXO 6:***

***ANEXO 7:***

***ANEXO 8:***

**8.1.**

**8.2.**

***ANEXO 9:***

***ANEXO 10:***

***ANEXO 11:***

***ANEXO 12:***