



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

Intervención psicológica en duelo perinatal y gestacional: Atención centrada en la pareja

Autor/a: Claudia Sánchez Díez-Alegría

Director/a: José Gamoneda Larripa

Madrid

2025/2026

Índice

Resumen.....	3
Introducción	4
Marco teórico	7
Conceptualización del Duelo Perinatal.....	7
Características Diferenciales del Duelo Perinatal	8
Epidemiología y Factores de Riesgo	9
Impacto Psicológico del Duelo Perinatal.....	10
Impacto Diferencial en Madres y Padres	12
Impacto en la Dinámica de Pareja.....	14
Intervención especializada.....	15
Embarazos Posteriores.....	18
Objetivos	19
Objetivo General	19
Objetivos Específicos.....	19
Método	19
Estrategia de Búsqueda.....	19
Criterios de Selección	20
Proceso de Selección y Síntesis	21
Extracción y Síntesis de Datos.....	22
Resultados.....	22
Técnicas y aspectos importantes	22
Terapia Individual: Reconstrucción Narrativa y Elaboración del Duelo	25
Terapia de Pareja: Comunicación y Respeto a Ritmos Diferentes	28
Grupos de Apoyo: Valor del Testimonio Compartido	32
Discusión	34
Conclusión	37
Referencias.....	38

Tabla de ilustraciones

Tabla 1	11
Tabla 2.....	13
Tabla 3	21

Resumen

El duelo perinatal, entendido como el proceso de adaptación psicológica tras la pérdida de un hijo durante el embarazo o en los primeros días tras el nacimiento, constituye una experiencia de elevada complejidad clínica que afecta a ambos miembros de la pareja de formas diferentes y frecuentemente asincrónicas. A pesar de su alta prevalencia, las intervenciones psicológicas disponibles han estado históricamente centradas de manera casi exclusiva en la persona gestante, dejando a la pareja como unidad sin apoyo especializado. El presente trabajo constituye una revisión bibliográfica narrativa cuyo objetivo principal fue describir las intervenciones psicológicas especializadas en duelo perinatal, con especial énfasis en aquellas que adoptan un enfoque centrado en la pareja. Se realizó una búsqueda en las bases de datos PubMed, PsycINFO, Scopus, Web of Science y Google Scholar, seleccionándose finalmente 50 artículos que cumplían los criterios de inclusión establecidos. Los resultados muestran que las intervenciones más eficaces son aquellas dirigidas a personas con criterios de alto riesgo o duelo complicado, que las intervenciones de una sola sesión resultan insuficientes, y que los enfoques cognitivo-conductuales y el Counselling presentan mayor respaldo empírico. Las intervenciones diádicas producen mejoras no solo en la sintomatología individual sino también en el funcionamiento relacional de la pareja, si bien la evidencia en este ámbito sigue siendo escasa y metodológicamente limitada. Se concluye que el desarrollo de intervenciones específicas para la pareja en duelo perinatal, culturalmente sensibles y con medidas de resultado relacionales, constituye una necesidad urgente tanto para la investigación como para la práctica clínica.

Palabras clave: duelo perinatal, intervención psicológica, terapia de pareja, asincronía en el duelo, pérdida gestacional

Abstract

Perinatal grief, understood as the process of psychological adaptation following the loss of a child during pregnancy or in the first days after birth, represents a highly complex clinical experience that affects both members of a couple in different and frequently asynchronous ways. Despite its high prevalence, available psychological interventions have historically focused almost exclusively on the gestating person, leaving the couple as a unit without specialised support. This paper constitutes a narrative bibliographic review whose main objective was to describe specialised psychological interventions for perinatal grief, with particular emphasis on those adopting a Couple-focused approach. A search was conducted in PubMed, PsycINFO, Scopus, Web of Science and Google Scholar databases, resulting in the selection of 50 articles meeting the established inclusion criteria. Results indicate that the most effective interventions are those targeting individuals with high-risk criteria or complicated grief, that single-session interventions prove insufficient, and that cognitive-behavioural approaches and Counselling present the strongest empirical support. Dyadic interventions produce improvements not only in individual symptomatology but also in the couple's relational functioning, although evidence in this area remains scarce and methodologically limited. It is concluded that the development of specific interventions for couples experiencing perinatal grief, culturally sensitive and incorporating relational outcome measures, represents an urgent need for both research and clinical practice.

Keywords: perinatal grief, psychological intervention, couples therapy, grief asynchrony, pregnancy loss

Introducción

La pérdida de un hijo durante el embarazo o poco después del nacimiento es una de las experiencias más dolorosas que puede experimentar una pareja. Se denomina duelo perinatal, al concepto que engloba las pérdidas durante la gestación (abortos espontáneos, muerte fetal), así como aquellas ocurridas en los primeros días tras el nacimiento. Según López García de Madinabeitia (2011), entre un 10% y un 25% de los embarazos terminan en aborto espontáneo, mayormente antes de cumplir las 12 semanas. Sumándole los casos de muerte fetal tardía y muerte neonatal, hablamos de miles de personas y familias que cada año atraviesan esta complicada situación.

Aun siendo muy común, el duelo perinatal siempre ha sido una pérdida socialmente minimizada e incluso desautorizada. La invalidación social transforma el luto perinatal en algo que Doka (1989) describe como un “duelo no validado” o un “duelo desautorizado”. Este, se distingue por una carencia de reconocimiento social por la pérdida y, como resultado, por una falta de respaldo emocional idóneo para aquellos que sufren. Frases tipo “eras joven”, “tendrás otro” o “aun no era un bebé de verdad” reflejan la invalidación que a menudo sufren las personas pasando por estas situaciones (Martos et al. , 2016).

A pesar de esto, el duelo perinatal tiene características propias que lo hacen particularmente complejo. Mander (1994) ya destacaba que se trata de una pérdida en la que se mezclan diferentes dimensiones, pues no solo se pierde al bebé en sí mismo, sino también la identidad de madre o padre que empezaba a formarse, las expectativas que se había imaginado con ese hijo, y hasta la confianza en que el embarazo es algo seguro y natural. Además, hay pocos o ningún recuerdo compartido con el bebé, no existen rituales sociales de despedida como puede ser un entierro o funeral, y todo ocurre en un contexto marcado por una sensación de irrealidad que impide el procesamiento de las emociones.

Cabe destacar de igual manera, el impacto que tiene para una relación romántica atravesar este tipo de pérdidas, así como las diferentes maneras en las que afecta a cada miembro de la pareja. Esta dimensión del duelo perinatal parece haber recibido menos atención entre la investigación existente. Los estudios de Najman et al., (1993) ya indicaban que madres y padres viven el duelo de formas distintas, tanto en intensidad como en expresión emocional y tiempos de elaboración de dicho duelo. Las madres suelen experimentar un dolor más intenso y duradero, normalmente con síntomas de depresión y ansiedad, mientras que los padres tienden a contener más sus emociones, asumiendo el rol social de “pilar fuerte” para sus parejas y dejando su propio duelo en segundo plano.

Estas diferencias en las formas de vivir el duelo puede convertirse en el origen de conflicto para la pareja. Cuando uno necesita hablar constantemente de la pérdida y el otro prefiere evitar el tema, cuando uno está listo para intentar otro embarazo y el otro todavía no puede ni pensarlo. De hecho, las investigaciones muestran que el riesgo de problemas relacionales aumenta significativamente en parejas que han atravesado una pérdida perinatal (Gold et al., 2010).

El sistema sanitario también tiene un papel significativo dentro de esta realidad. Cacciatore y Flint (2012) han demostrado que las prácticas hospitalarias en el momento de la pérdida pueden marcar una gran diferencia. Permitir a los padres ver y sostener a su bebé, crear recuerdos tangibles y facilitar rituales de despedida son algunas de dichas ayudas. Todo esto puede acompañar positivamente el proceso de un duelo no complicado. Sin embargo, la realidad es que muchos hospitales carecen de protocolos adecuados, el personal sanitario no siempre está formado para manejar estas situaciones, y la coordinación entre servicios es nula (Ellis et al., 2016).

Desde la psicología clínica se necesitan intervenciones especializadas que aborden estas particularidades descritas. Aunque la literatura sobre duelo perinatal ha crecido en los últimos años, continua teniendo lagunas importantes. Hay bastante investigación descriptiva sobre el impacto psicológico, pero faltan estudios que evalúen empíricamente qué intervenciones funcionan realmente (Kersting & Wagner, 2012). Y más aún si hablamos de intervenciones centradas en la pareja.

A pesar de que el duelo perinatal impacta profundamente en ambos progenitores y en su relación, las intervenciones psicológicas han estado históricamente dirigidas casi exclusivamente a la persona gestante, dejando a las parejas sin apoyo especializado en un momento crítico (Kendrick & Sterrett-Hong, 2023). Esta revisión sistemática reciente sobre intervenciones para parejas tras pérdida perinatal encontró que, de 62 artículos revisados, solo ocho incluían algún tipo de intervención dirigida a la díada, y la mayoría de estos seguían centrándose en medir resultados individuales más que relacionales.

Esta ausencia de intervenciones de pareja resulta especialmente problemática si consideramos que el apoyo percibido de la pareja se ha identificado como el segundo predictor más importante de calidad de vida tras una pérdida perinatal, solo superado por el apoyo percibido del ginecólogo (Iwanowicz-Palus et al., 2021). Además, las investigaciones muestran que la falta de conexión en la pareja tras la pérdida contribuye significativamente a peores resultados de salud mental y relacional tanto a nivel individual como diádico (Gold et al., 2010; Kendrick & Sterrett-Hong, 2023).

La literatura sobre intervenciones en pareja en ciertas condiciones médicas (cáncer, enfermedad cardíaca, diabetes) ha demostrado que este enfoque puede ser eficaz para aumentar la satisfacción relacional, mejorar el manejo del estrés conjunto, desarrollar habilidades de afrontamiento, aumentar los sentimientos de autoeficacia y reducir la sintomatología depresiva en ambos miembros de la pareja (Keefe et al., 2005; Martire et al., 2008; Manne et al., 2005). Sin embargo, este conocimiento acumulado sobre intervenciones diádicas en otras condiciones de salud no ha sido sistemáticamente aplicado ni adaptado al contexto del duelo perinatal.

Las escasas intervenciones que existen para parejas en duelo perinatal incluyen modalidades diversas: sesiones individuales o de pareja presencial, grupos de apoyo, intervenciones basadas en internet, y programas con materiales psicoeducativos como vídeos y cuadernos de trabajo (Kendrick & Sterrett-Hong, 2023; Swanson et al., 2009). Swanson y colaboradores (2009) llevaron a cabo uno de los pocos estudios diseñados específicamente para parejas, comparando tres modalidades de intervención: sesiones de counseling presencial, módulos de vídeo y cuadernos de trabajo autoadministrados, y una combinación de ambos. Sus resultados mostraron que las mujeres en todos los grupos de tratamiento exhibieron una recuperación más rápida de la depresión comparadas con el grupo control. Sin embargo, los hombres no mostraron el mismo beneficio, e incluso algunos experimentaron mayor sintomatología en ciertas condiciones de tratamiento, lo que sugiere la necesidad de desarrollar intervenciones que atiendan específicamente a las diferencias de género en la expresión y elaboración del duelo.

A pesar de estos avances iniciales, Kendrick y Sterrett-Hong (2023) señalan importantes limitaciones en la investigación existente. En primer lugar, prácticamente ningún estudio evaluó el funcionamiento diádico previo a la pérdida, lo que dificulta medir el impacto real de la pérdida en la relación. En segundo lugar, incluso cuando las intervenciones se ofrecían a ambos miembros de la pareja, las medidas de resultado seguían centrándose en síntomas individuales (depresión, ansiedad, estrés postraumático) más que en variables relacionales como la satisfacción de pareja, la comunicación o la cohesión diádica. En tercer lugar, existe una notable falta de diversidad en las muestras estudiadas, con una representación insuficiente de parejas racializadas, parejas del mismo sexo, y configuraciones familiares no tradicionales.

Este vacío en la literatura y en la práctica clínica resulta especialmente preocupante dado que las parejas negras presentan tasas significativamente más altas de muerte fetal que las parejas blancas (Brisendine et al., 2020), y que los factores culturales relacionados con las

expectativas de parentalidad pueden influir en cómo la pérdida perinatal afecta a la estabilidad de la pareja (Adebayo et al., 2019). La atención a las parejas en duelo perinatal desde una perspectiva culturalmente sensible y basada en evidencia podría ser particularmente importante para familias en situación de mayor vulnerabilidad.

Este TFG se enfoca como revisión sistemática de la literatura científica sobre intervenciones psicológicas en duelo perinatal, poniendo especial atención en el enfoque de pareja.

Marco teórico

Conceptualización del Duelo Perinatal

El concepto de duelo perinatal hace referencia al proceso de adaptación psicológica, emocional y social dado tras la pérdida de un hijo durante el embarazo o poco después del nacimiento (López García de Madinabeitia, 2011). Pero bajo este paraguas caben diferentes tipos de pérdidas, cada una con sus características correspondientes.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), el aborto espontáneo es entendido como la finalización del embarazo antes de las 20-22 semanas de gestación o cuando el feto pesa menos de 500 gramos. Por otro lado, la muerte fetal intrauterina ocurre a partir de las 22 semanas pero, al igual que en el aborto espontáneo, antes del nacimiento. De diferente manera ocurre con la muerte neonatal temprana, produciéndose esta en los primeros siete días de vida. Y por último, aunque menos mencionadas en la literatura, están las interrupciones voluntarias del embarazo por causas médicas (TOPFA - *Termination of Pregnancy for Fetal Anomaly*), cuando se detectan malformaciones incompatibles con la vida (Korenromp et al., 2009). Estas últimas también generan un duelo real y profundo, aunque haya habido una decisión activa por parte de los padres.

Lo interesante es ver cómo ha evolucionado la concepción social del duelo perinatal. Hace décadas, desde una perspectiva médica y social bastante limitada, se asumía que una pérdida temprana no podía generar un duelo “de verdad” porque no había existido una relación prolongada con el bebé. Sin embargo, la psicología perinatal y la investigación han demostrado lo contrario. Como explica Cacciatore (2013), el vínculo con el hijo comienza mucho antes del nacimiento a través de lo que Rubin (1984) denominó “vínculo prenatal”, y la intensidad del duelo no tiene por qué correlacionar con las semanas de gestación. Las fantasías, las expectativas, los proyectos que se construyen en torno al bebé esperado crean también, vínculo afectivo.

Características Diferenciales del Duelo Perinatal

Existen varios elementos que convierten al duelo perinatal en algo diferente a otras formas de duelo, con sus implicaciones clínicas específicas.

En primer lugar y como ya se ha nombrado con anterioridad, se habla de un duelo socialmente desautorizado. El concepto de duelo desautorizado (“disenfranchised grief”) introducido por Doka (1989) se ajusta a...: pérdidas que no reciben reconocimiento ni validación social. La gente minimiza constantemente estas pérdidas con comentarios del tipo “era muy pequeño”, “no llegó a nacer de verdad”, “la naturaleza es sabia”, “aún eres joven para tener más hijos”. Aunque estas frases suelen decirse con buena intención, su resultado real es la invalidación del dolor de los padres. Al analizar las cifras es sencillo acercarse a esta realidad gracias a expertos como Murphy et al.(2012), quienes encontraron que el 80% de las mujeres que habían sufrido un aborto espontáneo reportaban haber recibido comentarios minimizadores de su entorno, lo que se asociaba significativamente con mayor sintomatología depresiva. López García de Madinabeitia (2011) señala que esto fuerza a las personas a vivir su duelo en silencio, sin poder expresar abiertamente lo que sienten, lo cual complica enormemente su elaboración.

En segundo lugar, hablamos de un duelo con escasos o incluso inexistencia de recuerdos tangibles. En otros duelos puedes recurrir a la historia compartida, a momentos vividos juntos, a experiencias que recordar. Sin embargo, en el duelo perinatal apenas es posible nada de eso. En ocasiones los padres tienen que elaborar la pérdida de un hijo con quien no llegaron a crear recuerdos. Por eso adquieren tanto valor simbólico las pocas cosas tangibles que quedan: una ecografía, una fotografía si la hay, las huellas de pies o manos, una pulsera del hospital. Cacciatore (2013) enfatiza que estos objetos actúan como evidencias tangibles de que ese bebé existió realmente, y diversos estudios han mostrado que crear estos recuerdos en el momento de la pérdida se asocia con mejor ajuste psicológico a largo plazo (Ryninks et al., 2014).

Además, estamos ante pérdidas múltiples y simultáneas. No se pierde solo al bebé como ser físico. Se pierde la identidad de madre o padre que estaba emergiendo, concepto que O'Leary y Thorwick (2006) denominaron “pérdida de la identidad parental anticipatoria”. Se pierde el futuro imaginado con ese hijo, lo que Cacciatore (2013) describe como la pérdida de “los sueños y expectativas”. Se pierde la seguridad y la inocencia respecto al embarazo. Y muchas veces se pierden también creencias previas sobre la justicia, el sentido de la vida, o la protección divina, lo que en la literatura sobre duelo traumático se conoce

como “supuestos destrozados” o “shattered assumptions” (Janoff-Bulman, 1992). Este carácter múltiple de pérdidas superpuestas hace que el proceso de elaboración sea particularmente complejo.

En cuarto lugar, los cambios hormonales son un importante componente a tener en cuenta. La interrupción inesperada y repentina del embarazo provoca cambios hormonales bruscos que pueden activar o incrementar síntomas depresivos y ansiosos. Neugebauer y colaboradores (1997) explican que las mujeres que habían experimentado un aborto espontáneo presentaban tasas de depresión mayor significativamente más altas en las primeras semanas tras la pérdida. Además, los cambios físicos del cuerpo funcionan como recordatorios constantes de la pérdida, lo que Mander (1994) denominó “duelo encarnado” o “embodied grief”.

Por último a mencionar, resalta la ausencia de rituales socialmente establecidos, no como para otros tipos de fallecimientos en los que tenemos ceremonias y rituales culturalmente definidos. Estos ayudan a dar realidad a la pérdida y facilitan el apoyo social. Pero para las pérdidas perinatales, en especial las tempranas, frecuentemente no hay nada de esto. Cacciatore y Flint (2012) señalan que muchas veces ni siquiera hay funeral, ni certificado de defunción oficial, ni un cuerpo que enterrar. Esta ausencia dificulta tanto el reconocimiento social de la pérdida como la aceptación psicológica de que realmente ha ocurrido. De hecho, diversos estudios han mostrado que la realización de rituales de despedida se asocia con mejor elaboración del duelo (Uren & Wastell, 2002).

Epidemiología y Factores de Riesgo

Conocer la magnitud registrada de esta realidad es fundamental para el diseño de intervenciones basadas en la evidencia. Los datos epidemiológicos nos señalan que el aborto espontáneo afecta aproximadamente al 10-25% de los embarazos (Wang et al., 2003), aunque esto únicamente habla de aquellos clínicamente reconocidos, por lo que es fácil suponer que dicha cifra aumenta al tener en consideración aquellas interrupciones tan tempranas que la mujer ni siquiera era conocedora del embarazo. La mayoría de estos abortos suceden en el primer trimestre, antes de las 12 semanas (Wilcox et al., 1988).

La muerte fetal tardía es menos frecuente, pero las tasas varían bastante según países y sistemas de registro. Según datos de la OMS (2016), oscila entre 2 y 10 casos por cada 1000 nacimientos a nivel mundial. La muerte neonatal temprana afecta a aproximadamente 2-5 por cada 1000 nacidos vivos en países desarrollados, aunque estas cifras aumentan

considerablemente en contextos con menor acceso a cuidados obstétricos especializados (Lawn et al., 2005).

Factores de riesgo individuales

La investigación ha identificado diversos factores los cuales podrían aumentar la gravedad y dificultades de estas situaciones. Entre los factores individuales destacan los antecedentes de problemas de salud mental, especialmente depresión y ansiedad. Blackmore y colaboradores (2011) encontraron que las mujeres con historia previa de depresión tenían el doble de probabilidades de desarrollar depresión clínica tras una pérdida perinatal. También se consideran factores de riesgo haber tenido pérdidas perinatales previas (Lok & Neugebauer, 2007), duelos no resueltos de otro tipo (Kersting & Wagner, 2012), dificultades de fertilidad en el pasado o tratamientos de reproducción asistida (Geller et al., 2004), y contar con poco apoyo social, ya sea real o percibido (Cacciatore et al., 2009).

Las características de personalidad también pueden jugar un papel decisivo, como con la mayoría de acontecimientos negativos experimentados por el individuo. Engelhard y colaboradores (2001) encontraron que el neuroticismo elevado y los estilos de apego inseguro se asociaban con mayor dificultad en la elaboración del duelo tras muerte fetal.

Factores relacionados con la pérdida

En relación con la pérdida en sí misma, se considera un factor de riesgo más acentuado cuando esta se produce en embarazos más desarrollados en los que el vínculo está un poco más forjado, aunque la evidencia no es contundente en este caso (Burden et al., 2016). También cuando hay circunstancias traumáticas alrededor, como mala información o trato inadecuado del personal sanitario (Ellis et al., 2016), y cuando no existe una explicación médica clara de por qué pasó, generándose así sentimientos de incertidumbre y culpa que complican de manera significativa el proceso de duelo..

Impacto Psicológico del Duelo Perinatal

Las investigaciones muestran que tanto madres como padres experimentan un riesgo significativamente elevado de desarrollar diversos problemas de salud mental tras la pérdida (Badenhorst y Hughers, 2007)

La depresión es una de las complicaciones más frecuentes. Farren et al.(2016), aproximan a un 20% las mujeres que han experimentado un aborto espontáneo cumpliendo criterios para depresión mayor en los primeros meses tras la pérdida, comparado con un 6% en mujeres sin esta experiencia. Burden y colaboradores (2016) encontraron que tras una

muerte fetal, entre el 30% y el 50% de las madres presentan sintomatología depresiva clínicamente significativa.

La ansiedad resalta a su vez entre quienes viven este duelo. Geller et al.(2004) encontraron que hasta un 40% de las mujeres tras un aborto espontáneo presentan síntomas de ansiedad significativos. Esta ansiedad suele reactivarse de forma intensa en embarazos posteriores.

Por otro lado, alejándonos de la depresión y ansiedad, encontramos otra cifra significativa, pues aproximadamente el 25% de las mujeres cumplen criterios para un diagnóstico de estrés postraumático (TEPT) tras experimentar muerte fetal. Este diagnóstico está descrito por síntomas tales como pensamientos intrusivos sobre la pérdida, evitación de estímulos que guarden cierta relación con lo sucedido, reactividad emocional excesivamente elevada, etc... los cuales podrían perdurar durante años de no contar con la intervención adecuada y ajustada a esta compleja situación.

Resulta imprescindible la mención de la posible complicación de estas situaciones de duelo para los progenitores, conduciéndoles hacia un diagnóstico de trastorno de duelo prolongado o “prolonged grief disorder”. Este se caracteriza por la incapacidad de aceptar la pérdida o cambio que originó el proceso de duelo, así como deterioro del funcionamiento social, laboral o personal de quien lo padece. Estos síntomas han de persistir 12 meses o más para poder considerarlo un duelo complicado o prolongado.

Dentro de la categoría perinatal de un concepto tan amplio como el duelo, estos síntomas podrían mantenerse de 5 a 10 años en el caso de algunas parejas, si bien es cierto que lo más común es una recuperación “resiliente” (73% aproximadamente de los progenitores) con sintomatología intensa el primer año, una recuperación lenta entre el 17% de los individuos y crónica en alrededor del 10% (Mørk et al., 2023).

Tabla 1

Impacto psicológico del duelo perinatal: prevalencia de principales complicaciones

Complicación	Prevalencia	Población
Depresión mayor	~20%	Mujeres tras aborto espontáneo ^a
Depresión mayor	~30-50%	Madres tras muerte fetal ^b
Ansiedad significativa	~40%	Mujeres tras aborto espontáneo ^c
Estrés postraumático (TEPT)	~25%	Mujeres tras muerte fetal ^d
Duelo prolongado crónico	~10%	Progenitores ^e

Nota. Las cifras de prevalencia son aproximadas y varían según el tipo de pérdida, el momento de evaluación y los instrumentos utilizados. La categoría "duelo prolongado" requiere persistencia sintomática de 12 meses o más. ^aFarren et al. (2016). ^bBurden et al. (2016). ^cGeller et al. (2004). ^dBadenhorst y Hughes (2007). ^eMørk et al. (2023).

Impacto Diferencial en Madres y Padres

Un área crucial y, a pesar de ello, curiosamente poco explorada del duelo perinatal es como esta experiencia afecta diferentemente a cada progenitor, además de afectar a la dinámica de pareja.

El duelo materno

Para las madres, el duelo perinatal tiene la particularidad de ser un duelo encarnado, vivido en el propio cuerpo. Se crea una conexión física y emocional única descrita como “pérdida dual”, pues se unen la pérdida del bebé y la pérdida de la experiencia física del embarazo (O’Leary, 2004). Cuando esto se da, muchas mujeres experimentan lo que Mander (1994) denominó “fracaso corporal”, una sensación de que su propio cuerpo les ha fallado, lo que desencadena sentimientos de culpa e insatisfacción muy latentes e intensificados.

Esta dimensión corporal del duelo a la que se viene llamando “duelo encarnado”, fue estudiada por Gudmundsdottir (2009) de manera experimental con familias que perdieron hijos por muerte súbita. Los relatos de las madres fueron variados pero compartían similitudes importantes, como la sensación de inutilidad de diversas partes de su cuerpo tras la muerte de sus hijos, incluyendo sensaciones de amputación o vacío intenso. Otros testimonios reflejaban movimientos automáticos involuntarios en situaciones determinadas, como meciéndose con su hijo en brazos, de tal manera que parecía que su cuerpo aún encontrase sentido o utilidad a dichos gestos. Esta concepción del duelo materno, en la que el cuerpo es un recordatorio de la pérdida es a la que hace referencia el termino descrito, no resumiéndose a la somatización del malestar emocional, sino a otra expresión corporal del duelo muy característica de como las madres experimentan y procesan estas pérdidas.

Los estudios muestran que las madres presentan tasas más elevadas de sintomatología depresiva y ansiosa que los padres tras la pérdida perinatal. En el estudio de Vance et al.(2002), las madres muestran de manera contundente un mayor número de síntomas depresivos y ansiosos que los padres tanto a los 2 meses como a los 30 meses tras la pérdida. Sin embargo, es importante notar que estas diferencias pueden deberse en parte a que los padres tienden a mostrar en una menor medida sus síntomas por presión social, como se ha mencionado con anterioridad (Bonnette y Broom, 2012).

No solo es el propio cuerpo femenino el que influye negativamente en este proceso, sino que los estímulos externos juegan de igual manera un papel fundamental. Algunos de estos pueden ser ver a otras mujeres embarazadas, recibir publicidad de productos para bebés, o afrontar fechas significativas como la fecha probable de parto que no llegó a producirse.

Estos disparadores son especialmente problemáticos en las primeras semanas y meses (Lang et al., 2011).

El duelo paterno

En la otra cara de la moneda, los padres experimentan, de manera general, el duelo perinatal desde una posición diferente, frecuentemente caracterizada por lo que McCreight (2004) denominó “el duelo invisible”. Socialmente se espera que actúen como pilar emocional de sus parejas, que permanezcan fuertes y estables, postergando o incluso reprimiendo por completo su propia elaboración del duelo. Bonnette y Broom (2012) en su revisión sistemática sobre duelo paterno tras pérdida perinatal encontraron que esta expectativa de fortaleza puede llevar a los padres a no expresar abiertamente su dolor, a minimizar su propia experiencia, y a sentirse excluidos de un duelo que perciben como más legítimo en sus parejas.

No obstante, los estudios revelan que los padres también experimentan dolor intenso, aunque frecuentemente expresado de diferente manera. Puddifoot y Johnson (1997) encontraron que los padres tras aborto espontáneo reportaban niveles significativos de angustia, aunque tendían a manifestarla mediante incremento de actividad laboral, evitación de conversaciones sobre la pérdida, o manifestaciones somáticas del malestar. Todo relacionado con evitación.

La experiencia del padre respecto al embarazo es distinta al de la madre, pues no hay sensaciones físicas directas del bebé, ni existen cambios corporales visibles. Además, el vínculo se construye de forma más imaginativa y proyectiva. Esto no quiere decir que el vínculo sea menos real o intenso, pero sí que tiene características diferentes. A esto se le suma que, en el contexto hospitalario y sanitario, la atención suele centrarse prioritariamente en la madre, provocando en los padres sentimientos de invisibilidad (Ellis et al., 2016).

Tabla 2

Diferencias en la expresión del duelo perinatal entre madres y padres

Dimensión	Madres	Padres
Expresión emocional	Mayor expresión abierta del dolor ^a	Contención emocional por presión social ^a
Vivencia corporal	Duelo encarnado: el cuerpo como recordatorio de la pérdida ^b	Sin cambios corporales visibles vinculados a la pérdida ^c

Rol social asumido	Doliente reconocida socialmente ^d	Pilar emocional de la pareja; duelo invisible ^d
Sintomatología predominante	Mayor depresión y ansiedad ^d	Evitación, incremento de actividad laboral, somatización ^f
Visibilidad sanitaria	Atención centrada en la madre ^g	Exclusión frecuente y sentimiento de invisibilidad ^g
Intensidad y duración	Síntomas más intensos y duraderos ^h	Síntomas presentes pero infraestimados ^h

Nota. Las diferencias descritas responden a patrones generales documentados en la literatura y no deben interpretarse como categorías rígidas. La variabilidad individual es significativa. ^aBonnette y Broom (2012). ^bGudmundsdottir (2009). ^cMander (1994). ^dMcCreight (2004). ^eVance et al. (2002). ^fPuddifoot y Johnson (1997). ^gEllis et al. (2016).

Impacto en la Dinámica de Pareja

Llegamos a uno de los aspectos más complejos del duelo perinatal: el impacto en la relación de pareja y la asincronía en cómo cada miembro vive su proceso (Kersting y Wagner, 2012).

La asincronía en el duelo de pareja ha sido documentada en múltiples estudios (Vance et al., 2002). Esta asincronía se manifiesta en múltiples dimensiones. Gold et al.(2010) identificaron varias áreas de fundamentales de las que surge conflicto, como pueden ser diferencias en la disposición a hablar sobre la pérdida (lo que denominaron “comunicación incongruente”), diferencias en los tiempos para considerar un nuevo embarazo, diferencias en las estrategias de afrontamiento (uno busca distracción, el otro necesita procesar emocionalmente), y diferencias en la expresión emocional.

Cuando estas diferencias no se comprenden ni se manejan adecuadamente, pueden generar importantes disputas y mal funcionamiento en la dinámica de la pareja. Por ejemplo, Vance et al. (2002), a través de un estudio longitudinal de seguimiento a 30 meses, descubrieron que aquellas parejas que habían experimentado muerte fetal o neonatal mostraban significativamente más problemas maritales que grupos control, incluyendo mayor insatisfacción marital, más conflictos sobre diversos temas, y mayor riesgo de separación.

Otros patrones específicos de conflicto encontrados en la literatura pueden ser que uno de los miembros interpreta que el otro “no sufre tanto” o que “ya lo ha superado” basándose en la ausencia de expresión emocional visible, lo que genera resentimiento y sentimientos de soledad. Mientras que, quien contiene sus emociones, puede sentirse abrumado por las demandas emocionales de la pareja que expresa más abiertamente su dolor,

sumado a su propio procesamiento individual y personal del duelo (Gold et al., 2010; Kersting y Wagner, 2012).

La intimidad sexual también puede verse afectada, siendo aproximadamente un 40% las parejas las cuales tras aborto espontáneo reportaban problemas en su vida sexual en los meses siguientes. Algunas personas buscan la cercanía física como consuelo, mientras otras rechazan la intimidad porque la asocian con el embarazo perdido o porque tienen miedo a la posibilidad de un nuevo embarazo (Johnson y Puddifoot, 1996).

A pesar de todo lo descrito, resulta fundamental destacar que el duelo perinatal no necesariamente deteriora las relaciones. Varios estudios han documentado que algunas parejas experimentan un fortalecimiento de su relación. De hecho, el apoyo social, especialmente el apoyo de la pareja, puede ser el predictor más fuerte de mejor ajuste psicológico tras muerte fetal (Cacciatore et al. 2009).

Algunos de los factores protectores identificados que ayudan a las parejas son la comunicación abierta sobre sentimientos y necesidades, reconocimiento explícito de que cada uno vive el duelo de forma personal y diferenciada, junto con el respeto por esas diferencias sin juzgarlas, y búsqueda activa de momentos de conexión. Las parejas que lograban implementar estas estrategias mostraban no solo menos conflictos sino también mayor cercanía e intimidad emocional (Gold et al. 2010).

Intervención especializada

La necesidad de intervención especializada durante embarazos posteriores a pérdida es indiscutible, facilitando menor grado de ansiedad, mejor afrontamiento, y mayor capacidad de disfrutar del embarazo comparado con mujeres sin esta intervención. Sin embargo, este tipo de intervenciones especializadas siguen siendo escasas y poco accesibles para la mayoría de las familias (Geller et al. 2004).

Páez Cala y Arteaga Hernández (2019) señalan la importancia de que las intervenciones en duelo perinatal sean empáticas, respetuosas y personalizadas, contemplando siempre a la pareja como sistema y no únicamente a uno de sus miembros. Estos autores identificaron que la falta de acompañamiento especializado tras la pérdida puede repercutir negativamente en la relación de pareja, llegando incluso a aumentar el riesgo de separación. Esta observación es consistente con los datos de la Cochrane sobre intervenciones de apoyo (Koopmans et al., 2013), que documentan que el duelo perinatal se asocia con un riesgo aumentado de ruptura relacional de hasta cuatro veces superior al de parejas sin esta experiencia.

Romero (2013) señala que las revisiones sistemáticas realizadas hasta la fecha han documentado resultados limitados de los diversos tipos de psicoterapia, y que en algunos casos se han constatado incluso efectos negativos de ciertos protocolos, especialmente los de carácter preventivo e implementados de forma rutinaria. Esto no invalida la intervención, sino que subraya la necesidad de ajustar el tipo, el momento y la modalidad de esta a las características específicas de cada persona o pareja en duelo.

En el contexto específico de las intervenciones dirigidas a parejas, Noonan et al. (2021) identificaron en su revisión sistemática nueve estudios que incluían a la pareja o un familiar dentro de la intervención psicosocial, con modalidades que oscilaban entre intervenciones completamente conjuntas, en las que la pareja asistía a todas las sesiones, hasta formatos psicoeducativos en los que el miembro no gestante accedía únicamente a recursos online de apoyo. Esta variabilidad en el nivel de implicación de la pareja hace difícil comparar resultados entre estudios, pero permite identificar algunos principios comunes.

En aquellos estudios donde la pareja participaba activamente en todas las sesiones, los resultados incluyeron mejoras significativas en el funcionamiento familiar, en la regulación emocional y en la satisfacción diádica (Noonan et al., 2021). Concretamente, el estudio de Thome y Arnardottir (2013, citado en Noonan et al., 2021) encontró que la mejoría de ambos miembros de la pareja en síntomas depresivos, ansiedad y ajuste diádico estaba interrelacionada, lo que apoya la idea de que intervenir en la pareja como unidad puede producir efectos que van más allá de la suma de intervenciones individuales.

La estructura de las intervenciones de pareja varía en cuanto a número de sesiones, formato y contenido. Swanson et al. (2009) compararon tres modalidades de intervención para parejas tras aborto espontáneo: sesiones de cuidado profesional (“nurse caring”; tres sesiones de Counselling basadas en la Teoría del Cuidado de Swanson y el Modelo del Significado del Aborto), cuidado autoadministrado (“self-caring”; tres módulos de vídeo y cuadernos de trabajo autoadministrados) y cuidado combinado (“combined caring”; una sesión de Counselling más los tres módulos). Sus resultados mostraron que las tres sesiones de Counselling presencial tuvieron el impacto más amplio en la resolución del duelo y la depresión en mujeres, mientras que los hombres se beneficiaron más de la modalidad combinada para la resolución del duelo puro. Este hallazgo es relevante porque sugiere que la modalidad óptima de intervención puede diferir según el género, y que una sola sesión de Counselling puede ser insuficiente o incluso contraproducente.

La estructura de las intervenciones de pareja varía en cuanto a número de sesiones, formato y contenido. Swanson et al. (2009) llevaron a cabo uno de los pocos ensayos clínicos

aleatorizados diseñados específicamente para parejas tras pérdida perinatal, concretamente tras aborto espontáneo, comparando tres modalidades de intervención entre sí y con un grupo control sin tratamiento. Las tres modalidades se basaban en dos marcos teóricos: la Teoría del Cuidado de Swanson, que define el cuidado como una forma de relacionarse con el otro a través de cinco dimensiones (conocer, estar presente, hacer por, facilitar y mantener la fe en la capacidad del otro), y el Modelo del Significado del Aborto, desarrollado a partir de investigación fenomenológica con mujeres que habían vivido esta experiencia, que describe seis procesos emocionalmente significativos que acompañan habitualmente a la pérdida: el proceso de llegar a saber lo que está ocurriendo, la experiencia de perder y ganar simultáneamente, compartir la pérdida con otros, reincorporarse a la vida cotidiana como pareja que ya no espera un bebé, encontrar el camino para atravesar el dolor, e intentar de nuevo enfrentarse al futuro reproductivo (Swanson et al., 2009).

Antes de continuar con la descripción de las modalidades previamente nombradas, conviene precisar el concepto de Counselling, dado que aparece de manera recurrente en este ámbito. Romero (2013) lo define como un proceso interactivo en el que, respetando el principio de autonomía de la persona y a través de la empatía, la confrontación y diversas estrategias de comunicación, se acompaña a la persona para que tome las decisiones más adecuadas para sí misma y para su estado emocional. A diferencia de la psicoterapia, el Counselling no persigue un cambio psicológico profundo ni el tratamiento de psicopatología grave, sino el acompañamiento emocional, el fortalecimiento de los recursos propios del individuo y la facilitación de la toma de decisiones en momentos de crisis o dificultad (Romero, 2013).

La primera modalidad, denominada “nurse caring”, consistía en tres sesiones presenciales de Counselling de una hora de duración, realizadas en el domicilio de la pareja a las 1, 5 y 11 semanas tras la inscripción en el estudio. En estas sesiones, el objetivo prioritario era acompañar a la pareja desde el marco del cuidado, priorizando la escucha, la presencia emocional auténtica y la exploración del significado de la pérdida para cada miembro, por encima de seguir un protocolo rígido de contenidos (Swanson et al., 2009). La segunda modalidad, “self-caring”, consistía en tres módulos autoadministrados enviados por correo en los mismos momentos temporales, cada uno compuesto por un vídeo de aproximadamente 18 minutos en el que la propia investigadora modelaba estrategias de autocuidado y cuidado mutuo, y un cuaderno de trabajo personal con preguntas de reflexión sobre los procesos descritos en el modelo teórico. La tercera modalidad, “combined caring”,

combinaba una única sesión presencial de Counselling con los tres módulos autoadministrados (Swanson et al., 2009).

Los resultados mostraron que las tres sesiones de Counselling presencial tuvieron el impacto más amplio en la resolución del duelo y la depresión en mujeres, siendo la única modalidad que alcanzó criterios de evidencia sustancial frente al grupo control en la reducción de síntomas depresivos. En los hombres, sin embargo, el patrón fue diferente: la modalidad combinada mostró evidencia fuerte en la aceleración de la resolución del duelo, mientras que la modalidad de módulos autoadministrados solos no solo no benefició a los hombres sino que se asoció con una resolución más lenta tanto de la depresión como de las emociones relacionadas con el duelo, en comparación con el grupo sin tratamiento (Swanson et al., 2009). Los autores sugieren que esto podría deberse a que los hombres vivenciaron los módulos como poco relevantes para su experiencia, o a que la revisión repetida de los materiales por parte de sus parejas les impedía avanzar en su propio proceso de elaboración.

Embarazos Posteriores

Una dimensión particularmente relevante del duelo perinatal que merece atención específica es el impacto en embarazos posteriores. Las parejas que han experimentado una pérdida y que desean tener otro hijo se enfrentan a desafíos psicológicos particulares.

Côté-Arsenault (2003) estudió en profundidad la ansiedad en mujeres embarazadas con historia de pérdida perinatal previa, encontrando que experimentaban niveles significativamente más altos de ansiedad prenatal que mujeres sin esta historia. Esta ansiedad se caracteriza por preocupación constante por la salud del bebé, hipervigilancia de síntomas, dificultad para disfrutar del embarazo, y temor intenso a acudir a revisiones médicas por miedo a recibir malas noticias.

Armstrong (2004) documentó el impacto psicológico de las pérdidas perinatales previas en embarazos subsiguientes, identificando varios patrones: “pregnancy after loss síndrome” caracterizado por ansiedad, protección emocional (evitar vincularse con el nuevo bebé por miedo a una nueva pérdida), y ambivalencia emocional (mezcla de ilusión y terror).

Otro tema recurrente documentado en la literatura es la culpa por “sustituir” al bebé fallecido con el nuevo bebé. Un gran número de madres embarazadas tras una pérdida anterior, expresaban sentimientos complejos sobre si el nuevo embarazo significaba “reemplazar” al bebé que murió, lo que generaba culpa y conflicto emocional (O’Leary, 2004).

Objetivos

Objetivo General

Describir intervenciones psicológicas especializadas en duelo perinatal y gestacional, poniendo especial énfasis en aquellas que adoptan un enfoque centrado en la pareja, para poder identificar las intervenciones con mayor respaldo empírico y formular recomendaciones útiles para la práctica clínica.

Objetivos Específicos

1. Conceptualizar el duelo perinatal y gestacional, especificando qué lo hace diferente de otros tipos de duelo.
2. Conocer cómo el duelo perinatal afecta de forma diferente a madres y padres, identificando las manifestaciones específicas en cada progenitor, los factores que aumentan el riesgo de complicaciones, y las diferencias de género encontradas en cómo se expresa y elabora el duelo.
3. Indagar en la literatura en torno a la dinámica de pareja en el contexto del duelo perinatal, identificando los patrones de asincronía que aparecen, qué factores de protección pueden darse o que factores de riesgo aparecen con frecuencia, así como el impacto de la pérdida en la satisfacción y estabilidad de la relación.
4. Identificar y describir las intervenciones psicológicas que existen para el duelo perinatal.

Método

El presente trabajo constituye una revisión bibliográfica narrativa de la literatura científica sobre duelo perinatal y gestacional, con especial énfasis en el impacto en la díada de pareja y las intervenciones psicológicas disponibles. Las revisiones narrativas son apropiadas para síntesis conceptuales y exploratorias de un campo de estudio (Grant y Booth, 2009). Dado el carácter exploratorio y de síntesis conceptual de este trabajo, se adoptó un enfoque de revisión narrativa en lugar de una revisión sistemática más exhaustiva, priorizando la profundidad del análisis teórico sobre la exhaustividad cuantitativa de la búsqueda.

Estrategia de Búsqueda

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de ciencias de la salud y psicología: PubMed, PsycINFO, Scopus, Web of Science y Google Scholar. La búsqueda se completó entre octubre de 2025 y febrero de 2026.

Los términos de búsqueda empleados incluyeron combinaciones de descriptores relacionados con duelo perinatal (“perinatal loss”, “perinatal grief”, “miscarriage”, “stillbirth”, “pregnancy loss”, “duelo perinatal”), intervenciones psicológicas (“psychological intervention”, “therapy”, “counseling”, “psychosocial support”), y enfoque de pareja (“couple”, “partner”, “dyadic”, “marital”, “pareja”). Se utilizaron operadores booleanos (AND, OR) para combinar los términos.

Adicionalmente, se empleó la técnica de búsqueda en bola de nieve (“*snowball sampling*”), revisando las listas de referencias de revisiones sistemáticas recientes y artículos clave identificados (Burden et al., 2016; Due et al., 2017; Ellis et al., 2016; Kendrick y Sterrett-Hong, 2023; Koopmans et al., 2013). Esta estrategia permitió identificar trabajos seminales fundamentales para la conceptualización teórica (Doka, 1989; Mander, 1994) y estudios relevantes en español (López García de Madinabeitia, 2011) que complementaron la búsqueda inicial.

Para contextualizar las intervenciones en pareja dentro del marco más amplio de las intervenciones diádicas en salud, se realizó una búsqueda complementaria específica de estudios sobre intervenciones en pareja para otras condiciones médicas crónicas que hubieran demostrado la eficacia de este enfoque (Keefe et al., 2005; Manne et al., 2005; Martire et al., 2008). Asimismo, se consultaron las páginas web de organismos oficiales (Organización Mundial de la Salud, Instituto Nacional para la Calidad de la Sanidad y de la Asistencia, Cochrane) para identificar guías clínicas y documentos de consenso relevantes.

Criterios de Selección

La selección de estudios se guio por criterios temáticos y de relevancia para los objetivos de la revisión, priorizando aquellos trabajos que proporcionaran información sustancial sobre los siguientes aspectos: conceptualización y características diferenciales del duelo perinatal; impacto psicológico en progenitores; diferencias en la expresión del duelo materno y paterno; impacto en la dinámica de pareja; intervenciones psicológicas disponibles; rol del sistema sanitario; y embarazos posteriores a pérdida perinatal.

Se priorizaron estudios empíricos publicados en revistas científicas revisadas por pares en español o inglés, aunque también se incluyeron revisiones sistemáticas de alta calidad, guías clínicas de organismos oficiales, y obras de referencia de valor teórico fundamental. Se dio preferencia a publicaciones de los últimos 25 años (2000-2024), si bien se incluyeron algunos trabajos anteriores de importancia histórica y conceptual para el campo (Doka, 1989; Mander, 1994).

Se excluyeron estudios centrados exclusivamente en intervenciones médicas o farmacológicas sin componente psicológico, así como aquellos que abordaban únicamente interrupciones voluntarias del embarazo por decisión personal (sin causa médica) o embarazos posteriores sin analizar el proceso de duelo inicial.

Tabla 3

Criterios de inclusión y exclusión de estudios

Criterio	Inclusión	Exclusión
Idioma	Español o inglés	Otros idiomas
Tipo de publicación	<ul style="list-style-type: none"> - Artículos empíricos - Revisiones sistemáticas - Guías clínicas - Obras seminales 	<ul style="list-style-type: none"> - TFM/Tesis no publicadas
Población	<ul style="list-style-type: none"> - Aborto espontáneo - Muerte fetal - Muerte neonatal temprana 	<ul style="list-style-type: none"> - Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)
Temática	<ul style="list-style-type: none"> - Conceptualización del duelo - Impacto psicológico - Diferencias materno-paternas - Impacto en pareja - Intervenciones psicológicas - Rol sistema sanitario 	<ul style="list-style-type: none"> - Solo embarazos posteriores sin analizar duelo - Solo intervención médica/farmacológica
Periodo	2000-2025 (trabajos seminales: desde 1989)	Anteriores a 1989 sin valor teórico
Diseño	<ul style="list-style-type: none"> - Cuantitativo - Cualitativo - Mixto - Revisiones sistemáticas 	<ul style="list-style-type: none"> - Metodología poco clara - Datos insuficientes

Nota. Se priorizaron publicaciones de los últimos 25 años, aunque se incluyeron algunos trabajos seminales anteriores por su valor teórico.

Proceso de Selección y Síntesis

A partir de las búsquedas realizadas y aplicando los criterios de selección descritos, se identificaron y revisaron múltiples estudios relevantes. Tras evaluar su pertinencia temática,

calidad metodológica y aportación a los objetivos de esta revisión, se seleccionaron 50 estudios que constituyen la base del presente trabajo. Estos incluyen: artículos empíricos originales sobre duelo perinatal e impacto en parejas ($n = 34$); revisiones sistemáticas y meta-análisis ($n = 8$); trabajos seminales de valor teórico fundamental ($n = 4$); guías clínicas institucionales ($n = 1$); y estudios sobre intervenciones en pareja para otras condiciones médicas incluidos como marco comparativo ($n = 3$).

Dado el enfoque narrativo de esta revisión, no se realizó una evaluación sistemática de la calidad metodológica mediante escalas estandarizadas, aunque se tuvo en cuenta la solidez del diseño y la claridad de los resultados al interpretar los hallazgos de cada estudio.

Extracción y Síntesis de Datos

De cada estudio incluido se extrajeron los siguientes datos: información bibliográfica, contexto y diseño del estudio, características de la muestra (cuando aplicaba), tipo de intervención evaluada (si correspondía), principales hallazgos relacionados con los objetivos de la revisión, y limitaciones reportadas.

Los datos se organizaron temáticamente en el Marco Teórico siguiendo una estructura lógica: conceptualización del duelo perinatal, características diferenciales, epidemiología y factores de riesgo, impacto psicológico, impacto diferencial materno-paterno, impacto en la dinámica de pareja, y embarazos posteriores. Esta organización permitió identificar consensos y discrepancias en la literatura, detectar lagunas en la investigación, y fundamentar

Resultados

Técnicas y aspectos importantes

Aunque la literatura documenta ampliamente el impacto psicológico del duelo perinatal, las intervenciones psicológicas específicamente diseñadas y evaluadas empíricamente para este contexto son escasas (Kendrick & Sterrett-Hong, 2023). Koopmans et al. (2013), encontraron que si bien existen diferentes formas de apoyo ofrecidas a las familias tras una pérdida perinatal, muy pocas han sido estudiadas rigurosamente en términos de efectividad.

En este punto, se presentan las principales intervenciones identificadas en la literatura científica, organizadas según el momento temporal de aplicación y el foco de intervención (individual, pareja, grupo).

En el momento inmediato de la pérdida, las decisiones y acciones del personal sanitario pueden tener un impacto significativo en la evolución del duelo a largo plazo (Ellis et al., 2016). Cacciatore y Flint (2012) subrayan que estas primeras intervenciones no solo

afectan al ajuste psicológico inmediato, sino que pueden influir en toda la trayectoria del duelo.

Comunicación de la noticia

La forma de comunicar la pérdida resulta fundamental. Ellis et al. (2016) identificaron que las familias valoran especialmente que los profesionales utilicen un lenguaje claro y directo, evitando eufemismos que dificultan la comprensión de lo ocurrido. Por ejemplo, podría resultar más adecuado decir “tu bebé ha fallecido” que utilizar expresiones ambiguas como “lo hemos perdido” o “ya no está con nosotros”.

También es importante que el personal se refiera al bebé por su nombre si los padres se lo han puesto, o que utilicen expresiones como “tu bebé”, “tu hijo” o “tu hija”, reconociendo así la existencia del bebé y la legitimidad del vínculo. Las familias resaltan la necesidad de que se les permita expresar sus emociones abiertamente sin interrupciones ni comentarios minimizadores del tipo “puedes tener otro” o “fue lo mejor” que, aunque puede que expresados con buena intención, es posible que invaliden la experiencia de dolor.

La comunicación debería realizarse en un espacio privado, con tiempo suficiente, e incluyendo a ambos progenitores cuando sea posible. Debe incluir información clara sobre qué ha ocurrido (en la medida en que se conozca), qué opciones tienen respecto al contacto con el bebé, qué procedimientos seguirán, y qué recursos de apoyo están disponibles.

Contacto con el bebé

Una de las decisiones más significativas que enfrentan los padres las primeras horas en algunos casos es si desean ver y sostener a su bebé. Ryninks et al. (2014) realizaron un análisis fenomenológico con madres que habían tenido contacto con su bebé tras muerte fetal, encontrando que estas madres describían la experiencia como profundamente significativa incluso años después. El contacto físico permitía crear recuerdos tangibles, confirmar la realidad de la pérdida, y facilitar el proceso de despedida.

Cacciatore y Flint (2012) por otro lado, documentan prácticas hospitalarias recomendadas que incluyen preparar al bebé de manera respetuosa, como proporcionar tiempo sin límites para que la familia esté con el bebé, permitir que otros familiares lo conozcan si los padres así lo desean, y ofrecer la posibilidad de bañar y vestir al bebé. Estas opciones deben ofrecerse sin presión, respetando que algunos padres pueden no sentirse preparados para el contacto, y asegurando que comprenden que pueden cambiar de opinión.

Creación de recuerdos

Como ya se ha mencionado con anterioridad, dada la ausencia de historia compartida característica del duelo perinatal, la creación de recuerdos tangibles adquiere especial relevancia.

Las prácticas más habituales incluyen fotografías del bebé (solo o con los padres), huellas de manos y pies, mechones de cabello, la pulsera de identificación hospitalaria, la manta que envolvió al bebé, o cualquier objeto con valor simbólico. Ryninks et al. (2014) encontraron que incluso familias que inicialmente rechazaron las fotografías las valoraron posteriormente cuando se sintieron preparadas para integrar la experiencia.

Rituales de despedida

Los rituales cumplen funciones psicológicas y sociales fundamentales en el duelo: otorgan realidad a la pérdida, facilitan la expresión del dolor, permiten el reconocimiento social, y marcan una transición. Cacciatore y Flint (2012) documentan que en el contexto perinatal, donde frecuentemente no existen rituales culturalmente establecidos, el personal sanitario puede ayudar a las familias a crear rituales significativos adaptados a sus creencias y valores.

Estos rituales pueden incluir ceremonias religiosas si la familia lo desea, bendición del bebé, bautismo simbólico, lecturas de textos o poemas significativos, o simplemente tiempo a solas para despedirse. Uren y Wastell (2002) encontraron que la realización de algún tipo de ritual de despedida se asociaba con mejor elaboración del duelo a largo plazo, independientemente de la forma específica que adoptara.

Información y recursos

Antes del alta hospitalaria, resulta fundamental proporcionar a la familia información escrita sobre qué esperar en las próximas semanas y meses, tanto a nivel físico como emocional. Esta información debe incluir reacciones normales del duelo, señales de alarma que indiquen necesidad de ayuda profesional especializada, recursos de apoyo disponibles (grupos de apoyo, líneas de ayuda, asociaciones especializadas), e información de contacto para seguimiento.

Ellis et al. (2016) destacan que esta información debe ofrecerse por escrito dado que la capacidad de procesamiento de información verbal está muy limitada en el estado de shock inicial. Resulta importante proporcionar estos recursos también al progenitor no gestante,

quien frecuentemente queda excluido de la atención sanitaria pese a experimentar necesidades similares de apoyo e información.

Terapia Individual: Reconstrucción Narrativa y Elaboración del Duelo

Aunque el duelo perinatal afecta inevitablemente a la dinámica de pareja, existen circunstancias en las que la intervención individual resulta necesaria o preferible. Esto puede darse cuando uno de los progenitores presenta sintomatología más grave que requiere atención especializada, cuando existen dificultades relacionales previas que complican la terapia de pareja, o simplemente cuando uno de los miembros no está disponible o dispuesto a participar en intervención conjunta (Kendrick & Sterrett-Hong, 2023).

Evaluación inicial y establecimiento del vínculo terapéutico

El primer contacto terapéutico debe incluir una evaluación cuidadosa de la sintomatología presente, los factores de riesgo y protección, el funcionamiento previo, y las necesidades específicas de la persona. Koopmans et al. (2013) señalan la importancia de evaluar específicamente síntomas depresivos, ansiedad, estrés postraumático, y manifestaciones de duelo prolongado, dado que estos cuadros pueden requerir abordajes diferenciados.

Resulta esencial que el terapeuta transmita aceptación incondicional, empatía genuina, y autenticidad en la relación terapéutica (Cacciatore, 2013; López García de Madinabeitia, 2011). La persona en duelo necesita sentir que su experiencia es comprendida sin juicios, que su dolor es legítimo, y que el terapeuta puede acompañarle en la expresión de emociones intensas sin intentar acelerar el proceso (Koopmans et al., 2013; López Fuentetaja e Iriondo Villaverde, 2018).

La validación de la experiencia resulta particularmente crucial en el duelo perinatal, dado su carácter frecuentemente desautorizado socialmente (Doka, 1989; Cacciatore, 2013).

Facilitación de la expresión emocional

Uno de los objetivos centrales de la terapia individual es facilitar la expresión de emociones que frecuentemente han sido contenidas o invalidadas en otros contextos. Esto incluye no solo la tristeza, sino también emociones más complejas como la rabia (hacia el propio cuerpo, hacia el personal sanitario, hacia parejas que sí tienen bebés sanos), la culpa (por no haber “protegido” al bebé, por pensamientos ambivalentes durante el embarazo), y la envidia (hacia otras personas embarazadas o con bebés).

Gudmundsdottir (2009) documenta la importancia de atender también a las manifestaciones corporales del duelo, especialmente en las madres. El cuerpo puede experimentarse como “vacío”, “inútil”, o “traicionero”. El terapeuta debe estar preparado para explorar esta dimensión corporal del duelo sin incomodidad, reconociendo que el duelo materno tiene características específicas que incluyen sensaciones físicas, cambios hormonales, y manifestaciones somáticas del malestar emocional.

Reconstrucción narrativa del duelo

Uno de los enfoques terapéuticos con mayor respaldo teórico, aunque no específicamente evaluado en duelo perinatal, es el trabajo de reconstrucción narrativa. Desde perspectivas constructivistas, el duelo se comprende como un proceso de reconstrucción de significados tras la pérdida de un mundo asumido (Neimeyer et al., 2014). La pérdida perinatal fractura múltiples narrativas simultáneamente: la narrativa del embarazo como experiencia segura, la narrativa de convertirse en madre o padre, la narrativa del futuro familiar imaginado (Neimeyer et al., 2014).

El trabajo narrativo implica ayudar a la persona a contar y recontar su historia, integrando progresivamente la pérdida en una narrativa vital más amplia (Neimeyer et al., 2014). Esto no significa “superar” o “cerrar” el duelo, sino encontrar formas de incorporar la experiencia y al bebé perdido en la propia historia de vida de manera que permita continuar viviendo sin negar lo ocurrido (Uren y Wastell, 2002)..

Técnicas específicas pueden incluir la escritura terapéutica (cartas al bebé, diarios de duelo) (Cacciatore y Flint, 2012), la creación de líneas de tiempo que sitúen la pérdida en el contexto vital más amplio, o la exploración de cómo esta experiencia ha modificado creencias previas sobre el mundo, sobre uno mismo, y sobre el futuro (Uren y Wastell, 2002).

Rituales terapéuticos de despedida

Cuando no se realizaron rituales en el momento de la pérdida, o cuando los rituales realizados no resultaron suficientemente significativos, el espacio terapéutico puede facilitar la creación de rituales de despedida adaptados. Cacciatore y Flint (2012) documentan que estos rituales tardíos pueden ser igualmente beneficiosos cuando se diseñan de manera personalizada y con participación activa de la persona en duelo.

Los rituales terapéuticos pueden adoptar formas muy diversas según las características y necesidades de cada persona: ceremonias simbólicas en lugares significativos, creación de memoriales permanentes, actos de significación (como plantar un

árbol, hacer una donación en nombre del bebé, crear arte conmemorativo), o escritura y lectura ritual de cartas de despedida.

Lo importante no es la forma específica del ritual, sino su función psicológica: marcar la transición, honrar la existencia del bebé, expresar lo que no pudo decirse, y facilitar una despedida que permita integrar la pérdida sin olvidar. Uren y Wastell (2002) señalan que los rituales ayudan a externalizar el duelo interno, haciéndolo más manejable y compartible.

Abordaje de la culpa y autoinculpación

La culpa es una emoción particularmente frecuente e intensa en el duelo perinatal (Cacciatore, 2013; Burden et al., 2016). Las personas en duelo suelen revisar obsesivamente el embarazo buscando qué pudieron haber hecho diferente, qué señales no atendieron, o qué comportamientos pudieron haber causado la pérdida (Kersting y Wagner, 2012). Esta búsqueda de explicaciones, aunque psicológicamente comprensible (el ser humano necesita causalidad para eventos importantes), puede derivar en autoinculpación que complica significativamente el duelo.

El abordaje terapéutico de la culpa debe incluir varios elementos. Primero, la validación de que es normal buscar explicaciones y sentir que se pudo haber hecho algo diferente. Segundo, la exploración compasiva de la realidad factual: en muchos casos de pérdidas perinatales no existe una causa identificable ni acciones específicas que pudieran haberla prevenido (Flenady et al., 2011). Tercero, la diferenciación entre responsabilidad real y culpa emocional, ayudando a la persona a distinguir entre lo que efectivamente estuvo bajo su control y lo que no.

En casos donde sí existieron factores de riesgo modificables (consumo de sustancias, no seguimiento de indicaciones médicas), el trabajo terapéutico debe equilibrar la validación del dolor con la responsabilidad, sin caer en la culpabilización pero tampoco negando la realidad, y orientando hacia el aprendizaje y la autocompasión más que hacia la autopunición (Cacciatore, 2013).

Trabajo con síntomas específicos

Cuando existen síntomas de depresión, ansiedad, o estrés postraumático clínicamente significativos, puede ser necesario incorporar técnicas específicas de intervención además del trabajo general de duelo (Nillni et al., 2018).

Para síntomas depresivos, esto puede incluir activación conductual (programación de actividades gratificantes), trabajo con pensamientos automáticos negativos, y establecimiento

de rutinas que estructuren el día (Kersting y Wagner, 2012). Para ansiedad, especialmente cuando existe miedo intenso a futuros embarazos (Armstrong, 2004; Meaney et al., 2017), pueden ser útiles técnicas de exposición graduada a estímulos relacionados con embarazo y bebés, así como estrategias de manejo de la preocupación.

En casos de sintomatología postraumática (pensamientos intrusivos sobre el momento de la pérdida, evitación de todo lo relacionado, hiperactivación), pueden incorporarse elementos de terapias específicas para trauma como la terapia de procesamiento cognitivo o técnicas de narrativa traumática (Kersting y Wagner, 2012; Mørk et al., 2023).

Terapia de Pareja: Comunicación y Respeto a Ritmos Diferentes

La terapia de pareja constituye una modalidad de intervención particularmente relevante en el contexto del duelo perinatal, dado el impacto significativo de la pérdida en la dinámica relacional. Sin embargo, como señalan Kendrick y Sterrett-Hong (2023), las intervenciones específicamente diseñadas para parejas en duelo perinatal son escasas, y la mayoría de estudios continúan centrándose en resultados individuales más que relacionales.

Momento óptimo para iniciar la intervención de pareja

Una consideración importante es cuándo resulta más apropiado iniciar la terapia de pareja. Vance et al. (2002) encontraron en su estudio longitudinal que los problemas relacionales tras pérdida perinatal tienden a intensificarse entre los 2 y 6 meses posteriores, cuando el shock inicial ha disminuido pero las diferencias en el proceso de duelo se hacen más evidentes.

Resulta contraproducente forzar intervención de pareja en las primeras semanas cuando ambos miembros están en crisis individual intensa (Kendrick y Sterrett-Hong, 2023),. Sin embargo, esperar demasiado puede permitir que se establezcan patrones disfuncionales de comunicación o distanciamiento emocional que después resultan más difíciles de modificar (Gold et al., 2010). El equilibrio óptimo parece situarse entre las 6 semanas y los 3 meses tras la pérdida, ajustándose a las características específicas de cada pareja.

Focos específicos de la terapia de pareja

Los objetivos de la intervención de pareja en duelo perinatal difieren parcialmente de la terapia de pareja general. Kendrick y Sterrett-Hong (2023) identifican varios focos específicos:

Psicoeducación sobre la asincronía normal del duelo. Muchos conflictos surgen porque los miembros de la pareja interpretan las diferencias en el proceso de duelo como

indicadores de menor dolor, falta de compromiso, o ausencia de amor. Resulta fundamental explicar que la asincronía es normal y esperable, que madres y padres frecuentemente experimentan el duelo de formas diferentes debido tanto a factores biológicos como sociales, y que estas diferencias no invalidan el dolor de ninguno de los dos.

Facilitación de la comunicación sobre la pérdida. Gold et al. (2010) encontraron que la “comunicación incongruente” (cuando uno necesita hablar constantemente de la pérdida y el otro prefiere evitar el tema) constituía una fuente importante de conflicto. La intervención debe ayudar a la pareja a negociar cuándo, cómo y cuánto hablar sobre el bebé y la pérdida, respetando que ambas necesidades (expresar y protegerse) son legítimas y requieren equilibrio.

Validación mutua de experiencias diferentes. El terapeuta tiene el papel de modelar y facilitar que cada miembro valide la experiencia del otro sin necesidad de que coincida con la propia. Esto implica ayudarles a entender situaciones cómo el padre que se sumerge en el trabajo no necesariamente “sufre menos”, sino que puede estar utilizando estrategias de afrontamiento diferentes, o una madre que llora diariamente no está “hundida” sino expresando su dolor de forma más visible.

Renegociación de expectativas sobre el futuro. La pérdida perinatal frecuentemente genera discrepancias sobre cuándo intentar otro embarazo, o incluso si hacerlo o no. Estas diferencias pueden ser fuente de conflicto intenso. La terapia debe facilitar conversaciones sobre estos temas sin presionar hacia decisiones prematuras, ayudando a la pareja a comprender los miedos y necesidades subyacentes de cada uno.

Recuperación de la intimidad emocional y física. Como se documentó en el marco teórico, la intimidad sexual frecuentemente se ve afectada tras pérdida perinatal. La intervención debe abordar este tema explícitamente, normalizando las dificultades, explorando los significados que cada miembro atribuye a la intimidad física en este momento, y facilitando el restablecimiento gradual de la conexión física cuando ambos se sientan preparados.

Técnicas específicas de intervención de pareja

Varias técnicas pueden resultar útiles en el trabajo terapéutico con parejas en duelo perinatal. Conviene señalar, no obstante, que la evidencia empírica sobre intervenciones específicas para la díada de pareja en este contexto es todavía escasa: la mayoría de las intervenciones existentes se han dirigido históricamente a la persona gestante, dejando sin apoyo sistemático al miembro no gestante y a la pareja como unidad (Kendrick y Sterrett-

Hong, 2023; Koopmans et al., 2013). Las técnicas descritas a continuación combinan evidencia específica del contexto perinatal con principios procedentes de la literatura general sobre duelo, debidamente adaptados.

Exploración conjunta de la narrativa de la pérdida. Una de las primeras dificultades que encuentran las parejas tras una pérdida perinatal es que cada miembro ha vivido los mismos eventos de forma radicalmente diferente, lo cual puede generar incompreensión y distancia (Vance et al., 2002). Pedir a cada miembro que relate su experiencia en presencia del otro facilita el reconocimiento mutuo de esas diferencias. Desde una perspectiva constructivista, el duelo implica reconstruir el significado de la pérdida dentro de la propia narrativa vital (Neimeyer et al., 2014), y hacerlo en el espacio compartido de la pareja permite identificar divergencias sin jerarquizar cuál de las dos experiencias es más válida o más intensa.

Ejercicios de escucha empática estructurada. La comunicación sobre la pérdida frecuentemente deriva en conflicto cuando ambos miembros intentan hablar desde su propio dolor a la vez. Estructurar las conversaciones con reglas claras, por ejemplo uno habla sin interrupción durante un tiempo determinado, el otro escucha y refleja sin contraargumentar, luego se invierten los roles, interrumpe los patrones reactivos y crea las condiciones para una escucha real. Aunque no existe evidencia empírica específica de esta técnica aplicada a parejas en duelo perinatal (Kendrick y Sterrett-Hong, 2023), su base se encuentra en los principios de comunicación de la terapia de pareja y en la importancia del apoyo social activo documentada en este contexto (Cacciatore et al., 2009).

Identificación explícita de necesidades. Tras una pérdida perinatal, las necesidades de cada miembro pueden ser contraintuitivas para el otro; uno puede necesitar hablar del bebé constantemente mientras el otro necesita períodos de distancia emocional; uno puede necesitar que se pronuncie el nombre del bebé mientras el otro no está aún preparado. El ensayo clínico de Swanson et al. (2009) con parejas tras aborto espontáneo demostró que las intervenciones orientadas a la pareja como unidad, frente a las dirigidas solo a la mujer, producían resultados más favorables en la resolución del duelo, subrayando la necesidad de trabajar la comunicación de necesidades dentro de la díada. El terapeuta facilita que cada miembro identifique y comunique explícitamente qué necesita, y que el otro pueda responder con honestidad sobre qué puede y no puede proporcionar en ese momento.

Rituales conjuntos de memoria. Crear rituales compartidos que honren al bebé como los ya nombrados con anterioridad, ayuda a la pareja a construir un lenguaje simbólico común en torno a la pérdida. Cacciatore y Flint (2012) documentaron el papel de los rituales

post-mortem como herramientas de mediación del duelo tras la muerte de un hijo, señalando su función en la construcción de significado y en el mantenimiento del vínculo con el bebé fallecido. Wojtkowiak et al. (2021), en una revisión sobre elementos rituales en intervenciones de duelo prolongado, incluyendo población con pérdida perinatal, identificaron efectos significativos de las intervenciones simbólicas sobre el trauma y los síntomas asociados.

Planificación de momentos de conexión fuera del duelo. Aunque el duelo debe ser reconocido y trabajado, una relación de pareja que se organiza exclusivamente en torno a la pérdida corre el riesgo de agotarse. El Modelo de Proceso Dual de Stroebe y Schut (1999) propone que la adaptación sana al duelo requiere una oscilación entre la orientación a la pérdida afrontando el dolor directamente, y la orientación a la restauración retomando la vida cotidiana y crear nuevos significados. Aplicado a la pareja, este modelo avala la planificación intencional de momentos de conexión positiva y actividades compartidas, sin que ello implique una traición al bebé perdido, sino una condición necesaria para sostener el vínculo de pareja a lo largo del proceso de duelo.

Resulta fundamental señalar llegados a este punto el hecho de que, en algunos casos, la terapia de pareja no es suficiente o apropiada como única modalidad de intervención. Esto puede darse de diversas maneras, como por ejemplo cuando uno de los miembros de la diada presenta sintomatología muy grave que impida el desarrollo de la terapia de pareja de manera óptima o si interfieren en la terapia de manera notable problemas previos a tratar entre muchas otras posibilidades (Noonan et al., 2021; Badenhorst & Hughes, 2007).

En estos casos, puede ser necesario combinar terapia de pareja con terapia individual para uno o ambos miembros, o incluso priorizar temporalmente la intervención individual antes de retomar el trabajo conjunto.

Noonan et al. (2021) añaden que el desarrollo futuro de intervenciones para parejas debería implicar activamente a las personas usuarias (mujer, pareja, familia) en el diseño de las mismas, incorporar componentes específicos que atiendan la carga emocional que recae sobre el miembro no gestante, planificar para la posibilidad de que la pareja también experimente síntomas depresivos o ansiosos durante la intervención, y excluir mediante criterios específicos aquellos casos con violencia de pareja o conflicto relacional grave preexistente. Páez Cala y Arteaga Hernández (2019) subrayan, desde el ámbito hispanohablante, que la atención en duelo perinatal requiere protocolos diferenciados que respondan de manera adecuada a las necesidades particulares de cada familia, incluyendo formación específica de los profesionales de salud que acompañan estos procesos.

Grupos de Apoyo: Valor del Testimonio Compartido

Los grupos de apoyo mutuo constituyen una modalidad de intervención con características distintivas que los diferencian tanto de la terapia individual como de pareja (DiMarco et al., 2001). Aunque existe menor evidencia empírica rigurosa sobre su efectividad, múltiples estudios cualitativos documentan el valor que las familias en duelo atribuyen a estos espacios (Petursdottir y Thorsteinsson, 2024; DiMarco et al., 2001).

Funciones específicas de los grupos de apoyo

Cacciatore et al. (2009) identificaron que el apoyo social, particularmente el apoyo de personas que han vivido experiencias similares, se asocia significativamente con menor sintomatología depresiva y ansiosa tras muerte fetal. Los grupos de apoyo cumplen varias funciones específicas:

Validación y normalización de la experiencia. En un contexto social que frecuentemente minimiza el duelo perinatal, encontrar personas que comprendan realmente lo que se está viviendo sin necesidad de explicaciones resulta validante. Las familias expresan que poder hablar abiertamente de su bebé, de su dolor, sin miedo a incomodar o ser juzgadas, constituye una experiencia liberadora (López Fuentetaja & Iriondo Villaverde, 2018).

Ruptura del aislamiento. El duelo perinatal frecuentemente se vive en soledad, con familias que se sienten incomprendidas por su entorno. Los grupos permiten descubrir que no están solas, que otras personas han atravesado experiencias similares y han sobrevivido (López Fuentetaja & Iriondo Villaverde, 2018).

Aprendizaje vicario de estrategias de afrontamiento. Ver cómo otras personas en diferentes momentos del proceso de duelo han manejado desafíos específicos (cómo hablar con otros hijos, cómo manejar fechas significativas, cómo tomar decisiones sobre futuros embarazos) proporciona modelos concretos de afrontamiento (Janvier et al., 2022).

Esperanza basada en testimonios reales. Conocer a personas que están más adelante en el proceso y que han logrado integrar la pérdida en sus vidas sin olvidar al bebé proporciona una esperanza más creíble que el discurso profesional, porque viene de quien realmente lo ha vivido (Janvier et al., 2022).

Oportunidad de ayudar a otros. Para personas en fases más avanzadas del duelo, poder ofrecer apoyo y comprensión a quienes están empezando el proceso puede resultar terapéutico, permitiendo encontrar significado en la propia experiencia de pérdida (López Fuentetaja & Iriondo Villaverde, 2018).

Tipos de grupos de apoyo

Los grupos de apoyo para duelo perinatal pueden adoptar diferentes formatos:

Grupos facilitados por profesionales. Liderados por psicólogos, trabajadores sociales, o personal sanitario especializado, estos grupos combinan apoyo mutuo con elementos psicoeducativos y técnicas estructuradas. Ofrecen mayor estructura y pueden intervenir si aparecen dinámicas grupales problemáticas, pero pueden sentirse menos “auténticos” o más “clínicos” para algunos participantes (López Fuentetaja & Iriando Villaverde, 2018).

Grupos de ayuda mutua. Facilitados por padres que han vivido pérdidas perinatales, sin intervención profesional directa. Suelen sentirse más cercanos y menos intimidantes, pero pueden carecer de estructura y conocimiento para manejar situaciones complejas.

Grupos online. Foros, grupos de Facebook, comunidades virtuales que permiten participación asincrónica y anónima (Gold et al., 2022). Ofrecen accesibilidad (especialmente importante en zonas rurales o para personas con movilidad limitada), disponibilidad constante, y posibilidad de conectar con personas en situaciones muy específicas. Sin embargo, carecen del componente de presencia física y pueden ser más difíciles de moderar (Sani et al., 2025).

Grupos específicos vs. generales. Algunos grupos son específicos para tipos concretos de pérdida (solo aborto espontáneo, solo muerte fetal, solo muerte neonatal), para configuraciones familiares específicas (grupos solo para padres, grupos para parejas del mismo sexo), o para pérdidas en circunstancias particulares (pérdidas tras reproducción asistida, pérdidas en embarazos gemelares). Otros grupos son más heterogéneos. La especificidad puede facilitar mayor identificación pero también limita la diversidad de experiencias compartidas (Côté-Arsenault & Freije, 2004).

Consideraciones sobre participación

No todas las personas se benefician igualmente de los grupos de apoyo. Algunas consideraciones importantes:

Timing de la participación. Algunos padres se benefician de unirse a un grupo inmediatamente tras la pérdida, mientras que otros necesitan tiempo para procesar individualmente antes de sentirse preparados para compartir en grupo. No existe un momento "correcto" único, sino que esta incongruencia en el resultado de estudios más bien parece indicar que el impacto de los grupos depende de características personales (DiMarco et al., 2001).

Diferencias individuales en sociabilidad. Personas con mayor facilidad para relacionarse socialmente y comodidad en contextos grupales probablemente se beneficiarán más que aquellas que por ejemplo experimenten ansiedad en situaciones sociales. Todo apunta a que el beneficio del grupo está más bien mediado por el apoyo percibido por cada persona en concreto (Zeng et al., 2025).

Posibles efectos adversos. Aunque generalmente son beneficiosos, los grupos de apoyo pueden tener efectos negativos en algunos casos, como por ejemplo la exposición a historias traumáticas ajenas que generan más ansiedad adicional, o la incomodidad de revivir las propias memorias dolorosas (Petursdottir y Thorsteinsson, 2024).

Participación de ambos miembros de la pareja. Idealmente, ambos progenitores deberían tener acceso a apoyo grupal, pero esto puede requerir grupos separados ya que hombres y mujeres generalmente viven el duelo de manera diferente y podrían necesitar formatos distintos (DiMarco et al., 2001), especialmente grupos solo para padres que abordan el “duelo invisible masculino” (Fernández-Férez et al., 2021).

Grupos específicos para padres

Due et al. (2017) en su revisión sistemática sobre el impacto del duelo perinatal en hombres también destacan la necesidad de espacios específicos para padres. Los hombres frecuentemente expresan sentirse excluidos en grupos mixtos donde predomina la experiencia materna, o donde se espera que actúen como soporte de sus parejas más que como dolientes legítimos.

Los grupos solo para padres ofrecen un espacio donde pueden expresar su dolor sin preocuparse por cómo afecta a sus parejas, donde pueden hablar de sus experiencias específicas (sentirse excluidos del sistema sanitario, presión por ser "fuertes", dificultad para expresar emociones), y donde pueden conectar con otros hombres que validen que su duelo es real incluso si no lo expresan de formas tradicionalmente "emotivas" (Fernández-Férez et al., 2021).

Discusión

El presente trabajo se planteó como objetivo principal describir las intervenciones psicológicas especializadas en duelo perinatal, con especial énfasis en aquellas que adoptan un enfoque centrado en la pareja, con el fin de identificar las intervenciones con mayor respaldo empírico.

Los hallazgos obtenidos permiten afirmar que, si bien existe un cuerpo creciente de literatura sobre el impacto psicológico del duelo perinatal, las intervenciones específicamente diseñadas para la pareja siguen siendo llamativamente escasas y metodológicamente limitadas, por lo que sabemos sus efectos, pero no se conoce en profundidad como abordarlo. (Kendrick & Sterrett-Hong, 2023; Koopmans et al., 2013).

En cuanto al primer objetivo específico, la revisión permite conceptualizar el duelo perinatal como una experiencia de pérdida con características propias y diferenciales que lo distinguen de otras formas de duelo: su frecuente desautorización social (Doka, 1989), la escasez de recuerdos tangibles compartidos con el bebé (Cacciatore, 2013, los cambios hormonales abruptos que actúan como factor de riesgo añadido (Neugebauer et al., 1997), y la ausencia de rituales culturalmente establecidos que faciliten el reconocimiento y elaboración del duelo (Cacciatore & Flint, 2012). Esta complejidad inherente justifica la necesidad de intervenciones específicas y diferenciadas, alejadas de protocolos generalizados que no respondan a las particularidades de cada familia (Páez Cala & Arteaga Hernández, 2019).

Respecto al segundo y tercer objetivo, la revisión confirma que madres y padres viven el duelo perinatal de formas marcadamente diferentes, tanto en intensidad como en expresión y tiempos de elaboración (Vance et al., 2002; Bonnette y Broom, 2012). Estas diferencias, lejos de ser patológicas, son esperables y comprensibles; sin embargo, cuando no son reconocidas ni abordadas terapéuticamente, se pueden llegar a convertir en el principal motor de la asincronía en el duelo de pareja (Gold et al., 2010; Kersting & Wagner, 2012). La literatura revisada documenta que esta asincronía puede derivar en conflictos relacionales graves, deterioro de la comunicación y aumento significativo del riesgo de separación (Vance et al., 2002; Gold et al., 2010). Este hallazgo es especialmente relevante si se tiene en cuenta que el apoyo percibido de la pareja ha sido identificado como el segundo predictor más importante de calidad de vida tras una pérdida perinatal (Iwanowicz-Palus et al., 2021), lo que sitúa a la relación de pareja en el centro de cualquier estrategia de intervención eficaz.

En relación con el cuarto objetivo, la identificación y descripción de las intervenciones disponibles, los resultados de esta revisión revelan una paradoja preocupante: pese a que el duelo perinatal afecta inevitablemente a ambos miembros de la pareja y a su relación, las intervenciones psicológicas han estado históricamente centradas de manera casi exclusiva en la persona gestante (Kendrick & Sterrett-Hong, 2023; Koopmans et al., 2013). Swanson et al. (2009), en uno de los pocos ensayos clínicos aleatorizados diseñados específicamente para parejas, demostraron que las intervenciones orientadas a la diada

producen resultados más favorables que las dirigidas únicamente a la mujer, y que la modalidad y el número de sesiones son determinantes en la efectividad, pues tres sesiones de Counselling presencial mostraron el impacto más amplio en mujeres, mientras que una sola sesión resultó insuficiente e incluso contraproducente en algunos casos. Este hallazgo converge con los de Bagheri et al. (2023), quienes encontraron que intervenciones de una sola sesión no producen efectos estadísticamente significativos en los niveles de duelo, mientras que programas de seis sesiones, en dicho caso de terapia cognitivo-conductual sí mostraron reducciones significativas y mantenidas a los tres meses de seguimiento. Por su parte, Noonan et al. (2021) documentaron que en aquellos estudios donde la pareja participaba activamente en todas las sesiones, se observaban mejoras significativas no solo en los síntomas individuales sino también en el funcionamiento familiar y la satisfacción diádica, lo que refuerza la pertinencia del enfoque conjunto.

No obstante, esta revisión presenta limitaciones que deben ser reconocidas. En primer lugar, y como la propia Cochrane señala (Koopmans et al., 2013), la ausencia de ensayos clínicos aleatorizados de calidad metodológica suficiente en el ámbito específico del duelo perinatal impide establecer guías de práctica clínica basadas en evidencia de alto nivel. En segundo lugar, la mayoría de los estudios revisados presentan muestras pequeñas, predominantemente blancas, heterosexuales y de países anglosajones, lo que limita considerablemente la generalización de los hallazgos a contextos culturales diferentes, incluido el hispanohablante (Kendrick & Sterrett-Hong, 2023). En tercer lugar, incluso en los estudios que incluyen a la pareja, las medidas de resultado siguen centrándose mayoritariamente en variables generalmente individuales como la depresión o la ansiedad, y no en variables relacionales como la satisfacción de pareja, la cohesión diádica o la calidad de la comunicación (Noonan et al., 2021; Kendrick & Sterrett-Hong, 2023), lo que dificulta evaluar el impacto real de las intervenciones en la relación como unidad. Finalmente, al tratarse de una revisión narrativa y no sistemática, la selección de estudios puede haber estado sujeta a cierto grado de sesgo de inclusión, priorizando trabajos que confirmaran los presupuestos teóricos de partida.

A estas limitaciones se suman dificultades metodológicas estructurales propias del campo. La heterogeneidad en la definición de duelo perinatal entre estudios dificulta la comparación de resultados y la acumulación de evidencia sólida (Koopmans et al., 2013), mientras que la variabilidad en los instrumentos de medida utilizados dificulta extraer conclusiones comparables entre estudios (Kendrick & Sterrett-Hong, 2023). A ello se añade que el carácter íntimo y doloroso de la experiencia genera tasas de abandono elevadas y

muestras reducidas, limitando la potencia estadística de los estudios (Koopmans et al., 2013), y que la ausencia de seguimientos a largo plazo impide valorar si los efectos de las intervenciones se mantienen en el tiempo (Bagheri et al., 2023; Koopmans et al., 2013).

Estas limitaciones no invalidan los hallazgos de la revisión, pero sí subrayan la necesidad urgente de avanzar hacia diseños de investigación más rigurosos, con muestras más diversas, medidas de resultado relacionales, y seguimientos a largo plazo que permitan valorar la sostenibilidad de las intervenciones diádicas en el duelo perinatal entre otras mejoras.

Conclusión

El duelo perinatal es una experiencia de pérdida profunda, compleja y frecuentemente invisibilizada que afecta a ambos miembros de la pareja de formas diferentes pero igualmente legítimas. La presente revisión ha permitido constatar que, pese a la magnitud de su impacto psicológico y relacional, las intervenciones específicamente diseñadas para la pareja como unidad siguen siendo escasas, metodológicamente limitadas y poco accesibles en la práctica clínica habitual (Kendrick & Sterrett-Hong, 2023; Koopmans et al., 2013). Los hallazgos revisados indican que las intervenciones son más efectivas cuando se dirigen a la díada de forma conjunta, cuando se estructuran en un número suficiente de sesiones, y cuando atienden tanto a los procesos individuales de duelo como a la dinámica relacional que los contiene (Swanson et al., 2009; Noonan et al., 2021; Bagheri et al., 2023). Queda pendiente el desarrollo de intervenciones culturalmente sensibles, con diseños metodológicos rigurosos y medidas de resultado que capturen el impacto real sobre la relación de pareja (Noonan et al., 2021). Mientras tanto, la práctica clínica debe orientarse por los principios que la literatura avala de forma consistente: el respeto a la individualidad del duelo de cada progenitor, el reconocimiento de la pareja como sistema con necesidades propias, y el acompañamiento empático, especializado y sostenido en el tiempo como condición necesaria para que la pérdida pueda integrarse sin destruir lo que la pareja construyó juntos (Páez Cala & Arteaga Hernández, 2019; Romero, 2013).

Referencias

- Adebayo, A., Liu, M., & Cheah, W. (2019). Sociocultural understanding of miscarriages, stillbirths, and infant loss: A study of Nigerian women. *Journal of Intercultural Communication Research, 48*(2), 91-111. <https://doi.org/10.1080/17475759.2018.1557731>
- Armstrong, D. S. (2004). Impact of prior perinatal loss on subsequent pregnancies. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 33*(6), 765-773. <https://doi.org/10.1177/0884217504270714>
- Badenhorst, W., & Hughes, P. (2007). Psychological aspects of perinatal loss. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 21*(2), 249-259. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.11.004>
- Bagheri, L., Chaman, R., Ghiasi, A., & Motaghi, Z. (2023). Cognitive behavioral counselling in post abortion grief: A randomized controlled trial. *Journal of Education and Health Promotion, 12*, 120. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_474_22
- Brisendine, A. E., Rice, W. S., Goldfarb, S. S., & Wingate, M. S. (2020). The weathering hypothesis and stillbirth: Racial disparities across the life span. *Ethnicity and Health, 25*(3), 354-366. <https://doi.org/10.1080/13557858.2017.1420145>
- Burden, C., Bradley, S., Storey, C., Ellis, A., Heazell, A. E., Downe, S., Cacciatore, J., & Siassakos, D. (2016). From grief, guilt pain and stigma to hope and pride: A systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth, 16*(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0800-8>
- Cacciatore, J. (2013). Psychological effects of stillbirth. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine, 18*(2), 76-82. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2012.09.001>
- Cacciatore, J., & Flint, M. (2012). Mediating grief: Postmortem ritualization after child death. *Journal of Loss and Trauma, 17*(2), 158-172. <https://doi.org/10.1080/15325024.2011.595299>
- Cacciatore, J., Schnebly, S., & Froen, J. F. (2009). The effects of social support on maternal anxiety and depression after stillbirth. *Health & Social Care in the Community, 17*(2), 167-176. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2008.00814.x>
- Côté-Arsenault, D., & Freije, M. M. (2004). Support groups helping women through pregnancies after loss. *Western Journal of Nursing Research, 26*(6), 650–670. <https://doi.org/10.1177/0193945904265817>

- 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://doi.org/10.1097/00005721-200105000-00008>
- Doka, K. J. (1989). *Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow*. Lexington Books.
- Due, C., Chiarolli, S., & Riggs, D. W. (2017). The impact of pregnancy loss on men's health and wellbeing: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 380. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1560-9>
- Ellis, A., Chebsey, C., Storey, C., Bradley, S., Jackson, S., Flenady, V., Heazell, A., & Siassakos, D. (2016). Systematic review to understand and improve care after stillbirth: A review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0806-2>
- Fernández-Férez, A., Ventura-Miranda, M. I., Camacho-Ávila, M., Fernández-Caballero, A., Granero-Molina, J., Fernández-Medina, I. M., & Requena-Mullor, M. del M. (2021). Nursing interventions to facilitate the grieving process after perinatal death: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 5587. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115587>
- Flenady, V., Middleton, P., Smith, G. C., Duke, W., Erwich, J. J., Khong, T. Y., Neilson, J., Ezzati, M., Koopmans, L., Ellwood, D., Fretts, R., & Frøen, J. F. (2011). Stillbirths: The way forward in high-income countries. *The Lancet*, 377(9778), 1703-1717. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60064-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60064-0)
- Gold, K. J., Boggs, M. E., Plegue, M. A., & Andalibi, N. (2022). Online support groups for perinatal loss: A pilot feasibility study for women of color. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 25(8), 534–539. <https://doi.org/10.1089/cyber.2021.0304>
- Gold, K. J., Sen, A., & Hayward, R. A. (2010). Marriage and cohabitation outcomes after pregnancy loss. *Pediatrics*, 125(5), e1202-e1207. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-3081>
- Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal*, 26(2), 91-108. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>
- Gudmundsdottir, M. (2009). Embodied grief: Bereaved parents' narratives of their suffering body. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 59(3), 253-269. <https://doi.org/10.2190/OM.59.3.e>

- Heazell, A. E., Siassakos, D., Blencowe, H., Burden, C., Bhutta, Z. A., Cacciatore, J., Dang, N., Das, J., Flenady, V., Gold, K. J., Mensah, O. K., Millum, J., Nuzum, D., O'Donoghue, K., Redshaw, M., Rizvi, A., Roberts, T., Toyin Saraki, H. E., Storey, C., ... Lawn, J. E. (2016). Stillbirths: Economic and psychosocial consequences. *The Lancet*, 387(10018), 604-616. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00836-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00836-3)
- Iwanowicz-Palus, G., Mróz, M., Bień, A., & Jurek, K. (2021). Social support and subjective assessment of psychophysical condition, health, and satisfaction with quality of life among women after pregnancy loss. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 750. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04093-w>
- Janvier, A., Bourque, C. J., Dahan, S., Dupont-Thibodeau, A., Brunet-Gagné, M. H., Roberge, M., & Pearce, R. (2022). Community, hope, and resilience: *Parental perspectives on peer support in neonatology*. *The Journal of Pediatrics*, 243, 60–67. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2021.12.012>
- Keefe, F. J., Ahles, T. A., Sutton, L., Dalton, J., Baucom, D., Pope, M. S., Knowles, V., McKinstry, E., Furstenberg, C., Syrjala, K., Waters, S. J., McKee, D., McBride, C., Rumble, M., & Scipio, C. (2005). Partner-guided cancer pain management at the end of life: A preliminary study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 29(3), 263-272. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2004.06.014>
- Kendrick, J. I. S., & Sterrett-Hong, E. (2023). Navigating loss together: A scoping review of couples therapy interventions for perinatal death. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. Publicación anticipada en línea. <https://doi.org/10.1177/00302228231212653>
- 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>
- Kersting, A., & Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 187–194. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.31887/DCNS.2012.14.2/akersting>
- Lawn, J. E., Cousens, S., & Zupan, J. (2005). 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *The Lancet*, 365(9462), 891-900. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71048-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71048-5)
- López Fuentetaja, A. M., & Iriondo Villaverde, O. (2018). Sentir y pensar el duelo perinatal: acompañamiento emocional de un grupo de padres. *Clínica Contemporánea*, 9(3), e25. <https://doi.org/10.5093/cc2018a21>

- López García de Madinabeitia, A. P. (2011). Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(1), 53-70. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352011000100005>
- Mander, R. (1994). *Loss and bereavement in childbearing*. Blackwell Publishing.
- Manne, S. L., Ostroff, J. S., Winkel, G., Fox, K., Grana, G., Miller, E., Ross, S., & Frazier, T. (2005). Couple-focused group intervention for women with early stage breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 634-646. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.4.634>
- Martire, L. M., Schulz, R., Keefe, F. J., Rudy, T. E., & Starz, T. W. (2008). Couple-oriented education and support intervention for osteoarthritis: Effects on spouses' support and responses to patient pain. *Families, Systems & Health*, 26(2), 185-195. <https://doi.org/10.1037/1091-7527.26.2.185>
- Meaney, S., Everard, C. M., Gallagher, S., & O'Donoghue, K. (2017). Parents' concerns about future pregnancy after stillbirth: A qualitative study. *Health Expectations*, 20(4), 555-562. <https://doi.org/10.1111/hex.12480>
- Mørk, S., Hvidtjørn, D., Møller, S., Henriksen, T. B., O'Connor, M., & Bonanno, G. A. (2023). Grief trajectories after loss in pregnancy and during the neonatal period. *Journal of Psychiatric Research*, 168, 293-299. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.10.049>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2019). *Intrapartum care for women with existing medical conditions or obstetric complications and their babies* (NICE guideline NG121). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng121>
- Neimeyer, R. A., Klass, D., & Dennis, M. R. (2014). A social constructionist account of grief: Loss and the narration of meaning. *Death Studies*, 38(8), 485-498. <https://doi.org/10.1080/07481187.2014.913454>
- Nilni, Y. I., Mehralizade, A., Mayer, L., & Milanovic, S. (2018). Treatment of depression, anxiety, and trauma-related disorders during the perinatal period: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 66, 136-148. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.004>
- Noonan, M., Jomeen, J., & Doody, O. (2021). A review of the involvement of partners and family members in psychosocial interventions for supporting women at risk of or experiencing perinatal depression and anxiety. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5396. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105396>

- Páez Cala, M. L., & Arteaga Hernández, L. F. (2019). Duelo por muerte perinatal. Necesidad de una atención diferencial e integral. *Archivos de Medicina (Manizales)*, *19*(1), 32–45. <https://doi.org/10.30554/archmed.19.1.2853.2019>
- Petursdottir, A. B., & Thorsteinsson, H. S. (2024). Evaluating the effect of participation in bereavement support groups on perceived mental well-being and grief reactions. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, *0*(0), 1–18. <https://doi.org/10.1177/00302228241253363>
- Romero, V. (2013). Tratamiento del duelo: Exploración y perspectivas. *Psicooncología*, *10*(2-3), 377–392. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43456
- Ryninks, K., Roberts-Collins, C., McKenzie-McHarg, K., & Horsch, A. (2014). Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: An interpretative phenomenological analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *14*(1), 203. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-203>
- Sani, L., Labouihi, M., Cacciatore, J., & Bacqué, M.-F. (2025). Facebook and perinatal loss: Facebook groups use among parents from the U.S., France and Italy. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, *0*(0). <https://doi.org/10.1177/00302228251376897>
- Stroebe, M., y Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, *23*(3), 197-224. <https://doi.org/10.1080/074811899201046>
- 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>
- Uren, T. H., & Wastell, C. A. (2002). Attachment and meaning-making in perinatal bereavement. *Death Studies*, *26*(4), 279-308. <https://doi.org/10.1080/074811802753594682>
- Vance, J. C., Boyle, F. M., Najman, J. M., & Thearle, M. J. (2002). Couple distress after sudden infant or perinatal death: A 30-month follow up. *Journal of Paediatrics and Child Health*, *38*(4), 368-372. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1754.2002.00008.x>
- Wojtkowiak, J., Lind, J., y Smid, G. E. (2021). Ritual in therapy for prolonged grief: A scoping review of ritual elements in evidence-informed grief interventions. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 623835. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.623835>
- Zeng, J., Guo, S.-B., Zheng, Q.-X., Lin, Z.-M., & Liu, X.-W. (2025). Perinatal depression and anxiety symptoms as mediators between grief and PTSD: The moderated effect of

social support. *Annals of General Psychiatry*, 24, 60. <https://doi.org/10.1186/s12991-025-00603-8>