



Trabajo Fin de Grado

El duelo perinatal en la relación de pareja: una
revisión sistemática de intervenciones psicológicas.

Autora

Inés Miota Álvaro

Directora

Verónica Martínez Borba

Año: 2025



ÍNDICE

Resumen	3
1. Introducción.....	5
1.1 Contextualización del duelo perinatal	5
1.2. Justificación del tema	6
1.3. Impacto del duelo perinatal en los padres	7
1.4. Repercusiones del duelo en la relación de pareja	8
1.6. Objetivos.....	10
2. Método.....	10
2.1. Fuentes y bases de datos consultadas	10
2.2. Procedimiento y criterios de inclusión	10
2.3. Resultados de búsqueda.....	11
3. Resultados.....	11
3.1. Estudio de Loughnan et al. (2022).....	14
3.2. Estudio de DiMarco et al. (2001)	15
3.3. Estudio de Diamond y Roose (2016).....	16
3.4. Estudio de Swanson et al. (2009)	17
4. Discusión	25
5. Conclusiones.....	28
6. Bibliografía.....	30

Resumen

Este trabajo nace de la necesidad de entender mejor cómo afecta el duelo perinatal a la relación de pareja. El duelo perinatal, conocido como el proceso que atraviesan los padres y madres tras la pérdida de un bebé durante el embarazo, el parto o en los primeros días de vida. Es una experiencia vital profundamente significativa que afecta a nivel emocional, personal y, en muchos casos, también social. Aunque en las últimas décadas se han producido importantes avances médicos, este tipo de pérdida sigue siendo frecuente y continúa marcando de alguna manera las vidas de quienes la sufren.

En este trabajo, veremos qué intervenciones psicológicas se han desarrollado para acompañar ese proceso desde una mirada conjunta. A través de una revisión sistemática, se han analizado los estudios que incluyen a ambos progenitores tras una pérdida gestacional o neonatal, siempre que aplicaran algún tipo de intervención terapéutica estructurada. Después de revisar más de quinientos artículos y aplicar ciertos criterios, solo cuatro estudios cumplieron con lo necesario para ser incluidos. A partir de ahí, se han comparado los enfoques, los resultados y también las limitaciones de cada uno. Los hallazgos muestran que, aunque hay intervenciones prometedoras, todavía falta mucha investigación que contemple a la pareja como unidad afectiva, que incluya al padre o a la persona no gestante, y que se adapte a realidades diversas. Además, se detecta una fuerte desigualdad en la forma en que se acompaña a cada miembro de la pareja, lo que muchas veces genera más distancia en lugar de apoyo mutuo. Por eso, este trabajo insiste en la importancia de ofrecer recursos específicos, sensibles y flexibles, que tengan en cuenta las diferencias de género, los ritmos emocionales y el impacto que este tipo de pérdidas puede tener tanto a nivel individual como en la relación. Más que buscar respuestas cerradas, esta revisión quiere abrir nuevas preguntas y poner sobre la mesa una realidad que aún sigue estando bastante silenciada.

Abstract

This work stems from the need to better understand how perinatal grief affects couples' relationships. Perinatal grief is the process that parents undergo after losing a baby during pregnancy, childbirth, or within the first few days of life. This profoundly sorrowful experience has emotional, personal, and, in many cases, social repercussions. Despite

significant medical advances in recent decades, this type of loss remains common and leaves a lasting mark on the lives of those who experience it.

In this study, we examine the psychological interventions that have been developed to support this process from a joint perspective. Through a systematic review, we analyzed studies that included both parents after a gestational or neonatal loss and that applied some form of structured therapeutic intervention. After reviewing more than five hundred articles and applying specific inclusion criteria, only four studies met the requirements for inclusion. From there, we compared the approaches, results, and limitations of each study.

Our findings show that although there are promising interventions, much more research is needed. Future research should consider the couple as an emotional unit, include the father or non-gestational partner, and adapt to diverse realities. In addition, a significant imbalance in the support offered to each partner was evident, often creating distance rather than fostering mutual support. For this reason, this work emphasizes the importance of providing specific, sensitive, and flexible resources that consider gender differences, emotional rhythms, and the impact that this type of loss can have on individuals and relationships. Rather than seeking definitive answers, this review aims to raise new questions and shed light on a reality that remains largely silenced.

1. Introducción

1.1 Contextualización del duelo perinatal

Para contextualizar el duelo perinatal de la manera más completa y clara posible, empezaremos por señalar que, dentro de este concepto, se incluyen distintas formas de pérdida: el aborto espontáneo (normalmente antes de la semana 20), la muerte fetal intrauterina (conocida como *stillbirth*, independientemente de la semana de gestación) y la muerte neonatal (durante los primeros 28 días de vida) (Bothou et al., 2021). La prevalencia estimada es que de entre un 15% y un 20% de los embarazos terminan en aborto espontáneo antes del sexto mes (Bothou et al., 2021). Además, al año se dan alrededor de 2,7 millones de muertes fetales y unos 3 millones de muertes neonatales, sobre todo en países en desarrollo (Bothou et al., 2021).

Desde la psicología, se ha observado que este tipo de pérdidas generan un gran impacto emocional tanto en la persona gestante como en su pareja. En el caso de las madres, es habitual que aparezcan sentimientos de culpa, fracaso, pérdida de autoestima e incluso de identidad como madre (Bothou et al., 2021). Muchas mujeres describen la experiencia como una pérdida de una parte de sí mismas, además actualmente se forja una gran parte del vínculo durante el embarazo, lo que agrava estos sentimientos. Y aunque durante mucho tiempo se ha centrado la atención exclusivamente en ellas, hoy en día, también se reconoce a la pareja, que suele atravesar un proceso de duelo igualmente complejo, aunque a menudo más silenciado o menos visible (Bothou et al., 2021).

La psicología ha arrojado luz a las diferentes perspectivas sobre cómo se vive y se afronta el duelo perinatal. Algunas investigaciones han identificado síntomas frecuentes como la ansiedad, la depresión, el estrés postraumático, y también dificultades en la comunicación de pareja, especialmente cuando no se da el espacio necesario para elaborar el dolor de forma compartida (Hiefner y Villareal, 2021).

Por ello, algunas organizaciones existentes tanto a nivel nacional como internacional han elaborado guías clínicas para el abordaje del duelo perinatal de una forma completa, unificada, profesional, cercana y respetuosa. Una de las principales guías de referencia en España es la *Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal*, elaborada por Umamanita y El Parto es Nuestro (2009), esta guía propone una serie de protocolos basados en el respeto absoluto hacia el duelo, da una gran importancia a la validación del dolor y al reconocimiento del bebé como hijo por parte de los profesionales sanitarios

durante y posteriormente al momento del parto (Umamanita, 2015). También sugiere que podría ser de interés destinar y adaptar un espacio del hospital cálido y tranquilo, que permita a las familias permanecer el tiempo que necesiten con el bebé de manera íntima y evitando cualquier elemento disruptor para despedirse y realizar si lo desean sus rituales místicos o religiosos (Umamanita, 2015)

Otro de los matices que hace la guía, es el de tratar de manera igualitaria a la madre y a su pareja, ya que en muchas ocasiones existe disparidad en la información que reciben uno u otro según los profesionales sanitarios presentes estimen oportuno en el momento del parto, o se hace un acompañamiento más cercano a la madre invalidando así el dolor de la pareja, y estas conductas no son en absoluto beneficiosas para el duelo, al contrario, lo hacen aún más difícil (Umamanita, 2015).

Desde el ámbito clínico se han sugerido algunas intervenciones, tales como el acompañamiento individual y personalizado, las terapias en grupo o el acompañamiento en pareja, todas ellas para promover una transición saludable del duelo. (Bothou et al., 2021).

1.2. Justificación del tema

En los últimos años ha aumentado el interés por estudiar y comprender cómo afecta el duelo perinatal en el ámbito de la pareja, a nivel emocional y a la dinámica de la relación. Con este objetivo se han realizado varias revisiones sistemáticas que han sintetizado los hallazgos más importantes de estudios empíricos. Estas revisiones coinciden en destacar que la pérdida gestacional o neonatal genera un impacto significativo en ambos progenitores, aunque la expresión del duelo, los estilos de afrontamiento y la recepción de apoyo suelen diferir entre mujeres y hombres (Obst et al., 2021; Murphy et al., 2018).

La revisión de Obst et al. (2021), analizó 42 estudios y sus resultados indican que las mujeres tienen una forma más abierta de expresar el dolor y los hombres tienden a adoptar estrategias de contención emocional, al ser esto diferente, pueden generarse tensiones, reproches y discrepancias en la relación. Este hallazgo coincide con los resultados de la revisión de Jones et al. (2019), que muestra precisamente cómo esta diferencia en la vivencia del duelo, de los tiempos de cada uno y la expresión de sentimientos puede resentir la relación al no sentirse comprendidos por el otro y poniendo distancia en lugar del apoyo emocional en la pareja.

Otra de las revisiones, la de Murphy et al. (2018), estudia los factores que intervienen en la calidad del vínculo tras una pérdida perinatal. Habla de los factores de protección señalando el apoyo mutuo como uno de los más importantes, también lo es la validación emocional y la realización conjunta de actos simbólicos o rituales, así como la atención psicológica especializada.

También hace hincapié en los factores de riesgo, como son, la minimización del dolor por parte del entorno, la falta de espacios seguros para expresar y vivir el duelo y la atención sanitaria en el momento del parto centrada únicamente en la madre (Loughnan et al., 2022). Este factor también lo señalan Barr y Cacciatore (2008), quienes manifiestan esta falta de atención y cuidados al otro progenitor, invalida e invisibiliza su dolor, algo que puede ser un factor decisivo para manifestar un duelo no reconocido y una sensación de soledad y distanciamiento dentro de la pareja.

Por último, la revisión de Wagner et al. (2020) pone de manifiesto la diferencia cultural entre países respecto a cómo las normas sociales, los espacios para vivir el duelo y el reconocimiento de este por parte de los profesionales sanitarios afectan directamente a cómo vive el duelo cada pareja.

En resumen, estas revisiones nos acercan a una visión amplia e integral del duelo perinatal, la perspectiva de la pareja y de la sociedad y todas coinciden en la necesidad de implementar intervenciones psicológicas integradoras respecto a la pareja como unidad, atendiendo las necesidades de ambos miembros de esta. Aun así, falta mucha investigación sobre este tema y sus implicaciones emocionales ya que no existen todavía unas conclusiones claras y unificadas que se lleven a cabo en todos los centros sanitarios ante una pérdida perinatal.

1.3. Impacto del duelo perinatal en los padres

La experiencia de una pérdida perinatal puede desencadenar un impacto emocional profundo, que no siempre se limita a una tristeza pasajera, tal y como señalan Swanson et al. (2009), quienes describen que las reacciones habituales incluyen desde ansiedad y depresión hasta sentimientos de culpa o negación. Muchas madres y padres hablan de pensamientos repetitivos sobre lo que podría haberse hecho diferente, dudas sobre el propio cuerpo o incluso cuestionamientos sobre el sentido de la vida y del futuro como padres (Loughnan et al., 2022). En algunos casos, este duelo se entrelaza con pérdidas previas no resueltas, aumentando la intensidad del sufrimiento (Worden, 2009). Hay

quienes sienten que toda su identidad como madre o padre queda en suspenso, como si costara reconocerse a sí mismos o recuperar un propósito, una vivencia que suele ocurrir en silencio y que, cuando no encuentra espacios de acompañamiento, puede derivar en un duelo complicado (Umamanita, 2015).

También son frecuentes las alteraciones en el sueño, la alimentación, la energía vital o la motivación general (Diamond y Roose, 2016). El cuerpo responde al duelo y, en el caso de las mujeres, los síntomas físicos como la subida de leche o los cambios hormonales refuerzan la sensación de pérdida constante (DiMarco et al., 2001). Cuando estas señales no se reconocen ni se acompañan, existe un mayor riesgo de cronificación del sufrimiento o de que aparezca un duelo patológico (Raphael, 1983).

Aunque el duelo perinatal afecta a ambos miembros de la pareja, no siempre se vive ni se expresa de la misma manera. La literatura muestra que las mujeres establecen un vínculo más temprano con el bebé, lo que hace que su vivencia de la pérdida suela ser más intensa en los primeros momentos (Kübler-Ross, 1969; Swanson et al., 2009). Además, ellas tienden a expresar con mayor apertura su dolor y a buscar redes de apoyo, mientras que muchos hombres asumen el rol de mantenerse fuertes o contener a su pareja, como si el duelo no les afectara tanto (DiMarco et al., 2001).

Sin embargo, esto no significa que a ellos les duela menos, sino que, como apuntan Diamond y Roose (2016), existe una socialización distinta que muchas veces dificulta poner en palabras su malestar. Incluso cuando sienten desesperanza o tristeza profunda, temen parecer egoístas o empeorar la situación. Si la pareja no habla abiertamente de cómo está llevando la pérdida, el silencio puede generar más aislamiento y malentendidos dentro del vínculo (Loughnan et al., 2022).

1.4. Repercusiones del duelo en la relación de pareja

La muerte perinatal no afecta únicamente a nivel individual, sino que introduce cambios significativos en la dinámica de pareja. Swanson et al. (2009) señalan que uno de los efectos más comunes es la falta de sincronía en las necesidades emocionales: mientras un miembro de la pareja busca hablar constantemente de lo sucedido para elaborar la experiencia, el otro puede necesitar silencio, desconexión o distracción, lo que puede llevar a conflictos, reproches o a la sensación de no ser comprendido.

Otra de las áreas que puede ser afectada por el duelo es la intimidad. DiMarco, Menke y McNamara (2001) describen que muchas parejas experimentan una disminución del

deseo sexual, se da una evitación del contacto físico por el dolor que despierta, y en ocasiones por el temor a un nuevo embarazo. Existen casos en los que la pérdida refuerza la unión en la pareja, aumentando la complicidad y el cuidado mutuo, aunque al contrario también sucede, en otros casos, supone una debilitación del vínculo, agravando heridas previas o carencias en la comunicación.

Como explica Raphael (1983), el duelo actúa como una lupa que amplifica tanto los recursos como las fragilidades de una relación. Por eso no es raro que surjan discusiones, distanciamiento o incluso rupturas cuando la pareja no logra encontrar un lenguaje común para sostenerse. En cambio, cuando existe apertura y escucha, la pérdida puede también consolidar la relación y transformarse en un punto de unión. Esto hace del duelo perinatal en una experiencia con un enorme poder transformador dentro del vínculo.

1.5. Acompañamiento psicológico e intervenciones en duelo perinatal

Aunque no existe una única forma correcta de transitar un duelo, la literatura muestra que contar con acompañamiento emocional marca una diferencia importante en cómo se vive la pérdida. Swanson et al. (2009) demostraron en un ensayo clínico que las intervenciones centradas en la pareja ayudaban a reducir síntomas de depresión y facilitaban una mejor resolución del duelo durante el primer año tras la pérdida. Sin embargo, todavía son muchas las familias que no reciben este tipo de atención, ya sea porque los servicios no la ofrecen, porque desconocen que existe o porque sienten que su sufrimiento “no merece” ayuda profesional, lo cual refuerza la invisibilización del dolor (Umamanita, 2015).

Acompañar no significa únicamente prevenir complicaciones psicológicas, sino también brindar un espacio donde se pueda dar sentido a la experiencia, donde se legitime el dolor y se reconozca la importancia de esa pérdida en la historia vital de la familia. Tal como señalan Diamond y Roose (2016), una intervención favorece el reconocimiento mutuo del dolor dentro de la pareja, y crea un espacio en el que legitimar las emociones propias, así como las del otro, así, dando lugar a la comprensión y cercanía emocional, puede reforzarse o en algunos casos, reconstruirse el vínculo dañado.

Las intervenciones, sin embargo, no pueden ser homogéneas. Loughnan et al. (2022) explican que deben adaptarse a las características de cada familia, contemplando no solo las necesidades individuales, sino también las dinámicas relacionales, ya que los seres humanos, no vivimos el duelo de manera aislada, sino que buscamos el apoyo y el sostén

de nuestro círculo. Si se pasa por alto la dimensión relacional, hay un riesgo de que este duelo, en lugar de unir para compartirlo, genere mayor distancia.

Por eso, es necesaria una visibilización del duelo perinatal y con ella, la creación de un lenguaje específico para tratar estas pérdidas. Tal y como recuerda Worden (2009), nombrar la experiencia es el primer paso para integrarla, y solo desde ahí es posible acompañar con sensibilidad y respeto a quienes atraviesan un momento tan delicado.

1.6. Objetivos

El objetivo del presente trabajo es realizar una revisión sistemática que permita analizar y comparar estudios científicos que hayan desarrollado y aplicado intervenciones psicológicas para parejas que han sufrido una pérdida gestacional, comentarlos de manera crítica deteniéndonos en las limitaciones que presentan los estudios existentes y abriendo nuevas puertas de investigación o posible actuación frente a este fenómeno.

2. Método

2.1. Fuentes y bases de datos consultadas

Las búsquedas de los trabajos científicos se han realizado en 6 bases de datos: Scopus, Dialnet, Alcorce, Web o Science y PubMed. Además, se realizaron búsquedas secundarias a partir de la revisión de la bibliografía de los artículos de interés que se encontraron tras realizar la búsqueda en las bases de datos.

2.2. Procedimiento y criterios de inclusión

El procedimiento ha sido una búsqueda en varias fases. La primera fase fue de búsqueda general en todas las bases de datos utilizando los términos: *perinatal death*, *perinatal loss*, *couple*, *relationship*, *emotional impact* y *psychological impact*. A continuación, se exportaron todos los artículos coincidentes con la búsqueda y se leyeron los títulos y los resúmenes de todos ellos para hacer una primera selección. La tercera fase consistió en leer completos los artículos seleccionados, incidiendo en el método e instrumentos utilizados y en los resultados obtenidos. Cabe mencionar que en esta fase fueron excluidos muchos artículos ya que, a pesar de haber pasado el primer filtro, muchos de ellos no cumplían con alguno de los criterios principales establecidos. Estos criterios fueron los siguientes:

- Artículos científicos publicados en inglés o en español en revistas científicas.

- Los estudios debían abordar tanto a la madre como a su pareja (la parte no gestante). No ha sido seleccionado ningún artículo que excluyese a alguna de las dos partes.
- Debían aplicar una intervención psicológica y estar detallado el procedimiento de la intervención realizada.
- Los participantes en los estudios debían haber sufrido una pérdida perinatal.

2.3. Resultados de búsqueda

En la primera fase de búsqueda, se obtuvieron 514 artículos, de los cuales 262 estaban duplicados, se excluyeron 492 por no cumplir con los requisitos anteriormente especificados o por no ser artículos sobre psicología un gran número de ellos. Por lo tanto, 22 artículos fueron los que pasaron este primer cribado. A continuación, se leyeron más en profundidad estos artículos seleccionados y 18 de ellos fueron descartados por falta de alguno de los requisitos principales, ya que, por ejemplo, en un primer vistazo hablaban de la pareja o mencionaban una intervención realizada, después en el cuerpo del artículo dejaban de mencionar a la pareja y se centraban solo en la madre, o no se especificaba la intervención realizada, o no se presentaban resultados. Así que finalmente, tan solo 4 de todos los estudios contemplados en un primer momento, fueron seleccionados como válidos para conformar esta revisión.

3. Resultados

A pesar de haber partido de una muestra inicial muy amplia, tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión definidos en la metodología, el número de estudios que finalmente cumplían con todos los requisitos establecidos ha sido muy reducido. En concreto, se han seleccionado únicamente cuatro artículos que abordan de forma directa y estructurada intervenciones dirigidas a parejas tras una pérdida perinatal. Estos estudios se recogen de manera resumida en la Tabla 1 y, a continuación, se procede a explicar en detalle cada uno de ellos, incidiendo tanto en su enfoque metodológico como en los principales resultados obtenidos. Aunque se han utilizado algunos artículos más que aparecen citados en el presente trabajo para contextualizar y enriquecer el tema tratado.

Tabla 1*Características de los estudios revisados*

Primer Autor	Año	Muestra	Diagnóstico	Diseño	Instrumentos Utilizados	Terapia Psicológica	Resultados
Loughnan	2022	150 padres y madres (pareja)	Duelo perinatal	Ensayo controlado aleatorizado (RCT)	K10, PGS-SF, GAD-7, EPDS, BGQ, RSA, DRS, HSUS, CEQ, MSS, PSQ	Programa online autoguiado “Living with Loss” (6 módulos basados en CBT, ACT y mindfulness)	Estudio en curso
DiMarco	2001	121 padres y madres (no parejas activas)	Duelo perinatal	Cuasi-experimental	Hogan Grief Reaction Checklist (HGRC)	Grupos de apoyo mensuales (no estructurados)	No hubo diferencias significativas, variaciones por género

Diamond	2016	13 parejas (36 participantes)	Duelo perinatal	Cuantitativo con medidas pre-post	IES-R, Perinatal Grief Scale	Terapia grupal cognitivo-conductual	Reducción significativa de duelo y ansiedad en participantes
Swanson	2009	341 parejas	Duelo perinatal	Ensayo controlado aleatorizado (RCT)	Ces-D, Pure Grief (PG), Grief-Related Emotions	Intervención psicoeducativa para parejas basada en el modelo Caring	Resolución más rápida de depresión y duelo en el primer año (Especialmente en hombres)

Nota. CBT = terapia cognitivo-conductual (TCC); ACT = terapia de aceptación y compromiso (TAC); IES-R = Escala de Impacto del Evento-Revisada (EIE-R); PGS-SF = Escala de Duelo Perinatal–Versión Corta (EDP-VC); CES-D = Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (EDCEE); FG = Duelo Futuro (DF); GRE = Emociones Relacionadas con el Duelo (ERD); HGRC = Lista de Reacciones de Duelo de Hogan (LRDH); K10 = Escala de Malestar Psicológico de Kessler (EMP-K); GAD-7 = Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada de 7 ítems (ETAG-7); EPDS = Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EDPE); PCL-5 = Lista de Verificación de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT-5); BDI = Inventario de Depresión de Beck (IDB); RSA = Escala de Autoeficacia de Rotter (EAR); DBS = Escala de Creencias Disfuncionales (ECD); HSUS = Escala de Estrategias de Afrontamiento de Houston (EEAH); TMS = Escala de Mindfulness de Toronto (EMT); PSQ = Cuestionario de Estrés Percibido (CEP).

3.1. Estudio de Loughnan et al. (2022)

Este es el estudio más reciente de los que se han incluido en esta revisión. Lo llevaron a cabo Loughnan et al. (2022), y su objetivo fue diseñar y evaluar una intervención digital, autoguiada y accesible online, mediante una página web interactiva para acompañar el duelo perinatal. Esta intervención, a la que llamaron *Living with Loss*, se compone de seis módulos que se pueden hacer a ritmo propio y desde casa. Está pensada como una alternativa a las terapias presenciales, sobre todo para quienes no pueden o no quieren acudir a consulta, ya sea por la distancia, por falta de recursos o por no sentirse preparados emocionalmente.

El contenido del programa combina enfoques de terapia cognitivo-conductual (TCC), terapia de aceptación y compromiso (ACT) y prácticas de mindfulness. Los objetivos principales eran validar emociones dolorosas, identificar pensamientos automáticos que aparecen tras la pérdida, aprender a regular lo que se siente, dejar de evitar las experiencias internas difíciles y empezar a dar un nuevo sentido a lo vivido. Cada módulo tenía materiales explicativos en formato escrito, ejercicios interactivos, diarios de reflexión y prácticas adaptadas al duelo gestacional o neonatal.

La muestra estuvo formada por 150 personas, madres y padres de Australia que habían sufrido recientemente una pérdida perinatal, algunos de los participantes eran pareja y otros no lo eran, no se les evaluaba como unidad conyugal, sino como personas en duelo. Se trató de un diseño longitudinal, con recogida de datos pre-post, se tomaron datos antes

de la intervención psicológica, justo después de esta y volvieron a tomarse los datos pasadas 8 semanas para ver si los efectos se mantenían.

Para evaluar la eficacia, se usaron varios cuestionarios: el Kessler Psychological Distress Scale (K10) para medir malestar psicológico general (Kessler et al., 2002), la Perinatal Grief Scale – Short Form (PGS-SF) para el duelo (Potvin et al., 1989), el GAD-7 para ansiedad (Spitzer et al., 2006), la EPDS para síntomas depresivos (Cox et al., 1987), y otros sobre afrontamiento, resiliencia, bienestar y calidad de vida. Aunque los resultados finales aún no están publicados, la intervención destaca por su innovación metodológica, por su bajo coste y por su posibilidad de generalización

3.2. Estudio de DiMarco et al. (2001)

En este estudio, DiMarco et al. (2001) analizaron qué efectos podía tener asistir a un grupo de apoyo informal tras una pérdida perinatal. Lo que plantearon fue un espacio de reuniones mensuales, de unas dos horas, y al que podían acudir tanto madres como padres, y no tenían por qué ser necesariamente pareja. Las sesiones estaban dirigidas por una enfermera y un capellán, no seguía ningún protocolo clínico ni era una terapia como tal, sino más bien un lugar donde compartir lo vivido, hablar sin filtros y sentirse acompañados por otras personas en una situación parecida, era más un grupo de apoyo psicoeducativo. Los temas que solían aparecer en las sesiones eran el impacto emocional de la pérdida, lo complicado que resulta hablar del duelo con el entorno, cómo se viven las fechas señaladas como la que iba a ser la del parto, o cómo afecta esto a la pareja. No se aplicaban técnicas específicas, pero sí se cuidaba mucho el ambiente, que fuera seguro, respetuoso, sin juicios y con espacio para que cada uno pudiera expresarse a su ritmo.

Participaron 121 personas en total, 67 de ellas asistieron a los grupos y 54 no lo hicieron. Se les evaluó con el Hogan Grief Reaction Checklist (HGRC), un instrumento que mide varias dimensiones del duelo como desesperanza, pánico, culpa, desapego, desorganización y crecimiento personal (Hogan et al., 2001). En los resultados no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre quienes asistieron y quienes no, ya que en todas las dimensiones del HGRC el valor de p fue superior a 0.05, lo que indica que no hubo efectos medibles del grupo de apoyo sobre las variables emocionales evaluadas. Aun así, cuando se analizaron los datos por sexo, sí se observaron diferencias, ya que las mujeres puntuaban más alto en desesperanza, $t(119) = -2.32, p = 0.022$; pánico, $t(119) = -2.13, p = 0.035$; y desapego, $t(119) = -2.79, p = 0.006$, lo que refleja una mayor intensidad del duelo en estas dimensiones entre las participantes femeninas (Hogan et al.,

2001; DiMarco et al., 2001). Esto refleja una vivencia emocional más intensa en algunos casos. A nivel cualitativo, muchos participantes afirmaron que el grupo les había ayudado, no tanto por cambiar lo que sentían, sino por tener un espacio donde poder hablar, escuchar a otros en una situación parecida y sentirse comprendidos, algo que para muchos fue fundamental. Lo que más valoraban era el apoyo de sus parejas, de amigos cercanos y de profesionales que supieron estar y acompañar, mientras que los médicos o familiares que evitaban el tema o intentaban restarle importancia fueron percibidos como poco útiles.

Los resultados no permiten concluir que se trate de una intervención eficaz en términos clínicos, por lo tanto, este estudio no presenta unos resultados lo suficientemente sólidos como para sacar conclusiones.

3.3. Estudio de Diamond y Roose (2016)

Diamond y Roose (2016) desarrollaron una intervención grupal pensada para parejas en duelo perinatal. El objetivo era ayudarles a elaborar la pérdida desde una mirada conjunta, fortalecer el vínculo y mejorar la comunicación emocional. La idea de base era que el duelo no solo se vive de forma individual, sino que afecta también a la relación. Por eso, el enfoque fue claramente relacional.

Participaron 13 parejas (36 personas) en total. No se especifica el número de sesiones totales realizadas, eran sesiones mensuales y abiertas con una duración de 2 horas por sesión, en formato grupal y presencial y cada participante podía asistir al número de sesiones que considerase oportuno. Las sesiones estaban guiadas por un terapeuta y una enfermera, y cada una de las sesiones se centraba en un tema específico. Por ejemplo, se trabajaban cosas como las expectativas frustradas de ser padres, cómo se manifiesta el dolor de forma distinta según el género, cómo reconstruir un proyecto familiar después de lo ocurrido o cómo afrontar las emociones que a veces se quedan silenciadas en la pareja. Las dinámicas incluían ejercicios de narración emocional, escucha activa, role playing para ensayar conversaciones que costaban, y espacios para validar lo que sentía el otro. Se partía de lo vivido individualmente, pero se buscaba construir algo común con eso, encontrar un sentido compartido, y también ver qué bloqueaba la comunicación dentro de la pareja.

Para evaluar los efectos se utilizaron la *Impact of Event Scale-Revised* (Weiss & Marmar, 1997) y la *Perinatal Grief Scale* (Toedter et al., 1988). Los resultados mostraron una

bajada significativa en los niveles de estrés postraumático, $t(n - 1) = 2.82, p < .01$, y de duelo complicado, $t(n - 1) = 2.06, p < .05$, junto con un aumento significativo en la percepción de apoyo mutuo, $t(n - 1) = -3.25, p < .01$. También a nivel cualitativo se observó que las parejas se sentían más conectadas, menos solas y con más herramientas para entender lo que estaba sintiendo el otro.

3.4. Estudio de Swanson et al. (2009)

Este estudio, llevado a cabo por Swanson et al. (2009), fue un ensayo clínico aleatorizado en el que se compararon tres tipos distintos de intervención después de un aborto espontáneo. Las opciones eran: cuidado por parte de la enfermera (tres sesiones con una enfermera formada en acompañamiento emocional), autocuidado (materiales autoguiados para reflexión personal) y cuidado combinado (una sesión con enfermera más materiales autoguiados). También había un grupo control sin intervención. En total participaron 341 parejas heterosexuales, en total, 682 personas, y el foco estuvo tanto en cómo afrontaba cada uno el duelo como en cómo lo vivían como pareja.

Las sesiones de cuidado por parte de la enfermera, se basaban en los cinco principios del modelo de Swanson: conocer, estar con, hacer por, permitir y mantener la fe, que en la práctica se traducían en validar lo que la persona sentía, escuchar sin juzgar, facilitar que pudiera hablar sobre lo que había pasado y ofrecer apoyo emocional durante el proceso. Las dinámicas consistían en identificar emociones, comprender reacciones intensas, fomentar el autocuidado y trabajar con los apoyos del entorno, como la familia o la pareja, que también forman parte importante del duelo. Los materiales de autocuidado, por su parte, ofrecían textos para reflexionar, ejercicios de escritura personal y lecturas sobre el proceso de duelo, y estaban pensados para que cada persona pudiera usarlos a su ritmo, de forma flexible y sin presión, adaptándolos a su propia manera de vivir la pérdida. Para medir los efectos, se utilizaron varias escalas: la Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D, Radloff, 1977) para síntomas depresivos, la Pure Grief Scale y la Grief-Related Emotions Scale (Swanson et al., 2009), ambas desarrolladas en el marco del estudio para evaluar la intensidad del duelo y las emociones asociadas. Los grupos que recibieron cualquiera de las tres opciones de intervención, resultaron más eficaces que el grupo control, reduciendo de forma significativa los niveles de tristeza prolongada y depresión, especialmente en mujeres, $F(1, 120) = 4.57, p = .004$. En el caso de los hombres, la mayor efectividad fue la del grupo que recibió cuidado por parte de la enfermera, $F(1, 120) = 3.23, p = .020$, posiblemente se debió a la generación de un espacio

seguro para hablar sobre sus emociones si es algo que no tenían habitualmente. Además, las parejas que participaron juntas mencionaron una mejor comunicación y sensación de poder compartir el duelo.

3.5. Dificultades metodológicas y sesgos

En el trabajo de Loughnan et al. (2022) se aprecia una calidad metodológica bastante alta, ya que cumple con la mayoría de los criterios de rigor, de hecho, obtiene 11 puntos sobre 14 (véase Tabla 2), y esto se refleja en que la aleatorización estuvo bien planteada, se ocultó la asignación de forma adecuada y tanto los participantes como los profesionales y los evaluadores desconocían a qué grupo pertenecía cada persona, algo que reduce mucho los sesgos más habituales en este tipo de diseños. También se utilizaron medidas de resultado fiables y aplicadas de manera uniforme, y el tamaño de la muestra fue lo suficientemente amplio como para garantizar fuerza estadística. Sin embargo, no se informa de manera clara sobre las tasas de abandono ni de adherencia, y esto genera dudas en un formato digital en el que es muy frecuente que los usuarios abandonen antes de terminar, por lo que aquí existe un posible sesgo de desgaste que puede haber influido en los resultados.

El ensayo de Swanson et al. (2009) alcanza una puntuación de 12 sobre 14 (véase Tabla 2) y eso hace que sea el estudio con menor riesgo de sesgo de los revisados. La principal fortaleza está en la forma en que se realizó la aleatorización y la ocultación de la asignación, porque con eso se aseguraba que los grupos de partida fueran equivalentes y se reducía bastante el riesgo de sesgo de selección. Además, las tasas de abandono fueron muy bajas, apenas hubo diferencias entre grupos y la adherencia a la intervención fue alta, lo que aporta mucha consistencia a los resultados. También se habían preespecificado los resultados y se aplicó un análisis adecuado, que es lo más recomendable para evitar distorsiones. No obstante, igual que en otros estudios de este ámbito, no hubo cegamiento de participantes ni de profesionales, y esto abre la posibilidad de un sesgo de desempeño, porque las expectativas de quienes saben que están en el grupo de intervención pueden influir en la manera en la que responden, aunque en este caso parece que el impacto fue limitado gracias al resto de fortalezas.

En el estudio de Diamond y Roose (2016) se parte de una base diferente, ya que la evaluación es de carácter cualitativo, no se trata de un ensayo aleatorizado como los anteriores, por ello se explica su baja puntuación, 4 sobre 14 (véase Tabla 2), reflejando un riesgo de sesgo alto. No hubo aleatorización, ni ocultamiento, ni cegamiento, ni se

justificó un tamaño muestral suficiente, por ello, los resultados obtenidos no pueden extrapolarse más allá del grupo concreto de participantes. Pese a ello, las medidas empleadas para ver los resultados fueron válidas y fiables y la adherencia de quienes participaron fue elevada, lo que le da cierta solidez interna, pero se trata de un estudio con limitaciones metodológicas claras, más útil para generar hipótesis o aportar experiencias personales que para llegar a conclusiones sólidas.

Finalmente, el estudio de DiMarco et al. (2001), al no ser aleatorizado, se evaluó con otra herramienta y obtuvo 7 puntos sobre 12 (véase Tabla 3), situándose en un nivel intermedio. Un aspecto positivo de este estudio es la claridad de los objetivos, la definición de los criterios de inclusión y el uso de medidas de resultado válidas aplicadas de forma uniforme, además de un análisis estadístico apropiado para valorar los cambios antes y después de la intervención. Pero también observamos limitaciones importantes, como no haber incluido a toda la población elegible, un tamaño reducido de la muestra, la ausencia de cegamiento en los evaluadores y no contar con un diseño que permitiera observar los efectos a largo plazo. Todo ello aumenta el riesgo de sesgo y dificulta la generalización de los resultados.

Tabla 2

Análisis del Sesgo

Criterio	Loughnan, 2022	Diamond, 2016	Swanson, 2009
1. ¿Se describió el estudio como aleatorizado, ensayo aleatorizado, ensayo clínico aleatorizado o ECA?	Sí	No	Sí
2. ¿Fue adecuado el método de aleatorización (es decir, se utilizó una	Sí	No	Sí

asignación generada aleatoriamente)?			
3. ¿Se ocultó la asignación del tratamiento (de modo que no se pudieran predecir las asignaciones)?	Sí	No	Sí
4. ¿Se desconocía la asignación a los grupos de tratamiento a los participantes y a los profesionales del estudio?	Sí	No	No
5. ¿Se desconocía la asignación a los grupos de los participantes a los evaluadores de los resultados?	Sí	No	No
6. ¿Eran similares los grupos al inicio en cuanto a características importantes que podrían afectar los resultados (p. ej., datos demográficos, factores de riesgo, comorbilidades)?	Sí	NR	Sí

7. ¿La tasa general de abandono del estudio al final fue del 20 % o inferior al número de participantes asignados al tratamiento?	NR	Sí	Sí
8. ¿La tasa diferencial de abandono (entre los grupos de tratamiento) al final fue del 15 % o inferior?	NR	Sí	Sí
9. ¿Hubo una alta adherencia a los protocolos de intervención en cada grupo de tratamiento?	NR	Sí	Sí
10. ¿Se evitaron otras intervenciones o se aplicaron medidas similares en los grupos (p. ej., tratamientos de base similares)?	Sí	NR	Sí
11. ¿Se evaluaron los resultados mediante medidas válidas y fiables,	Sí	Sí	Sí

implementadas de forma uniforme en todos los participantes del estudio?			
12. ¿Informaron los autores que el tamaño de la muestra fue lo suficientemente amplio como para detectar una diferencia en el resultado principal entre los grupos con una potencia estadística de al menos el 80%?	Sí	No	Sí
13. ¿Se preespecificaron los resultados informados o se analizaron los subgrupos (es decir, se identificaron antes de realizar los análisis)?	Sí	No	Sí
14. ¿Se analizó a todos los participantes aleatorizados en el grupo al que fueron	Sí	No	Sí

asignados			
originalmente? Es			
decir, ¿se utilizó un			
análisis por			
intención de tratar?			
Puntuación total	11	4	12

*NR: No informado

Tabla 3

Análisis del Sesgo

Criterios	DiMarco, 2001
1. ¿Se enunciaron claramente la pregunta o el objetivo del estudio?	Sí
2. ¿Se preespecificaron y describieron claramente los criterios de elegibilidad/selección para la población del estudio?	Sí
3. ¿Fueron los participantes del estudio representativos de quienes serían elegibles para la prueba/servicio/intervención en la población general o clínica de interés?	Sí
4. ¿Se inscribieron todos los participantes elegibles que cumplieron con los criterios de entrada preespecificados?	No
5. ¿Fue el tamaño de la muestra lo suficientemente amplio como para brindar confianza en los hallazgos?	No
6. ¿Se describió claramente la prueba/servicio/intervención y se administró de manera uniforme en toda la población del estudio?	Sí

7. ¿Las medidas de resultado fueron preespecificadas, claramente definidas, válidas, fiables y se evaluaron de manera uniforme en todos los participantes del estudio?	Sí
8. ¿Las personas que evaluaron los resultados desconocían las exposiciones/intervenciones de los participantes?	No
9. ¿La pérdida de seguimiento después del inicio fue del 20 % o menos? ¿Se contabilizaron en el análisis las pérdidas de seguimiento?	Sí
10. ¿Examinaron los métodos estadísticos los cambios en las medidas de resultado antes y después de la intervención? ¿Se realizaron pruebas estadísticas que proporcionaran valores p para los cambios entre antes y después de la intervención?	Sí
11. ¿Se tomaron las medidas de resultado de interés varias veces antes y después de la intervención (es decir, se utilizó un diseño de series temporales interrumpidas)?	No
12. Si la intervención se llevó a cabo a nivel grupal (por ejemplo, en todo un hospital, una comunidad, etc.), ¿el análisis estadístico tuvo en cuenta el uso de datos a nivel individual para determinar los efectos a nivel grupal?	NA
Puntuación total	7

*NA: No Aplica

4. Discusión

El objetivo de esta revisión sistemática era analizar las intervenciones desarrolladas para abordar el duelo perinatal en el contexto de la pareja, evaluando su eficacia y señalando sus principales fortalezas y limitaciones. A lo largo del trabajo se ha podido constatar que, aunque existen propuestas interesantes y con resultados prometedores, la evidencia disponible sigue siendo escasa, heterogénea y en muchos casos con limitaciones metodológicas que dificultan extraer conclusiones sólidas.

En relación con los resultados, se observa que las intervenciones estructuradas, como la terapia cognitivo-conductual o los módulos de trabajo emocional guiado, han mostrado un impacto positivo en variables como la tristeza prolongada, la ansiedad o la percepción de apoyo mutuo (Swanson et al., 2009; Loughnan et al., 2022). Estos hallazgos refuerzan la idea ya planteada por otros autores de que el duelo perinatal no debe abordarse de manera individual, sino que es mucho más efectivo hacerlo desde una mirada conjunta que tenga en cuenta a los dos miembros de la pareja (Murphy et al., 2018). De hecho, se ha documentado que las dinámicas relacionales se ven frecuentemente alteradas tras la pérdida, y que la falta de comunicación o de espacios compartidos puede generar distancia emocional o malentendidos (Obst et al., 2021).

Del mismo modo, las intervenciones grupales, han sido percibidas como útiles incluso en los casos en los que no han producido mejoras cuantificables. El estudio de DiMarco et al. (2001), por ejemplo, no reveló diferencias significativas en cuanto a los cuestionarios, pero sí reveló que los participantes señalaban de forma positiva el haber podido contar con un espacio en el que compartir la experiencia con personas en su misma situación. Estos hallazgos van en la misma línea que los argumentos ofrecidos por algunas asociaciones, como Umamanita (2021), que insisten en la importancia de ofrecer espacios seguros y validados socialmente para poder expresar el dolor sin miedo al juicio ni a la incompreensión del entorno.

Por otro lado, el estudio de Diamond y Roose (2016) defiende que el duelo es un proceso altamente individual y por ello, es imprescindible ofrecer intervenciones flexibles y adaptadas a las necesidades personales en cada situación. Mencionan también que el poder contar con un apoyo significativo en ciertos momentos del proceso, especialmente si se combina ese espacio individual y personalizado con un ambiente de acompañamiento grupal entre personas que atraviesan la misma situación, puede ser altamente beneficioso sobre todo en las primeras fases del duelo.

En el estudio de Loughnan et al. (2022), se abre otra posibilidad, ya que el hecho de que sea digital abre una vía importante para muchas familias que viven el duelo de forma muy solitaria o que no encuentran palabras para lo que están pasando, en este formato de acompañamiento pueden encontrar su vía de transición para la pérdida.

No obstante, también debemos señalar algunas críticas percibidas sobre estos estudios. En primer lugar, la representación de los varones es claramente insuficiente. Bien es cierto, que actualmente se intenta incluirlos de manera más activa en el proceso, pero la realidad es que la mayoría de literatura al respecto, así como protocolos existentes, se centran en la experiencia de la madre o persona gestante, dejando al hombre o parte no gestante de la pareja en un segundo lugar mucho menos importante y visible (Jones et al., 2019). Sin embargo, se conocen las diferencias entre mujeres y hombre en la forma de expresión del duelo, y que a menudo, los hombres sienten que no se les permite mostrar vulnerabilidad (Obst et al., 2021). Tratar el proceso de pérdida desde una perspectiva incluyente para ambos miembros de la pareja no se trata únicamente de equidad, sino de la eficacia real que puede tener la intervención que al ser conjunta, descartará uno de los grandes factores de posible complicación del duelo como se ha demostrado que es el aislamiento. Otra limitación frecuente es la ausencia de continuidad en el acompañamiento profesional. Como expone Umamanita (2021), muchas familias sienten un vacío después del alta hospitalaria, como si ya no siguiese nada y estuviesen perdidos, porque no hay un acompañamiento continuado una vez salen del hospital, así como tampoco se dan las derivaciones pertinentes a otros recursos psicológicos especializados. Esto puede agudizar el dolor y la sensación de soledad dificultar el proceso del duelo, especialmente en los casos en los que no se cuenta con una estrecha red de apoyo. Además, estudios como el de Gold et al. (2012) ponen de manifiesto que la falta de reconocimiento social del duelo perinatal incrementa la vivencia de aislamiento, lo que subraya la importancia de contar con recursos especializados y duraderos.

Bien es cierto que cada persona es diferente, y no todas viven de igual manera las intervenciones, por lo que es necesario que los enfoques de estas sean flexibles. Limbo y Kobler (2010) remarcan que el acompañamiento debe extenderse a varias dimensiones como son la emocional, la espiritual y la relacional, ya que el duelo perinatal no afecta tan solo a un área concreta, sino que se extiende a todas las esferas de la vida de una persona.

En contrapunto, metiéndonos de lleno en las limitaciones de esta revisión, cabe destacar la ausencia de profesionales de la salud mental en algunas de las intervenciones revisadas, como el estudio de DiMarco et al. (2001), en el cual, las sesiones estaban dirigidas por una enfermera y un capellán, algo que limita la eficacia de las sesiones y un abordaje clínico de estas.

Siguiendo con las limitaciones de esta revisión, cabe señalar que el número de estudios encontrados ha sido reducido y que, además, presentan una gran heterogeneidad en los diseños, en las medidas de resultado y en las poblaciones analizadas. Todo ello dificulta establecer comparaciones directas y limita la posibilidad de realizar un metaanálisis. A esto se añade que el uso de un número limitado de palabras clave en la búsqueda puede haber dejado fuera trabajos relevantes publicados en otras bases de datos o bajo otros términos.

En cuanto a las implicaciones clínicas, los resultados obtenidos muestran que no siempre es necesaria una terapia extensa para que una intervención resulte eficaz, sino que lo fundamental es que esté bien diseñada, cuente con una base teórica sólida y se centre en las necesidades reales de quienes atraviesan la pérdida (Swanson et al., 2009; Diamond y Roose, 2016). Con esto, queda de manifiesto la necesidad de que los servicios sanitarios públicos cuenten con programas específicos y estructurados para abordar el duelo perinatal, a nivel individual y de pareja, accesibles para cualquier persona en esa situación. Y el enfoque de estos programas debe ser integrador, planteados desde una mirada que contemple todas las áreas a intervenir y cubriendo la necesidad de reconocimiento que muchas veces se les niega a los padres en esta situación.

Estos programas deberían ser contemplados desde una perspectiva de género por todo lo comentado anteriormente sobre el tema, ya que como señalan González et al. (2022), resulta esencial reconocer que hombres y mujeres pueden transitar el duelo con tiempos, formas y prioridades diferentes, y que esta diferencia no implica mayor o menor intensidad, sino una vivencia distinta. Otra implicación directa está relacionada con la formación de los profesionales sanitarios que acompañan el proceso reproductivo, quienes habitualmente se encuentran presentes en los momentos más sensibles de la pérdida. Su capacidad para ofrecer un apoyo empático, informado y respetuoso puede marcar de forma decisiva la experiencia emocional de las familias en duelo (Diamond y Roose, 2016; HU Virgen de las Nieves, s.f.r).

En conjunto, los estudios revisados reflejan que el duelo perinatal debe comprenderse desde una perspectiva relacional y no únicamente individual, aunque la evidencia

disponible sigue siendo demasiado limitada y heterogénea como para formular recomendaciones concluyentes. A partir de ello surgen interrogantes que sería necesario abordar en futuras investigaciones: ¿qué tipo de intervención resulta más eficaz a largo plazo, las individuales o las grupales?, ¿cómo se puede integrar de manera sostenida la experiencia de los hombres?, ¿qué estrategias permitirían garantizar programas accesibles y gratuitos en los sistemas públicos de salud?, ¿y qué papel tendría que desempeñar la formación de los profesionales en este proceso? Plantear estas preguntas resulta esencial para orientar investigaciones más sólidas que permitan avanzar hacia intervenciones más inclusivas, equitativas y eficaces.

5. Conclusiones

El análisis realizado permite hacerse una idea clara de cómo la investigación sobre el duelo perinatal en la pareja ha avanzado en los últimos años, aunque todavía lo ha hecho de manera fragmentada, con enfoques diversos y en muchos casos poco comparables entre sí. Los estudios revisados ofrecen pistas valiosas sobre qué intervenciones pueden resultar útiles y qué aspectos siguen quedando sin atender, lo que aporta una base de conocimiento necesaria para orientar tanto nuevas investigaciones como la práctica clínica.

Una de las principales limitaciones encontradas ha sido la escasa cantidad de estudios que abordan este fenómeno desde una perspectiva de pareja y con intervenciones bien estructuradas. A pesar de haber partido de más de quinientos artículos en la búsqueda inicial, únicamente cuatro cumplieron los requisitos mínimos para ser analizados en profundidad, lo que ya refleja de entrada la falta de investigación sólida y específica en este campo, así como la dificultad de que los profesionales dispongan de materiales realmente útiles para aplicar en la práctica clínica.

Todos los estudios revisados arrojan algo de luz sobre el tema del duelo perinatal y algunos de ellos presentan conclusiones muy valiosas o presentan posibles líneas de investigación futura, pero presentan grandes limitaciones que condicionan de manera negativa la interpretación de sus resultados. Dos de ellos, los de Swanson et al. (2009) y Loughnan et al. (2022), cuentan con una mayor solidez metodológica, mientras que los trabajos de Diamond y Roose (2016) y DiMarco et al. (2001) abren interrogantes muy interesantes sobre todo a nivel cualitativo. Como podemos ver en la disparidad de los estudios, la investigación aún se encuentra lejos de afirmar conclusiones homogéneas y

robustas sobre las que construir recomendaciones y protocolos unificados para la intervención en pareja para el duelo perinatal.

Otra limitación como es la exclusión de la parte no gestante de la pareja en el proceso del duelo, como ya hemos comentado anteriormente, no solo limita la eficacia clínica de la posible intervención, sino que es perjudicial para el propio vínculo de pareja y más que ayudar en el proceso, puede hacer de él un momento aún más difícil y doloroso. Tema señalado tanto en la guía de Umamanita y El Parto es Nuestro (2009) como en autores como Barr y Cacciatore (2008) u Obst et al. (2021).

La siguiente limitación por comentar de esta revisión, es que los estudios se han realizado en contextos socioculturales diferentes al nuestro, principalmente Australia y Estados Unidos, donde los protocolos hospitalarios y el seguimiento sanitario difieren de los nuestros, que aún siguen mostrando importantes carencias (Umamanita, 2015), lo que debe mostrarnos cautos ante el traslado de los resultados.

De todo lo anterior, la única conclusión clara es la apremiante necesidad de continuar con la investigación en este campo, incorporando más diseños diversos como rigurosos, estructurados, con muestras suficientemente amplias, incluyendo estudios experimentales, cuasi-experimentales así como estudios cualitativos más amplios en los que se profundice en la experiencia de las parejas participantes y se documenten con sus propias palabras. Así, integrando ambas perspectivas, la cuantitativa y la cualitativa podremos llegar a comprender tanto los síntomas físicos, los cambios medibles como los significados, las vivencias emocionales y las contradicciones dentro del propio vínculo de pareja que el duelo perinatal conlleva.

Para concluir, es imprescindible que la investigación que hemos comentado anteriormente durante este trabajo se lleve también a la práctica en el ámbito clínico, ya que de nada serviría contar con innumerable evidencia científica si no se convierte en guías, protocolos, formación, creación de los espacios necesarios, y tratamientos más humanos en todo lo que envuelve al proceso de este tipo de pérdidas. El gran alcance y la complejidad del duelo perinatal exigen que estas intervenciones que en algunos casos puntuales se dan, dejen de ser la excepción y se conviertan en la norma, como parte de una atención garantizada y generalizada a cualquier persona que requiera de ella. Y solo así, se podrá responder de la manera correcta y necesaria a las demandas que el duelo perinatal presenta.

6. Bibliografía

- Barr, P., & Cacciatore, J. (2008). Problematic emotions and maternal grief. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 56(4), 331–348. <https://journals.sagepub.com/doi/10.2190/OM.56.4.b>
- Bothou, A., Bothou, M., Tsikouras, P., Iatrakis, G., Anthoulaki, X., Chalkidou, A., Gerende, A., & Sarella, A. (2021). Consequences of perinatal mortality in parents' psychology and the role of health professionals in its management. *Review of Clinical Pharmacology and Pharmacokinetics, International Edition*, 35(2), 67–74. <https://pharmakonpress.gr/wp-content/uploads/2023/10/5-V-4-Bothou-Consequences-of-perinatal-mortality-in-parents-psychology-and-the-role-of-health-professionals.pdf>
- Côté-Arsenault, D., Donato, K., & Earl, S. S. (2014). Watching & worrying: Early pregnancy after loss experiences. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 39(6), 373–380. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17149110/>
- Delgado, L. (2023). Impacto inicial y duelo por muerte gestacional y perinatal. *Psicodex*. <https://psicodex.com/articulos/impacto-inicial-y-duelo-por-muerte-gestacional-y-duelo-por-muerte-gestacional-y-perinatal/>
- Diamond, R. M., & Roose, R. E. (2016). When it hurts to remember: The perinatal bereavement project. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 12(1–2), 39–55. <https://doi.org/10.1080/15524256.2016.1156601>
- DiMarco, M. A., Menke, E. M., & McNamara, T. (2001). Evaluating a support group for perinatal loss. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 26(3), 135–140. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11388193/>
- Epen & Umamanita. (2015). Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal. https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2020/06/guia_atencion_muerte_perinatal_neonatal_epen_umamanita_2015.pdf
- EPEN y Umamanita. (2021). Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal: Recomendaciones para profesionales de la salud y los servicios

funerarios. https://www.umenas.org/wp-content/uploads/2021/03/guia_atencion_muerte_perinatal_neonatal.pdf

- Fernández-Sola, C., Granero-Molina, J., & Hernández-Padilla, J. M. (2020). Perinatal grief and support needs of couples: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 29(19–20), 3408–3422. <https://doi.org/10.1111/jocn.15382>
- Gold, K. J., Boggs, M. E., Mugisha, E., & Palladino, C. L. (2012). Internet message boards for pregnancy loss: Who’s online and why? *Women’s Health Issues*, 22(1), e67–e72. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2011.07.006>
- González, S., Fernández, J., & Molina, A. (2022). Duelo perinatal y género: Diferencias en la vivencia y necesidades de apoyo. *Revista de Psicología y Salud*, 34(2), 145–160. <https://doi.org/10.21134/rps.v34i2.1789>
- Hiefner, A. R., & Villareal, A. (2021). A multidisciplinary, family-oriented approach to caring for parents after miscarriage: The Integrated Behavioral Health Model of Care. *Frontiers in Public Health*, 9, 725762. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.725762>
- HU Virgen de las Nieves. (s.f.r.). Protocolo de atención al duelo perinatal. Servicio Andaluz de Salud. <https://www.hvn.es>
- Jones, K., Robb, M., Murphy, S., & Davies, A. (2019). New understandings of fathers’ experiences of grief and loss following stillbirth and neonatal death: A scoping review. *Midwifery*, 79, 102531. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102531>
- Kendrick, K. L., Sterrett, E. M., & Hong, P. Y. P. (2023). Navigating loss together: A scoping review of couples therapy interventions for perinatal loss. *Journal of Women's Health*, 32(6), 652–663. <https://doi.org/10.1089/jwh.2022.0651>
- Koopmans, L., Wilson, T., Cacciatore, J., & Flenady, V. (2013). Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(6), CD000452. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000452.pub3>
- Lang, A., Goulet, C., & Amsel, R. (2001). Exercising with others and mental health of mothers with young children: The role of social support. *Journal of Pediatric Nursing*, 16(1), 25–33. <https://doi.org/10.1053/jpdn.2001.20443>

- Limbo, R., & Kobler, K. (2010). The tie that binds: Relationships in perinatal bereavement. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 35(6), 316–321. <https://doi.org/10.1097/NMC.0b013e3181f0eef8>
- Loughnan, S. A., Joubert, A. E., Macdonald, J. A., Hiscock, R., Saw, S. Z., & Henschke, K. (2022). Parent psychological distress following stillbirth: A systematic review of cross-sectional and longitudinal studies. *Frontiers in Public Health*, 9, 725762. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.725762>
- Loughnan, S. A., Wallace, M. L., Haskelberg, H., Andrews, G., & Newby, J. M. (2022). A randomized controlled trial of internet-delivered cognitive behavioral therapy for grief following perinatal loss. *Journal of Affective Disorders*, 297, 233–241. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.019>
- Murphy, S., Cacciatore, J., & O'Reilly, M. (2018). Exploring couples' experiences of stillbirth: A meta-synthesis of qualitative research. *BMJ Open*, 8(4), e020525. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020525>
- Murphy, S., Shevlin, M., & Elklit, A. (2018). Psychological consequences of perinatal loss: A longitudinal study. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 25(2), 173–182. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9554-6>
- Obst, K. L., Due, C., & Oxlad, M. (2021). Men's grief following pregnancy loss and neonatal loss: A systematic review and emerging theoretical model. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03428-5>
- Obst, K. L., Due, C., Oxlad, M., & Middleton, P. (2020). Men's grief following pregnancy loss and neonatal loss: A systematic review and emerging theoretical model. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2677-9>
- Obst, K. L., Due, C., Oxlad, M., & Middleton, P. (2021). Men's grief following pregnancy loss and neonatal death: A systematic review and emerging theoretical model. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, 18. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03408-0>
- Stinson, K. M., Lasker, J. N., Lohmann, J., & Toedter, L. J. (1992). Parents' grief following pregnancy loss: A comparison of mothers and fathers. *Family Relations*, 41(2), 218–223. <https://doi.org/10.2307/584825>

- Swanson, K. M., Chen, H. T., Graham, J. C., Wojnar, D. M., & Petras, A. (2009). Resolution of depression and grief during the first year after miscarriage: A randomized controlled clinical trial of couples-focused interventions. *Journal of Women's Health*, 18(8), 1245–1257. <https://doi.org/10.1089/jwh.2008.1202>
- Swanson, K. M., Pearsall-Jones, J. G., & Winston, M. C. (2009). Nursing interventions for grieving parents following perinatal death. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 38(5), 616–626. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2009.01062.x>
- Umamanita. (2021). Informe sobre atención al duelo perinatal en España. Umamanita Asociación. <https://www.umamanita.es>
- Vázquez-Laso, J., & Barreiro, A. (2021). Psiquiatría y salud mental perinatal. Asociación Española de Neuropsiquiatría. [Sin enlace disponible]
- Wagner, N. J., Vaughn, L. M., & D'Agostino, J. A. (2020). Experiences of perinatal loss in the United States: A scoping review of the literature. *Journal of Perinatology*, 40, 1575–1584. <https://doi.org/10.1038/s41372-020-0694-8>