



COMILLAS

UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

Embarazo tras pérdida perinatal: sintomatología ansiosa y depresiva y su influencia en el establecimiento de un vínculo de calidad con el nuevo bebé.

Autora: Nayara Castellano del Val

Directora: María Vega Sanz

Madrid

2024/2025

Resumen

Palabras clave:

Tabla de contenido

Introducción

La pérdida perinatal es un evento traumático que desencadena un proceso de duelo complejo y que puede generar sintomatología psicológica significativa en la madre, como ansiedad y depresión (Côté-Arsenault et al., 2011). Cuando la madre se queda embarazada tras esta pérdida, estos síntomas persisten o se reactivan, pudiendo afectar tanto a su bienestar durante el embarazo como a la calidad del vínculo materno-fetal con el nuevo bebé (De Gregorio, 2023). El presente trabajo aborda esta problemática con el propósito de visibilizar sus implicaciones psicológicas y proporcionar información útil para la práctica clínica.

La importancia de abordar esta temática se sustenta en múltiples dimensiones. En primer lugar, las consecuencias del incremento de los niveles de ansiedad materna durante el embarazo pueden incluir modificaciones en la respuesta de cortisol infantil (Prieto et al., 2019), lo cual se relaciona con el desarrollo de un eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal más reactivo y, consecuentemente, con una mayor vulnerabilidad para padecer psicopatología (Prieto et al., 2019). Por su parte, la depresión materna se asocia con un mayor riesgo de problemas emocionales en el niño, síntomas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad y deterioro del desarrollo cognitivo (Glover, 2014).

En segundo lugar, tras una pérdida perinatal, la madre puede encontrar dificultades para establecer un vínculo positivo con el nuevo bebé. La revisión de la literatura muestra que la madre podría mantener una “distancia emocional” como mecanismo de autoprotección, motivada por una preocupación excesiva y el temor a una nueva pérdida (Côté-Arsenault et al., 1999). Esta resistencia para vincularse durante la gestación refleja la ansiedad constante sobre el bienestar del bebé y constituye un factor de riesgo para el desarrollo óptimo del vínculo madre-hijo.

En tercer lugar, en el caso específico de la muerte perinatal de uno de los gemelos, la situación adquiere una complejidad adicional. La madre experimenta confusión en el proceso de duelo, ya que siente simultáneamente tristeza por el hijo perdido y alegría por el que sobrevive. Este momento doloroso no debe infravalorarse, ya que puede derivar en rechazo hacia el gemelo superviviente (Vedia Domingo, 2016).

Teniendo en cuenta la información mencionada, el presente trabajo pretende visibilizar un fenómeno psicológico relevante pero frecuentemente inadvertido en la práctica clínica, proporcionando información que pueda ser útil tanto para psicólogos como para las propias

madres que atraviesan embarazos tras pérdida perinatal. Asimismo, se analiza el impacto psicológico de la pérdida perinatal en el embarazo posterior y sus implicaciones para el desarrollo del vínculo materno-fetal.

Entre los objetivos específicos se destacan los siguientes:

1. Definir el concepto de pérdida perinatal, identificar los tipos de pérdida existentes y revisar su incidencia y relevancia clínica.
2. Analizar las distintas psicopatologías que se podrían desarrollar tras pérdida perinatal y durante el siguiente embarazo y ~~comparar según el tipo de pérdida perinatal previa.~~
3. Definir el concepto de vinculación materno-fetal y el desarrollo del vínculo.
4. Explicar las dificultades en la vinculación materno-fetal para el bienestar y desarrollo psicológico del niño nacido tras una pérdida perinatal.
5. Sintetizar la información revisada para proporcionar orientaciones que puedan ser útiles para psicólogos y profesionales sanitarios que atienden a mujeres embarazadas con antecedentes de pérdida perinatal.

Para alcanzar estos objetivos, el presente trabajo aborda diferentes preguntas: ¿Cómo afecta la pérdida perinatal previa a la salud mental materna durante el embarazo posterior? ¿De qué manera la ansiedad y depresión maternas tras pérdida perinatal influyen en el establecimiento del vínculo materno-fetal? ¿Qué consecuencias a largo plazo puede tener la sintomatología psicológica materna en el desarrollo del niño nacido tras una pérdida perinatal?

Marco teórico

Es fundamental aclarar que no existe un consenso universal sobre las definiciones exactas para clasificar las pérdidas perinatales. Por tanto, para la realización de este trabajo, se han tomado como referencia los criterios de la undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-1). El propio manual reconoce abiertamente esta circunstancia, señalando que tanto las definiciones como los criterios de notificación del límite inferior para las muertes fetales o los abortos espontáneos difieren según las legislaciones de cada país. Esta falta de uniformidad se aplica también a los requisitos legales para el registro de muertes fetales y nacidos vivos, que varían a nivel internacional.

Teniendo esto en cuenta, se considerará pérdida perinatal aquella que ocurre durante el periodo perinatal, que se entiende como el que comienza a las 22 semanas completas de

gestación (el momento en que el peso al nacer es normalmente de 500 g) y termina siete días completos después del nacimiento, es decir, incluye los días 0 a 6 después del nacimiento. Esta categoría engloba tanto los mortinatos (muertes fetales que se producen a partir de las 22 semanas de gestación) como las muertes neonatales tempranas (aquellas que tienen lugar durante los primeros 7 días completos de vida), que serán desarrolladas más adelante. Asimismo, se debe diferenciar entre este término y periodo neonatal, que comienza en el nacimiento y termina 28 días completos después, es decir, incluye los días 0 a 27 después del nacimiento (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019).

Por otro lado, es importante subrayar que la muerte en el período perinatal o neonatal debe tenerse en cuenta a partir del momento del parto, aunque puede diagnosticarse antes en el útero. El parto de un embrión o feto puede producirse de forma espontánea, asistida o por cesárea, incluyendo la interrupción deliberada de un embarazo por medios médicos o quirúrgicos con la intención de que nazca vivo, mientras que debe distinguirse del aborto inducido (Blencowe et al., 2024).

El mortinato es la expulsión o extracción completa de un feto, tras su muerte antes de la expulsión o extracción completa, a las 22 o más semanas completas de gestación. Los mortinatos pueden clasificarse según diferentes criterios. Por edad gestacional, se distingue entre mortinato precoz, que se produce entre las 22 y 27 semanas completas de gestación, y mortinato tardío, que se produce a partir de las 28 semanas completas de gestación. Por momento de la muerte, se diferencia entre mortinato anteparto, que se produce tras la muerte fetal anteparto (es decir, antes del inicio del parto), y mortinato intraparto, que se produce tras la muerte fetal intraparto (es decir, durante el parto). Por características físicas, se clasifica en mortinato macerado, que presenta signos de maceración en el momento del parto, y mortinato reciente, que tiene un aspecto de piel fresca y sin signos de maceración en el momento del parto (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019).

La muerte neonatal temprana es la muerte durante los primeros 7 días completos después del nacimiento vivo (días 0-6), que pertenecería al período perinatal (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019).

A continuación, se explican otros términos que es interesante conocer, aunque no se consideren (o al menos no en su totalidad) pérdidas perinatales.

La **muerte fetal** se define como la muerte de un feto antes de su completa expulsión o extracción de la mujer, independientemente de la edad gestacional. La muerte de un embrión o de un feto puede diagnosticarse en el útero por la ausencia de ruidos cardíacos, confirmada por técnicas de imagen cuando se disponga de ellas, o tras la expulsión o extracción completa de la mujer por la ausencia de signos de vida. Dentro de la muerte fetal **se distinguen dos momentos temporales**: la muerte fetal anteparto, que es una muerte fetal antes del inicio del parto y la muerte fetal intraparto, que es una muerte fetal durante el parto (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019).

El **aborted espontáneo**, también denominado aborto natural, es una pérdida espontánea del embarazo, es decir, del embrión o del feto, antes de las 22 semanas completas de gestación. Las definiciones y los criterios sobre el límite inferior de las muertes fetales o los abortos espontáneos varían según la legislación de cada país. Aunque médicalemente el período embrionario se reconoce hasta la duodécima semana completa de gestación, algunos países pueden fijar este límite en la semana once o trece (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019).

En resumen, la **muerte fetal** es el concepto amplio que abarca todas las muertes antes del parto, independientemente del momento. Luego, según cuándo ocurra esa muerte fetal:

- Si es antes de las 22 semanas → se llama aborto espontáneo
- Si es a partir de las 22 semanas → se llama mortinato

La **muerte neonatal tardía**, es la muerte que ocurre después del séptimo día, pero antes de los 28 días completos de vida, durante el período neonatal (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019).

Es fundamental distinguir estas categorías de la **interrupción artificial del embarazo**, definida como la expulsión o extracción completa de un embrión o un feto de una mujer, independientemente de la duración del embarazo, luego de una interrupción deliberada de un embarazo en curso por medios médicos o quirúrgicos, que no tiene por objeto dar lugar a un nacimiento vivo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019).

Para la comprensión integral del fenómeno perinatal, la CIE-11 establece también clasificaciones complementarias. En relación con el **período de gestación**, se distingue entre pretérmino (menos de 37 semanas completas o menos de 259 días de gestación), término (de

37 semanas completas a menos de 42 semanas completas, es decir, 259 a 293 días de gestación) y postérmino (42 semanas completas o más, es decir, 294 días o más de gestación). Respecto al peso al nacer, se clasifica en peso extremadamente bajo al nacer (peso inferior a 1000g, hasta 999 g inclusive), peso muy bajo al nacer (peso inferior a 1500g, hasta 1499g inclusive), bajo peso al nacer (peso inferior a 2500g, hasta 2499g inclusive), sobrepeso al nacer (peso de 4000g o más y menos de 4500g, hasta 4499g inclusive) y peso excepcionalmente grande al nacer (peso de 4500g o más) (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019).

Tabla 1

Clasificación de Pérdidas según Periodo Perinatal y Neonatal

Periodo	Inicio	Fin	Tipos de pérdida incluidos
Periodo perinatal	22 semanas completas de gestación (≈ 500 g)	7 días completos después del nacimiento (días 0-6)	<ul style="list-style-type: none"> • Mortinato precoz (22-27 semanas) • Mortinato tardío (≥ 28 semanas) • Muerte neonatal temprana (días 0-6)
Periodo neonatal	Nacimiento	28 días completos después del nacimiento (días 0-27)	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte neonatal temprana (días 0-6) • Muerte neonatal tardía (días 7-27)

Nota. Las muertes neonatales tempranas (días 0-6) se incluyen tanto en el periodo perinatal como en el periodo neonatal. Adaptado de *Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.^a revisión* (CIE-11), Organización Mundial de la Salud, 2022.

Con el objetivo de conocer la incidencia de las pérdidas perinatales, es importante conocer el término de **Tasa de Mortalidad Perinatal**, que se calcula como el número de muertes fetales de 28 o más semanas de gestación más las muertes neonatales tempranas (días 0-6) de 28 o más semanas de gestación, dividido por el total de nacimientos (que incluye

muertes fetales de 28 o más semanas de gestación y nacidos vivos), multiplicado por 1.000 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019):

Tasa de mortalidad perinatal = [(Muertes fetales \geq 28 semanas + Muertes neonatales tempranas días 0-6 \geq 28 semanas) / Total de nacimientos] \times 1.000

Aunque la pérdida perinatal se ha definido como la muerte desde la semana 22 de gestación hasta los primeros siete días de vida, la tasa de mortalidad perinatal se calcula tradicionalmente a partir de las 28 semanas de gestación. Este umbral se adopta por criterios históricos y de comparabilidad internacional, ya que durante años las 28 semanas constituyeron el límite de viabilidad fetal y el punto a partir del cual existía un registro más fiable y homogéneo de las muertes fetales y neonatales (World Health Organization, 2006).

En España, la Tasa de Mortalidad Perinatal del año 2024 (año más reciente del que hay datos publicados), fue de 4,03 defunciones por cada mil nacidos. Si se diferencia por sexo, la Tasa de Mortalidad Perinatal aumenta a 4,12 defunciones por cada mil nacidos en el caso de hombres, y disminuye a 3,93 defunciones por cada mil nacidos en el caso de mujeres. En las tres situaciones se observa una tendencia a la baja desde el año 1975, donde la Tasa de Mortalidad Perinatal databa en 20,91 defunciones por cada mil nacidos. Esta reducción significativa puede atribuirse a los avances en la atención obstétrica, la mejora en el acceso a servicios sanitarios, y el desarrollo de tecnologías de diagnóstico y monitorización fetal. No obstante, a pesar de esta mejoría en los indicadores de mortalidad, cada pérdida perinatal sigue representando un acontecimiento devastador con importantes consecuencias psicológicas para las familias afectadas (Instituto Nacional de Estadística, 2025).

Por último, cabe mencionar que las distintas pérdidas descritas pueden conllevar un proceso de duelo perinatal. Este se entiende como la respuesta emocional y psíquica normal ante la pérdida de un bebé durante la gestación, el parto o el primer mes de vida, considerada una de las experiencias más estresantes y devastadoras que pueden experimentar los progenitores (Cortés-Cataldo et al., 2025). Aunque desde una perspectiva clínica se delimita al periodo perinatal, en ocasiones, se incluyen otras circunstancias, tales como que el bebé tenga una grave anomalía congénita o si el bebé es entregado en adopción. La vivencia psicológica se ve influida por factores emocionales, sociales y ambientales, siendo frecuente la presencia de silencio y desautorización social, lo que puede aumentar el riesgo de dificultades en la salud mental si no se recibe un acompañamiento adecuado (Gómez-Ulla y Contreras García, 2021).

En el presente trabajo se adopta una definición integradora, priorizando el impacto psicológico y emocional del duelo perinatal y su relevancia para el establecimiento del vínculo con un nuevo bebé.

Principales manifestaciones psicopatológicas tras pérdida perinatal y durante el siguiente embarazo

Las mujeres que experimentan una pérdida perinatal, independientemente del tipo de pérdida y la edad gestacional en la que se produzca, corren el riesgo de presentar duelo continuo, síntomas de depresión, ansiedad y estrés postraumático en etapas posteriores de su vida. Asimismo, la literatura considera necesario prestar también atención a esas variables y al vínculo con el nuevo bebé cuando la mujer se queda embarazada de nuevo tras la pérdida perinatal (Fernández et al., 2018).

Los principales hallazgos de un estudio longitudinal realizado con una muestra de 133 madres evidencian que aquellas que han sufrido una pérdida perinatal previa tienden a tener más preocupaciones y mayor dificultad a la hora de manejar las necesidades del neonato (Blackmore et al., 2011). Además, una revisión sistemática reciente refleja que tanto la depresión como la ansiedad se encuentran significativamente elevadas en mujeres tras una pérdida perinatal, en comparación con aquellas que no han sufrido pérdida, demostrando así que la pérdida perinatal constituye un factor de riesgo para el desarrollo de estos trastornos psicológicos (Herbert et al., 2022).

Sintomatología depresiva

El duelo perinatal, ya descrito con anterioridad, puede ir acompañado de sintomatología depresiva significativa, especialmente en los momentos más próximos a la pérdida. De hecho, entre el 20% y el 55% de las mujeres que han sufrido un aborto espontáneo presentan síntomas depresivos tras la pérdida (Ridaura et al., 2017).

En el estudio longitudinal, realizado por **Isabel Ridaura, Eva Penelo y Rosa M. Raich**, con una muestra de 70 mujeres, observaron que la sintomatología depresiva mostraba una disminución significativa en los seguimientos realizados a los seis meses y al año. En este sentido, los resultados reflejan que la evolución de la sintomatología depresiva está influida principalmente por el factor tiempo. En el periodo inicial tras la pérdida ocurre la mayor

intensidad de los síntomas, mientras que posteriormente se va produciendo una recuperación gradual (sin intervención terapéutica, al menos en este estudio).

Entre los síntomas depresivos tras pérdida perinatal se encuentran: tristeza persistente, anhedonia, alteraciones del sueño y apetito, sentimientos de culpa e inutilidad, y en casos graves, ideación suicida. En ocasiones los propios síntomas del duelo pueden confundirse con los de depresión mayor; por lo que es pertinente diferenciarlos en base a los criterios específicos establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5-TR) (Ridaura et al., 2017).

Durante el embarazo posterior, la sintomatología depresiva puede reactivarse o intensificarse, particularmente en momentos específicos como al alcanzar la edad gestacional en que ocurrió la pérdida previa. Además, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en los niveles de sintomatología depresiva en función del tipo de pérdida perinatal. En cambio, esta variable no se asocia con una peor evolución del duelo ni de la sintomatología depresiva (Ridaura et al., 2017).

Cabe destacar también que, a pesar de que múltiples estudios han demostrado que los síntomas de depresión en mujeres tras una pérdida perinatal suelen disminuir de forma gradual a lo largo del primer año, estos continúan siendo más elevados que en mujeres sin historia de pérdida, lo que enfatiza la necesidad de realizar un seguimiento de la salud mental materna en embarazos posteriores (Díaz-Pérez et al., 2023).

Sintomatología ansiosa

La ansiedad representa otra manifestación psicopatológica predominante en el embarazo tras pérdida perinatal. La evidencia científica muestra de forma consistente que las mujeres embarazadas tras una pérdida perinatal experimentan mayores niveles de ansiedad durante la gestación, en comparación con mujeres sin historia de pérdida. Por ejemplo, en un amplio estudio con más de 1 400 participantes, aquellas con pérdida perinatal previa reportaron puntuaciones significativamente más altas de ansiedad durante el siguiente embarazo (Mainali et al., 2023).

Desde una perspectiva cualitativa, el embarazo tras una pérdida perinatal se caracteriza por emociones reservadas y ansiedad específica relacionada con el desarrollo fetal y la seguridad del embarazo. Las mujeres describen sus embarazos posteriores como cargados de

preocupación y vigilancia constante, buscando conductas que perciben como protectoras o evitando aquellas que perciben como peligrosas (Côté-Arsenault et al., 1999). La sintomatología ansiosa suele manifestarse como preocupación por la viabilidad del embarazo, hipervigilancia de síntomas físicos, miedo intenso en las primeras semanas, ansiedad anticipatoria ante controles médicos y dificultad para relajarse y disfrutar del embarazo (Chandra, et al., 2020). Esta ansiedad tiende a intensificarse especialmente durante el primer trimestre del embarazo y al aproximarse la edad gestacional en la que ocurrió la pérdida previa. Estos niveles elevados de ansiedad pueden interferir de forma significativa con el bienestar materno y, afectar el desarrollo del vínculo materno-fetal (Hunter, et al., 2017).

También existe evidencia reciente que indica que la ansiedad materna en embarazos posteriores a pérdida perinatal puede tener consecuencias negativas a nivel biológico. En este sentido, altos niveles de ansiedad se asocian con un mayor riesgo de parto prematuro, donde la ansiedad podría mediar la relación entre los antecedentes de pérdida perinatal y los partos prematuros, lo que subraya su importancia clínica. (Wang et al., 2025).

En conjunto, se puede afirmar que la ansiedad es más frecuente en embarazos posteriores a una pérdida perinatal, pudiendo ser específica y con distintas implicaciones para la salud mental de la madre y para los resultados obstétricos.

Vinculación materno-fetal y dificultades tras pérdida previas

Definir el concepto de vinculación materno-fetal y el desarrollo del vínculo. Explicar las dificultades en la vinculación materno-fetal para el bienestar y desarrollo psicológico del niño nacido tras una pérdida perinatal.

Discusión/Conclusiones

Síntesis de la información expuesta. Sintetizar la información revisada para proporcionar orientaciones que puedan ser útiles para psicólogos y profesionales sanitarios que atienden a mujeres embarazadas con antecedentes de pérdida perinatal.

Referencias

- Blackmore, E. R., Côté-Arsenault, D., Tang, W., Glover, V., Evans, J., Golding, J., & O'Connor, T. G. (2011). Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 198(5), 373–378. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083105>
- Blencowe, H., Hug, L., Moller, A-B., You, D., & Moran, A. C. (2025). *Definitions, terminology and standards for reporting of births and deaths in the perinatal period: International Classification of Diseases (ICD-11)*. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 168, 1–9. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15794>
- Chandra, P. S., & Nanjundaswamy, M. H. (2020). Pregnancy specific anxiety: an under-recognized problem. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 19(3), 336–337. <https://doi.org/10.1002/wps.20781>
- Cortés-Cataldo, F., Olhaberry-Huber, M., Sieverson-Raddatz, C., Romero-Jiménez, M., Tagle-Silva, M. T., Mena-Silva, C., Honorato-Miranda, C., Muñoz Anguita, A., y Iribarren-Jaramillo, D. (2025). *Duelo perinatal, salud mental y la importancia del acompañamiento psicológico*. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 36(3). <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2025.05.002>
- Côté-Arsenault, D., & Donato, K. (2011). Emotional cushioning in pregnancy after perinatal loss. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(1), 81-92. <https://doi.org/10.1080/02646838.2010.513115>
- Côte-Arsenault, D., & Mahlangu, N. (1999). Impact of perinatal loss on the subsequent pregnancy and self: women's experiences. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*, 28(3), 274–282. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1999.tb01992.x>
- De Gregorio, M. de G. (2023). Una revisión del impacto emocional de la pérdida perinatal previa en un embarazo posterior. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 8(1), 150-165. <https://doi.org/10.1344/musas2023.vol8.num1.8>

Díaz-Pérez, E., Haro, G., & Echeverría, I. (2023). Psychopathology Present in Women after Miscarriage or Perinatal Loss: A Systematic Review. *Psychiatry International*, 4(2), 126-135. <https://doi.org/10.3390/psychiatryint4020015>

Fernández, E., Rengel, C., Morales, I. M., y Labajos, M. T. (2018). Estrés postraumático y síntomas relacionados en un embarazo posterior a una pérdida gestacional: Revisión narrativa. *Salud Mental*, 41(5), 237-243. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2018.032>

Glover, V. (2014). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 25-35. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.017>

Gómez-Ulla, P., & Contreras García, M. (2021). *Duelo perinatal*. Editorial Síntesis.

Herbert, D., Young, K., Pietrusińska, M., & MacBeth, A. (2022). The mental health impact of perinatal loss: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 297, 118–129. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.026>

Hunter, A., Tussis, L., & Macbeth, A. (2017). The presence of anxiety, depression and stress in women and their partners during pregnancies following perinatal loss: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders (JAD)*, 223, 153-164. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.004>

Instituto Nacional de Estadística. (2025). *Defunciones según la causa de muerte, por año y sexo*. Recuperado el 28 de diciembre de 2025 de: https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1699#_tabs-tabla

Mainali, A., Infanti, J. J., Thapa, S. B., Jacobsen, G. W., & Larose, T. L. (2023). *Anxiety and depression in pregnant women who have experienced a previous perinatal loss: a case-cohort study from Scandinavia*. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23 (111). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05318-2>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Clasificación Internacional de Enfermedades para la Estadística de Mortalidad y Morbilidad (11.ª rev.)*. OMS. Recuperado el 23 de diciembre de 2025 de:

[https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20\(version%2014%20nov%202019\).pdf](https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20(version%2014%20nov%202019).pdf)

Prieto, F., Portellano, J. A., y Martínez-Orgado, J. A. (2019). Ansiedad materna prenatal, desarrollo psicológico infantil y reactividad del eje HPA en bebés de 2 a 3 meses de edad. *Clínica y Salud*, 30(1), 23–33. <https://doi.org/10.5093/clysa2019a5>

Ridaura, I., Penelo, E., & 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>

Soto-Briseño, A. I., Gomez-Diaz, R. A., Valdez-González, A. L., Lavielle, P., Saldaña-Espinoza, R. C., Angulo-Camarena, L. P., Castillejos-Velez, G., y Wacher, N. H. (2025). Vinculación materno-infantil en mujeres mexicanas tamizadas para depresión perinatal. *Gaceta Médica de México*, 161(5), 513-520. <http://dx.doi.org/10.24875/GMM.M25001024>

Vedia Domingo, V. (2016). Duelo patológico: Factores de riesgo y protección. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 6(2), 12-34. Recuperado el 12 de octubre de 2025 de: https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Duelo_patologico.pdf

Wang, Y., Wang, W., Lei, S., Liu, Y., Meng, L., Ru, P., Su, X., Yang, X., Li, Y., Ni, X., Wang, L., & Liu, M. (2025). Association between history of pregnancy loss and preterm birth: The mediating role of maternal anxiety. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25, 958. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-08060-7>

World Health Organization. (2006). *Neonatal and perinatal mortality: Country, regional and global estimates*. WHO Press. Recuperado el 23 de diciembre de 2025 de: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241596145>

Bibliografía

Anexo