



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Psicología

**Afrontamiento del embarazo tras pérdida
gestacional: revisión teórica y propuesta
de pautas de intervención en atención
primaria**

Trabajo fin de estudio presentado por:	Paola Romina Martínez Pérez
Modalidad:	Ensayo teórico
Director/a:	Ana Sánchez Kuhn
Fecha:	29/06/2025

Resumen

Durante el embarazo subsecuente, emerge una dimensión del duelo que, si no se reconoce y aborda adecuadamente, podría derivar en problemas psicopatológicos graves, tales como trastornos de ansiedad o depresión. Este estudio aborda desde una perspectiva de la psicología de la salud, la realidad de las madres y progenitores que afrontan un embarazo después de una pérdida gestacional. Mediante revisión bibliográfica, se identificaron los diferentes factores que podrían influir en el impacto de este suceso, las secuelas observadas en las mujeres y familias afectadas y los diferentes abordajes sobre el tema que se han aplicado desde la psicología. Asimismo, se pone de manifiesto la escasez de estudios y protocolos unificados en España, con gran variabilidad entre comunidades autónomas y sistemas sanitarios. Como resultado, se proponen unas pautas de intervención en el entorno español que integrarían al psicólogo general sanitario en atención primaria para la evaluación, el acompañamiento y seguimiento de estas mujeres. La investigación concluye que este abordaje, basado en la accesibilidad y la perspectiva biopsicosocial, favorecería la elaboración del duelo y el vínculo prenatal seguro, reivindicando la coordinación entre profesionales de la salud y la especialización del psicólogo general sanitario en esta área específica.

Palabras clave: duelo gestacional, pérdida perinatal, embarazo después de pérdida, intervención psicológica

Abstract

During the subsequent pregnancy, a dimension of grief emerges that, if not adequately recognized and treated, could lead to psychopathological problems, such as anxiety disorders or depression. This study addresses, from a health psychology perspective, the reality of mothers and families facing pregnancy after a miscarriage. Through a literature review, we identified the distinct factors that could influence the impact of this event, the after-effects observed in the affected women and families, and the different psychological approaches to the issue that have been applied. It also highlights the insufficient research and lack of unified protocols in Spain, with great variability across regions and healthcare systems. As a result, intervention guidelines are proposed for the Spanish setting that would integrate the general health psychologist into primary care for the assessment, support, and follow-up of these women. The research concludes that this approach, based on accessibility and the biopsychosocial perspective, would favor the elaboration of grief and a safe prenatal bond. Also, it would reclaim the coordination between health professionals and the role of the general health psychologist, as termed in Spain, in this specific area.

Keywords: gestational grief, perinatal loss, pregnancy after loss, psychological intervention

Índice de contenidos

1	Introducción	8
1.1.	La gestación y sus implicaciones psicoemocionales.....	8
1.2.	Dimensiones de la pérdida gestacional	9
1.3.	Desafíos psicológicos del embarazo posterior a una pérdida	12
1.4.	Pautas para un modelo de intervención psicológica para embarazos post-pérdida en atención primaria en España	14
1.5.	Justificación de la intervención desde la psicología de la salud.....	17
1.6.	Objetivos.....	19
1.7.	Descripción y justificación de la búsqueda bibliográfica.....	20
2.	Desarrollo	21
2.1.	Pérdida gestacional y embarazo posterior: prevalencia, clasificación y factores biopsicosociales determinantes	21
2.1.1.	Prevalencia de la pérdida gestacional, definición y clasificación	21
2.1.2.	Factores biológicos y sociales que determinan el impacto de la pérdida y el embarazo posterior	25
2.1.3.	Factores psicológicos relacionados con la pérdida gestacional	28
2.1.3.1.	Caracterización del duelo perinatal	31
2.1.3.2.	Estrategias de afrontamiento del duelo perinatal.....	34
2.1.4.	Factores psicológicos en el embarazo posterior a una pérdida gestacional....	35
2.2.	Estrategias de atención del sistema de salud en la pérdida perinatal	37
2.2.1.	Estado de la cuestión e intervención en duelo perinatal en España	39
2.3.	Pautas para una propuesta de intervención: prevención primaria y abordaje del embarazo después de una pérdida perinatal	44
2.3.1.	La figura del psicólogo general sanitario en atención primaria	45

2.3.2. Criterios de actuación y buenas prácticas en el modelo de intervención	47
2 Conclusiones.....	53
2.4 Limitaciones.....	55
2.5 Prospectiva	56
Referencias bibliográficas.....	59

Índice de figuras

Figura 1. *Modos de afrontamiento en el duelo perinatal de las mujeres en España*. 15

Figura 2. *Modelo biopsicosocial*. 26

Índice de tablas

Tabla 1. <i>Ejes de intervención del psicólogo general sanitario en casos de embarazo después de pérdida gestacional.</i>	48
---	----

1. Introducción

1.1. La gestación y sus implicaciones psicoemocionales

El embarazo es una etapa crucial en la vida de muchas mujeres que se caracteriza por profundos cambios a nivel fisiológico y emocional. El embarazo es un proceso biopsicosocial que involucra cambios físicos, emocionales y cognitivos significativos. Desde la psicología de la salud, el bienestar psicológico en el embarazo es relevante como campo de estudio no solo por su impacto en la madre, sino también en el feto (Bjorn et al., 2013; Lovell, 2001; Wang et al., 2021).

El embarazo es un evento demandante en la mujer y que requiere de una gran capacidad de adaptación a nivel físico y mental. Desde el punto de vista físico, el cuerpo se somete a una serie de esfuerzos adicionales, tales como el aumento de la circulación sanguínea, una mayor sobrecarga muscular debido al aumento de peso, el ensanchamiento de la pelvis, que modifica la estructura ósea, etc. Desde un punto de vista psicológico, también se registran grandes cambios, como por ejemplo mayores niveles de estrés, ansiedad o tristeza. Bjorn et al. (2013) lo definen como “tiempo emocional” por la rapidez en la que se suceden estos cambios.

En el primer trimestre de embarazo, las mujeres suelen presentar cambios de humor intensos. La noticia del embarazo en condiciones normales suele estar acompañada de entusiasmo y expectativas positivas, pero también puede despertar temores y traumas. Además, síntomas físicos como náuseas o fatiga, contribuyen a un malestar general. Este malestar se traduce, en ocasiones, en una disminución del interés por realizar actividades debido al cansancio y a la incomodidad (Bjorn et al., 2013).

En el segundo trimestre, los malestares físicos y psicológicos tienden a atenuarse. El embarazo comienza a ser visible y se fortalece la conexión con el bebé. Las mujeres suelen retornar entonces a una actividad normal y experimentan mayor energía. Sin embargo, a pesar de la mejoría de los síntomas, el riesgo de la depresión sigue presente en esta etapa, con especial relevancia entre la semana 18 y 32, desmontando la creencia de que la depresión se produce sólo en el postparto (Evans et al., 2001).

La última etapa del embarazo, el tercer trimestre, suele estar protagonizada por un incremento de la incomodidad. Aparecen muchas molestias físicas que dificultan el descanso,

lo cual se puede traducir en un estado psicológico deteriorado donde las rumiaciones acerca del momento del parto, el bienestar del bebé y otras preocupaciones generalizadas, toman el protagonismo, en especial en aquellas madres que han sufrido una o más pérdidas gestacionales con anterioridad (Wang et al., 2021).

1.2. Dimensiones de la pérdida gestacional

No todos los embarazos culminan con un nacimiento exitoso. La pérdida gestacional es un hecho que ocurre con una frecuencia más alta que lo que se suele reconocer públicamente. Se estima que alrededor de entre un 10% y un 20% de los embarazos acaba en muerte gestacional, pero, a pesar de ser un hecho común, el tabú cultural y social alrededor de las pérdidas gestacionales genera y perpetúa el silencio entorno a esta vivencia (Montés y de la Peña, 2019). Esta falta de visibilidad afecta de forma directa a cómo las mujeres y parejas afrontan el duelo e impide que las mujeres reciban la ayuda necesaria de su entorno relacional e institucional (de Montigny et al., 2020).

Las estadísticas sobre las pérdidas gestacionales no son exactas, ya que, en el caso de las pérdidas gestacionales tempranas, tales como los fallos de implantación, no existe un registro (Borrell y Stergiotou, 2013). Fue Eva Alberman quien, en 1992, realizó una estimación donde deducía que la pérdida gestacional afecta entre el 10% y el 20% de los embarazos “clínicamente reconocidos” (Alberman, 1992). Lawn et al. (2016) hablan de que, a nivel mundial, en 2015 se reportaron alrededor de 2,7 millones de muertes fetales, cuya prevalencia equivaldría a 1 de cada 200 embarazos. Algunos estudios, como el de Ryninks et al. resumen las fuentes y datos publicados al respecto en diferentes países (2022). Afirman, por ejemplo, que, en el Reino Unido, 200.000 parejas experimentan un aborto espontáneo cada año y, un 85% de éstos, ocurren en el primer trimestre de embarazo. Los abortos en el primer trimestre afectan, aproximadamente, a 1 de cada 200 gestaciones, según Turton et al. (2006). En España, las cifras son algo más altas debido a la conceptualización del concepto de “pérdida gestacional” y el método de recogida de datos utilizado. En nuestro país se estima que entre el 20% y el 30% de los embarazos terminan pérdida gestacional. En España, según

datos del Instituto Nacional de Estadística (2023), en 2023 la tasa de mortalidad perinatal¹ fue de 3,95 de cada 1000 nacimientos, mientras que, en Cataluña, según IDESCAT (2023), fue de 3,73. En el contexto español, existe, no obstante, una probable subestimación de la pérdida perinatal en los registros oficiales, dado que las estadísticas se basan en datos provenientes de los registros civiles. Según las fuentes consultadas, esta metodología resulta problemática, puesto que la inscripción de pérdidas perinatales queda supeditada a la decisión voluntaria de los progenitores, en lugar de fundamentarse en la documentación hospitalaria disponible, lo que genera un vacío estadístico significativo (Fernández-Basanta et al., 2021).

En el ámbito de la pérdida gestacional, existe cierto debate conceptual sobre la terminología utilizada. Por ejemplo, ¿se puede hablar de pérdida gestacional cuando se trata de un fallo de implantación? ¿Es un aborto la pérdida gestacional que tiene lugar en la semana 38 de embarazo? En términos generales, los obstetras parecen estar de acuerdo en que podemos hablar de aborto en las pérdidas que se producen hasta la semana 24 de gestación, empleando terminología más específica según el momento de ocurrencia. De esta forma, se habla de aborto espontáneo temprano, aborto espontáneo tardío y muerte fetal intrauterina o periparto (Borrell y Stergiotou, 2013). Las interrupciones médicas de embarazo también se categorizan como pérdidas gestacionales, distinguiéndose por implicar un proceso de decisión por parte de la mujer, lo cual puede complicar el duelo debido a la aparición de dilemas internos o sentimientos de autoinculpación. En contraste, aquellas pérdidas de causa súbita ya sean pre o post natales, suelen ocurrir inesperadamente, siendo el principal reto en estos casos la falta de preparación emocional. No obstante, según Ridaura et al. (2017) no hay evidencias concluyentes acerca de que la tipología de la pérdida determine el tipo de duelo o la intensidad de los síntomas.

¹ La tasa de mortalidad perinatal se refiere al número de muertes fetales tardías y muertes neonatales tempranas por cada 1.000 nacidos vivos. El Instituto Nacional de Estadística (INE) de España proporciona estos datos desglosados por comunidad autónoma y sexo: <https://ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1698&L=0>

El auge de la medicina en torno a la fertilidad en las últimas décadas ha propiciado un cambio significativo en la percepción social de la infertilidad y las pérdidas gestacionales. Las técnicas de reproducción asistida, donde se visibiliza más que nunca la dificultad intrínseca en la fertilidad y el hecho casi tangible de las pérdidas a través del recuento de óvulos, del descarte de aquellos embriones que no logran el desarrollo deseado, etc., han puesto de manifiesto la necesidad de un apoyo psicológico integral para quienes se enfrentan a este proceso (Rose y Oxlad, 2022).

Tras una pérdida gestacional, comienza el proceso de duelo. El duelo perinatal constituye una experiencia individual, tal y como sucede en otros tipos de duelos. Además, se encuentra profundamente modulado por la cultura, el contexto social y las circunstancias particulares de cada familia o mujer. Los factores que algunos autores plantean como influyentes en la duración del duelo o en la sintomatología son muy variados: desde el tipo de pérdida gestacional hasta si la mujer es primípara o multípara, entre otros. La sintomatología asociada incluye, según Fernández-Basanta et al. (2021): la “tristeza profunda, depresión, irritabilidad, preocupación, ansiedad y alteraciones en los patrones de comida y sueño”. Además, algunos estudios afirman que las pérdidas gestacionales provocan en hasta 1 de cada 4 madres, un estrés postraumático similar al de otros procesos traumáticos (Ryninks et al. 2022). Este proceso evolutivo, que consta de diferentes fases y cada una de ellas puede extenderse de forma prolongada en el tiempo. En cuanto a la duración del duelo, se observa que su intensidad disminuye con el paso del tiempo y los síntomas suelen remitir de manera significativa durante el primer año, aunque sólo alrededor del 20% de las mujeres, según Turton et al. (2006) muestran síntomas después del primer año. Al mismo tiempo, los autores consultados en este marco teórico documentan una notable variabilidad y no hay un consenso claro sobre la duración de los síntomas más severos relacionados con el duelo (Fernández Ordóñez et al., 2018; Fernández-Basanta et al., 2021).

Complementariamente, algunos autores como Ryninks et al. (2022) han descrito un impacto que podría considerarse positivo de la pérdida gestacional y que definen como "crecimiento postraumático". Se conoce como crecimiento postraumático el cambio psicológico que deriva de la lucha con un gran desafío. Normalmente, se manifiesta como una mayor apreciación de las relaciones interpersonales, una reinterpretación del propio mundo y de los valores asociados al significado vital. El crecimiento postraumático funciona de forma paralela al

duelo, en ningún caso lo compensa ni lo sustituye. El crecimiento postraumático constituye un elemento de la elaboración del duelo que puede surgir o no surgir, pero en todo caso, coexiste con el proceso de duelo.

Fernández- Basanta et al. (2021) identifican dos estrategias principales de afrontamiento del duelo perinatal: hablando (*talking*) o evitando (*avoiding*). Esta dicotomía cobra especial relevancia al considerar cómo las expectativas maternas sobre el apoyo social que potencialmente recibirán se entrelazan con su propia experiencia de duelo y trauma. La modernidad ha impuesto una invisibilización de las pérdidas gestacionales debido a diversos factores socioculturales, lo que frecuentemente conduce a que los padres escojan vivir su duelo en aislamiento, condicionando significativamente sus mecanismos de afrontamiento. Estudios antropológicos evidencian que la transición del duelo perinatal ha cambiado radicalmente en los últimos años en España. Históricamente, los bebés que fallecían antes o durante el parto pertenecían al limbo religioso que los excluía de entierro tradicional reservado a los que estaban bautizados. No obstante, emergieron prácticas culturales alternativas que otorgaban reconocimiento a estos hijos no nacidos, como el enterramiento de los restos bajo de la cama de los padres o la creación de santuarios a donde llevaban los cuerpos y funcionaban como espacios de presentación en sociedad del no nato (Montés y de la Peña, 2019).

Actualmente, se observan avances sustanciales en la visibilización de la pérdida gestacional. Estos progresos se materializan tanto desde las instituciones, especialmente a través de iniciativas legislativas que reconocen el derecho de los padres a la baja por duelo (Castro, 2025) o a la recuperación de los restos fetales de centros hospitalarios, como desde organizaciones civiles. Destaca la labor de organizaciones sin ánimo de lucro como Umamanita (Umamanita) que está intentando implementar espacios “mariposa” dentro de los cementerios municipales de Madrid destinados al depósito de restos fetales (Jiménez Segura, 2025), evidenciando un creciente compromiso institucional y social con esta realidad.

1.3.Desafíos psicológicos del embarazo posterior a una pérdida

Alrededor del 85% de las mujeres que sufren una pérdida gestacional, se quedan embarazadas de nuevo. Sin embargo, a pesar de las implicaciones que tienen tanto el volumen de afectados como las consecuencias para la salud física y emocional de los mismos, el interés sobre el

estudio desde un ámbito académico del embarazo después de una pérdida ha sido y sigue siendo limitado (Turton et al., 2006).

En el presente ensayo se hace referencia principalmente a las mujeres, entre otras cosas, porque se asume que no todas las maternidades se llevan a cabo en pareja y tampoco están siempre protagonizadas por una estructura familiar tradicional con un hombre y una mujer. Sin embargo, una parte de la literatura académica le ha dado protagonismo al proceso de superación de pérdida gestacional y transición a una nueva gestación a las parejas, ya sean parejas LGTBI+ u hombres. En ambos casos, las estrategias asumidas por las parejas no son equivalentes a las de las mujeres. En el caso del colectivo LGTBI+, al propio estigma del colectivo, se le suma el estigma que rodea a los tabús de las maternidades fuera de lo considerado “normativo, a la pérdida gestacional y a las técnicas de reproducción asistida (Rose y Oxlad, 2022). En el caso de los hombres, en un estudio llevado a cabo en UK hace unos años, Turton et al. (2006) detectaban altos niveles de depresión en los hombres durante el duelo gestacional y el afrontamiento emocional de un nuevo embarazo. Destacan también que, a pesar de 1 de cada 2 recibieron ayuda tanto de profesionales de la salud como en sus credos religiosos, alrededor de un 35% afrontó la situación recorriendo al consumo de sustancias, mayoritariamente el alcohol (26,5%), medicación psiquiátrica con prescripción (18,4%) y otras drogas ilegales (7,9%). A pesar de que al comparar estos resultados con los de sus parejas, se reveló que la afectación de los hombres era, en todo caso, menor que la de las mujeres, estos autores reivindican un mayor reconocimiento del distrés psicológico del hombre ante la experiencia de pérdida gestacional.

Cuando después de experimentar una pérdida gestacional se produce una nueva gestación, surge un período caracterizado por la ambivalencia emocional: por un lado, se experimenta la ilusión de un nuevo embarazo si este ha sido deseado y, a la vez, la ilusión coexiste con el duelo y el temor a que se repita la situación de pérdida de nuevo (Moore y Côté-Arsenault, 2018). La gravedad de los síntomas psicoemocionales desarrollados en una nueva gestación después de una pérdida es directamente proporcional a la intensidad del duelo (Fernández Ordóñez et al., 2018).

Entre las afectaciones psicoemocionales más descritas, se halla el estrés post traumático, la depresión, la ansiedad, el miedo al parto y deficiencias en el vínculo desarrollado con bebé

(Fernández Ordóñez et al., 2018; Smorti et al., 2021; Turton et al., 2006). En la literatura existente, ha habido cierta atención en torno a la identificación de los factores que definen el desarrollo de estrés post traumático y síntomas de duelo disfuncional. Uno de los factores principales que correlaciona con la gravedad de los síntomas es el hecho de ser la madre y no el otro progenitor, en el caso de las gestaciones en pareja. Otros factores relevantes son la edad gestacional y el tiempo transcurrido entre la pérdida gestacional y el nuevo embarazo (Fernández Ordóñez et al., 2018).

1.4. Pautas para un modelo de intervención psicológica para embarazos post-pérdida en atención primaria en España

Las mujeres en esta situación atraviesan un desafío complejo que involucra múltiples factores biopsicosociales relacionados, requiriendo un abordaje integral desde las instituciones sanitarias en España, particularmente desde atención primaria.

La atención primaria en España constituye el primer nivel de acceso al sistema sanitario y el contacto más accesible y frecuente para los pacientes. Diferentes estudios en psicología de la salud refuerzan la idoneidad del abordaje biopsicosocial, evidenciando la asociación entre pérdidas perinatales y patologías como ansiedad o depresión, que no solo afectan a la mujer, sino que pueden desencadenar nuevas pérdidas en embarazos posteriores, impactando el desarrollo fetal, vínculo prenatal y experiencia del parto (Fernández Ordóñez et al., 2018; Koç y Çankaya, 2024). En España, según las fuentes consultadas en el presente ensayo, los protocolos sanitarios son muy diversos, dando lugar a numerosas críticas hacia el abordaje de la necesidad psicológica y emocional de los progenitores que transitan una pérdida gestacional (Pastor-Montero et al., 2013). Korenromp et al. (2007) proponen protocolos de seguimiento y apoyo psicológico hospitalario como factores preventivos de secuelas emocionales y protectores de la salud mental.

La cultura juega un papel fundamental en el duelo perinatal, manifestándose en el caso español, dos formas principales de afrontamiento según Fernández-Basanta et al. (2021), denominadas en el trabajo original como *talking* y *avoiding*. En el desarrollo se analizarán ambas tendencias, abordando de forma diferenciada estos dos estilos de afrontamiento en la intervención, para así diseñar herramientas que mitiguen posibles patrones negativos en

ambas formas y, al mismo tiempo, aprovechen las estrategias de afrontamiento propias de cada mujer.

Figura 1.

Modos de afrontamiento en el duelo perinatal de las mujeres en España.



Fuente: adaptado de Fernández- Basanta et al. (2021) y Yoffe (2003).

El papel de los psicólogos sanitarios en colaboración con los médicos de cabecera y otros profesionales que trabajan en los centros de salud ha sido ampliamente reivindicado (Pastor

Sirera, 2008). Los estudios realizados en el ámbito de la psicología de la salud refuerzan la idoneidad del abordaje biopsicosocial, evidenciando la asociación entre pérdidas perinatales y el desarrollo de patologías como la ansiedad o la depresión, que no sólo afectan a la mujer, sino que pueden actuar como factores desencadenantes de nuevas pérdidas en embarazos posteriores. En concreto, se han hallado evidencias de su impacto en el desarrollo fetal, el vínculo prenatal y en la experiencia del parto (Wang et al., 2021).

El tratamiento de los embarazos después de una pérdida parece que debería estar basado, según los estudios consultados, en dos premisas: por un lado, que se reconozca la pérdida perinatal y, por otro, que se respete la diferencia individual del duelo de cada madre o familia. En la formación de los sanitarios podría incluirse el duelo perinatal en los programas educativos. De esta forma, los conocimientos sobre el duelo y su proceso permitir a los profesionales de la salud proporcionar recursos validados a las madres y progenitores que se enfrentan a este tipo de situaciones. Es fundamental también la implicación de la pareja o el entorno cercano a la madre para la detección de duelos patológicos de forma temprana.

La intervención teórica propuesta consiste en un modelo de intervención que integra al psicólogo general sanitario en atención primaria mediante un protocolo diferenciado según la fase en la que se encuentre la gestante: evaluación inicial, acompañamiento gestacional y seguimiento postnatal de las madres o parejas que se enfrentan a un embarazo después de una o varias pérdidas gestacionales.

En resumen, este ensayo evidencia el impacto en diferentes dimensiones que las pérdidas gestacionales ejercen sobre los embarazos subsiguientes, fundamentando la necesidad de un abordaje psicológico integral desde atención primaria. Pastor Sirera (2008) subraya la urgencia de incorporar a los psicólogos generales sanitarios en equipos multidisciplinarios. Estos, en el caso que nos ocupa, deberían incluir no solo a los médicos de familia, sino también a las matronas, quienes representan frecuentemente el primer contacto asistencial para familias que afrontan una nueva gestación tras experimentar una pérdida perinatal.

En conclusión, la pérdida gestacional, a la luz de la literatura revisada en este trabajo, es una realidad al mismo tiempo frecuente e invisibilizada, con un impacto significativo en el afrontamiento de gestaciones posteriores, que requiere una respuesta coordinada desde las instituciones sanitarias.

1.5. Justificación de la intervención desde la psicología de la salud

La intervención en salud mental durante el embarazo después de una pérdida gestacional es relevante para la psicología de la salud por diferentes motivos. Los principales argumentos se desarrollan a continuación:

En primer lugar, es un fenómeno de alta prevalencia, es decir, tiene un impacto significativo. Aunque es difícil dimensionar las pérdidas por la falta de registros, especialmente en las pérdidas tempranas, se estima que entre el 10% y el 20% de las gestaciones acaban en pérdida perinatal y alrededor del 85% de las mujeres vuelve a quedarse embarazada (Turton et al., 2006). Esto significa que el duelo gestacional es un problema de salud relevante que afecta principalmente a las mujeres durante su etapa reproductiva y puede marcar física y emocionalmente la experiencia de un siguiente embarazo para algunas de ellas.

En segundo lugar, a pesar de ser un tema bastante específico, existe suficiente evidencia científica para justificar los efectos del duelo perinatal y el trauma de la pérdida perinatal en la salud de la mujer. Entre otros se identifican, en la literatura revisada, respuestas psicológicas tales como la hipervigilancia, la ansiedad, el miedo y otros síntomas de estrés postraumático (Fernández Ordóñez et al., 2018).

En tercer lugar, este abordaje se justifica desde el componente preventivo de la psicología de la salud. La prevención en psicología de la salud se entiende como la intervención que tiene como objetivo minimizar el impacto psicológico negativo y promover el afrontamiento adaptativo. En este caso, la intervención durante el duelo y en las fases tempranas de un embarazo posterior a una pérdida pueden prevenir el desarrollo de patologías graves en el futuro, como la depresión. Al mismo tiempo, ayuda a contribuir al bienestar de la mujer y de su entorno en general (Vignolo et al., 2011).

Por último, desde el marco conceptual de la psicología de la salud, este estudio se fundamenta en el modelo biopsicosocial de la salud y la enfermedad de Engel (1977). Es decir, se basa en la interacción compleja de factores biológicos, psicológicos y sociales en la experiencia de la salud. Este paradigma resulta especialmente pertinente en el abordaje de la experiencia de embarazo después de una pérdida, dado que entrelaza diferentes procesos que suceden en los distintos niveles:

A nivel biológico, la gestación es un proceso fisiológico que puede verse afectado por procesos de estrés a nivel psíquico. Existe numerosa literatura científica que detalla cómo los estados psicológicos alterados afectan a parámetros neuroendocrinos e inmunológicos que son relevantes para el desarrollo gestacional (Wang et al., 2021). Estas implicaciones psicobiológicas justifican el abordaje desde la psicología de la salud.

A nivel psicológico, el embarazo posterior a un duelo gestacional enfrenta a la mujer a una serie de emociones, conductas y cogniciones que determinarán su estado físico y mental y requieren de un abordaje específico. Esta experiencia puede enmarcarse en los modelos de procesamiento cognitivo-emocional del trauma, como el de Foa y Kozak (1986) que explican cómo las experiencias traumáticas previas configuran y alteran las vivencias posteriores al trauma.

A nivel social, tanto el duelo perinatal como el embarazo posterior están mediados por significados culturales, expectativas sociales y sistemas institucionales. González et al. (2021) destacan el papel crucial del apoyo social como factor de protección en el duelo perinatal, mientras que otros estudios como el de Amankwah (2023) también hablan de un potencial impacto negativo si las interacciones sociales son inadecuadas. Esta dimensión justifica, por tanto, intervenciones en el entorno social de la mujer gestante.

El diseño de una intervención en este campo debería contemplar las siguientes premisas:

- Que la intervención se construya dentro de una coherencia institucional, diseñando protocolos bien definidos que entiendan la pérdida gestacional en el contexto de atención primaria y, a su vez, a la atención primaria dentro del contexto de salud español.
- Que se base, fundamentalmente, en apoyo social extendido, proporcionando información que forme a los profesionales del centro, a las parejas y a los familiares en el acompañamiento.
- La promoción de grupos de apoyo que se constituyan en espacios seguros dentro de los centros de salud para que las mujeres y familias que están pasando por una situación similar puedan compartir sus experiencias.

Desde esta perspectiva integradora, el presente ensayo se justifica por su potencial para llenar un vacío importante en la atención primaria. La infrautilización de la psicología de la salud en

los servicios de atención primaria es una demanda ampliamente impulsada desde el propio Colegio de Psicólogos (Duro, 2017) y otras organizaciones, especialmente cuando se habla del establecimiento de medidas preventivas y promotoras de la salud psicológica, que son principios fundamentales de la psicología de la salud (Pastor Sirera, 2008).

El acercamiento a las mujeres que están en duelo perinatal y se enfrentan a un nuevo embarazo tiene en su primer punto de contacto, la atención primaria, el entorno natural y privilegiado para una intervención efectiva. Este estudio aporta como novedad la integración de los enfoques preventivos en el contexto específico de la atención primaria, proporcionando una propuesta para un modelo de intervención dirigido a la mejora de la calidad asistencial en un momento de especial vulnerabilidad para las mujeres.

1.6.Objetivos

El objetivo principal del presente ensayo fue explorar y analizar el afrontamiento de un embarazo después de una pérdida gestacional desde la perspectiva de la psicología de la salud, realizando una revisión del estado del arte y desarrollando pautas para futuras intervenciones que involucren la figura del psicólogo general sanitario en atención primaria en España.

Como objetivos específicos, se plantean los siguientes:

- Objetivo 1. Realizar una reflexión sobre la magnitud del impacto de la pérdida gestacional y una revisión teórica del estado del arte desde el modelo biopsicosocial, desarrollando en profundidad los factores psicológicos y, en especial, la conceptualización del duelo perinatal, los patrones de afrontamiento de duelo y los retos a nivel mental que supone un embarazo tras una pérdida gestacional.
- Objetivo 2. Examinar las estrategias actuales de intervención en el sistema de salud español en la detección, el acompañamiento psicológico y la continuidad en estos casos, identificando posibles carencias.
- Objetivo 3. Proponer un marco de intervención desde la psicología de la salud que consiste en la introducción de los psicólogos generales sanitarios dentro de los centros de atención primaria, fundamentado en la evidencia teórica y adaptado a esta necesidad asistencial.

1.7. Descripción y justificación de la búsqueda bibliográfica

La búsqueda bibliográfica para la realización del presente ensayo se centró, en un primer momento, en la base de datos APA PsycInfo a través de la plataforma Proquest. Se escogió esta fuente como punto de partida por ser una de las fuentes más completas y especializadas en literatura psicológica, incluyendo publicaciones revisadas por pares de alta calidad académica. La búsqueda se limitó a publicaciones de los últimos 10 años (2015-2025) para garantizar la actualidad de la información. Se incluyeron libros y artículos en inglés, español y portugués, con la finalidad de abarcar tanto la literatura internacional y, específicamente, la que pudiese dar luz sobre estudios e intervenciones realizados en España.

Se utilizaron las palabras clave en español e inglés, organizadas según los principales conceptos del tema: embarazo después de pérdida gestacional, pérdida gestacional/perinatal y salud perinatal en España.

Los términos específicos utilizados fueron:

- (“pérdida gestacional” OR “duelo perinatal” OR “pregnancy loss” OR “perinatal loss”)
- (“pregnancy after perinatal loss” OR “pregnancy after pregnancy loss” OR “embarazo después de pérdida”)
- (“salud perinatal en España” OR “atención primaria perinatal España”)

Complementariamente, se utilizó el método de “bola de nieve” o seguimiento de referencias, revisando las bibliografías de los artículos relevantes que fueron seleccionados inicialmente. Se trata de un campo de estudio relativamente pequeño, donde las mismas publicaciones son recurrentemente citadas por diferentes autores, así que este enfoque permitió ampliar el alcance a investigaciones clásicas en la materia fundamentales en el campo. La concurrencia de las fuentes constata la exhaustividad de la búsqueda realizada, pues indicia que, probablemente, se ha logrado identificar, el corpus central del conocimiento en esta área.

Es importante señalar como una limitación que no todos los artículos identificados estaban disponibles en acceso abierto a través de la biblioteca universitaria. Para superar esta barrera, se estableció contacto directo con varios autores a través de la plataforma *Research Gate*. La mayoría proporcionaron generosamente copias de sus trabajos. A pesar de esta limitación, la convergencia en las mismas fuentes sugiere que se ha logrado una cobertura satisfactoria de la literatura disponible en este campo tan concreto.

2. Desarrollo

2.1. Pérdida gestacional y embarazo posterior: prevalencia, clasificación y factores biopsicosociales determinantes

2.1.1. Prevalencia de la pérdida gestacional, definición y clasificación

La mortalidad infantil ha decrecido de forma notable en los últimos años debido a los avances científicos y la calidad de los servicios de salud que reciben madres y niños (Fernández-Basanta et al., 2021). Sin embargo, la prevalencia de la pérdida gestacional aún en países desarrollados es alta debido a factores que no están aún dentro del control sanitario. Por ejemplo, en Reino Unido, según Blocksidge et al. (2024) en 2021 se registraron 2473 mortinatos. Y en Australia se dan 6 casos al día de nacimientos sin vida y 2 pérdidas neonatales (Caldwell et al., 2024).

A la luz de la literatura consultada, es difícil cuantificar la pérdida perinatal debido especialmente a dos factores. Por un lado, no hay un consenso sobre el concepto de pérdida perinatal ni entre los diversos países ni, muchas veces, en los diferentes ámbitos de actuación: médico, social o legal. Y por otro, hay muchas pérdidas gestacionales que no se contabilizan porque no llegan al ámbito hospitalario y es de conocimiento general que existe una subestimación de la cifra (Borrell y Stergiotou, 2013). En términos generales, se habla de que entre 15 y 20% de los embarazos acaban en pérdida gestacional (Mendes et al., 2024). No obstante, los avances técnicos y la creciente demanda de técnicas de fertilización *in vitro*, proporcionan cada vez cifras más precisas (Alberman, 1992).

El concepto de muerte perinatal es complejo. Encontramos una amplia gama de definiciones propuestas desde diferentes campos de conocimiento: desde el ámbito legal, médico, etc. La mayoría de los estudios consultados utilizan definiciones que conjugan conceptos legales y médicos. La Organización Mundial de la Salud entiende la muerte perinatal de forma muy restringida en cuanto al período gestacional. La define como aquella que va desde las 28 semanas de gestación hasta los primeros días de vida (Organización Mundial de la Salud, 2023). Sin embargo, por simplicidad y coherencia con la mayoría de los autores y fuentes consultadas para la realización de este ensayo teórico, se hará referencia a muerte perinatal en un sentido más amplio. En concreto, como aquella que tiene lugar en cualquier momento

de la gestación y hasta la primera semana de vida, tal y como se recoge en la definición oficial del INE en España (Instituto Nacional de Estadística, 2025).

Ilustrando las diferencias y similitudes que, en el ámbito académico, se hallan en la forma de definir el concepto de pérdida gestacional destacan, por ejemplo, Blocksidge et al. (2024), que distinguen entre el aborto espontáneo temprano, definido como aquel que ocurre durante el primer trimestre, hasta la semana 12 y el aborto espontáneo tardío, es decir, aquel que sucede de las 13 a las 23 semanas. Además, hablan de muerte fetal como la que ocurre con posterioridad a la semana 23. Esta última definición, la de muerte fetal, varía jurídicamente de un país a otro. En Reino Unido se corresponde con aquellas pérdidas después de la semana 24, mientras que Caldwell et al. (2024) lo definen, según la legislación australiana, como aquellos bebés que mueren durante el embarazo después de la semana 20 o que llegan a pesar 400 gramos o más al nacer. Otros autores, como Pastor-Montero et al. (2013) incluyen en la pérdida perinatal la cesión del bebé en adopción. Lovell (2001), que recoge un enfoque más antropológico, se acerca al concepto de pérdida desde una definición menos vinculada al contexto medicolegal. Para esta autora, lo relevante es qué se considera vida en las diferentes religiones y actores implicados en los valores que rigen la sociedad actual.

Los factores definitorios de lo que es una pérdida son muy relevantes a nivel social, pero tienen también consecuencias a nivel individual en lo que se refiere al abordaje del duelo y el trauma de las mujeres o familias implicadas. La definición religiosa, política y legal que clasifica los tipos de pérdidas, implica que algunas pérdidas sean consideradas más o menos importantes que otras. Normalmente se corresponden con aquellas que suceden antes. Por ejemplo, en España no existe una baja propia maternal para un aborto espontáneo, constituyendo la expulsión del feto, ya sea por legrado o por un proceso de expulsión vaginal, un proceso físico y psicológico exigente para la mujer (Cassidy, 2018).

De esta forma, Blocksidge et al. (2024) distinguen entre el afrontamiento a nivel contexto según el tipo de pérdida. Los abortos tempranos normalmente obtienen un menor reconocimiento a nivel social, mientras que aquellos que suceden después de la semana 24 se relacionan con embarazos que posiblemente han sido visibles y, por tanto, existe un mayor nivel de acompañamiento en la pérdida tanto por la red social cercana como por parte de las instituciones.

Una serie de investigaciones abogaron por diferenciar los tipos de duelo según la duración de la gestación y argumentar, siguiendo la línea de Blocksidge et al. (2024) que las pérdidas tempranas se relacionarían con un menor apego al futuro hijo y, por tanto, su duelo sería más corto y sencillo. En consonancia con este enfoque, Ryninks et al. (2022) sustentan la hipótesis de que la pérdida gestacional temprana tiene menos impacto que la tardía basándose en la menor visibilización social que ha tenido la gestación hasta ese momento, ya que rara vez la noticia del embarazo va más allá de la familia cercana. Su análisis está basado en el estudio del efecto traumático de este tipo de eventos en la madre. Los resultados que obtienen confirman que los síntomas de trauma, tanto de estrés post traumático y otros síntomas negativos como el nivel de duelo y la rumiación, como aquellos síntomas positivos relacionados con el crecimiento post traumático, son mayores en el caso de las madres que pasan por la experiencia de un aborto a partir de las 24 semanas de gestación en comparación con las que lo hacen antes de la semana 13. Sin embargo, estas autoras no tienen en cuenta al grupo entre la semana 13 y la 24 ni las características del embarazo y el proyecto de gestación en sí, por lo que se deducen claras limitaciones a la extrapolación de estos hallazgos. La misma orientación sigue un estudio llevado a cabo recientemente por Brintow et al. (2024) en la población danesa. Estas autoras registraron niveles más altos de intensidad del duelo en las pérdidas más tardías, seguidas en la puntuación de esta variable por los abortos espontáneos tempranos y a continuación, por las interrupciones voluntarias de embarazo debido a anomalías fetales.

Este tipo de argumentos, que parecen minimizar las secuelas de los abortos espontáneos en las primeras semanas de embarazo, se descartan en otra serie de investigaciones que tienen como referente el artículo de Alice Lovell (2001). Esta autora argumenta que la validez de la pérdida está más relacionada por el compromiso del embarazo y el significado que otorga la persona a la pérdida que con la duración de la gestación. En estos casos, hay autores que hablan de “duelo desfavorecido”, como término para designar el duelo por una pérdida que no se reconoce de forma abierta y, por tanto, no recibe en la misma medida el apoyo social que se recibe en otro tipo de pérdidas (Brintow et al., 2024). Para los padres, según Lovell (2001) lo importante es lo que hace real la identidad del bebé. En este sentido, juegan a favor del argumento no reduccionista de Lovell los avances tecnológicos, como las ecografías, que proporcionan imágenes del bebé en etapas muy tempranas del embarazo y puede

considerarse su primera foto en el álbum familiar. Es difícil negar la identidad de algo que se ha visualizado (Lovell, 2001).

Un factor que parece fundamental, si tenemos en cuenta los trabajos revisados, en la clasificación del tipo de pérdida y, por tanto, autenticación de la validez del duelo, es la discusión sobre la condición humana del niño según la semana de gestación. ¿A partir de cuánto se considera un ser humano? Este factor religioso y cultural marca una jerarquía del duelo que no siempre se corresponde con el nivel del duelo que se ha desarrollado con el niño, tal y como lo entiende Lovell (2001). Este desajuste en los progenitores entre el duelo experimentado y el esperado según su etapa de gestación por parte de la sociedad, contribuye a que el duelo se reprima o se esconda por esa distonía con lo que esperan los demás. Esta autocensura donde los padres no se permiten hablar tanto del vínculo con su hijo fallecido debido a condicionantes sociales, está directamente relacionada con un peor estado mental y un duelo con complicaciones (Brintow et al., 2024).

Otra casuística dentro de las pérdidas perinatales es la de la interrupción del embarazo debido a anomalías fetales. Korenromp et al. (2007) enfatizan el hecho diferencial, frente a otro tipo de pérdidas, la voluntariedad. Esto deriva en que los padres se enfrentan no sólo a una pérdida gestacional, sino a una decisión compleja y dolorosa. El aumento de interrupciones de embarazo debido a condiciones genéticas ha aumentado enormemente a nivel mundial en las últimas décadas debido a la proliferación de las técnicas de cribado fetal. Este tipo de duelo perinatal es poco estudiado e incluso recibe en ocasiones un trato distinto en la literatura de la psicología de la salud sobre la pérdida gestacional (Brintow et al., 2024). En el estudio de Brintow et al., estos padres son los que reportaron el menor nivel de vínculo y una sintomatología de duelo menos intensa. Sin embargo, también hay estudios que reconocen que el nivel de implicación de los padres en la decisión de interrupción de embarazo puede generar una serie de dilemas como la culpa o el auto reproche que añaden gravedad a la sintomatología que se produce posteriormente (Ridaura et al., 2017). Por ejemplo, en el estudio de Korenromp et al. (2007) en Holanda, 4 meses después de la interrupción voluntaria de embarazo, el 44% de las madres y padre entrevistados seguían presentando síntomas depresivos y de estrés postraumático.

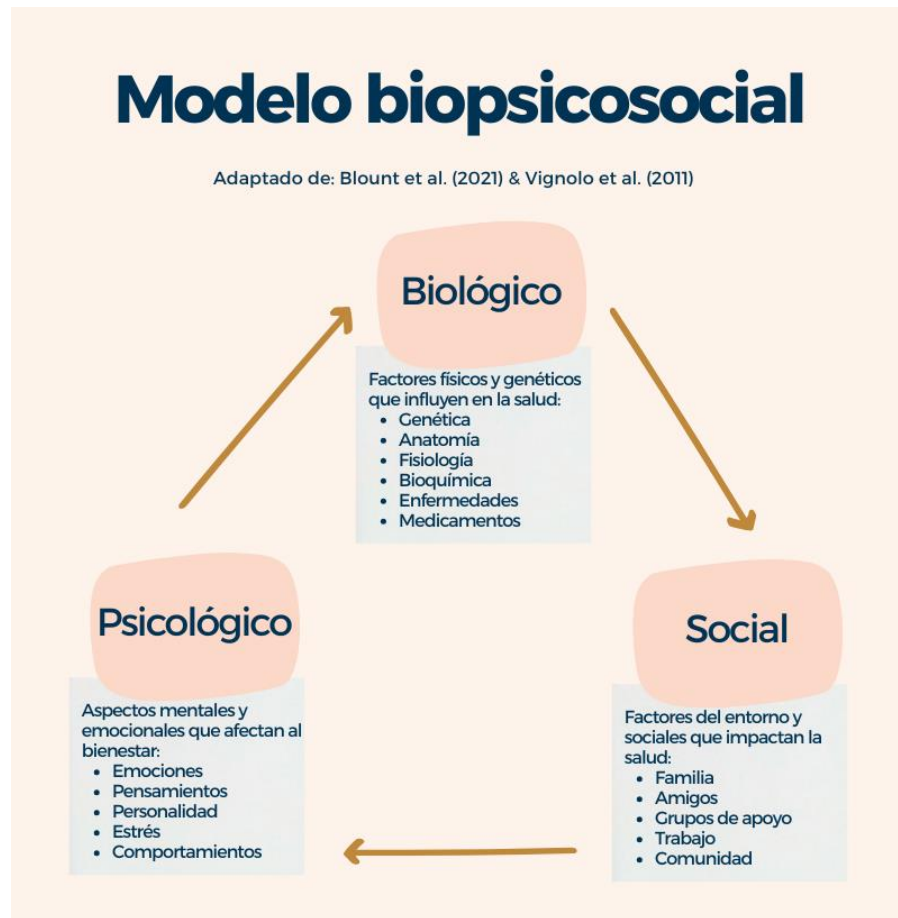
Lamentablemente, la pérdida gestacional en general, tanto la que se produce de forma temprana como en momentos cercanos al parto, es a menudo minimizada e ignorada, según evidencian los autores consultados. La principal razón esgrimida por aquellos que no reconocen el duelo perinatal es que no se ha producido contacto con el bebé y, por tanto, no está a la altura del duelo por un hijo que haya convivido con la familia varios años. Este hecho no puede sino empeorar con la tendencia tanto social como académica de intentar medir la intensidad del duelo en función de la edad gestacional. Sólo algunos trabajos, como el de Lovell (2001), muestran una tendencia en contra de esta factorización cuantitativa de los sentimientos. Una madre o una pareja que están en duelo perinatal, no están en duelo por una persona en concreto, sino por el parto de un hijo sano y de la experiencia de maternidad o paternidad que habían imaginado (Côté-Arsenault y Hubbard, 2019).

2.1.2. Factores biológicos y sociales que determinan el impacto de la pérdida y el embarazo posterior

El embarazo es un momento crucial en la vida de una mujer por diferentes razones. Por lo general, el discurso alrededor de la gestación está protagonizado por los componentes biológicos asociados con el embarazo y la salud femenina, pero son igualmente importantes los factores psicológicos y sociales relacionados con la misma (Blount et al., 2021).

Figura 2.

El modelo biopsicosocial y sus componentes.



Fuente: adaptado de Blount et al. (2021) y Vignolo et al. (2003).

La gestación es un momento de desarrollo físico y espiritual (Côté-Arsenault y Hubbard, 2019). A nivel físico, el embarazo es un evento físico exigente para la mujer, que incluye riesgos físicos: cambios en la forma física (aumento de peso y del tamaño de los senos, cambios en el cabello y las uñas), cambios hormonales (como por ejemplo la liberación de estrógenos y progesterona), cambios epigenéticos y, en algunos casos, medicación. La medicación es un factor central en los controles físicos del embarazo ya que muchos se deben limitar o eliminar durante el embarazo. En caso de tratamientos psiquiátricos, se deben evaluar cuidadosamente las consecuencias de la suspensión del tratamiento, ya que existen evidencias de cambios epigenéticos asociados al consumo de ansiolíticos y antipsicóticos durante el embarazo. Desde el punto de vista nutricional, la salud de la madre puede verse afectada por el embarazo y caer

en cuadros de desnutrición o deficiencias vitamínicas. En el ámbito biológico, es importante también destacar los cambios neurológicos en el embarazo, que dan lugar a cambios en las estructuras cerebrales. El embarazo afecta, sobre todo, a la cantidad de materia gris en el cerebro y en la corteza cerebral, principalmente en áreas relacionadas con la cognición (Blount et al., 2021).

Los abortos espontáneos son normalmente causados por fallos genéticos y, relacionado con esto, la edad de la madre es un factor fundamental. Sin embargo, existen numerosas causas de abortos espontáneos que pueden suceder de forma repetida y que desencadenan abortos espontáneos recurrentes. Entre ellas, además de las mencionadas alteraciones genéticas, se encuentran malformaciones uterinas, respuestas autoinmunes, desequilibrios hormonales o metabólicos, infecciones o factores masculinos, como un ADN espermático anormal (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2012).

Además, los cambios que experimenta la madre a nivel físico y psicológico no sólo le conciernen a ella, sino que también afectan a su relación con la pareja (si ésta existe) y a sus relaciones con los demás en su nuevo papel de mamá (Côté-Arsenault y Hubbard, 2019). Por lo que se refiere a la pareja, la pérdida perinatal puede además impactar en la relación aumentando el conflicto y la tensión entre ambos progenitores (Caro-Costa et al., 2025). El estudio de Allsop et al. (2024) constata que el bienestar sexual de la pareja en ambos miembros disminuye tras una pérdida gestacional. Además, la pérdida en el interés sexual es más acusada entre la gestante y su pareja que en las parejas del grupo de control, que no pasaron por la situación de pérdida gestacional.

Caro-Costa et al. (2025) señala que no sólo las mujeres y parejas se ven afectadas por la pérdida perinatal, sino también los profesionales de la salud. Según los estudios llevados a cabo por (Caro-Costa et al., 2025); Pastor-Montero et al. (2013) en unidades de ginecología o atención materno- infantil de dos hospitales españoles, los profesionales también se ven afectados a nivel individual por esta experiencia. Las estrategias de afrontamiento difieren de persona a persona y se manifiestan de forma opuesta en ocasiones: desde una actitud de empatía y comprensión, hasta la experimentación de malestar y evitación.

Desde un punto de vista social, la cultura y los estigmas relacionados con la pérdida prenatal, contribuyen a dibujar el contexto social donde sucede la pérdida perinatal y el embarazo

posterior y, por tanto, a caracterizar la red de apoyo disponible. Si bien es cierto que la pérdida perinatal ha estado muy oculta y estigmatizada en España, hay estudios antropológicos que evidencian los rituales de visibilización que desde hace años practicaban las familias que sufrían dichos eventos (Montés y de la Peña, 2019).

Desde el punto de vista social, la red de apoyo de las mujeres y parejas que se enfrentan a este hecho es fundamental, sobre todo en culturas como en la española. Es notorio que cuando en la literatura consultada se hace referencia a red social, en realidad se tiene en mente a la red de mujeres que rodean a la pareja. En este sentido, el papel de las hermanas y amigas que comparten el hito vital de la maternidad de forma coetánea suelen ser de gran ayuda en aquellos perfiles de mujer que afrontan el duelo gestacional mediante una comunicación abierta a nivel emocional (Fernández-Basanta et al., 2021).

2.1.3. Factores psicológicos relacionados con la pérdida gestacional

En un plano psicológico, el embarazo es un evento psicológico en sí mismo, tal y como lo describieron Blount et al. (2021). En este sentido, las mujeres experimentan una gran variedad de cambios que pueden incluir la fatiga, la ansiedad o la depresión. Además, el embarazo para algunas mujeres es un evento estresante que afecta tanto a la madre como a la relación con el bebé. A estos factores se deben sumar las consecuencias psicológicas derivadas de la pérdida gestacional.

La mayoría de los autores confluyen en la importancia de controlar primero posibles patologías relacionadas con el duelo y así evitar mayores complicaciones cuando suceda el siguiente embarazo, que podrían incluso afectar al establecimiento del vínculo con el nuevo bebé (O'Leary, 2004). Blocksidge et al. (2024) determinan que el abordaje del embarazo y crianza después de una pérdida gestacional presenta una incidencia significativa y conlleva secuelas emocionales lo suficientemente graves como para justificar una literatura sobre el tema mucho más extensa que la existente. Además, añaden que sería necesaria una intervención diseñada específicamente para dar soporte a los padres en la crianza del nuevo bebé e intervenir en esa nueva relación padres-hijo.

La pérdida perinatal se reconoce, en todos los estudios consultados en el presente marco teórico, como un proceso traumático y que desencadena una variedad de reacciones psicológicas, tales como depresión, ansiedad o trastorno de estrés postraumático (Blocksidge

et al., 2024; Caro-Costa et al., 2025; Wang et al., 2021). La alta prevalencia de los síntomas relacionados con la pérdida hace que algunos autores como Fernández Ordóñez et al. (2018) los describan como normales.

El trastorno de estrés postraumático se ha definido en el DSM V (American Psychiatric Association, 2013) como la aparición de síntomas específicos después de la exposición a un evento traumático que implica una amenaza vital o de la integridad física, tal y como sucede en el caso de una pérdida gestacional traumática. Se puede manifestar a través de síntomas intrusivos, tales como recuerdos angustiantes o sueños, evitación de estímulos relacionados con el trauma, como por ejemplo evitar visitar a recién nacidos, alteraciones cognitivas o emocionales, como sentimientos de culpa o aislamiento y activación fisiológica inusual como por ejemplo mayor irritabilidad o hipervigilancia. Para su diagnóstico, estos síntomas deben tener una duración superior a un mes y afectar al funcionamiento cotidiano del paciente. Este trastorno se ha detectado en las madres que experimentaron una pérdida gestacional a niveles equivalentes a otro tipo de experiencias causantes de trastorno de estrés postraumático (Blocksidge et al., 2024). La adaptación psicológica de la madre o de ambos padres en la muerte perinatal es muy dura. Las reacciones más comunes son la negación, la culpa, la ira, o la sensación de “brazos vacíos” al llegar a casa del hospital y enfrentarse a los síntomas del postparto sin un bebé (Blocksidge et al., 2024).

Ryninks et al. (2022) también reconocen el efecto traumático de la pérdida gestacional, ya se trate de un aborto temprano o un mortinato. La prevalencia en el postparto de trastorno de estrés postraumático tiene una prevalencia media de 3,1%. Esta cifra, en el caso de las mujeres que cursaron un embarazo de alto riesgo, se incrementa hasta el 15% (Henriques et al., 2015). Y en el caso de pérdidas gestacionales, 25% de las madres en el estudio de Engelhard et al. (2001) presentaron un diagnóstico de trastorno de estrés postraumático un mes después del suceso, con sintomatología similar al desarrollado por otras poblaciones traumatizadas. Igualmente, en ese mismo estudio, hallaron comorbilidad del trastorno de estrés postraumático con la depresión. Así, el 34% de las mujeres con trastorno de estrés postraumático desarrollaron también depresión, mientras que en el grupo que no tuvo sintomatología traumática sólo el 5% informaron de depresión. Engelhard et al. (2001) critica que, históricamente, los estudios sobre pérdidas gestacionales que se centraban en el efecto de la pérdida en la depresión. Sin embargo, posteriormente se ha visto que la pérdida

gestacional puede implicar también sintomatología traumática, lo que repercute en el nivel de ansiedad. Es por ello por lo que hasta los años 2000 se encuentran muy pocos estudios sobre los efectos en la ansiedad en esta población.

Otras consecuencias a nivel psicológico desencadenadas por la pérdida gestacional se relacionan con cambios en la personalidad. Algunas mujeres que han pasado por una pérdida perinatal han reportado menores niveles de autoestima que los grupos de control con mujeres que no han experimentado dichas pérdidas (Fernández Ordóñez et al., 2018). Caldwell et al. indican que las madres y padres que experimentan una pérdida perinatal suelen reportar situaciones de aislamiento social y desconexión con otras personas, sentimientos de culpabilidad, vergüenza, sensación de haber fallado. Las personas que ya eran inseguras y manifestaban comportamiento de ansiedad y evitación, reportaron más inseguridad, depresión, soledad y ansiedad después de la pérdida.

Esa autoinculpación se traduce normalmente en la mujer en pensamientos como que su cuerpo ha fallado porque no ha sido capaz de dar a luz a un niño vivo y sano. Otros pensamientos de culpa son, por ejemplo: *“me culpo por la muerte del bebé, me siento culpable cuando pienso en el bebé, la mejor parte de mí murió con el bebé”* (Caldwell et al., 2024). La mujer se cuestiona entonces si será capaz de poder tener un bebé vivo en el siguiente embarazo.

Pero ¿todas las mujeres, independientemente de su personalidad, reaccionan igual ante una pérdida gestacional? Lovell (2001) en su estudio cualitativo llevado a cabo en Reino Unido, concluye que el factor determinante de que un proceso de pérdida perinatal sea más o menos adaptativo es la predisposición de la madre durante ese duelo. Hay madres para las que un aborto temprano no es una tragedia mientras que, para otras, es una experiencia que puede generar un alto nivel de distrés. Y todo ello es independiente de la duración de la gestación en el momento de la pérdida. La aportación de Caldwell et al. (2024) es novedosa y relevante en este sentido, ya que distingue cómo los diferentes tipos de apego influyen en las estrategias de afrontamiento de las madres y parejas cuando vuelven a enfrentarse a un embarazo después de una pérdida gestacional. Su hipótesis se basaba en los estudios realizados sobre el duelo de los padres tras la muerte de un hijo mayor, donde un patrón de apego seguro se

relacionó con un mejor ajuste psicológico y un patrón de evitación o de estilo de apego ansioso, con peor ajuste psicológico, traducándose en episodios de mayor duelo y angustia.

Caldwell et al. (2024) indican, a partir de sus hallazgos, que las madres con apego evitativo en la infancia tienen más dificultad y desesperación para afrontar una pérdida perinatal y reportan valores más bajos de conexión social. Por el contrario, aquellas madres con apego seguro tenían menor sensación de vergüenza, autoculpa, menor nivel de duelo y mayor conexión social (Caldwell et al., 2024).

Los padres han sido coprotagonistas de muchos de los estudios realizados hasta el momento sobre pérdida gestacional, asumiendo que el peso del duelo recae sobre la madre y que los padres no tenían por tanto el derecho a manifestar suyo propio. El estudio de Turton et al. (2006) pone de manifiesto que, si bien las puntuaciones de las madres indican niveles más altos de sintomatología relacionada con el duelo, las diferencias no fueron significativas respecto a los padres. De este estudio, también se desprenden las diferentes estrategias de los padres para enfrentar el duelo, como el uso de sustancias como alcohol, fármacos o drogas no legales. Por tanto, los padres deberían también ser un grupo objetivo, junto a las madres, de las intervenciones que se hagan en el ámbito sanitario e institucional. Turton et al. (2006) recomiendan además un tratamiento específico y diferencial para los padres que busque solución a sus propios condicionantes culturales, como los roles de género en la sociedad y a las dificultades asociadas a los mismos.

Las familias LGTBI+ también presentan su propia casuística en el contexto de la reproducción que se refleja también en el impacto que la pérdida perinatal puede tener en los progenitores. De la misma manera a la que se enfrentan a discriminación y juicios sociales en cuanto a la reproducción, la pérdida gestacional en el colectivo LGTBI+ añade una serie de retos extra, tales como la heteronormatividad, la marginalidad y la falta de legitimidad social además de a los factores de distrés emocional que caracterizan a los progenitores que pasan por este tipo de pérdidas (Rose y Oxlad, 2022).

2.1.3.1. Caracterización del duelo perinatal

El duelo es un proceso universal que se desencadena después de la pérdida de un ser querido (Fernández-Basanta et al., 2021). A su vez, es una respuesta adaptativa a la pérdida y un concepto complejo que se construye a través de la conjunción de múltiples variables

relacionadas con la propia pérdida y con la persona que lo sufre (Fernández Ordóñez et al., 2018).

Desde un punto de vista clínico, el duelo consiste en una serie de procesos y tareas dentro de un proceso que se denomina “elaboración del duelo”. El duelo experimentado tras una pérdida perinatal es similar a otros tipos de duelo y los padres reportan una serie de reacciones que son comunes a otros trabajos de duelo, tales como culpa, irritabilidad, sentimientos de vacío interior, tristeza, rabia, alteraciones en los patrones de sueño y comida, apatía y miedo, en este caso, a un siguiente embarazo (Pastor-Montero et al., 2013). En algunas ocasiones, el duelo se puede volver crónico y patológico (Fernández-Basanta et al., 2021).

Brintow et al. (2024) hablan de “vínculos continuos” en la experimentación del duelo refiriéndose con este término a la necesidad de dar continuidad a la persona ausente mediante otras prácticas. No es una sintomatología fija, sino que se experimenta de diferente forma según la persona que experimenta el duelo. Se distingue entre expresiones internas y externas de los vínculos continuos. Entre las expresiones internas, destacan por ejemplo la sensación de que el fallecido influye de forma positiva en la vida actual del que experimenta el duelo o los recuerdos que consuelan. Ejemplos de vínculos externos son actuar como si el fallecido estuviera vivo mediante alucinaciones o sintiendo que está vivo o guardar objetos del fallecido esperando un retorno. El duelo, como proceso, refleja una evolución. Lo más habitual es pasar de manifestaciones externas a manifestaciones internas en ese proceso. Los vínculos continuos externos suelen reflejar un ajuste deficiente en la manera de abordar el duelo, mientras que los internos pueden ser considerados parte del patrón adaptativo del duelo. En el caso de las pérdidas gestacionales, Brintow et al. (2024) indican que las madres pueden encontrar esta sintomatología reconfortante en lugar de angustiante. Este hallazgo confirma que los vínculos continuos experimentados en un contexto de pérdida gestacional pueden ser considerados como adaptativos.

El duelo de tipo ansioso consiste en una respuesta disfuncional donde predomina la angustia anticipatoria y el estilo de pensamiento catastrófico. Este tipo de duelo se ha demostrado como un factor predictor de ansiedad en el nuevo embarazo. También son ligeramente mayores los casos de depresión postparto en el embarazo subsiguiente si se ha producido un

duelo ansioso, así como otra sintomatología vinculada con el estrés postraumático como la ansiedad e hipervigilancia, especialmente en las mujeres. Este tipo de sintomatología puede dificultar también la vinculación con el nuevo bebé (Fernández Ordóñez et al., 2018).

La aportación del estudio de Ryninks et al. (2022) consiste en la descripción de los métodos “positivos” de afrontamiento del duelo por la pérdida gestacional, en concreto, del crecimiento postraumático. El crecimiento postraumático se relaciona con una serie de cambios positivos en la persona como resultado de un evento traumático. Es lo que comúnmente se denomina “encontrar sentido a la vida”. Los modelos de crecimiento postraumático se sustentan en “en grado en el que la experiencia traumática desafía a las suposiciones del mundo” (Ryninks et al., 2022). En este sentido, una pérdida gestacional es un evento inesperado y poco lógico en la concepción personal del mundo que desencadena un crecimiento postraumático en algunos padres.

Brintow et al. (2024) parten de la hipótesis de que hay factores sociales y demográficos que pueden estar relacionados con el tipo de respuesta al duelo perinatal: que sea la madre o el padre, si han tenido pérdidas previas, si tienen otros hijos vivos o si está embarazada o su pareja está embarazada de nuevo. Otros factores que determinan un peor manejo del duelo son la edad de los progenitores, la falta de herramientas emocionales, un bajo nivel socioeconómico o la falta de apoyo social (Ridaura et al., 2017) Es decir: el duelo y los factores que influyen en su intensidad son muy complejos y multidimensionales, si bien la discriminación por segmentos puede ser útil a la hora de diseñar intervenciones con recursos limitados que se centren en aquellos grupos más vulnerables.

Las diferentes situaciones y manejos que tienen lugar durante la intervención institucional también son factores que definen la gravedad del duelo perinatal. En concreto, se señala a la soledad durante la recepción de la noticia y a la falta de información durante el proceso, como a los factores que más influyen en el manejo de la pérdida (Camacho-Ávila et al., 2019).

En este sentido, uno de los hallazgos de Caldwell et al. (2024) ha sido que la vergüenza no es un factor predictor de la gravedad del duelo gestacional y de la dificultad de enfrentamiento de un nuevo embarazo. La vergüenza si es un factor científicamente relacionado con las dificultades en el duelo de padres que han perdido a un hijo mayor. ¿Por qué en el caso del estudio de Caldwell et al. (2024) no? Las mismas autoras dan respuesta a esta cuestión: tienen

como hipótesis que su muestra, al ser mujeres que pertenecen a la Clínica PAL (*Pregnancy After Loss*), han experimentado una relación de apoyo con sus matronas. Con frecuencia, las mujeres entrevistadas habían estado en contacto con las matronas que posteriormente a la pérdida las volvieron a atender en su nuevo embarazo, así que esto posiblemente habría hecho desaparecer la posible reacción de vergüenza que puede aparecer con otros profesionales ajenos a la pérdida (Caldwell et al., 2024)

Por último, es importante señalar que, como sugiere Fernández-Basanta et al. (2021), no deberían extrapolarse los hallazgos de los estudios sobre el duelo gestacional de un país a otro. Para estos autores, los condicionantes culturales españoles influyen en cómo se gestiona el duelo. Los españoles, según estos autores, contamos con un entorno cultural que facilita la expresión social del duelo, mientras que, en otros entornos, como el estadounidense, el duelo es algo que se suele vivir de puertas para dentro (Fernández-Basanta et al., 2021; Yoffe, 2003).

2.1.3.2. Estrategias de afrontamiento en el duelo perinatal

Según Fernández-Basanta et al. (2021), en el caso español, las mujeres actúan, en términos generales, de dos formas frente al duelo: hablando o evitando. Así, unas lo afrontan hablando con familiares, amigos y gente de su alrededor que hayan pasado por experiencias similares. Los beneficios de esta forma de afrontamiento son la visibilidad que esto le aporta a la pérdida y una mayor recepción de apoyo social. A su vez, hablar con otras mujeres que han tenido la misma experiencia, aporta normalidad a la situación que están viviendo. Otro tipo de mujeres afrontan el duelo mediante la evitación. En culturas como la india o la taiwanesa, según señalan estos autores, esta es la forma de afrontamiento más habitual. En España, las mujeres que adoptan esta estrategia lo hacen, sobre todo, por evitar revivir momentos dolorosos y porque quieren protegerse de las opiniones o comentarios de los demás. Ambas son formas válidas y adaptativas que sugieren diferencias individuales en la transición del duelo.

Uno de los recursos protectores para las mujeres en fase de duelo es la capacidad de resiliencia. De esta forma, algunos de los componentes de la resiliencia, como la claridad de objetivos en la vida y la competencia social, se mostraron como factores que promovieron un duelo menos intenso en la pérdida perinatal (González et al., 2021).

Algunos estudios como el de Mendes et al. (2024) enfatizan la importancia de la intervención desde las instituciones sanitarias. En este sentido, estas autoras pusieron de manifiesto que

una atención sanitaria satisfactoria repercute en mejores estrategias de afrontamiento. Una correcta atención sanitaria en estos casos incluiría una buena relación con los profesionales y una adecuada información sobre el proceso de la pérdida o del aborto y sobre el duelo. Para Mendes et al. (2024), el contacto con los profesionales de la salud en el momento de la pérdida y en el seguimiento posterior es decisivo, ya que puede proporcionar a la mujer una serie de herramientas que la ayudarán en el proceso de duelo e influirán en la intensidad del duelo a corto y medio plazo.

2.1.4. Factores psicológicos en el embarazo posterior a una pérdida gestacional

Los padres que experimentaron una pérdida prenatal que se enfrentan a un nuevo embarazo no lo hacen desde el mismo punto de partida que aquellos que no sufrieron esa experiencia. Los casos estudiados en trabajos como el de O'Leary (2004) reportan mayores niveles de miedo y ansiedad durante el nuevo embarazo que en aquellos que no han experimentado pérdidas previas. Estos miedos aparecen ya desde el principio de la gestación y, normalmente, aumentan de intensidad cuando llega el punto en el que perdieron el anterior bebé. Las citas médicas tales como ecografías y controles rutinarios, también son una fuente de estrés para estos padres porque alimentan el temor de que se encuentre un problema con el nuevo embarazo y todo acabe en otra pérdida.

El estudio cuantitativo de Koç y Çankaya (2024) en la población turca, muestra una altísima prevalencia en ansiedad (64,2%) y depresión (76,5%) entre mujeres que están embarazadas después de una pérdida gestacional. Los datos de Montigny et al. (2020), aunque son más moderados, quizás por la influencia del entorno socioeconómico en los resultados, también muestran altas tasas de depresión, que estiman en un 50%, mientras que la tasa de depresión postparto entre las mujeres canadienses es de 8,7%.

La intensidad de los síntomas no es lineal, sino que suele disminuir a medida que avanza el embarazo y se supera el punto crítico- la pérdida del bebé anterior- para, en la mayoría de los casos, resolverse después del parto, durante la crianza del bebé (de Montigny et al., 2020; Fernández Ordóñez et al., 2018). Sobre el posible efecto protector del nacimiento del hijo sano, hay discrepancia en la literatura existente. Mientras algunos estudios argumentan que el hecho de tener otro hijo alivia el duelo y los síntomas de distrés vividos en la pérdida gestacional, otros no encuentran dicha asociación (Smorti et al., 2021).

Un factor relevante estudiado en el trabajo de Smorti et al. (2021) es la distinción entre primíparas y multíparas. El grupo de las primíparas que además han tenido un aborto previo es el peor posicionado en cuanto a miedo y ansiedad, en concreto, experimentan un mayor miedo al parto.

El hecho de que en lugar de una pérdida previa haya un historial de pérdidas, también es otra variable relevante que determina la salud psicoemocional de la madre en un nuevo embarazo. Wang et al. (2021) estudian los niveles de ansiedad y depresión en las mujeres con abortos de repetición. Es un estudio pionero en demostrar que la ansiedad y la depresión no sólo son síntomas que correlacionan de forma causal con las pérdidas gestacionales, es decir, que el duelo por la pérdida gestacional acentúa la aparición y gravedad del desarrollo de estas patologías, sino que, a su vez, la condición de ansiedad y depresión de la gestante puede provocar otros abortos en embarazos posteriores.

Se identifican además otra serie de factores personales, contextuales y de protección que se relacionan con un duelo perinatal más intenso, tales como el nivel socioeconómico, la calidad de migrantes o la no existencia de una buena relación con el médico (de Montigny et al., 2020).

Muchos de los autores consultados recomiendan que en la atención perinatal los profesionales estén muy alerta del potencial del duelo perinatal, aún en ausencia de angustia psicológica (Ridaura et al., 2017). Algunos advierten de la necesidad de siempre supervisar a las mujeres durante la siguiente gestación en relación con su duelo: si aparecen sentimientos de culpa, si se aíslan, etc. especialmente en aquellas mujeres con estilo de apego ansioso o evitativo (Caldwell et al., 2024; Fernández-Basanta et al., 2021).

A pesar de las evidencias, algunos autores como Fernández Ordóñez et al. (2018) denuncian la falta de atención de los profesionales a este efecto conocido y a la vez ignorado que puede tener una pérdida gestacional en el desarrollo de un embarazo sano subsecuente.

No obstante, normalmente, las mujeres o parejas que experimentan una pérdida gestacional deciden volver a intentar un embarazo, son raros los estudios que se focalizan en la gestación y crianza de un siguiente bebé (Blocksidge et al., 2024). La justificación de la existencia de un área de conocimiento en este ámbito está más que argumentada, ya que los padres que se enfrentan a un embarazo después de una pérdida, por lo general atraviesan situaciones de distrés emocional, ligadas al duelo y al trauma que influye tanto en la gestación como en la

crianza posterior. Así, es habitual que los padres que comienzan una crianza después de una pérdida gestacional perciban el mundo como un lugar peligroso, incontrolable e injusto que influirán en su manera de criar. Además, aunque la pérdida anterior se encuentre ya sanada, la nueva gestación puede despertar de nuevo experiencias de distrés emocional que les conectan con la experiencia anterior (O'Leary, 2004).

En consonancia con los datos analizados, la intervención en los padres que desean otro embarazo después de una pérdida debería realizarse de forma temprana. Esta intervención consistiría en explicar a los padres que un nuevo embarazo no siempre va a aliviar los síntomas del duelo y que van a aparecer otros retos, como la angustia y los miedos relacionados con el nuevo bebé (O'Leary, 2004). Blocksidge et al. (2024) destacan el tema de la sobreprotección como manifestación más relevante en la crianza posterior que ejercen este tipo de parejas. La sobreprotección se entiende, en este caso, a través del miedo a perder este otro bebé después de la experiencia traumática anterior.

2.2. Estrategias de atención del sistema de salud en la pérdida perinatal

A pesar de la prevalencia de este tipo de muertes, la pérdida gestacional es un tema tabú a nivel social e institucional (Fernández-Basanta et al., 2021). El hecho de que no se conozca al bebé destinatario del sentimiento de duelo, según Ridaura et al. (2017) justifica en el imaginario popular un menor nivel de afectación a nivel mental que ha sido desmentido en cada uno de los estudios revisados en este ensayo teórico.

No hay que olvidar que la maternidad, desde un punto de vista antropológico, es un momento cargado de rituales. El hecho de perder un embarazo trunca el ritual de incorporación del bebé a la sociedad y también el de los futuros padres como padres. En este limbo, como diría Montés y de la Peña (2019), donde se quedan las experiencias de embarazo truncados, no hay reconocimiento, sino cierta vergüenza y culpa por lo que no pudo ser. No es extraño que, por tanto, se oculte la pérdida y se esconda incluso el siguiente embarazo de forma temprana para no volver a pasar por el mismo proceso de rituales truncados de nuevo (Côté-Arsenault y Hubbard, 2019).

El por qué la pérdida gestacional está adquiriendo más visibilidad en los últimos años, Lovell (2001) lo explica diferenciando entre occidente y otras culturas. En occidente, la tendencia descendente de la natalidad viene de la mano de avances técnicos en reproducción asistida y

un mayor control sobre la natalidad. Esto implica que las experiencias donde el futuro bebé fallece afecten más a los padres dentro de ese deseo y ambiente de control, ganando así el interés de los investigadores.

Según Fernández-Basanta et al. (2021) los países con menos recursos, la invisibilidad es homogénea, ya que la pobreza justifica la dedicación de recursos a otras prioridades. En los países ricos, el tratamiento de este tema presenta mayor heterogeneidad: existen países que han avanzado mucho en cuanto a la visibilidad, mientras que otros tienen aún camino por recorrer. En el caso de España, hay una gran diferencia ya no sólo entre Comunidades Autónomas, sino de un hospital a otro, no existiendo una pauta general de actuación a nivel nacional (Pastor-Montero et al., 2013).

Las pérdidas gestacionales, en comparación con otro tipo de pérdidas infantiles, no se suelen reconocer al mismo nivel de duelo que en el caso de fallecimiento de hijos mayores (de Montigny et al., 2020). Según autores como Blocksidge et al. (2024), este hecho es también un factor de riesgo que afecta a una peor gestión de la adaptación psicológica debido al potencial aislamiento que sufren los padres que atraviesan un duelo no permitido.

La edad gestacional también determina la intervención. Cuando hablamos de pérdida intrauterina, se debe destacar la dificultad añadida de la falta de visibilidad. La diferencia con la pérdida de un hijo que ha nacido y sobrevivido fuera del útero es, fundamentalmente, que ha tenido entidad, que se le ha reconocido como ser humano. Es por eso por lo que el apoyo social que reciben los padres después de una pérdida gestacional intrauterina difiere del que reciben en otro tipo de pérdidas visibles y reconocibles social y culturalmente (Brintow et al., 2024). Los mismos profesionales de la salud reconocen que reaccionan de forma distinta si es un aborto temprano o una pérdida más avanzada en la gestación, como recoge por ejemplo Pastor-Montero et al. (2013) en sus entrevistas:

“Los abortos espontáneos son tan rutinarios que a veces no les damos la debida importancia y no lo demostramos (obstetra)”

Entre las pérdidas gestacionales, la intervención por parte de las instituciones en el colectivo de padres que escogen activamente interrumpir un embarazo por malformaciones fetales necesita una mayor atención, ya que se enfrenta a un mayor riesgo de sesgo. Este colectivo

de padres son los que reportan un mayor nivel de “estigmatización, culpa e ignorancia social” (Brintow et al., 2024).

Por su parte, los embarazos que suceden después de una pérdida gestacional han recibido también una atención limitada por parte de los investigadores y profesionales médicos. Sin embargo, los pocos estudios existentes demuestran que los padres que se enfrentan a un nuevo embarazo después de una pérdida gestacional lidian, en su mayoría, con una serie de síntomas propios de haber pasado una experiencia traumática y de lo que la exposición al contexto del evento traumático puede desencadenar (Fernández Ordóñez et al., 2018).

2.2.1. Estado de la cuestión e intervención en duelo perinatal en España

La atención al duelo perinatal ha existido desde la década de los 70 en muchos países con economías similares a España. Sin embargo, este servicio es un campo emergente en nuestro país (Cassidy, 2018). En las unidades de neonatología de otros países cada vez más se incluyen psicólogos ya que se ha visto que la existencia de un profesional especializado en contacto con las madres y familias repercute en una detección más eficaz de posibles complicaciones mentales. En España, son muy pocos los hospitales que desarrollan programas específicos de psicología perinatal en las áreas de neonatos (Cuéllar Flores y Valle Trapero, 2017). En un estudio reciente que tenía como objetivo detectar y analizar programas de psicología perinatal, Cuellar-Flores et al. (2024) identificaron 12 hospitales en Madrid con programas completos o parciales de este tipo, aunque no específicamente centrados en la pérdida perinatal.

Según Camacho et al. (2019), en España aún no existe un protocolo de atención estándar para las madres y familias que se enfrentan a un duelo perinatal. Esto no quiere decir que no reciban atención, pero sí que esta atención es muy diferente según si es la madre o el padre el objeto de esta y, sobre todo, difiere según en qué ámbito institucional se proporciona o dependiendo de qué profesional la dispensa. El trabajo de Cassidy (2018) aporta cifras concretas sobre la situación asistencial en España respecto al duelo perinatal. Lo más relevante de este estudio es la constatación de la falta de consistencia entre unas experiencias y otras y los defectos de la calidad atencional a la hora de fomentar y respetar el establecimiento del vínculo entre los padres y el mortinato.

Entre los protocolos estudiados por Cassidy (2018) en centros hospitalarios españoles en el período de 2013 a 2016, se encuentran:

- El contacto con el bebé: aproximadamente la mitad de los padres pudieron ver al bebé. El porcentaje es ligeramente mayor en padres o parejas (58,9%) que en madres (52,9%). La proporción de padres que establecieron contacto visual o físico con los bebés estuvo directamente relacionada con la edad gestacional del mismo en el momento de la muerte. Así, a mayor edad gestacional, mayor probabilidad de que se hubiese producido el contacto. En el estudio de Camacho-Ávila et al. (2019) algunas madres reportaron que las propias matronas o enfermeras les prohibieron el contacto con el bebé fallecido o que limitaron el tiempo de contacto argumentando que no era bueno para ellas y las madres verbalizan este momento como doloroso y violento. Esto se relaciona con la posible falta de capacitación del profesional sanitario encargado de los protocolos de duelo perinatal en los hospitales. Muchos sanitarios carecen de la información de base que justifica por qué el contacto con el bebé es bueno en estas situaciones y así poder comprender mejor las necesidades del paciente. Por otra parte, no hay que olvidar que también son personas, por lo que se enfrentan a sus propias creencias y limitaciones culturales sobre la muerte perinatal. La evidencia sobre los beneficios de los protocolos de atención a la pérdida perinatal, muchas veces se olvidan de lo difícil que también es para los profesionales enfrentarse a un nacimiento de un bebé que no vive. Se entiende muy bien en el fragmento de entrevista recogida por Pastor-Montero et al. (2013) a una matrona:

“El llanto es lo que más extraño [mirada triste], estoy tan acostumbrada a oír llorar al bebé apenas nace, es difícil, me agobia”.

Finalmente, todo ello puede resultar en una mala aplicación del protocolo e interferencias en el proceso de duelo (Caro-Costa et al., 2025).

- Recuerdos del bebé: sólo un 30% de las mujeres declararon haber salido del hospital con un recuerdo del bebé (fotografía, etc.) más allá de la documentación que reciben en el momento del alta hospitalaria. Sólo el 12% obtuvo una fotografía.
- Restos biológicos: un 34% de los encuestados reportan no haber sido informados sobre las opciones de recuperación del cuerpo o los restos biológicos del bebé. En general, casi en la mitad de los casos, los restos fueron tratados en el hospital, incinerados con otros

restos hospitalarios. Fue más probable que recibieran esta información o dispusiesen de los restos si la gestación estaba más avanzada. Existen unos padres a los que los rituales mortuorios, que comienzan con la posesión de los restos y la decisión sobre qué hacer con los mismos, les ayudan a transitar el duelo. A otros, sin embargo, el hecho de que el hospital se haga cargo de estos, en especial en aquellos casos de muerte gestacional temprana, les da más tranquilidad y les ayuda a olvidar más rápido que conservando los restos (Camacho-Ávila et al., 2019).

- La distinción entre un hospital público o privado: en el análisis de asociación con diferentes factores, destaca que el hecho de que las mujeres acudieran a un hospital privado aumentaba la probabilidad de cesárea en un 25% y también disminuía la probabilidad de estar acompañadas durante el parto (61,9% en hospitales privados y 73,6% en hospitales públicos), quizás también por la alta tasa de cesárea en los primeros.
- Administración de sedantes o tranquilizantes: al menos la mitad de las encuestadas recibieron fármacos de este tipo durante el parto o la intervención, en la mayoría de los casos, aconsejadas por el profesional sanitario, a pesar de no existir evidencias sólidas sobre los beneficios de su uso. En todo caso, no debería prescribirse de forma rutinaria y se debería tener en cuenta el posible efecto en la memoria y las consecuencias que la falta de memoria puede tener sobre el proceso del duelo (Cassidy, 2018).
- La realización de una autopsia del bebé: este paso no se realiza en todos los casos y difiere mucho según el centro y la semana de gestación, según los resultados obtenidos por Cassidy (2018). Sin embargo, según este mismo autor, la explicación de qué es lo que ha pasado y cómo le ha afectado al bebé, puede tener efectos muy beneficiosos. El hecho de obtener una respuesta puede aliviar el duelo de los padres. Y, de cara a abordar un siguiente embarazo, proporciona información valiosa a los clínicos y a los padres, contribuyendo a una mejor preparación tanto física como emocional. La explicación debe ser clara y dar una explicación adecuada. En el estudio llevado a cabo por Camacho-Ávila et al. (2019) en hospitales españoles, algunos padres criticaban el paternalismo y la falta de precisión a la hora de recibir el diagnóstico de la causa de la muerte del bebé, lo cual contribuía a aumentar el sufrimiento. En el caso de realizarse la autopsia, también se registraron críticas sobre el tiempo que se tardó en tener los resultados, lo cual retrasó el momento de cierre de esa etapa, declaraban que les costaba seguir adelante ante la

espera de los resultados. Si la autopsia resulta ser no concluyente, se mantiene la incertidumbre, locus de control y los sentimientos de culpa sobre la pérdida.

Cassidy (2018) recomienda “una atención más centrada en lo psicosocial” que la que se recibe actualmente. En concreto, este autor aconseja: fomentar el contacto post mortem, información y libre elección sobre el modo de parto, el parto acompañado, el fomento de la conservación de objetos que recuerden al bebé, ya sea una fotografía u otros, la realización de autopsia y la posibilidad de escoger cómo quieren disponer de los restos.

Cassidy (2018) también considera las ventajas de fomentar el contacto físico con el bebé. Con base a los datos analizados, muy pocos padres deciden no aceptar ese contacto si se les da la posibilidad. Los que tuvieron la oportunidad de tener ese contacto, lo recibieron como muy positivo y no se arrepintieron. El tener la oportunidad de ese contacto con el cuerpo ayuda a la configuración del duelo en su versión más adaptativa, ya que proporciona materialidad al vínculo y a las emociones que lo sustentan. Brintow et al. (2024) encontraron que mantener el vínculo con el niño y los recuerdos se asociaron a una mayor sensación de alivio y, por tanto, a una gestión más adaptativa del duelo. Este resultado puede respaldar la práctica de respetar el tiempo de los padres con el mortinato tras el parto donde pueden ver y sostener al niño.

Uno de los hospitales que ha implementado esta práctica dentro de su protocolo estructurado de duelo perinatal es el Hospital Universitario Reina Sofía. En este protocolo, una de las experiencias clave es la denominada *CuddleCot*, cuyo objetivo es que la familia pueda pasar más tiempo con el bebé (Caro-Costa et al., 2025). Sin embargo, Turton et al. (2006) recomiendan ser cautelosos con esta recomendación de contacto, debido a los factores culturales y sociales que pueden presionar a los padres para la realización de esta práctica. En su trabajo, los padres que vieron al bebé no se arrepintieron, pero tampoco mostraron arrepentimiento aquellos que decidieron no verlo.

Un aspecto importante señalado por Lovell (2001) es que pasa con los otros hijos de la madre o la pareja cuando una pérdida sucede. El ambiente de ocultamiento de la pérdida no favorece según Lovell la correcta gestión de la pérdida gestacional para los otros niños. Por un lado, aprenden que es mejor no hablar del tema y, por otro, no reciben una explicación propia de que es lo que ha pasado con ese bebe que esperaban tener en casa y no ha llegado a aparecer.

También se percibe como muy positivo conservar recuerdos del bebé, ya sean fotografías, huellas, la pinza de cordón o ropa. Suelen denominarse “objetos de enlace” (Camacho-Ávila et al., 2019; Cassidy, 2018). Esta práctica se realiza en el protocolo de “Humanización de los cuidados del recién nacido al final de la vida” en el área de neonatos del Hospital Clínico San Carlos de Madrid (Cuéllar Flores y Valle Trapero, 2017), donde se entrega a los padres y familia una caja de recuerdos que contiene la pulsera identificativa, una cartulina con el nombre y la huella del bebé. Estos recuerdos proporcionan, en este sentido, una base para la reconstrucción y la continuidad del vínculo. Cassidy (2018) explica la baja incidencia de este tipo de prácticas en los hospitales españoles por la falta de formación de los profesionales de la salud en el ámbito del duelo perinatal.

Otro aspecto relevante es la separación de la madre que está en proceso de aborto o parto de un bebé sin vida del área de maternidad. En algunos hospitales en Reino Unido, según Lovell (2001), la madre que está en proceso de pérdida gestacional en el hospital es tratada bien en la parte de maternidad, donde tiene que estar expuesta a embarazos exitosos y bebés recién nacidos o en la parte de ginecología, conviviendo con pacientes con patologías como el cáncer, es decir, no se las consideraba madres. Sólo en algunos hospitales a principios de los 2000 en Reino Unido se proporcionaba a estas mujeres una atención por separado en otro tipo de salas. En España, en 2019, algunas madres entrevistadas por Camacho-Ávila et al. (2019) también denunciaron esta situación. En concreto, se hace referencia al caso de una mamá que tuvo que compartir habitación con otros padres que habían dado a luz a un bebé sano.

Es también urgente la información adecuada sobre las diferentes opciones de disposición del cuerpo, independientemente de la edad gestacional, y una recomendación sustentada a su vez en la psicología del duelo, para que los padres puedan tomar una decisión (Cassidy, 2018). En Reino Unido, tal y como señala Lovell (2001), el procedimiento exige que los mortinatos sean cremados o enterrados. Sin embargo, para aquellas pérdidas antes de la semana 24, no hay un requerimiento legal. Lovell también refiere que existen diferentes protocolos según el hospital y las circunstancias. Algunos bebés con 22 semanas en su estudio fueron enterrados y tuvieron un funeral y otros con 23 se desecharon como restos quirúrgicos.

En España no hay ninguna ley que obligue a los hospitales a disponer de los restos, si bien Cassidy (2018) explica que este tipo de afirmaciones, bastante comunes, según sus resultados,

pueden sustentarse en una interpretación errónea de la ley de 15 de junio de 1957 donde se recoge que el hospital debe registrar todas las muertes fetales a partir de las 26 semanas de gestación y disponer de los restos. Sin embargo, en 2016, el Tribunal Constitucional dictaminó que ninguna ley de protocolos hospitalarios podía sustituir el derecho de los padres a recuperar el cuerpo (Cassidy, 2018).

La atención individualizada por parte de los profesionales de la salud que acompañan a las mujeres durante el parto del bebé cuando ya se ha confirmado la muerte fetal desempeña un papel fundamental, tanto para la generación de experiencias positivas como negativas. Lamentablemente, dentro del protocolo de partos de bebés sanos, no suele estar el acompañamiento durante todo el tiempo de dilatación y contracciones. Este suele ser el mismo protocolo que en algunos hospitales se aplica en el caso de partos de bebés ya fallecidos. En el caso de los padres que se enfrentan a un parto de un bebé que ya saben muerto, este proceso sin acompañamiento puede resultar muy traumático, tal y como describen Camacho et al. (2019)

2.3. Pautas para una propuesta de intervención: prevención primaria y abordaje del embarazo después de una pérdida perinatal

A la vista de los hallazgos analizados, se recomienda realizar una propuesta de intervención en lo que se define como “atención primaria de la salud”, en la forma en la que se clasifican los recursos para atender a la población en un sistema de salud. Así, el primer nivel se define como el más cercano a la población. Es el primer nivel de contacto, puesto al alcance de todos los individuos que componen una población. En España, este nivel lo compone la atención primaria. Se caracteriza por ser la puerta de entrada al sistema de salud, a partir del cual puede derivarse al paciente a otros niveles como especialistas u hospitales, que componen el segundo nivel de atención (Vignolo et al., 2011).

A nivel de complejidad, esta propuesta de intervención también se sitúa en el primer nivel de complejidad. Los centros de salud de atención primaria compuestos por médicos, enfermeras, pediatras y algunas especialidades como ginecólogos, pertenecen al menor nivel de complejidad en cuanto a espacio, recursos tecnológicos y humanos de dentro de la estructura del sistema de salud.

A su vez, la intervención más adecuada en el área de salud mental en el embarazo después de una pérdida gestacional es una medida de prevención. En este sentido, prevención se entiende, siguiendo la definición de la Organización Mundial de la Salud, como aquellas medidas que no sólo previenen la aparición de la enfermedad mediante la detección de factores de riesgo, sino que una vez que la enfermedad está instaurada, ayudan a detener su avance y consecuencias (Vignolo et al., 2011). La prevención, en el caso del acompañamiento de la paciente en un nuevo embarazo después de una pérdida gestacional, es secundaria y terciaria, en cuanto que colabora a la detección precoz de síntomas o patologías relacionadas con el hecho traumático que se puedan manifestar en el nuevo embarazo y ayuda a la recuperación de estas pacientes mediante un correcto diagnóstico y tratamiento psicológico, derivándolas a otros niveles de atención si se considera necesario (Vignolo et al., 2011).

En resumen, en esta pauta de intervención se recomienda aplicar una estrategia de atención primaria de la salud pensada para la denominada atención primaria en España: centros de salud, consultorios, etc. que forman la puerta de entrada a la sanidad universal. Por otro lado, el tratamiento del embarazo después de una pérdida es una medida de prevención secundaria y terciaria, pues responde a patologías o respuestas clínicas de elevada prevalencia en este tipo de pacientes antes de acudir al consultorio.

2.3.1. La figura del psicólogo general sanitario en atención primaria

El papel del psicólogo en atención primaria ha sido largamente reivindicado en España. Debido a la configuración institucional del sistema de salud en España, la atención primaria es la vía de atención mental para el 70% de la población. En 1986, en la Ley General de Sanidad, ya se declaró la necesidad de ofrecer un servicio integral de salud, reconociendo la ventaja del abordaje biopsicosocial. Sin embargo, casi 40 años después, sigue sin haber un plan de atención primaria que incluya a los psicólogos como parte integrante de los centros de atención primaria de forma general (Pastor Sirera, 2008). Actualmente, la derivación al psicólogo en lo público se realiza sólo en caso de trastornos que se ajustan a criterios diagnósticos y que están ya normalmente en tratamiento farmacológico. Esto deja fuera del espectro muchos trastornos mentales con sintomatología que no entra en este grupo, entre los que podría encontrarse la sintomatología y somatización relacionada con la experiencia de una pérdida gestacional. Pastor Sirera declara que una atención psicológica eficaz debería

basarse en las necesidades de los pacientes, no en su adecuación a una categoría diagnóstica. En el estudio llevado a cabo por Caro-Costa et al. (2025) queda de manifiesto el error que comente el Hospital Reina Sofía al dejar en manos de las enfermeras el protocolo de duelo perinatal. Las propias enfermeras se muestran negativas hacia el protocolo y lo rechazan, argumentando su falta de formación para estar en contacto con las familias que están pasando por una pérdida perinatal y las consecuencias que emocionalmente el protocolo también tiene para ellas. Estas autoras afirman que, para paliar las barreras a la implementación del protocolo, sería necesario un profesional de referencia que dirija y coordine la atención al duelo en el hospital. Parece entonces lógico que un profesional de la psicología estaría ciertamente capacitado para realizar dicha labor.

En el estudio con profesionales del Hospital de Montilla en Córdoba realizado por Pastor-Montero et al. (2013) se recogen experiencias similares que evidencian la falta de formación específica en la atención emocional del duelo. Queda además de manifiesto cómo los profesionales de la salud más vinculados a la medicina como enfermeros o médicos tienden a prestar más atención y a ocuparse más de los síntomas físicos que de los emocionales y, por tanto, desde el punto de vista del cuidado emocional, sus actitudes pueden parecer frías y distantes, perjudicando quizás la evolución del duelo normal de la paciente.

Otra limitación que se deriva de los resultados de Caro-Costa et al. (2025) es que el protocolo dentro del hospital es limitado en el tiempo y no suele existir un plan de seguimiento de esas mujeres y familias una vez abandonan el hospital a excepción de algunos casos, como en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid, donde la psicóloga del hospital realiza llamadas de seguimiento (Cuéllar Flores y Valle Trapero, 2017). Pero, en todo caso, parece adecuado que el protocolo del seguimiento sea presencial y tenga lugar en los centros de salud, en la atención primaria, ya que en el estudio realizado por Mendes et al. (2024) en Portugal, un 75% de las participantes estuvieron de acuerdo en la necesidad de implementación de un seguimiento y apoyo psicológico a los 3 o 4 meses después de la pérdida.

La importancia de un adecuado seguimiento posterior se justifica en términos del propio proceso del duelo, porque la mayoría de las mujeres reportan actitudes evitativas al comienzo (menos de un mes desde el hecho) y esto puede dificultar el correcto diagnóstico y tratamiento por parte de los profesionales de la salud (Fernández-Basanta et al., 2021).

La inclusión de un psicólogo en los equipos de atención primaria proporcionaría un apoyo extra para los médicos de familia y las matronas que tienen que acompañar a la madres o parejas en un nuevo proceso de embarazo tras haber sufrido una pérdida gestacional y que, como se ha visto, seguramente se enfrentan a una serie de secuelas relacionadas con el duelo que no ha concluido y puede agravarse en el embarazo (Ridaura et al., 2017). En España, aunque no se dispone de datos de gasto farmacológico en salud mental, existe un alto nivel de prescripción de fármacos relacionados con trastornos mentales, a la vista del gasto por tipo de principio activo (Pastor Sirera, 2008). Durante el embarazo, gran parte de la medicación no es compatible, en gran parte por no existir estudios con población embarazada. Muchas mujeres cuando consiguen un embarazo dejan el tratamiento farmacológico, lo cual podría revertir los efectos de este y agravar los síntomas previos (Bjorn et al., 2013).

2.3.2. Criterios de actuación y buenas prácticas en el modelo de intervención

El objetivo de la terapia con mujeres embarazadas después de una pérdida debe ser comprender la experiencia de la pérdida y el potencial impacto que esta experiencia puede tener en las diferentes fases del embarazo y en el estado emocional después del parto, así como en el vínculo con el bebé (Smorti et al., 2021).

Debido a las características de la atención primaria y a los recursos limitados que componen la misma, parece adecuado decantarse por protocolos que trabajen a corto plazo, como los enfoques de intervención de corte cognitivo-conductual o técnicas de relajación.

Los enfoques cognitivo-conductuales suelen tener un objetivo más limitado y acotado en el tiempo que otros tipos de terapia, por lo que se ajusta bien a los modelos de intervención breves y eficaces que podrían adecuarse a los procesos terapéuticos del ámbito de la psicología de la salud en atención primaria. Por otro lado, debe señalarse que, a la luz de investigaciones recientes como el metaanálisis realizado por Bhattacharya et al. (2023), el modelo cognitivo-conductual en adultos con ansiedad derivada de trastornos de estrés postraumático muestra una eficacia estadísticamente significativa en algunos síntomas y síndromes, no en todos, como por ejemplo en lo que se refiere a síntomas depresivos. Y en aquellos donde se evidencia un efecto beneficioso respecto al placebo, el impacto clínico es limitado. Sin embargo, debido a la eficacia mostrada tanto a corto como a largo plazo en

especial en el trastorno de ansiedad generalizada, supone una alternativa razonable para una propuesta de tratamiento en primera línea (Papola et al., 2024).

En este sentido, el modelo de procesamiento emocional de Foa y Kozak (1986) de exposición a información correctiva, encaja bien con la problemática de las mujeres que acuden al centro de salud para seguimiento del embarazo después de una o varias pérdidas. La mujer que está embarazada se está enfrentando de nuevo al hecho traumático que potencialmente instauró reacciones de miedo y ansiedad. Este hecho y, por tanto, la exposición, es físicamente inevitablemente. Sin embargo, siempre pueden aparecer mecanismos emocionales de evitación que la protejan de vincularse. Cuando una mujer se enfrenta a un embarazo después de una o varias pérdidas, el duelo no resuelto puede activar conductas de miedo. Esta exposición emocional podría bloquear el vínculo positivo con el embarazo actual.

La intervención proporcionada en los centros de salud por el psicólogo general sanitario podría girar en torno a estos tres ejes:

Tabla 1. *Ejes de intervención del psicólogo general sanitario en casos de embarazo después de pérdida gestacional.*

Eje de intervención	Descripción
Psicoeducación sobre los conceptos de miedo y pérdida	Es necesario que la mujer tome conciencia de que se encuentra en un proceso del duelo, que la experiencia de pérdida ha sido potencialmente traumática y que esta situación alberga la existencia de mecanismos de miedo y ansiedad.
Ejercicios de toma de conciencia	Este tipo de ejercicios tiene como objetivo detectar patrones cognitivos automatizados, tales como rumiaciones o pensamientos catastrofistas.
Exposición emocional gradual y controlada a los contenidos del embarazo actual	Algunos ejemplos serían: escuchar el latido, ver una ecografía, preparar las cosas del bebé. Esta exposición irá acompañada de un proceso de reestructuración cognitiva. El trabajo en reestructuración cognitiva podría utilizar elementos correctivos tales como las historias de embarazos positivos tras una o varias pérdidas o exploración de puntos fuertes de la personalidad de la paciente.

Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, también hay evidencias de la importancia de mantener una buena salud mental durante el embarazo y cómo algunas patologías como la depresión o la ansiedad pueden influir negativamente en el desarrollo de la gestación (Wang et al., 2021). La psicoeducación en estrategias de relajación, tal y como sugieren Bjorn et al. (2013) puede beneficiar a todas las mujeres en período de gestación y, en especial a aquellas que tienen la dificultad de estar en duelo gestacional. Según el estudio realizado por estas autoras, la práctica de la relajación ayudó a disminuir los niveles de depresión, ansiedad y estrés. Además, la psicoeducación en relajación es una actividad que encaja bien tanto en un centro de atención primaria como en las tareas propias de un psicólogo general sanitario. (Caldwell et al., 2024) señalan la importancia de que las intervenciones traten de la atención plena y la autocompasión, para así proporcionar herramientas a la paciente para que mejore su relación con ella misma y con los demás.

Otro aspecto dentro de las buenas prácticas que pueden ser útiles en este tipo de intervención es que la misma se realice desde el paradigma de la “atención centrada en el paciente”. En este tipo de paradigma se basa el modelo de gestión de duelo del Hospital Reina Sofía. Consiste en “priorizar las preferencias, valores y necesidades de las personas atendidas, promoviendo su participación en el proceso asistencial” (Caro-Costa et al., 2025). En la práctica, siguiendo a Fernández-Basanta et al. (2021), el profesional de la salud que se ocupa de las mujeres que están transitando una pérdida gestacional, deberá tener en cuenta las características individuales de la misma en cuanto a sus factores contextuales (existencia de hijos, abortos de repetición), internos (personalidad) y externos (culturales, de soporte).

En consonancia con los resultados analizados, en la intervención parece clave que el psicólogo general sanitario esté formado en el proceso de duelo perinatal e informado sobre los protocolos en los hospitales de los alrededores. En estudios con sanitarios, como el de Caro-Costa et al. (2025) se pone de manifiesto que en la implementación de protocolos puede haber fricciones con el personal. El entorno cultural no sólo afecta a las familias y el tabú que existe en España en torno al duelo perinatal puede ensombrece las prácticas en el entorno sanitario, porque el personal no se siente cómodo con algunas de las directrices que componen el protocolo, como lo mencionado por (Caro-Costa et al., 2025) en su estudio sobre la conservación de recuerdos o el contacto con el bebé. Para esto es necesaria la formación e información no sólo del psicólogo general sanitario, sino de todo el personal que en el centro

de salud esté en contacto con la madre, tal y como se ha establecido en algunos protocolos recientes, como en el del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, donde se ha elaborado una guía específica para enfermería que está en continua revisión y que está elaborada por un equipo multidisciplinar que incluye tanto a la psicóloga del área como a enfermeras (Cuéllar Flores y Valle Trapero, 2017).

Los profesionales del centro de salud deberían, según Côté-Arsenault y Hubbard (2019) utilizar sus lentes culturales en favor de la madre, para ayudarla a afrontar el nuevo embarazo en sociedad sin las limitaciones que le haya impuesto el miedo. Algunas prácticas recomendadas para ello son la repetición de rituales y rutinas dentro de la consulta, darles soporte y guía, así como reconocer su miedo y ansiedad como válidas.

También, como sugieren Koç y Çankaya (2024), las matronas pueden actuar como filtro para la derivación al psicólogo del centro. Para tal efecto, deben estar formadas y entrenadas en detectar, junto a la mujer y las familias, los factores de riesgo de patologías que se han visto tan relevantes como la ansiedad o depresión severas.

El psicólogo en contacto con estas mujeres y familias ocuparía una posición privilegiada para dar soporte emocional y detectar posible sintomatología que sea sospechosa de distrés o enfermedad mental. En este tema, se debería contar con el entorno más próximo a la madre o a la pareja para que estén atentos a cualquier síntoma, ya que muchas veces las mujeres confían antes en su entorno íntimo que en los profesionales de salud (Côté-Arsenault y Hubbard, 2019).

El psicólogo en atención primaria también podría acompañar a las parejas en la decisión de la terminación del embarazo por anomalías fetales. En este tipo de situaciones, si ambos padres dudan sobre su decisión, se ha evidenciado en un estudio en la sociedad holandesa, que la asistencia psicológica se percibe como de gran ayuda. El consejo profesional en estos casos debería de incluir información sobre qué esperar desde el punto de vista psicológico y emocional después del aborto e identificar casos susceptibles de derivación a psiquiatría o terapia específica (Korenromp et al., 2007).

Fernández Ordóñez et al. (2018) recomiendan, después de su metaanálisis que los profesionales que estén en contacto con mujeres y familias en duelo perinatal utilicen la solidaridad, la empatía, la paciencia y el respeto por la pérdida. También recomiendan tener

en cuenta que los controles y las visitas pueden ser objeto de angustia para las mujeres en embarazos subsecuentes, así que deberían tomarse medidas y cambiar protocolos para que se adapten a las necesidades de estas pacientes.

Si debido a la falta de recursos para poder proporcionar la atención psicológica especializada a las pacientes que se encuentren en un nuevo embarazo después de un aborto, podrían priorizarse algunos grupos según los aportes académicos disponibles. Por ejemplo, hay algunos grupos especialmente vulnerables, como las madres primíparas con abortos previos (Smorti et al., 2021). En la intervención con parejas, debería tenerse en cuenta que las necesidades de los padres y las madres podrían variar. En relación con un nuevo embarazo, parece haber indicios que muestran que para los padres es beneficioso que ocurra cuanto antes, mientras que las madres parecen necesitar más tiempo para recuperarse del duelo y afrontar otro embarazo (Turton et al., 2006).

Otro tipo de pacientes especialmente vulnerables son los que pertenecen al colectivo LGTBI+. En el estudio realizado por Rose y Oxlad (2022), una de las cosas que más mermaban su estado de ánimo a la hora de enfrentarse a la pérdida gestacional era la falta de validación social y no sentirse comprendidas en su experiencia heterogénea. Para ello, convendría adaptar los protocolos a un lenguaje inclusivo y formar al personal sanitario en las particularidades de las decisiones sobre el proceso de reproducción de este tipo de familias.

Además del seguimiento personalizado de la mujer y familias afectadas, desde los centros de salud, con la dirección del psicólogo general sanitario, se podrían ofrecer acciones generales abiertas a los pacientes que deseen participar. Por ejemplo, como sugieren algunos autores que investigaron el ámbito español, existe evidencia sobre los beneficios de compartir el duelo y las inquietudes relacionadas con un siguiente embarazo con otras mujeres o familias que hayan pasado por la misma experiencia (Fernández-Basanta et al., 2021; Ridaura et al., 2017). Para Caldwell et al. la conexión social es un factor de protección independientemente del patrón de apego (seguro, ansioso o evitativo), así que las medidas que encajen en el refuerzo de las conexiones relevantes para las mujeres y familias que se enfrentan a esta experiencia, tendrán un impacto generalmente positivo. Su recomendación para los profesionales es aportar herramientas que contribuyan a que estas mujeres puedan fortalecer su conexión social. (Caldwell et al., 2024). En consecuencia, podría ser adecuado organizar activamente

grupos dentro del centro de salud donde se produjese este intercambio en un espacio seguro, con la participación o no del psicólogo del centro.

3. Conclusiones

Este ensayo teórico tuvo como objetivo explorar los factores biopsicosociales que influyen en un embarazo posterior a una pérdida gestacional, con especial atención a los aspectos psicológicos. Además, se ha querido revisar las estrategias que se han llevado a cabo desde el ámbito sanitario para apoyar el afrontamiento del duelo perinatal en un nuevo embarazo haciendo hincapié en aquellas que se han aplicado en España. Por último, se ofrecen unas pautas para una propuesta de intervención en el ámbito español que consisten en acoger a la figura del psicólogo general sanitario en los centros de atención primaria.

La alta prevalencia de los abortos voluntarios e involuntarios justifica la necesidad de contemplar la afectación de las mujeres y familias en relación con el desarrollo de síntomas compatibles con estrés postraumático y más en un contexto de una nueva gestación, donde la salud física y mental de la madre va a determinar el éxito de la gestación y crianza temprana (Hutti et al., 2015; Ridaura et al., 2017; Ryninks et al., 2022).

Se ha encontrado, en la mayoría de los estudios revisados, una necesidad de clasificar y cuantificar el impacto de la pérdida según el tiempo de gestación o el número de hijos previos. Esta tendencia alcanza a investigaciones actuales, pese a que hay estudios clásicos, como el de Lovell (2001) donde se sugieren que se trata de un fenómeno más complejo donde el contexto social tiene un gran protagonismo y, por tanto, carece de sentido la cuantificación, o el de Caldwell et al. (2024), que introduce la variable de estilo de apego en el patrón de afrontamiento de la madre ante el duelo perinatal. En este sentido, las diferencias individuales de cada mujer deben estar siempre en el centro de cualquier intervención o propuesta de protocolo, ya que cada persona vive el duelo de forma diferente y lo que para algunas personas es una estrategia que favorece el afrontamiento, para otras puede derivar en un hecho más traumático aún.

A pesar de que el seguimiento institucional sanitario del embarazo en España está dominado por el control de las características de salud física, el aspecto de la salud mental materna (y paterna) no debería subestimarse, en consonancia a los hallazgos analizados. El proceso de duelo mal gestionado y las consecuencias del estrés post traumático tras la pérdida pueden desencadenar problemas graves de salud mental durante la nueva gestación y la crianza

(Turton et al., 2006). Desde aquellos trabajos que estudian el ámbito institucional, se concluye la importancia de los profesionales sanitarios, como matronas, médicos y enfermeras, en la elaboración sana del duelo y la mitigación de los síntomas relacionados con la experiencia anterior que están presentes en el nuevo embarazo. Sin embargo, otros aspectos relevantes en este sentido, como el impacto psicológico y cultural que estas situaciones de pérdida gestacional tienen a su vez en el personal sanitario, también deben ser tenidos en consideración a la hora de diseñar políticas de intervención y protocolos hospitalarios.

Existen múltiples enfoques de intervención en el ámbito sanitario en España que parecen tener cierta eficiencia, pero son escasos y centrados de forma concreta en el ámbito hospitalario. La principal desventaja de la aplicación hospitalaria radica en la dificultad de realizar un seguimiento de la mujer una vez vuelve a casa con su bebé. La atención primaria en España y el Colegio de Psicólogos reivindican desde hace tiempo la introducción de la figura del psicólogo general sanitario en atención primaria (Pastor Sirera, 2008). Esto permitiría un acceso sencillo universal al servicio y el abordaje de los diferentes factores disruptores de la salud en los diferentes momentos: durante el duelo, durante el nuevo embarazo y en la crianza del bebé.

En la práctica clínica, considerando los resultados de este ensayo, parece adecuado trabajar la psicoeducación con las mujeres, parejas o familias, con el objetivo de que puedan reconocer patrones o comportamientos que responden al trauma o al duelo. Por ejemplo, sería interesante que conociesen e identificasen “vínculos continuos” en su procesamiento del duelo, miedos asociados al nuevo embarazo, conceptos básicos como la ansiedad o el estrés postraumático o patrones de pensamiento catastrofistas, entre otros (Brintow et al. 2024). Además, sería interesante trabajar con materiales autoadministrados, tales como guías, hojas de trabajo o cuestionarios, proporcionándoselos tanto a la mujer como a la familia o a su círculo cercano de apoyo, para complementar el trabajo realizado en terapia y fomentar la autonomía de los pacientes.

Este trabajo contribuye a visibilizar un área poco tratada en la literatura, ofreciendo una revisión general de la investigación disponible sobre el tema tanto desde el punto de vista teórico como desde el punto de vista de la intervención práctica y la evaluación de los intentos

de dar solución a un problema que afecta a un gran número de familias no sólo en España, sino a nivel mundial.

3.1. Limitaciones

La elaboración de este ensayo se ha visto limitada por la disponibilidad de bibliografía sobre el tema. A pesar de utilizar fuentes en inglés, español y portugués, el estudio de las consecuencias de abordar un nuevo embarazo después de una pérdida parece constituir un tema nicho en el ámbito de la psicología de la salud. A ello, se suma la falta de disponibilidad de algunos textos en plataformas gratuitas, por lo que, a pesar de la generosidad de algunos autores, ha limitado también el alcance de la revisión teórica.

Otra limitación ha sido la que deriva de los defectos en las estadísticas oficiales a la hora de cuantificar la incidencia de los abortos. Los abortos tempranos no se suelen registrar y el registro de abortos más avanzados sigue diferentes criterios de lo que se considera una pérdida gestacional según el país y la época, por lo que no hace posible la comparación a lo largo del tiempo ni entre diferentes regiones.

El enfoque teórico principalmente utilizado en la intervención propuesta se basa en el modelo cognitivo-conductual. En el caso del tratamiento del trauma, la Terapia Cognitivo-Conductual ha demostrado ser eficaz, en especial en lo que se refiere al abordaje de la ansiedad como síntoma y como trastorno, así como del estrés postraumático. Sin embargo, el impacto clínico de este grupo de terapias parece ser modesto. Bhattacharya et al. (2023) en un metaanálisis reciente de ensayos clínicos controlados, hallaron una eficacia significativa pero muy moderada respecto al grupo de control que, además, tiende a disminuir con el tiempo. Estos datos sugieren que, si bien el enfoque cognitivo-conductual presenta numerosas ventajas en la intervención propuesta para atención primaria, puede resultar insuficiente para abordar la complejidad del trauma en determinados perfiles clínicos. En el enfoque adoptado, por tanto, ya se sugiere la convivencia con otros posibles modelos de intervención relevantes, tales como las terapias basadas en las técnicas de relajación o *mindfulness*, pero que también podría ampliarse a otras corrientes teóricas que han mostrado eficacia en el abordaje del trauma y trastornos de ansiedad en estudios realizados en últimos años, como por ejemplo el enfoque sistémico (Papola et al., 2024).

La revisión teórica se centró en el caso español, si bien se amplió información utilizando estudios e investigaciones llevados a cabo en otras regiones y contextos institucionales, como UK, Dinamarca o Canadá. No se puede garantizar la aplicabilidad de estos resultados de forma transversal a las diferentes regiones o al caso español, debido a la particularidad cultural, institucional y social de cada uno de estos contextos. Por otro lado, a pesar de los esfuerzos de estudios pioneros como el de Rose y Oxlad (2022) sobre las particularidades del embarazo después de pérdida en el contexto LGBTQ+ o Turton et al. (2006) analizando las diferencias existentes en el caso del afrontamiento en los hombres frente a las mujeres, existen ciertamente escasos estudios que analicen aspectos concretos del fenómeno y no lo aborden en su generalidad.

Por lo que se refiere al propósito del trabajo, si bien el ensayo se enmarca en la perspectiva biopsicosocial que considera que los tres grupos de factores son interdependientes y actúan retroalimentándose entre sí, el ensayo se ha centrado en los factores psíquicos, dejando de lado aquellos biológicos y sociales, así como las relaciones entre ambos, por las limitaciones del trabajo en sí, no por falta de relevancia de éstos.

Por último, cabe destacar que el enfoque teórico del trabajo no permite comprobar empíricamente las pautas y estrategias propuestas en la intervención, por lo que no se puede evaluar su validez más allá de la proyección de resultados de la literatura existente a la realidad del abordaje del embarazo tras una pérdida gestacional.

3.2. Prospectiva

En cuanto a futuras líneas de investigación, se recomienda el desarrollo de estudios empíricos que validen las intervenciones propuestas, así como ampliar los factores biológicos y sociales y también la inclusión de variables sociales y culturales más diversas, ya que la escasez de estudios no permite comparación de resultados y, por tanto, la identificación de factores potencialmente relevantes para el afrontamiento o la elaboración del duelo como la clase social, nivel de estudios, orientación sexual, religión, etc. Con respecto a la fundamentación teórica de la intervención, también sería beneficioso integrar enfoques complementarios al modelo cognitivo-conductual, como aquellos basados en procesos que aborden otras dimensiones relacionadas con el duelo y el trauma que aquí no han sido contempladas (Papola et al., 2024). Además, podría ampliarse el marco teórico incluyendo artículos a los que en esta

primera aproximación no se ha tenido acceso de forma gratuita a través de las herramientas disponibles.

La principal necesidad detectada en este ensayo consiste en la propia carencia de protocolos unificados de actuación a nivel español y mundial en casos de embarazo después de pérdida gestacional. Asimismo, hay una serie de factores que necesitarían ser estudiados, como el efecto en la familia cercana (tíos, abuelos) de la pérdida gestacional y la preparación ante un nuevo embarazo o cómo afectan los protocolos de intervención en el personal sanitario por cuanto son a su vez sujetos con un bagaje cultural y religioso concreto.

Podría ser interesante probar la aplicabilidad de la figura del psicólogo general sanitario en atención primaria en el caso concreto de la salud perinatal y medir no sólo la efectividad de los tratamientos en cuanto a la mejora de los síntomas físicos y psicológicos de las mujeres (por ejemplo, podrían medirse los casos de depresión, ansiedad y estrés post traumático en la población objetivo y control), así como la eficiencia económica de esta medida, ya que se liberaría el recurso del médico de familia y se sustituiría por un profesional especializado que va a dar una respuesta más concreta y con objetivos a largo plazo que la que puede proporcionar un médico de cabecera mediante la medicación. Algunos indicadores podrían ser la evolución del porcentaje de consultas por factores mentales en el centro de salud de forma histórica y después de la introducción del psicólogo general sanitario, los gastos de personal, la evolución del gasto farmacológico de estos pacientes o el número de pacientes en lista de espera.

A la luz del análisis realizado, se considera relevante que la propuesta de intervención sea evolutiva y avance hacia una práctica clínica más flexible e individualizada, que incorpore no sólo una oferta terapéutica basada en el modelo cognitivo-conductual, sino que aportase enfoques complementarios como el mindfulness o el modelo sistémico. En la práctica, esto favorecería una mayor personalización de las intervenciones, que derivaría en una atención más eficaz, contextualizada y sensible a la complejidad del sufrimiento de las familias expuestas a una pérdida gestacional.

La viabilidad de la puesta en marcha de la intervención propuesta es limitada, ya que la escasa visibilización social de la pérdida gestacional sigue siendo un obstáculo para su abordaje clínico adecuado. A su vez, la salud mental sigue teniendo cierta estigmatización y aún no es

una prioridad dentro de la sanidad pública española y la profesionalización de la figura del psicólogo aún no goza de un criterio estable y extrapolable al contexto europeo, como otras profesiones como la de médico o maestro, ya que conviven diferentes planes de estudios, criterios de admisión y requerimientos para poder ejercer la profesión (Pastor Sirera, 2008).

Los hallazgos de este ensayo evidencian la necesidad de profundizar en los factores psicológicos del embarazo subsecuente a una pérdida y desarrollar protocolos clínicos especializados desde la psicología de la salud que promuevan estrategias a nivel interdisciplinario. Es fundamental abordar también la estigmatización que rodea la pérdida gestacional y trabajar en la visibilización de esta experiencia como un proceso legítimo de la mujer y las familias afectadas que requiere atención integral.

Se recomienda que futuras investigaciones e intervenciones tengan en cuenta factores sociales y contextuales, considerando cómo los tabúes culturales y la falta de reconocimiento social agravan el impacto emocional de la pérdida. La visibilización de estas experiencias contribuirá a reducir el aislamiento de las mujeres y familias afectadas, facilitando el acceso a recursos de apoyo formales e informales. Todo ello, con el objetivo de desarrollar una atención más integral, humanizada y basada en hallazgos científicos, que reconozca la pérdida gestacional como una experiencia significativa que merece acompañamiento profesional psicológico y universal.

Referencias bibliográficas

- Alberman, E. (1992). Spontaneous Abortions: Epidemiology. En I. Stabile, J. G. Grudzinskas y T. Chard (Eds.), *Spontaneous Abortion: Diagnosis and Treatment* (pp. 9–20). Springer London.
https://doi.org/10.1007/978-1-4471-1918-0_2
- Allsop, D. B., Huberman, J. S., Cohen, E., Bagnell, K. B., Péloquin, K., Cockwell, H. y Rosen, N. O. (2024). What does a pregnancy loss mean for sex? Comparing sexual well-being between couples with and without a recent loss. *Archives of Sexual Behavior*, 53(1), 423–438.
<https://doi.org/10.1007/s10508-023-02697-1>
- Amankwah, B., Ani-Amponsah, M., Mahama, M., Gyepi-Garbrah, A., Richardson, D., Mensah, O. N., Acquah, H., Kpikpitse, D. y Ofosu-Poku, R. (2023). “The health caregivers did not care about me after the loss”: Maternal experiences of perinatal loss in the Kumasi metropolitan area, Ghana. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 19(2), 133–149.
<https://doi.org/10.1080/15524256.2023.2220078>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bhattacharya, S., Goicoechea, C., Heshmati, S., Carpenter, J. K. y Hofmann, S. G. (2023). Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety-related disorders: A meta-analysis of recent literature. *Current Psychiatry Reports*, 25. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01402-8>
- Bjorn, M. B. N., Neves de Jesus, S. y Casado Morales, M. I. (2013). Estrategias de relajación durante el período de gestación. Beneficios para la salud. *Clinical and Health*, 24(2), 77–83.
<https://doi.org/10.5093/cl2013a9>
- Blocksidge, H., Heazell, A., Wittkowski, A. y Smith, D. (2024). The sorrow comes when I’m having moments of joy—Experiences of parenting a live baby following a previous stillbirth: an interpretative phenomenological analysis. *Frontiers in Psychology*, 15.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1485278>
- Blount, A. J., Adams, C. R., Anderson-Berry, A. L., Hanson, C., Schneider, K. y Pendyala, G. (2021). Biopsychosocial Factors during the Perinatal Period: Risks, Preventative Factors, and

Implications for Healthcare Professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15). <https://doi.org/10.3390/ijerph18158206>

Borrell, A. y Stergiotou, I. (2013). Miscarriage in contemporary maternal–fetal medicine: targeting clinical dilemmas. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 42(5), 491–497.
<https://doi.org/10.1002/uog.12442>

Brintow, M. B., Prinds, C., O'Connor, M., Möller, S., Henriksen, T. B., Mørk, S. y Hvidtjørn, D. (2024). Continuing bonds in parents after a loss in pregnancy, or a death at or shortly after birth: A population-based study. *Death Studies*, 48(9), 975–987.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2023.2297059>

Caldwell, J. M., Meredith, P. J., Whittingham, K., Ziviani, J. y Wilson, T. (2024). Women pregnant after previous perinatal loss: Relationships between adult attachment, shame, and prenatal psychological outcomes. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 42(4), 653–667.
<https://doi.org/10.1080/02646838.2023.2180142>

Camacho-Ávila, M., Fernández-Sola, C., Jiménez-López, F. R., Granero-Molina, J., Fernández-Medina, I. M., Martínez-Artero, L. y Hernández-Padilla, J. M. (2019). Experience of parents who have suffered a perinatal death in two Spanish hospitals: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(512). <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2666-z>

Caro-Costa, R., Alcaide-Leyva, J. M., García-Luque, L., Alcaraz-Clariana, S., Guzmán-García, J. M. y Jiménez-Mérida, M. R. (2025). Healing Through Humanized Care: Lessons from a Patient-Centered Perinatal Loss Protocol. *Healthcare*, 13(3), 242.
<https://doi.org/10.3390/healthcare13030242>

Cassidy, P. R. (2018). Care quality following intrauterine death in Spanish hospitals: results from an online survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1630-z>

Castro, S. (2025, Marzo 5). El doble trauma de que tu hijo nazca muerto y no tener derecho a baja: “Nos dan 15 días si nos casamos, pero ninguno tras la pérdida”. *El País*.
<https://elpais.com/sociedad/2025-03-11/el-doble-trauma-de-que-tu-hijo-nazca-muerto-y-no-tener-derecho-a-baja-nos-dan-15-dias-si-nos-casamos-pero-ninguno-tras-la-perdida.html>

- Côté-Arsenault, D. y Hubbard, L. J. (2019). Improving perinatal care through theory application. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 44(6), 345–350.
<https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000564>
- Cuéllar Flores, I. y Valle Trapero, M. (2017). Programa de Atención Psicológica en Neonatología: Experiencia del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. *Clínica Contemporánea*, 8, 1-12.
<https://doi.org/10.5093/cc2017a18>
- Cuellar Flores, I., Cercas, L. A., Rubio, S. A., Cordero, E., Díaz de Neira, M., Fernández, A., Raggiotti, E. L., Serrano-Villar, M., Madrigal, A., Vaquero, A. H., Jiménez, L. V., Álvarez, M., Ortiz, B. E., Pérez, L., Jiménez, M., Jordán, C. y Porres, M. D. (2024). Programas de Psicología Clínica y Salud Mental Perinatal en Hospitales de la Comunidad de Madrid: Descripción y Recomendaciones de Buenas Prácticas. *Papeles del Psicólogo*, 45(2). 108-115.
<https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3039>
- de Montigny, F., Verdon, C., Meunier, S., Gervais, C. y Coté, I. (2020). Protective and risk factors for women's mental health after a spontaneous abortion. *Revista latino-americana de enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3382.3350>
- Duro, J. C. (2017, enero 10). Psicología Clínica en Atención Primaria de Salud: ¿Por qué, para qué y cómo? *Colegio Oficial de la Psicología de Madrid*.
<https://www.copmadrid.org/web/actualidad/noticias/510/psicologia-clinica-atencion-primaria-salud-por-que-que-como>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Engelhard, I. M., van den Hout, M. A. y Arntz, A. (2001). Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *General Hospital Psychiatry*, 23(2), 62–66. [https://doi.org/10.1016/S0163-8343\(01\)00124-4](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(01)00124-4)
- Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S. y Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*, 323, 257–260.
<https://doi.org/10.1136/bmj.323.7307.257>

- Fernández Ordóñez, E., Rengel Díaz, C., Morales Gil, I. M. y Labajos Manzanares, M. T. (2018). Post-traumatic stress and related symptoms in a gestation after a gestational loss: narrative review. *Salud Mental*, 41(5), 237–243. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2018.035>
- Fernández-Basanta, S., Van, P., Coronado, C., Torres, M. y Movilla-Fernández, M. (2021). Coping after involuntary pregnancy loss: Perspectives of Spanish European women. *Omega: Journal of Death and Dying*, 83(2), 310–324. <https://doi.org/10.1177/0030222819852849>
- Foa, E. B. y Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear. Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20-35. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20>
- González, C. M., Calleja, N., Bravo, C. S., Meléndez, J. C. y Buendía, J. L. B. (2021). Resiliencia y Apoyo Social como Predictores del Duelo Perinatal en Mujeres Mexicanas: Modelo Explicativo. *Revista Iberoamericana De Diagnóstico Y Evaluación Psicológica*, 58(1), 35-46. <https://doi.org/10.21865/RIDEP58.1.03>
- Henriques, T., Leite de Moraes, C., Reichenheim, M. E., Lobato de Azevedo, G., Silva Freire Coutinho, E. y de Vasconcellos Figueira, I. L. (2015). Transtorno do estresse pós-traumático no puerpério em uma maternidade de alto risco fetal no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 31(12). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00030215>
- Hutti, M. H., Armstrong, D. S., Myers, J. A. y Hall, L. A. (2015). Grief intensity, psychological well-being, and the intimate partner relationship in the subsequent pregnancy after a perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing: Clinical Scholarship for the Care of Women, Childbearing Families, & Newborns*, 44(1), 42–50. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12539>
- Institut d'Estadística de Catalunya. (2023). *Taxa de mortalitat infantil i perinatal* [Tabla]. <https://www.idescat.cat/indicadors/?id=basics&n=10345>
- Instituto Nacional de Estadística. (2023). *Tasa de mortalidad perinatal por sexo* [Tabla]. <https://ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1698&L=0>
- Instituto Nacional de Estadística. (2025). *Glosario de Conceptos*. <https://www.ine.es>. <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=5072>
- Jiménez Segura, N. (2025, Octubre 29). El cementerio de la Almudena de Madrid abre el ‘Parque de las Mariposas’ para sepultar a bebés fallecidos antes de nacer. *El País*.

<https://elpais.com/espana/madrid/2024-10-29/el-cementerio-de-la-almudena-de-madrid-abre-el-parque-de-las-mariposas-para-sepultar-a-bebes-fallecidos-antes-de-nacer.html>

- Koç, E. y Çankaya, S. (2024). Prenatal attachment and perception of risk among women who become pregnant again after perinatal loss: The effect of clinical anxiety and depression. *Current Psychology*, 43, 29032-29040. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-06529-w>
- Korenromp, M. J., Page-Christiaens, G., van den Bout, J., Mulder, E. J. H., Hunfeld, J. A. M., Potters, C. M. A. A., Erwich, J. J. H. M., van Binsbergen, C. J. M., Brons, J. T. J., Beekhuis, J. R., Omtzigt, A. W. J. y Visser, G. H. A. (2007). A prospective study on parental coping 4 months after termination of pregnancy for fetal anomalies. *Prenatal Diagnosis*, 27(8), 709–716. <https://doi.org/10.1002/pd.1763>
- Lawn, J. E., Blencowe, H., Waiswa, P., Amouzou, A., Mathers, C., Hogan, D., Flenady, V., Frøen, J. F., Qureshi, Z. U., Calderwood, C., Shiekh, S., Jassir, F. B., You, D., McClure, E. M., Mathai, M., Cousens, S., Flenady, V., Frøen, J. F., Kinney, M. V., . . . Draper, E. S. (2016). Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *The Lancet*, 387(10018), 587–603. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00837-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00837-5)
- Lovell, A. (2001). The changing identities of miscarriage and stillbirth. Influences on practice and ritual. *Bereavement Care*, 20(3), 37–40. <https://doi.org/10.1080/02682620108657527>
- Mendes, D. C. G., Fonseca, A. y Cameirão, M. S. (2024). The relationship between healthcare satisfaction after miscarriage and perinatal grief symptoms: A cross-sectional study on Portugal residents. *Social Science & Medicine*, 353, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117037>
- Montés, J. F. J. y de la Peña, A. J. (2019). En el limes: los no cementerios; en el limbo: los no duelos. bebés, suicidas y accidentados con muerte en la mentalidad tradicional rural española. *Revista Murciana De Antropología*, 26. <https://doi.org/10.6018/rmu/369261>
- Moore, S. E. y Côté-Arsenault, D. (2018). Navigating an uncertain journey of pregnancy after perinatal loss. *Illness, Crisis, & Loss*, 26(1), 58–74. <https://doi.org/10.1177/1054137317740802>
- O'Leary, J. (2004). Grief and its impact on prenatal attachment in the subsequent pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 7, 7–18. <https://doi.org/10.1007/s00737-003-0037-1>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Perinatal mortality*.

<https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/perinatal-mortality>

Papola, D., Miguel Sanz, C., Mazzaglia, M., Franco, P., Tedeschi, F., Romero, S. A., ... Karyotaki, E.

(2024). Psychotherapies for generalized anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis of randomized-controlled trials. *European Psychiatry*, 67(S1), S50–S51. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.155>

Pastor Sirera, J. (2008). El psicólogo en atención primaria. *Papeles Del Psicólogo*, 29(3), 271–290.

<https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1610.pdf>

Pastor Montero, S. M., Romero Sánchez, J. M., Hueso Montoro, C., Lillo Crespo, M., Vacas Jaén, A.

G. y Rodríguez Tirado, M. B. (2013). Experiences with perinatal loss from the health professionals' perspective. *Revista latino-americana de enfermagem*, 19(6).
<https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000600018>

Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2012). Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *Fertility and Sterility*, 98(5), 1103–1111. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.06.048>

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>

Rose, A. y Oxlad, M. (2022). The lead up to loss: How context shapes LGBTQ+ experiences of pregnancy loss. *LGBTQ+ Family: An Interdisciplinary Journal*, 18(3), 241–261.

<https://doi.org/10.1080/27703371.2022.2089308>

Ryninks, K., Wilkinson-Tough, M., Stacey, S. y Horsch, A. (2022). Comparing posttraumatic growth in mothers after stillbirth or early miscarriage. *PLOS ONE*, 17(8).

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271314>

Smorti, M., Ponti, L., Simoncini, T., Mannella, P., Bottone, P., Pancetti, F., Marzetti, F., Mauri, G. y Gemignani, A. (2021). Pregnancy after miscarriage in primiparae and multiparae:

Implications for women's psychological well-being. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(4), 371–381. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1728524>

- Turton, P., Badenhorst, W., Hughes, P., Ward, J., Riches, S. y White, S. (2006). Psychological impact of stillbirth on fathers in the subsequent pregnancy and puerperium. *British Journal of Psychiatry*, 188(2), 165–172. <https://doi.org/10.1192/bjp.188.2.165>
- Umamanita. (S.f.). *Umamanita: Asociación de apoyo en duelo perinatal*. <https://www.umamanita.es>
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos De Medicina Interna*, XXXIII(1), 11–14.
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003
- Wang, Y., Meng, Z., Pei, J., Qian, L., Mao, B., Li, Y., Li, J., Dai, Z., Cao, J., Zhang, C., Chen, L., Jin, Y. y Yi, B. (2021). Anxiety and depression are risk factors for recurrent pregnancy loss: A nested case–control study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(78).
<https://doi.org/10.1186/s12955-021-01703-1>
- Yoffe, L. J. P. (2003). Grief for the death of a loved one: Cultural and spiritual beliefs. *Psicodebate. Psicología, Cultura Y Sociedad*, 3, 127–158.
<https://dspace.palermo.edu/ojs/index.php/psicodebate/article/viewFile/507/302>