



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID



TRABAJO FIN DE GRADO ENFERMERÍA

HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL DUELO PERINATAL.

Nombre y Apellidos del Alumno: María Rubio Candela

Nombre y Apellidos del Alumno: María Rubio Candela

Tutora: Esperanza Rayón Valpuesta

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, a cuyo sacrificio y apoyo durante todos estos años le debo gran parte de la profesional que soy y seré a lo largo de mi vida.

A todas las mujeres que han sufrido la pérdida de un hijo, en especial a aquellas que durante el desarrollo del trabajo han compartido su experiencia conmigo.

LISTADO DE ABREVIATURAS

- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **WHO:** World Health Organisation
- **HCUVA:** Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
- **INE:** Instituto Nacional de Estadística
- **CIE:** Clasificación Internacional de Enfermedades
- **DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales)
- **DP:** Duelo Perinatal
- **WOS:** Web of Science
- **MESH:** Medical Subject Headings
- **CASPe:** Critical Appraisal Skills Programme español (Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español)
- **NANDA:** North American Nursing Diagnosis Association
- **NOC:** Nursing Outcomes Classification
- **NIC:** Nursing Interventions Classification
- **BOE:** Boletín Oficial del Estado
- **PRISMA:** Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (Elementos de Informe Preferidos para Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis)

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. Introducción	Página 8
1.1 Definición de muerte perinatal	Página 8
1.2 Epidemiología	Página 9
1.3 Duelo perinatal	Página 10
1.4 Marco Legal	Página 12
1.5 Duelo perinatal y enfermería	Página 13
1.6 Justificación	Página 13
2. Objetivos	Página 14
3. Metodología	Página 14
3.1 Fuentes de información	Página 14
3.2 Estrategia de búsqueda	Página 15
3.3 Tabla de resultados	Página 17
4. Resultados	Página 24
5. Discusión	Página 31
6. Conclusiones	Página 33
7. Bibliografía	Página 34
8. Anexos	Página 38
8.1 Anexo I	Página 38
8.2 Anexo II	Página 39
8.3 Anexo III	Página 42

RESUMEN

El duelo perinatal es un duro proceso al que se enfrentan cada vez más las familias. Es una realidad presente en nuestra sociedad que se ha visto silenciado durante mucho tiempo, afectando no solo a miles de mujeres sino también a sus familias y entornos. Cada día son más las mujeres que sienten la necesidad de compartir sus vivencias relacionadas con el duelo perinatal y reflejan cómo, durante todo el proceso de duelo, sintieron la necesidad de recibir más y mejor acompañamiento y trato por parte del personal sanitario y en especial de enfermería. Este personal se ve muchas veces sobrepasado por la situación, al carecer de las herramientas adecuadas para proporcionar los cuidados necesarios para las madres y sus familias al no saber cómo actuar. Esto refleja la necesidad de contar con mejores protocolos de actuación y con una formación constante del personal que atiende a estas familias durante este duro proceso en el que se ven afectados aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.

En este trabajo, se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica actual en bases de datos como PubMed, MEDLINE, CINALH y Scopus con el objetivo de analizar cuáles son los principales retos para la atención integral y humanizada del duelo perinatal, y determinar qué actuaciones enfermeras, desarrolladas de forma correcta, proporcionan una atención holística a las mujeres y familias que sufren la pérdida de un hijo. Además, se buscó identificar aquellas prácticas que lejos de proporcionar una buena atención y consuelo favorecen un trato poco cercano entre enfermeras y pacientes y aumentan la probabilidad de desarrollar un duelo patológico, marcando a muchas familias de por vida. Las enfermeras que se enfrentan al duelo perinatal también son susceptibles de sufrir las consecuencias del duelo a nivel personal, por lo que necesitan una mayor formación sobre este tipo de duelo, pautas para proporcionar los cuidados correctamente y apoyo institucional.

Palabras clave: Duelo perinatal, cuidados, enfermería, embarazo, pérdida, exitus fetal.

ABSTRACT

Perinatal grief is a difficult process that more and more families are facing. It is a reality in our society that has been silenced for a long time, affecting not only thousands of women but also their families and communities. Every day, more women feel the need to share their experiences of perinatal grief and reflect on how, throughout the grieving process, they felt the need for more and better support and treatment from healthcare staff, especially nurses. These staff are often overwhelmed by the situation, lacking the appropriate tools to provide the necessary care for mothers and their families because they do not know how to act. This reflects the need for better protocols and ongoing training for staff who care for these families during this difficult process, which affects biological, psychological, social and spiritual aspects.

In this study, a literature review of current scientific literature was conducted in databases such as PubMed, MEDLINE, CINALH and Scopus with the aim of analyzing the main challenges for comprehensive and humanized care in perinatal bereavement and determining which nursing actions, when carried out correctly, provide holistic care for women and families suffering the loss of a child. In addition, we sought to identify those practices that, far from providing good care and comfort, favor a distant relationship between nurses and patients and increase the likelihood of developing pathological grief, marking many families for life. Nurses who deal with perinatal grief are also susceptible to suffering the consequences of grief on a personal level, so they need more training in this type of grief, guidelines for providing care correctly and institutional support.

Keywords: Perinatal grief, care, nursing, pregnancy, loss, stillbirth.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Definición de muerte perinatal

La muerte perinatal es una de las experiencias de mayor impacto en la vida de una madre, afectando además a su entorno más cercano, padre y familias. De acuerdo con la definición actual de la *Organización Mundial de la Salud (OMS)*, la muerte perinatal es aquella en la que el bebé fallece a partir de la semana 22-28 de gestación, o cuando tiene un peso aproximado de 500g, hasta los 7 días después del nacimiento ^{1,2}. Esta definición incluye por tanto otras dos definiciones:

- **Muerte gestacional tardía:** el fallecimiento de un producto de la concepción viable antes de su completa expulsión, y cuyos criterios de viabilidad son un peso de al menos 500g o una edad gestacional de al menos 22 semanas completas ^{1,2}.
- **Muerte neonatal temprana:** Aquellos fallecimientos que ocurren después del nacimiento del niño, durante los primeros 7 días de vida. Algunos autores alargan este periodo hasta los 10 días de vida ^{1,2}.

Aquellas muertes que tienen lugar antes de la semana 22 de embarazo o con un peso inferior a 500 gramos son considerados abortos o muertes fetales tempranas y se excluyen de la categoría perinatal ^{1,2}.

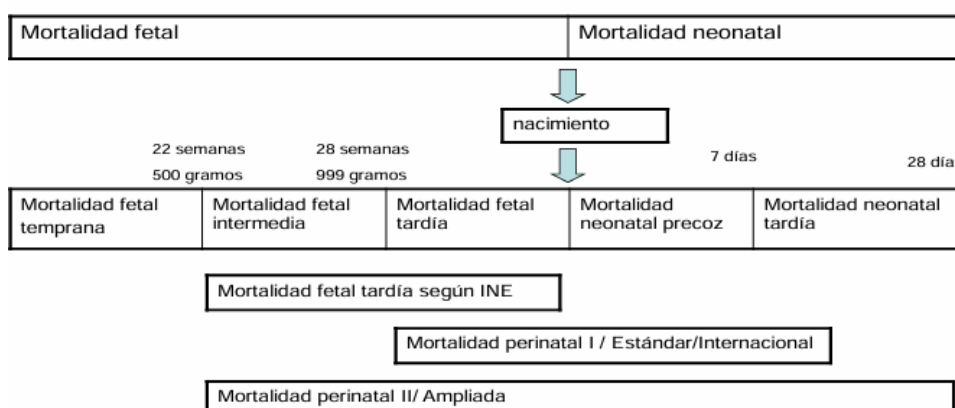


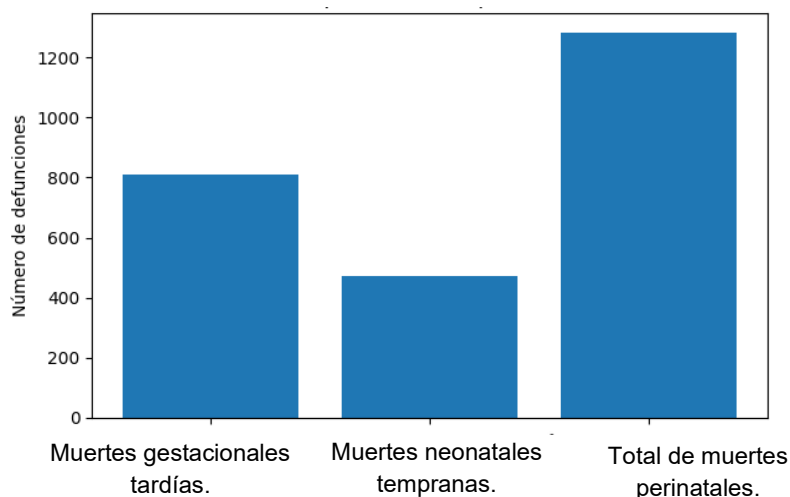
Tabla N.º 1: Indicadores de mortalidad fetal. Guía de actuación y acompañamiento en la muerte gestacional tardía. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA) ³

Más allá del evento clínico, la muerte perinatal supone la ruptura del vínculo esperado con el recién nacido y del proyecto de maternidad y paternidad, dando lugar a un proceso de duelo complejo que puede verse intensificado por la falta de reconocimiento social y profesional ³. Este tipo de pérdida ha sido tradicionalmente silenciada y minimizada, tendencia que está cambiando y que pone de manifiesto una atención sanitaria insuficiente, sin herramientas para afrontar las necesidades de las madres y sus familias. En el ámbito de la enfermería el abordaje del duelo que deriva de este tipo de pérdida adquiere especial relevancia debido al papel fundamental que desempeña la enfermería en el momento de la pérdidas y durante el acompañamiento ³. En este contexto, el duelo perinatal requiere una atención específica, sensible y basada en la evidencia, que contemple tanto las necesidades emocionales de las familias como el papel fundamental de los profesionales sanitarios en la prevención de complicaciones psicológicas a corto y largo plazo³. El presente Trabajo de Fin de Grado tiene como objetivo analizar el duelo perinatal, profundizando en su conceptualización, impacto y abordaje desde el ámbito sanitario, con el fin de contribuir a una atención más humana, integral y respetuosa ante la pérdida perinatal.

1.2 Epidemiología

El *Instituto Nacional de Estadística (INE)* de España, define y diferencia los conceptos de muerte fetal tardía, muerte neonatal temprana y muerte perinatal en concordancia con las definiciones internacionales aportadas por la *OMS* y la *Clasificación Internacional de enfermedades (CIE-10)* ^{2, 4}.

De acuerdo con los datos del último año publicado, en 2024 en España tuvieron lugar un total de 318.005 nacimientos en todo el territorio nacional. La tasa de mortalidad perinatal ese mismo año fue del 4,03 ‰ (4,03 por cada 1.000 nacimientos). Dentro de estos un 1,48 ‰ corresponde a la tasa de fallecimientos neonatales tempranos (durante los primeros 7 días de vida) mientras que un 2,55 ‰ corresponde a muertes fetales tardías (entre las 22-28 semanas de gestación o de peso superior a 500g) ⁴.



Grafica N.º 1: Mortalidad perinatal en España. 2024 (INE) ⁴. Elaboración propia.

Mediante la interpretación de estos datos se concluye que en el año 2024 se produjeron 1.282 muertes perinatales aproximadamente, de las cuales 811 fueron gestacionales tardías y 471 fallecimientos neonatales aproximadamente.

La mortalidad perinatal en España afectó aproximadamente al 0,4 % de los nacimientos, es decir, alrededor de uno de cada 250 nacimientos. Del total de muertes perinatales, en torno al 63 % correspondieron a muertes fetales tardías (6 de cada 10 aproximadamente), mientras que el 37 % restante (4 de cada 10 aproximadamente) se produjo tras el nacimiento, en la primera semana de vida ⁴.

Es cierto que la tendencia durante los últimos años es ligeramente descendiente, con mínimas variaciones durante la última década, aunque se deben tener en cuenta factores como la disminución de natalidad actual. El 0,4% puede parecer un dato insignificante comparado con la prevalencia de otros problemas de salud que afectan a nuestra población, sin embargo y de acuerdo una vez más con los datos de la *OMS*, se producen a nivel mundial casi 2 millones de muertes prenatales, una cada 16 segundos, señala además que este problema no se prioriza en las políticas actuales y propone un plan de cara a conseguir un máximo de 12 mortinatos por cada mil nacimientos a nivel mundial, siendo los países con menos recursos e infraestructura sanitaria los que presentan más dificultades a la horade alcanzar este objetivo ².

Estos datos reflejan la necesidad de mayor atención obstétrica durante el embarazo, siendo la mayoría de los factores modificables principalmente retrasos en la actuación y atención de estas mujeres, y siendo las mujeres más afectadas aquellas con bajos recursos e inmigrantes ².

Los datos citados señalan el problema clínico, pero se deben tener en cuenta las consecuencias invisibles que este problema de salud supone en las familias que sufren la pérdida de un hijo, ambos progenitores experimentan un gran sufrimiento al que en muchas ocasiones se suma la incompreensión social. Esta situación desencadena sentimientos de inutilidad y culpa pudiendo llegar a desarrollar patologías como ansiedad y depresión. Estos aspectos entre otros son reflejo de los verdaderos costes del duelo perinatal y de los problemas que surgen en la clínica a la hora de abordarlo ⁵.

1.3 Duelo perinatal

El término duelo tiene por raíz etimológica la palabra “*dolos*” que significa dolor y “*duellum*” cuyo significado es desafío. La definición de duelo ha sido descrita por numerosos autores como un proceso “normal”, fisiológico que toda persona experimenta ante la pérdida de un ser querido. Se trata de una experiencia emocional, dinámica y multidimensional que evoluciona a lo largo del tiempo, de un proceso de sufrimiento y adaptación a una nueva situación. Este proceso de duelo tiene un fin, que suele comprender un periodo de entre 2 y 3 años. Sin embargo, existen factores que pueden condicionar negativamente esta experiencia fisiológica del duelo llevando a los padres a desarrollar un duelo complicado y patológico en el que la situación se complica llegando incluso a cronificarse ⁶.

El *manual diagnóstico de los trastornos mentales DSM-IV-TR* identifica el duelo como la reacción ante la muerte de una persona querida y determina que se trata de un proceso susceptible de recibir atención clínica, puesto que muchos de sus síntomas son atribuibles a otras patologías tales como depresión mayor, estrés postraumático, anorexia, insomnio...etc ⁶. Signos como la culpa por lo sucedido, pensamientos suicidas, incluso experiencias alucinatorias relacionadas con la muerte del bebé son signos característicos de una complicación del duelo que debe tratarse, y que requiere de un diagnóstico diferencial de la depresión mayor ⁶.

El duelo perinatal es el que se experimenta tras el fallecimiento de un hijo antes de su nacimiento o durante los primeros momentos de vida. Esta pérdida desencadena de forma natural un duelo en los progenitores, sin embargo, son procesos de duelo que reciben escasa atención y que son situaciones de difícil manejo para el profesional sanitario que les atiende, siendo más vulnerables al desarrollo de complicaciones ^{7,9}.

Ante la pérdida perinatal se produce de forma paradójica una situación en la que la muerte se antepone a la vida, y en la que ni el peso ni la edad gestacional son lo que convierten al feto en hijo, sino el lugar que los progenitores han creado para el en su corazón, en su mundo afectivo, dotando al bebé de identidad propia. La muerte llega normalmente de forma inesperada y las madres y padres de forma general no tienen tiempo para anticiparse ni prepararse para el duelo. Otro de los factores que hacen del duelo perinatal un duelo complicado es la carencia de experiencias y recuerdos con el hijo fallecido a diferencia de la muerte de otros familiares cercanos. Por otro lado, la pérdida gestacional o neonatal supone además en muchas ocasiones la pérdida de proyectos de maternidad y paternidad y de las expectativas ⁶⁻¹⁰. Muchas madres tienen a su vez un rechazo sobre su cuerpo e identidad femenina, sintiendo que este les ha fallado y asociando el duelo aun sentimiento de culpa constante ^{10,11}. Existen escalas validadas para determinar el impacto emocional que supone la pérdida de un hijo en este contexto, útiles para definir la necesidad de terapia psicología en determinados casos. (Anexo I)

Los rituales funerarios o de despedida han sido siempre una forma de despedirse y de cerrar el proceso de pérdida, sin embargo, en la pérdida perinatal culturalmente se piensa que el duelo es menos doloroso al no existir recuerdos ni lazos afectivos con el hijo perdido, por lo general ritos funerarios no tienen lugar y la pérdida no es reconocida socialmente ^{7, 11}.

El duelo en la unidad familiar

La mayoría de los artículos sitúan a la madre como la figura central del duelo y se deja en segundo plano al padre, a hermanos e incluso abuelos. Los padres suelen sentirse no reconocidos como padres en duelo debido a que se sitúa a la madre en el centro de atención durante el duelo tras la pérdida ^{12, 11}. Aunque existen similitudes en el proceso de duelo de todos ellos, especialmente entre la figura materna y paterna, como el shock, la ira, el vacío, la impotencia y la soledad.

Las principales diferencias entre el duelo materno y paterno residen en la relación con el nonato o recién nacido. La madre genera un vínculo afectivo mucho antes incluso de confirmarse el embarazo, cuando piensa en la idea de maternidad, y al confirmarse el embarazo percibe al bebé como parte de sí misma, aumentando cuando siente sus movimientos en su interior. Sin embargo, para la figura paterna el vínculo formado está sustentado más intelectual que emocionalmente ^{10, 12}.

El padre se pregunta el porqué de lo sucedido y asume el rol de consolar a su pareja. Su reacción a veces insensible y lejana viene muchas veces dada por las responsabilidades que debe asumir, apoyar física y emocionalmente a la madre, informar a la familia, preparar el funeral si es que va a tener lugar y encargarse generalmente de los trámites y gestiones administrativas que la situación requiere. Muchas veces se repara en él solo para preguntar por el estado de la madre y generalmente buscan menos ayuda y apoyo psicológico que las madres, quienes suelen hablar más de la pérdida ¹².

La muerte perinatal y el duelo que deben afrontar los progenitores como pareja también supone un reto. El duelo de cada uno tiene ritmos diferentes y por tanto la pérdida perinatal es muchas veces fuente de conflicto en la pareja, esta expresión del duelo diferente provoca discordancia, distancia en la pareja incluso trasladando la responsabilidad por lo sucedido al otro. Otro punto de discusión suelen ser las relaciones sexuales tras la pérdida. Autores señalan que la muerte de un bebé supone un aumento del riesgo de separación en un 40% ¹⁰. Por otro lado, esta situación dolorosa es capaz de crear más complicidad y unión en la pareja, haciendo del duelo una experiencia compartida en la que ambos llevan el proceso de forma conjunta. La presencia de hijos vivos se considera un factor que favorece un correcto desarrollo del duelo, otorgando a los padres un sentido por el que trabajar en las complicaciones de la pareja derivadas del dolor y la tristeza de la situación.

Del mismo modo, los hermanos son generalmente apartados del proceso con el fin de protegerlos del dolor. La reacción de los hermanos varía según la edad, sin embargo, perciben el duelo de sus padres y que algo negativo sucede. Se considera positivo dar una explicación acorde a la edad del hijo, ayudándoles en la comprensión de la situación y animarlos a participar en la despedida, con un dibujo o regalo para el hermano fallecido ¹³.

Resulta de interés para este trabajo, el papel de algunas entidades, como la asociación *Umamanita* y la *Red El Hueco de mi Vientre*. Son organizaciones sin ánimo de lucro que desempeñan un papel relevante en el acompañamiento y abordaje del duelo, acompañando a familias en este proceso psicológico y emocional derivado de la muerte de un hijo ^{7, 9}. Ambas entidades ofrecen apoyo emocional especializado, facilitan espacios de intervención grupal y

promueven la validación social de una experiencia de pérdida frecuentemente invisibilizada, contribuyendo a la prevención de complicaciones psicopatológicas asociadas, como el duelo complicado o la sintomatología ansioso-depresiva. Asimismo, desarrollan acciones de sensibilización y formación dirigidas a profesionales sanitarios y a la sociedad en general, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención perinatal y fomentar un enfoque integral, humanizado y basado en la evidencia científica en situaciones de muerte perinatal. Entre sus principales actuaciones se incluyen la organización de grupos de apoyo presenciales y virtuales, la atención individualizada a familias en proceso de duelo y la elaboración y difusión de materiales informativos basados en evidencia científica. Asimismo, ambas asociaciones llevan a cabo actividades de formación dirigida a profesionales sanitarios, con el fin de mejorar las prácticas asistenciales, promoviendo un abordaje respetuoso y humanizado.

1.4 Marco legal.

El duelo perinatal es una realidad que cada día se hace poco a poco más visible tanto social como científicamente. Sin embargo, el ordenamiento jurídico español actual carece de una ley específica que regule de forma concreta el duelo perinatal y los derechos asociados a este proceso. Esto da lugar a un marco legal fragmentado ^{14 - 16}.

Desde el punto de vista jurídico, la *Ley 20/2011 de julio, del Registro Civil*, vigente desde el 2021 establece un régimen específico para aquellos nacidos sin vida a partir de una gestación superior a 6 meses ¹⁴. En estos casos el niño puede ser inscrito en un archivo especial del registro civil, sin efectos jurídicos plenos, que permite no obstante que los progenitores otorguen un nombre al hijo fallecido si así lo desean. Esto supone un avance normativo con respecto al trato que recibían estas pérdidas, tradicionalmente tratadas como “*criaturas abortivas*”, respondiendo así a una necesidad social de reconocimiento del hijo perdido, contribuyendo a un proceso de duelo más saludable. No obstante pérdidas anteriores a los 6 meses de gestación no son reconocidas ^{14, 15}.

La aplicación práctica encuentra su limitación en el *artículo 30 del código civil*, por el cual “*la personalidad se adquiere en el momento del nacimiento con vida, una vez producido el entero desprendimiento del seno materno*” ¹⁵. En consecuencia, cuando la muerte se produce antes del nacimiento, incluso tras gestaciones avanzadas, el ordenamiento jurídico no equipara plenamente la pérdida perinatal a la muerte de una persona jurídicamente reconocida, lo que genera importantes vacíos en términos de protección social ^{15, 16}.

De esta manera, el ámbito laboral y de la seguridad social tampoco contempla un permiso específico por pérdida perinatal, al estar vinculados de forma expresa a la existencia de un nacido vivo ¹⁶. La reciente jurisprudencia del Tribunal Supremo ha establecido que, en los supuestos de muerte fetal intrauterina, incluso cuando la gestación supera los 180 días, el progenitor distinto de la madre biológica no tiene derecho al permiso ni a la prestación por nacimiento y cuidado de menor ¹⁵. En la práctica, ello implica que muchas familias afrontan el duelo perinatal sin un marco homogéneo de protección laboral, quedando supeditadas a la concesión de bajas médicas por incapacidad temporal o a la negociación individual con las empresas ¹⁶.

La ausencia de una ley específica ha propiciado que la atención al duelo perinatal dependa en gran medida de protocolos clínicos autonómicos y recomendaciones profesionales, cuya implantación es desigual ^{14 - 16}. Esta variabilidad puede generar inequidades en la atención recibida por las familias y sitúa a la Enfermería en una posición clave, dependiendo muchas

veces de su propia voluntad y conocimiento a la hora de propiciar unos cuidados centrados en la persona, compensando, en la medida de lo posible, las carencias del marco normativo ¹⁶.

1.5 El duelo perinatal y la enfermería

La pérdida de un bebé durante el embarazo, el parto o los primeros días de vida es una experiencia profundamente dolorosa no solo para las familias, sino también para las enfermeras y el personal sanitario que los atiende ¹⁷. La atención suele centrarse en los aspectos clínicos de la pérdida, sin embargo la dimensión emocional que envuelve a las familias genera desafíos importantes para los profesionales encargados del cuidado, produciendo en muchas enfermeras una carga emocional intensa y duradera ^{17, 18, 19, 20}.

Enfrentarse a la tristeza, la angustia y la pérdida puede despertar emociones de frustración, tristeza, impotencia y dolor emocional similares a las vividas por las propias familias ^{17, 19}. A menudo, las enfermeras describen sentimientos de inseguridad como no saber cómo acercarse a las familias en duelo, miedo a no estar a la altura o preocupación por decir algo inadecuado, generando dudas internas sobre su propia competencia emocional y profesional ²⁰. Además, se trata de un cuidado que afecta emocionalmente a las enfermeras, pero al mostrarse afectadas (como el llanto o la tristeza) lo perciben como una falta de profesionalismo, lo que lleva a muchas a reprimir sus reacciones frente al duelo ¹⁸.

Además, la exposición repetida a situaciones de duelo perinatal sin el apoyo adecuado puede producir agotamiento emocional, contribuyendo a la aparición de síntomas como el “*burnout*” ^{17, 19}. Algunas profesionales desarrollan mecanismos de defensa como la evitación emocional o la reducción de su compromiso afectivo como estrategia para “protegerse”, lo que puede afectar negativamente tanto su bienestar como la calidad de la atención brindada ¹⁷. Estas experiencias confluyen con la percepción de que la pérdida perinatal, más allá de un evento clínico, es un proceso humano que exige sensibilidad y manejo emocional consciente, tanto para apoyar a las familias como para preservar la salud emocional de las propias enfermeras ^{17, 19}.

La atención al dolor de otros exige, en definitiva, una mirada que integre el conocimiento clínico con la comprensión emocional, fortaleciendo así la práctica enfermera mediante espacios de apoyo institucional y estrategias de afrontamiento y autocuidado ²⁰.

1.6 Justificación

La enfermería desempeña un papel esencial al ser responsable del cuidado continuo, cercano y humanizado del duelo perinatal. Sin embargo, pese a la creciente visibilización de este tipo de duelo en la literatura científica, persisten importantes lagunas en la aplicación de intervenciones enfermeras basadas en la evidencia, lo que justifica la necesidad de una revisión bibliográfica desde la perspectiva enfermera ^{5, 11, 17, 18}.

La enfermería es la disciplina más cercana a las familias durante el proceso asistencial, situándose en una posición privilegiada para detectar necesidades emocionales, acompañar el duelo y garantizar la continuidad del cuidado ^{11, 17, 20}. En la actualidad existen muchas diferencias en la atención al duelo perinatal, condicionadas por diferencias en la formación, la experiencia profesional, la existencia de guías clínicas y el apoyo institucional disponible. Estas diferencias suponen muchas veces intervenciones insuficientes o experiencias de cuidado percibidas como deshumanizadas por las familias ^{5, 7, 9, 10}.

La ausencia de modelos dificulta la toma de decisiones enfermeras, las cuales dependen muchas veces de la disposición personal ^{17, 18, 19}. En este sentido, la revisión identifica buenas prácticas de cuidado que contribuyen tanto a la calidad asistencial como al bienestar de los propios enfermeros. Además, permite identificar vacíos de conocimiento y líneas de mejora en la atención al duelo perinatal.

Esta revisión se justifica asimismo por su posible impacto en la mejora de la atención centrada en la persona y la familia, la humanización de los cuidados y la equidad en la práctica asistencial, contribuyendo a promover intervenciones coherentes, sensibles y culturalmente adaptadas, así como a reforzar el rol de la enfermería como agente clave en el acompañamiento de las familias que atraviesan una pérdida perinatal.

2. OBJETIVOS

Objetivo general: analizar el duelo perinatal, profundizando en su conceptualización, y abordaje desde el ámbito sanitario, con el fin de contribuir a una atención más humana, integral y respetuosa ante la pérdida perinatal.

Objetivos específicos:

1. Analizar el papel de la Enfermería para proporcionar una atención holística a las mujeres y familias que sufren la pérdida de un hijo.
2. Identificar aquellas prácticas que aumentan y disminuyen la probabilidad de desarrollar un duelo patológico.
3. Determinar el impacto del cuidado del duelo perinatal sobre los profesionales que lo atienden, especialmente la enfermería y las necesidades que tienen estos para un buen abordaje del mismo.

3. METODOLOGÍA

La presente revisión bibliográfica comenzó en septiembre del 2025 y finalizó en diciembre del mismo año. Se realizó con el objetivo de, mediante la lectura de la literatura actual, identificar y analizar las variables que afectan al desarrollo del duelo perinatal y los cuidados de enfermería que son más útiles y adecuados para proporcionar unos cuidados centrados en la persona. Se seleccionaron artículos publicados desde 2015 hasta 2025. Se siguió una metodología estructurada basada en las recomendaciones de revisiones sistemáticas y se empleó el diagrama *PRISMA* ²¹ para la organización del proceso de búsqueda y selección de artículos.

3.1 Fuentes de información

La búsqueda bibliográfica se realizó en bases de datos como PubMed/ MEDLINE, CINAHL, (EBSCO) y Scopus. La búsqueda realizada en otras bases de datos como Cochrane, ENFISPO y Web Of Science (WOS) no resultaron fructíferas. La revisión bibliográfica realizada incluyó literatura gris complementando la evidencia.

3.2 Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda combinó descriptores *MeSH* (*Medical Subject Headings*) y términos libres relacionados con el duelo perinatal y los cuidados de enfermería. Se aplicaron operadores booleanos (AND/OR) para ampliar y refinar la búsqueda.

3.2.1 Términos utilizados

Duelo perinatal: "Perinatal Death"[MeSH], "Stillbirth"[MeSH], "Fetal Death"[MeSH], "Infant Death"[MeSH], "Bereavement"[MeSH], "Grief"[MeSH], "perinatal grief", "perinatal bereavement", "perinatal loss", "pregnancy loss", "neonatal death".

Cuidados de enfermería: "Nursing Care"[MeSH], "Nurses"[MeSH], "Midwifery"[MeSH], "Patient Care Planning"[MeSH], nursing, "nursing care", nurse*, midwife*, "nursing intervention*".

3.2.2 Combinación de términos

Se utilizó la siguiente estructura combinada en PubMed: (Duelo perinatal) AND (Cuidados de enfermería) De manera equivalente, se adaptó la búsqueda a CINAHL usando CINAHL Headings y a Scopus mediante búsqueda en título, resumen y palabras clave.

3.2.3. Criterios de inclusión

1. Publicaciones desde enero de 2015 hasta diciembre de 2025.
2. Idioma: inglés o español.
3. Artículos con texto completo disponible.
4. Estudios que abordaran explícitamente el duelo perinatal y los cuidados de enfermería, incluyendo estudios cualitativos, cuantitativos, revisiones sistemáticas, guías y casos clínicos.

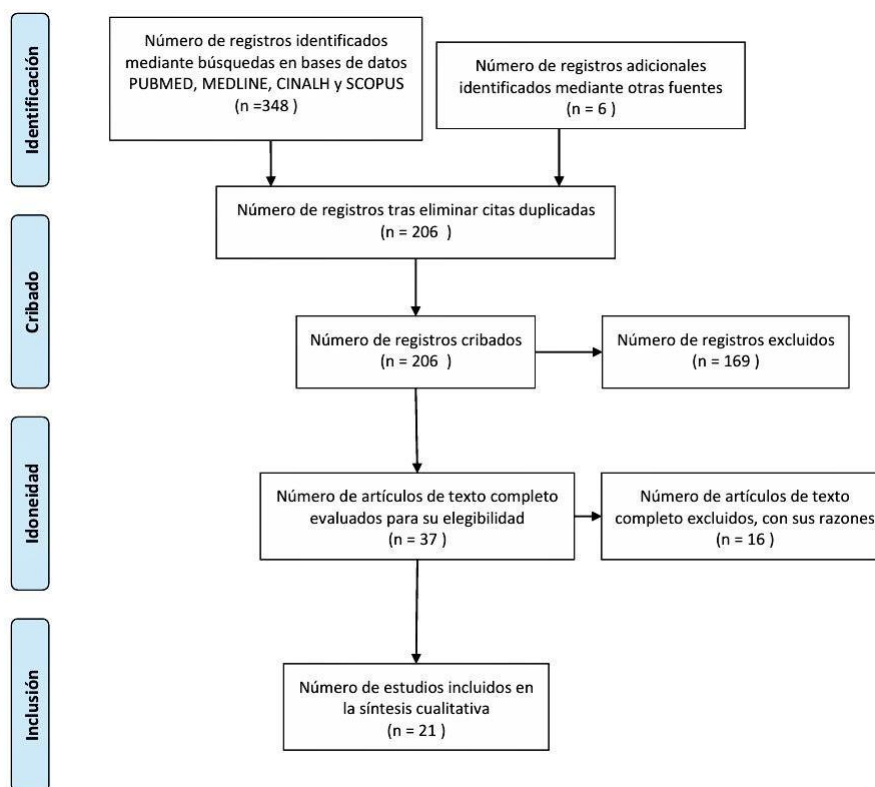
3.2.4. Criterios de exclusión

1. Artículos que no abordaran cuidados de enfermería.
2. Estudios sobre duelo no perinatal (que trataban abortos en etapas tempranas o cuidados paliativos neonatales)
3. Editoriales, cartas al editor y resúmenes de conferencias sin texto completo.
4. Idiomas distintos de inglés o español.

3.2.5. Proceso de selección

Se obtuvieron un total de 348 resultados en las búsquedas realizadas en las diferentes bases de datos. 118 artículos en PubMed, 81 en CINAHL y 56 en Scopus y 93 en MEDLINE.

Tras la revisión inicial se descartaron un total de 142 registros duplicados, dejando 206 documentos, de los que 169 fueron eliminados por no cumplir con los criterios necesarios (no centrados en cuidados de enfermería, enfocados en duelo no perinatal y textos de baja calidad) tras la lectura de títulos y resúmenes. Se evaluaron un total de 37 artículos completos de los cuales 16 fueron excluidos. Finalmente, los artículos seleccionados para la revisión fueron 21.



Gráfica N.º 2: Diagrama de flujo PRISMA 2009 para el proceso de selección de artículos ²².

3.2.6 Análisis de la calidad metodológica

La evaluación de la calidad metodológica de los estudios incluidos se llevó a cabo mediante la aplicación de las herramientas del *Critical Appraisal Skills Programme español (CASPe)* ²³, seleccionando la lista de verificación más pertinente según el diseño específico de cada estudio (revisiones sistemáticas, estudios cualitativos, estudios cuasiexperimentales, revisiones narrativas y casos clínicos). Las diferentes listas de verificación están incluidas en el *Anexo II y III*.

Se llevó a cabo la clasificación de los estudios según su calidad, estableciendo una categorización en alta, moderada o baja. Los resultados obtenidos revelan que la mayoría de los estudios presentan una calidad metodológica moderada, con un número reducido de estudios que alcanzan la calidad alta. Estos últimos se caracterizan principalmente por la realización de revisiones sistemáticas, estudios cualitativos rigurosos y guías clínicas. Esta heterogeneidad metodológica debe tenerse en cuenta durante la interpretación de los resultados y la formulación de recomendaciones para la práctica clínica.

3.2.7. Extracción y síntesis de datos

De cada estudio analizado se extrajeron los siguientes datos: Autor, título y año, país, tipo de estudio, base de datos de origen, objetivo principal y principales aportaciones. Estos datos se resumieron en la *tabla N.º 2* de artículos seleccionados y se utilizaron para elaborar la síntesis narrativa de resultados y discusión. Se utilizó la herramienta de traducción *DeepL* para algunos artículos en inglés y se empleó el gestor bibliográfico *Mendeley* para la estructuración y lectura crítica de los artículos seleccionados.

3.3 Tabla de artículos seleccionados

N.º	Autor / Año/ Título	País	Tipo de estudio	Base de datos	Objetivo principal	Principales aportaciones para enfermería	Calidad CASPe
1	Moreno Tirado PS et al. 2023 <i>Nursing care in perinatal grief: a systematic review of attitudes and knowledge in clinical practice.</i> ²⁴	España	Revisión sistemática	PubMed	Analizar actitudes y conocimientos de enfermería a la hora de afrontar el duelo perinatal.	Detecta carencias formativas en el personal enfermero y necesidad de protocolos, formación y recursos para propiciar unos buenos cuidados.	Moderada - Alta
2	Fernández-Férez A et al. 2021 <i>Nursing interventions to facilitate the grieving process after perinatal death: a systematic review.</i> ²⁵	España	Revisión sistemática	PubMed	Evaluar intervenciones de enfermería antes y después de la pérdida.	Intervenciones enfermeras reducen ansiedad y facilitan un correcto desarrollo del duelo.	Moderada - Alta
3	Tejero Vidal LL et al. 2023 <i>Nursing care plan for dealing with perinatal bereavement according to the theory of dysfunctional bereavement. Clinical case.</i> ²⁶	España	Caso clínico	PubMed	Plan de cuidados ante duelo perinatal Uso de NANDA-NOC-NIC para establecer un plan de cuidados en un caso de duelo perinatal complicado.	Se destaca la necesidad de comunicar de forma delicada y adecuada la información, de seguimiento, de más herramientas y formación para los profesionales enfermeros, y la necesidad de expresarse e involucrar a la pareja.	Moderada
4		España		PubMed	Plan de cuidados basado	Enfoque humanista y transpersonal del	Moderada

	<i>Furtado-Eraso S et al., 2024</i> <i>Proposed nursing care plan for women who suffer a perinatal loss, according to Watson's theory.</i> ²⁷		Propuesta teórica		en la Teoría del Cuidado Humano Transpersonal de Jean Watson.	cuidado de las mujeres que sufren el duelo perinatal, incorporando cuidados físicos, psíquicos y espirituales, así como recursos para las enfermeras.	
5	<i>Quian J et al. 2023</i> <i>Experiences of obstetric nurses and midwives receiving a perinatal bereavement care training programme: A qualitative study.</i> ²⁸	China	Cualitativo	PubMed	Experiencias de enfermeras tras la implementación de un programa de formación en atención al duelo perinatal.	Necesidad de apoyo emocional y formación enfermera en el trato del duelo perinatal, dando al personal enfermero más confianza en el tema y preparación para abordarlo de forma adecuada. Necesidad de planes y protocolos estandarizados.	Alta
6	<i>Galeotti M et al. 2023</i> <i>Evaluation of a pregnancy loss education intervention for undergraduate nursing students in Northern Ireland: A pre- and post-test study.</i> ²⁹	Reino Unido	Cualitativo	Scopus	Percepción parental del apoyo enfermero y necesidad de más educación enfermera acerca del manejo del duelo perinatal.	El apoyo mejora la vivencia del duelo, saber comunicar de manera adecuada la información y empatizar con la vivencia de los padres mejora significativamente la confianza de los enfermeros en su práctica e intervenciones.	Moderada
7	<i>Donegan G et al. 2023</i> <i>Parents experiences of pregnancy following perinatal</i>	Irlanda	Revisión bibliográfica	PubMed	Necesidades parentales para el abordaje de un nuevo embarazo tras un proceso de	Analiza las necesidades y retos a los que se enfrentan las familias en un nuevo embarazo y destaca la necesidad de	Moderada

	<i>loss: An integrative review.</i> ³⁰				duelo perinatal previo	mayor asistencia y cuidados del personal sanitario de forma empática durante el proceso	
8	<p><i>Burden C et al. 2016</i></p> <p><i>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.</i> ³¹</p>	Reino Unido	Revisión sistemática y metaanálisis.	PubMed	Evaluar la evidencia actual sobre el impacto psicosocial de la muerte perinatal en los padres y sus familiar para mejorar los cuidados del duelo	Se identifican todos los aspectos vitales de los padres que se ven afectados tras la muerte perinatal, incluyendo la relación de pareja, el trato con otros hijos, aspectos psicológicos y espirituales.	Alta
9	<p><i>Sheehy A et al. 2022</i></p> <p>A qualitative study of early career Australian midwives' encounters with perinatal grief, loss, and trauma. ³²</p>	Australia	Estudio cualitativo	CINAHL	Conocer la experiencia de los primeros encuentros con el duelo perinatal de las matronas australianas en el inicio de sus carreras	Muchas de las enfermeras afirmaron no haber recibido la formación suficiente, lo que los llevaba a conductas de evitación a la hora de atender el duelo perinatal. Refieren la necesidad de formación y recursos en las unidades para afrontar emocionalmente el cuidado al duelo perinatal.	Alta
10	<p><i>Martos-López IM et al. 2016</i></p> <p><i>Bereavement for perinatal death, unauthorized bereavement.</i> ³³</p>	España	Revisión bibliográfica	PubMed	Identificar las experiencias y formación del personal de enfermería a la hora de cuidar en el proceso de duelo perinatal	Se destaca la falta de formación profesional respecto al tema, la necesidad de guías multidisciplinares para afrontarlo y la necesidad de mayores recursos	Moderada

						para favorecer que los profesionales sanitarios puedan realizar unos buenos cuidados.	
11	<p><i>Salgado HO et al. 2021</i></p> <p><i>The perinatal bereavement project: development and evaluation of supportive guidelines for families experiencing stillbirth and neonatal death in Southeast Brazil—a quasi-experimental before-and-after study.</i> ³⁴</p>	Brasil	Estudio de métodos mixtos (cualitativos/cuantitativos) cuasiexperimental.	PubMed	Aplicabilidad de las guías de cuidados canadiense y británicas en el contexto de duelo perinatal en las áreas de maternidad de Brasil.	Se destacan los retos que Brasil experimenta a la hora de llevar a cabo las recomendaciones internacionales y se extraen los principales cuidados y aspectos prácticos para llevar a cabo una adecuada atención.	Moderada - Alta
12	<p><i>Oliveira CM et al. 2022</i></p> <p><i>efectos de la satisfacción marital y la utilidad ritual en la experiencia de aflicción en el aborto.</i> ³⁵</p>	Portugal	Estudio transversal	PubMed	Identificar que efectos tienen la calidad de la relación marital y los rituales de despedida en el abordaje del duelo perinatal.	Se estableció una relación entre la claridad de la relación marital y el proceso de duelo. Se confirmó que el uso de rituales de despedida facilita la aceptación del proceso y un buen desarrollo del duelo.	Moderada
13	<p><i>Mota C et al. 2023</i></p> <p><i>Paternal Experiences of Perinatal Loss—A Scoping Review.</i> ³⁶</p>	Mexico	Revisión Sistemática	Scopus	Analizar el afrontamiento del duelo desde el punto de vista paterno.	Pese a la poca literatura existente se destaca la necesidad de tratar la evitación del duelo perinatal en los hombres. Las necesidades que enfrentan durante el	Moderada

						proceso de reconocimiento y las dificultades debido a los estigmas de género.	
14	<p>Roncallo A. 2018</p> <p><i>Los profesionales sanitarios ante la muerte perinatal Estrategias de autocuidado y apoyo mutuo.</i> ³⁷</p>	España	Artículo	PubMed	Determinar los efectos que conlleva enfrentarse al duelo perinatal por parte de los profesionales sanitarios.	Reconoce que afrontar los cuidados de las familias en duelo es un reto para los profesionales sanitarios que los atienden y refleja la necesidad de estrategias para prevenir problemas derivados de esta difícil atención como en "burnout" y la fatiga por compasión.	Moderada - Baja
15	<p>Castilla Puentes R et al. 2025</p> <p><i>Perinatal bereavement rooms: a narrative review of physical space in perinatal grief.</i> ³⁸</p>	Argentina	Revisión bibliográfica	PubMed	Determinar la eficacia de la implementación de salas para facilitar el proceso de despedida en el duelo perinatal.	Ninguno de los artículos evaluó la eficacia o no de este tipo de estancias en el proceso de duelo, sin embargo, se garantiza la necesidad de un espacio adecuadamente equipado en los hospitales para adecuar los cuidados del proceso de duelo.	Moderada
16	<p>Hernández Sampayo L. 2019</p> <p><i>Vivencia del cuidado de enfermería en un proceso de duelo.</i> ³⁹</p>	España	Teoría enfermera	CINALH	Analizar la narrativa de la vivencia de una enfermera de acuerdo con la teoría del cuidado de	Queda reseñada como la aplicación de modelos de cuidado son necesarios para un abordaje holístico del duelo, estando	Moderada

					Kristen Swanson.	centrados en la persona e identificando sus necesidades.	
17	<p><i>Martínez-García E. et al. 2023</i></p> <p><i>Good practices in perinatal bereavement care in public maternity hospitals in Southern Spain.</i> ⁴⁰</p>	España	Estudio cualitativo	CINALH	analizar el nivel de cumplimiento de las recomendaciones de cuidados en la provincia de Granada.	Se detectaron claras deficiencias a la hora de aplicar las recomendaciones internacionales para el cuidado del duelo perinatal en la provincia, y se identificaron las reticencias por parte del personal para llevarlas a cabo.	Moderada - Alta
18	<p><i>Paraíso Pueyo E. et al. 2021</i></p> <p><i>Nursing interventions for perinatal bereavement care in neonatal intensive care units: A scoping review.</i> ⁴¹</p>	España	Revisión bibliográfica	MEDLINE	Identificar aquellas intervenciones efectivas para el afrontamiento del duelo perinatal cuando la pérdida se produce en el periodo neonatal temprano en las UCIN.	Se identificaron un total de 9 intervenciones efectivas. Se destaca la figura enfermera como pilar fundamental del cuidado y de la evaluación de estos.	Moderada - Alta
19	<p><i>Robinson M et al. 2022</i></p> <p><i>The silent cry: A psychiatric-mental health nurse's guide for fathers experiencing perinatal loss.</i> ⁴²</p>	EE. UU	Caso clínico	MEDLINE	Revisión de un caso particular de una pareja tras sufrir múltiples pérdidas perinatales.	Refleja la necesidad que tienen los padres y parejas de la madre de una atención temprana al duelo, el cual muchas veces queda relegado anteponiendo el cuidado de las madres.	Moderada - Baja

20	<p><i>Boyle FM et al. 2020</i></p> <p><i>Clinical practice guidelines for perinatal bereavement care — An overview.</i> ⁴³</p>	Australia y Nueva Zelanda	Revision bibliográfica	MEDLINE	Analizar el contenido de la guía para la atención respetuosa y solidaria en el duelo perinatal.	Ofrece 49 puntos centrados tanto en los cuidados que deben aportar tanto los profesionales como las instituciones. Teniendo como pilares de los cuidados la buena comunicación, el reconocimiento de la paternidad/maternidad, la toma de decisiones y el acompañamiento efectivo.	Alta
21	<p><i>Bezerra NA et al. 2024</i></p> <p><i>Nursing care for parents who have experienced fetal demise: integrative review.</i> ⁴⁴</p>	Brasil	Revision bibliográfica	PubMed	Analizar la literatura reciente sobre el abordaje del duelo perinatal enfermero.	Identifica la necesidad de más cuidados y mayor formación, así como la importancia de un enfoque holístico de los cuidados de los padres y su entorno.	Moderada

Tabla N.º2: Resultados incluidos en la revisión bibliográfica. Elaboración propia.

4. RESULTADOS

Los Resultados obtenidos de esta revisión bibliográfica se presentan agrupados en 2 grandes apartados: la complejidad del duelo perinatal, y la enfermería en la atención del duelo perinatal

La complejidad del duelo perinatal

La revisión de la literatura revisada muestra que el duelo perinatal es una experiencia compleja e impactante debido a la combinación de factores emocionales, sociales y clínicos que afectan tanto a las familias como a los profesionales sanitarios, especialmente enfermeras y matronas. Los estudios señalan cómo el cuidado proporcionado durante el proceso de pérdida perinatal influye significativamente en la vivencia del duelo, la salud mental de los progenitores y la percepción de calidad asistencial ^{24, 25, 43}.

El análisis de los 21 estudios incluidos en la revisión revela que el duelo perinatal no solo es disruptivo a nivel individual, sino que también afecta las dinámicas familiares, las interacciones sociales y los sistemas de salud. Esta pérdida no solo implica el fallecimiento de un hijo, sino también la ruptura de expectativas y proyectos vitales asociados a la maternidad y paternidad ^{31, 34}. *Burden C et al.* describen que las experiencias de culpa, estigmatización social, dolor intenso y aislamiento emocional son frecuentes y pueden prolongarse en el tiempo, afectando de manera significativa la salud mental de los padres ³¹.

Esta complejidad convierte al duelo perinatal en un proceso particularmente vulnerable a la invisibilización social y la deslegitimación emocional.

La enfermería en la atención del duelo perinatal.

Desde la perspectiva enfermera, el duelo perinatal es un ámbito de cuidado altamente sensible, donde las competencias técnicas deben complementarse con habilidades comunicativas efectivas, empatía emocional y un enfoque ético que respete el proceso de duelo de cada familia. La forma en que los profesionales sanitarios interactúan con las familias en el momento de la pérdida puede condicionar enormemente el desarrollo posterior del duelo, actuando como factor protector o de riesgo para el duelo complicado, trastornos de ansiedad o depresión ^{24, 25, 43}.

Los estudios evidencian una brecha entre el reconocimiento teórico del papel de la enfermería en el duelo perinatal y su implementación efectiva en la práctica clínica, como se observa en la falta de protocolos estandarizados y la variabilidad en la formación del personal. Esta diferencia se concreta en cuidados fragmentados, intervenciones inconsistentes y una elevada variabilidad en la atención prestada, condicionada en gran medida por la experiencia individual del profesional y el contexto institucional ^{32, 37}.

Otro de los hallazgos relevantes es la inconsistencia de la formación de enfermería en duelo perinatal, especialmente en áreas como la comunicación empática, el manejo del duelo complicado y el apoyo emocional a largo plazo. Diversas revisiones y estudios cualitativos muestran que el personal sanitario experimenta inseguridad, miedo a causar daño emocional y dificultades para manejar la comunicación con las familias en estos contextos ^{24, 32, 37}. *Moreno Tirado PS et al.* identifican carencias significativas, lo que se traduce en inseguridad y tendencia a evitar el contacto profundo con las familias ²⁴. Esta carencia formativa se asocia a actitudes evitativas, cuidados estandarizados poco sensibles y una atención centrada en los aspectos clínicos, en detrimento de las necesidades emocionales de los padres, afectando además al malestar emocional de los propios profesionales.

La problemática formativa es un déficit reflejado en diversos lugares. Estudios cualitativos realizados con matronas y enfermeras de reciente incorporación en Australia describen sentimientos de impotencia, culpa y soledad profesional ante la muerte perinatal, especialmente cuando no existen referentes formativos o espacios de apoyo institucional ^{28, 32, 39}. Estos hallazgos sugieren que el duelo perinatal continúa siendo un tema marginal en los contenidos formativos, abordándose de forma puntual.

Otro aspecto abordado es la importancia de las intervenciones enfermeras individualizadas y humanizadas. *Bezerra NA et al.* sugieren tras su análisis muchas de las recomendaciones e intervenciones prácticas, recogidas en la [tabla N°.3](#), para abordar humana y holísticamente el duelo perinatal ⁴⁴.

En los estudios analizados destacan las siguientes intervenciones, sugeridas para poder proporcionar unos cuidados humanizados y de calidad a las familias:

1. Comunicación.

La comunicación es una de las intervenciones más relevantes en el cuidado del duelo perinatal. Los estudios subrayan que la escucha activa, la presencia auténtica, el uso de un lenguaje claro y compasivo, y la validación del dolor parental constituyen elementos esenciales para un buen acompañamiento ^{25, 40, 41}.

La enfermería debe evitar expresiones estandarizadas (Es mejor de esta manera... Podría haber sido peor si... El tiempo lo cura todo... Eres aún joven... En nada estás de nuevo embarazada...Tendréis más hijos... Al menos tenéis ya un hijo...), silencios evasivos o mensajes tranquilizadores prematuros, que pueden ser percibidos negativamente por los padres. Este tipo de mensajes incrementa el malestar emocional y la sensación de falta de empatía por parte del entorno sanitario ^{24, 32}. En su lugar, se recomienda una comunicación adaptada a los tiempos emocionales de la familia, que permita la expresión del sufrimiento sin juicios ^{24, 32}.

La comunicación debe incluir el reconocimiento del bebé como hijo y de los progenitores como padres. El uso del nombre del bebé, cuando los padres lo han asignado, y la referencia al hijo en términos humanizados, tratándolo todo lo posible como un niño vivo, contribuyen a legitimar el vínculo parental y el proceso de duelo ^{33, 35}.

Los estudios señalaron la importancia de respetar los tiempos de la familia para pensar que decisiones quieren tomar, proporcionar la información de forma clara y sencilla, tanto oral como escrita y estar disponible para la resolución de dudas en todo momento son algunas de las actitudes aconsejables que como enfermeros debemos aplicar. La enfermería debe proporcionar información verbal y escrita sobre recursos disponibles, grupos de apoyo y opciones de seguimiento, asegurando que la familia comprende cómo y cuándo solicitar ayuda ⁴⁴. Esta intervención comunicativa resulta esencial para promover la continuidad del cuidado y prevenir complicaciones emocionales a largo plazo.

Sheehy A et al. subrayan que la falta de escucha activa por parte de los profesionales es percibida por las familias como indiferencia o frialdad emocional, intensificando el sentimiento de abandono en un momento de vulnerabilidad ³².

Summary of supportive guidelines regarding perinatal bereavement

How to prepare the family to see the baby:	Clean the baby (do not bathe him/her); Dress the baby with diapers, socks, hat, clothes, blanket etc; Follow the same maternity ward protocol to bring alive babies to see their mothers; Call the baby by his/her name; Follow them up but keep some distance. Never let them unassisted
What should be provided for the memory box:	Hair lock; Handprint and footprint; Placenta stamp (optional); Baby's pictures; Baby's first clothes; Baby's bracelet/identification tag; Cards and letters written by the staff; Leaflets about the bereavement process and bereavement support groups
Which written guidance should be provided:	All information about funeral services and local civil registry office; Information about how to deal with breast milk production; Suppressing lactation Breast milk donation Post-discharge care; Medical appointments and additional exams for further investigation (if necessary); Bereavement support group; Psychological services
What to do to provide continuous care:	Discuss family planning; Schedule regular appointments to assess mental and physical health, and discuss new findings about what happened to the baby (when applicable); In the case of a new gestation, follow health care guidelines for pregnant women who had previously experienced the loss of a baby; Arrange to assist woman during the new puerperium
Guidelines for assisting pregnant women who had previously experienced the loss of a baby:	Remember: this is no longer an ordinary pregnancy, and may be considered a risk pregnancy from the mental health point of view; The previous loss may impact the following bereaved mother's gestation, from antenatal care through puerperium and breastfeeding; Fear and complaints are expected responses and must be acknowledged; Some parents may prefer to be cared for in a different hospital or by different staff members, which should not be a problem; Mental health screening should be available for both parents; Specialized mental health support or psychological appointments should be encouraged at any time during pregnancy and postpartum; Consider avoiding standard antenatal classes, prioritizing individual preparation sessions for labor, birth and caring for a newborn baby; A special sticker can be used on both notice board and at room's door wherein a bereaved mother is in labor, so that the staff is aware of her condition; Encourage the writing of a birth plan, so that parents' preferences can be easily shared with all staff during labor, birth and postpartum Consider scheduling extra and longer antenatal appointments. Extra screening options should be considered whenever necessary or demanded; Set aside a weekly day or time at your institution for pregnant women who had previous perinatal losses to seek assistance if they have questions about their baby's well-being or their pregnancies' normality; A C-section without clinical recommendation may be considered, when fear from natural birth could not be dealt with after several psychological and communication interventions, as long as the women acknowledge associated risks
What to do when there is: <i>Stillbirth</i> <i>Neonatal death or imminent neonatal death</i> <i>Severe malformation (incompatible with life or high death probability)</i>	1. Assure the mother/family privacy; 2. Deliver bad news properly; 3. Give the family all requested and necessary information; 4. Encourage the preparation of a Care Plan for the women and the baby. This Care Plan includes a birth plan, whenever possible, and a palliative care for the baby, whenever necessary; 5. Choose and prepare a private room, to avoid contact with other mothers and their babies; 6. Apply special stickers on both notice board and at the bereaved mothers' room door, so that the staff is aware of her condition; 7. Avoid sedation; 8. Respect initial plans – whenever possible; 9. Encourage the mother/family to see the baby; 10. Encourage the mother/family to touch the baby, and to spend time with her/him; 11. Provide the memory box

Tabla N. °3: Summary of supportive guidelines regarding perinatal bereavement. Bezerra N et al. 2024 ⁴⁴

Esta intervención requiere formación específica y práctica reflexiva, dado que la comunicación inadecuada puede intensificar el dolor y favorecer experiencias de duelo traumático. Se deben desarrollar habilidades de escucha activa que permitan captar no solo el contenido verbal de los padres, sino también las expresiones emocionales implícitas, el lenguaje no verbal y los silencios cargados de significado.

Se pone de manifiesto, además, la necesidad de una comunicación que reconozca las necesidades emocionales de ambos progenitores. *Mota C et al. y Robinson M et al.* destacan que los padres suelen quedar relegados a un segundo plano comunicativo, lo que refuerza su invisibilidad emocional y limita la expresión de su duelo ^{36, 42}. La enfermería debe dirigir la comunicación tanto a la madre como al padre, ofreciendo espacios de diálogo individualizados cuando sea necesario.

Asimismo, se subraya la importancia de una comunicación culturalmente sensible, que tenga en cuenta las creencias religiosas, valores culturales y prácticas simbólicas de cada familia ^{25, 34}. La enfermería debe explorar de forma respetuosa las preferencias culturales relacionadas con la expresión del duelo, los rituales de despedida y la toma de decisiones, evitando imponer modelos estandarizados de afrontamiento.

Algunos autores destacan la presencia terapéutica, entendida como la disponibilidad emocional genuina del profesional para acompañar a la familia en el momento de la pérdida. Reflejan que la mera presencia silenciosa, cuando es intencional y empática, puede resultar más terapéutica que el uso excesivo de palabras ^{25, 32}.

2. Reconocimiento del vínculo.

Hasta hace relativamente poco tiempo la práctica ante el duelo perinatal suponía el ocultamiento y la negación del hijo fallecido. Las madres eran anestesiadas y el bebé retirado lo antes posible sin tener oportunidad de verlo a fin de evitar un apego que intensificara el proceso doloroso de la pérdida ³⁹. Hoy en día la evidencia nos demuestra que son actitudes contrarias las que facilitan el proceso de duelo y lo necesario que es para ello reconocer el vínculo ya existente, el cual está incluso más presente hoy en día gracias a los avances tecnológicos como ecografías 3D que permiten a los padres percibir a su hijo como una realidad presente desde los primeros momentos del proceso de gestación ³⁰.

El reconocimiento del vínculo entre los padres y el hijo fallecido es una intervención enfermera fundamental. Diversos estudios destacan que el reconocimiento explícito del bebé como hijo, el uso de su nombre, facilitar el contacto físico y la validación del rol parental con prácticas como vestirle o bañarle contribuyen a reducir la sensación de duelo desautorizado ^{33, 35}. Estas prácticas, aunque sencillas, tienen un gran impacto en el buen desarrollo del duelo.

Martos-López IM et al. describen cómo la negación simbólica de la existencia del hijo fallecido por parte del entorno sanitario intensifica el sufrimiento emocional de los padres y dificulta el duelo ³³. En este sentido, la enfermería desempeña un papel clave en la humanización del cuidado, promoviendo prácticas que reconozcan la identidad del bebé y la experiencia parental.

3. Rituales de despedida y creación de recuerdos.

La facilitación de rituales de despedida se identifica como una intervención terapéutica de alto impacto emocional. *Oliveira CM et al.* evidencian que la participación en rituales personalizados se asocia a una mejor integración emocional de la pérdida, ayudando a otorgarle un significado, especialmente cuando existe apoyo de la pareja y del entorno familiar ³⁵.

La creación de recuerdos es una gran intervención en el acompañamiento del duelo perinatal, ya que permite a las familias reconocer la existencia del hijo fallecido y validar el vínculo parental, favoreciendo un proceso de duelo más adaptativo. Diversos estudios describen prácticas como permitir ver y sostener al bebé, la toma de fotografías, la recogida de huellas de manos y pies, la conservación de mechones de pelo, pulseras identificativas o mantas, así como la facilitación de rituales de despedida personalizados ^{24, 25, 31, 43, 44}. Estas intervenciones contribuyen a legitimar social y emocionalmente la pérdida, disminuyendo sentimientos de culpa y estigmatización ^{30, 31, 36}.

Estudios cualitativos muestran que las familias valoran especialmente la posibilidad de pasar tiempo con su bebé y participar activamente en la despedida, incluso cuando inicialmente expresan dudas o temor, siendo importante dejar siempre la posibilidad de cambiar de opinión ^{28, 32, 39}. Los planes de cuidados fundamentados en modelos de enfermería destacan la creación de recuerdos como una intervención clave para integrar la pérdida en la historia vital y familiar ^{26, 27}. Se subraya además la necesidad de que los profesionales estén adecuadamente formados para ofrecer estas opciones de manera sensible, respetando la autonomía y el momento emocional de cada familia ^{29, 37, 42}. Finalmente, estudios desarrollados en diferentes contextos culturales evidencian que los recuerdos, incluidos los rituales simbólicos y religiosos, actúan como mediadores en la elaboración del duelo tanto materno como paterno ^{33, 34, 35}.

No obstante, la implementación de estas prácticas continúa siendo desigual, condicionada por factores institucionales, culturales y por la actitud del profesional que brinda la atención.

4. Aplicación de modelos teóricos de enfermería

La literatura resalta el valor de los modelos conceptuales como herramientas para el cuidado. *Tejero Vidal LL et al.* proponen un plan de cuidados basado en la teoría del duelo disfuncional, que permite identificar diagnósticos enfermeros específicos (*NANDA 00221 "Proceso de maternidad ineficaz" 00301 "Duelo desadaptativo"*), establecer resultados esperados y diseñar intervenciones orientadas a prevenir complicaciones emocionales (*NIC 5203 "Mejora del afrontamiento" 5310 "Dar esperanza"*) ²⁶.

Por su parte, *Furtado-Eraso S et al.* destacan la aplicabilidad de la *teoría del cuidado humano de Jean Watson*, al promover una atención holística que integra dimensiones emocionales, espirituales y relacionales ²⁶. La integración de modelos teóricos no solo mejora la calidad del cuidado, sino que también ayuda a que la enfermería progrese y forme nuevo conocimiento.

Hernández Sampayo L. refleja el uso de *Teoría del cuidado de Kristen Swanson*, generada a raíz de investigaciones fenomenológicas con mujeres que cursaron con pérdidas gestacionales, como modelo teórico a la hora de realizar los cuidados del duelo necesarios ³⁹.

Todas estas teorías sirven para estructurar intervenciones holísticas que integren dimensiones emocionales, espirituales y sociales^{26, 27}. Estos enfoques permiten superar una atención fragmentada y promueven un cuidado humanizado centrado en la persona y la familia.

5. Inclusión de la familia

Como ya se ha mencionado anteriormente, existe una necesidad de ampliar el foco de atención más allá de la madre. Estudios recientes evidencian que los padres experimentan sufrimiento emocional intenso, sentimientos de invisibilidad y presión social para adoptar un rol de fortaleza frente a la situación y de cuidado de la madre^{36, 42}.

Se pone de manifiesto la necesidad de considerar a ambos progenitores, ya que históricamente el duelo perinatal ha estado centrado casi exclusivamente en la madre. Los padres experimentan sentimientos de culpa y falta de apoyo específico, lo que puede derivar en duelo complicado, problemas a la hora de acompañar a las madres y problemas de salud mental^{36, 42}.

Las intervenciones deben incluir a los padres, reconociendo su duelo, facilitando que expresen sus emociones y ofreciéndoles información y apoyo adaptados a sus necesidades, que a menudo son diferentes a las de las madres. La inclusión paterna se presenta como un componente esencial para un abordaje familiar integral y equitativo del duelo perinatal.

Por otro lado, el duelo perinatal afecta de manera significativa la dinámica de pareja, generando tensiones emocionales, desajustes en la comunicación y dificultades para expresar conjuntamente el dolor, lo que puede incrementar sentimientos de aislamiento, culpa o incompreensión mutua^{30, 35, 36}. Ambos progenitores atraviesan el duelo de manera diferenciada: mientras la madre suele experimentar una carga emocional inmediata vinculada a la pérdida física y el estado hormonal, el padre puede sentir la necesidad de sostener a la pareja, relegando sus propias emociones, lo que dificulta la expresión de sus sentimientos y la búsqueda de apoyo^{36, 42}. Además, la falta de reconocimiento social del duelo paterno y la ausencia de estrategias específicas de acompañamiento contribuyen a la vivencia de un duelo “silencioso” o invisibilizado, aumentando la vulnerabilidad de la pareja y la complejidad del proceso de adaptación^{30, 35, 36, 42}. Es por esto que intervenciones enfermeras son necesarias para la inclusión de ambos progenitores, facilitando la comunicación, validando las emociones individuales y conjuntas, y ofreciendo herramientas de apoyo adaptadas a las distintas experiencias de duelo^{25, 28, 30, 35, 36, 42}.

6. Adecuación del entorno físico

Se señala cada vez más cómo el lugar afecta a la vivencia del duelo. *Castilla Puentes R et al.* destacan que la existencia de habitaciones específicas para duelo perinatal en las unidades de maternidad favorece la intimidad, el respeto y la humanización de la atención³⁸. Estos espacios permiten a las familias vivir la pérdida alejadas de estímulos potencialmente dolorosos, como la presencia de otras madres con sus bebés en la planta, y facilitan la despedida, en línea con las buenas prácticas descritas en hospitales públicos del sur de España y otros contextos internacionales como Brasil^{34, 40}. La enfermería, debe participar activamente en la organización de estos espacios y en la sensibilización del equipo sobre su importancia.

Finalmente, la revisión pone de manifiesto el impacto emocional del duelo perinatal en los profesionales sanitarios, quienes a menudo carecen de estrategias de autocuidado y apoyo mutuo, lo que puede favorecer el desgaste emocional, la fatiga por compasión y el “*burnout*”^{37, 39}. La exposición reiterada a la muerte perinatal genera un impacto significativo en la salud emocional y psicológica de los profesionales, afectando su bienestar, la calidad del cuidado y la capacidad para implementar intervenciones basadas en guías clínicas^{24, 28, 32, 37, 39, 43}. Abordar el cuidado del cuidador es un componente esencial para sostener una atención empática y de calidad.

5. DISCUSIÓN

El desarrollo de esta revisión bibliográfica ha permitido profundizar en la complejidad del duelo perinatal desde la perspectiva de la enfermería, poniendo de manifiesto que se trata de una experiencia profundamente humana que trasciende el ámbito clínico y exige un cuidado integral, sensible y continuado. Se ha destacado el papel central de la enfermería en el acompañamiento de las familias que han sufrido una pérdida perinatal, tanto por su proximidad asistencial como por su capacidad para integrar el cuidado físico, emocional y relacional en uno de los momentos más vulnerables de la vida.

A pesar de los avances descritos, la literatura revela desigualdades en la implementación de guías y protocolos. *Boyle FM et al.* señalan que, aunque existen directrices claras para el cuidado en duelo perinatal, estas no siempre se traducen en cambios reales en la práctica clínica debido a limitaciones estructurales, falta de formación y ausencia de liderazgo institucional ⁴³. Esta distancia entre teoría y práctica muestra la necesidad de políticas sanitarias que prioricen el duelo perinatal como un componente esencial de la atención obstétrica y neonatal.

Varios autores coinciden en que el uso de guías clínicas en la práctica diaria requiere un enfoque multifactorial. *Moreno Tirado PS et al.* y *Fernández-Férez A et al.* señalan que los profesionales con formación específica y experiencia previa en cuidados de duelo implementan con mayor frecuencia las recomendaciones de las guías, mientras que la falta de preparación académica limita su aplicabilidad ^{24, 25}. En línea con esto, otros estudios evidencian que los programas formativos sobre duelo perinatal aumentan la adherencia a protocolos y promueven la estandarización de intervenciones ^{28, 29}.

Estas intervenciones educativas muestran resultados alentadores. *Galeotti et al.* demuestran que la formación estructurada sobre pérdida gestacional mejora significativamente la autoconfianza, la empatía y la disposición a intervenir de manera activa en situaciones de duelo en estudiantes de enfermería ²⁹. De forma complementaria, *Quian et al.* destacan que los programas formativos dirigidos a profesionales en centros de maternidad en China facilitaron procesos de reflexión emocional y desarrollo de estrategias de afrontamiento, reduciendo el impacto negativo del cuidado en la salud mental del profesional ²⁸. La formación en duelo perinatal es necesaria no como un contenido accesorio, sino como una competencia necesaria para el cuidado enfermero.

Otros autores indican la necesidad de que los protocolos no solo contemplen la estandarización de acciones, sino también la flexibilidad necesaria para adaptarse a las necesidades individuales y variabilidad cultural, asegurando una atención centrada en la persona ^{30, 32, 36, 44}. Asimismo, la revisión evidencia la importancia de la continuidad del cuidado más allá del momento inmediato de la pérdida. *Donegan G et al.* destacan que los embarazos posteriores a una pérdida perinatal se viven con altos niveles de ansiedad y miedo, lo que requiere un seguimiento sensible y personalizado por parte de la enfermería ³⁰.

Los autores coinciden en que prácticas como la escucha activa, la validación del dolor, el acompañamiento continuo, el respeto a los tiempos de los padres y la facilitación de rituales de despedida favorecen una evolución más saludable del duelo ^{25, 41, 44}. Los rituales y la creación de recuerdos contribuyen a otorgar significado a la pérdida y a legitimar el vínculo con el hijo fallecido ^{33, 35}.

Los artículos muestran que las intervenciones enfermeras tienen un impacto significativo en la experiencia del duelo y en la percepción de apoyo por parte de las familias. Al mismo tiempo, este trabajo ha permitido identificar las dificultades a las que se enfrentan los profesionales, como

la carga emocional, la inseguridad ante situaciones de pérdida y la necesidad de más formación y apoyo institucional.

En este mismo sentido, *Roncallo A.* expone la relevancia de implementar programas que integren metodologías de autocuidado, apoyo recíproco y supervisión emocional, permitiendo así a los profesionales procesar la exposición a la muerte y el sufrimiento parental sin comprometer su propio bienestar³⁷. *Hernández Sampayo L.* subraya que la reflexión ética y la autorregulación emocional, en combinación con espacios de diálogo entre compañeros, contribuyen a la prevención del agotamiento y al fortalecimiento de la resiliencia profesional³⁹.

Este trabajo de Fin de Grado, mediante el análisis crítico de la literatura existente ha permitido profundizar en el concepto y proceso del duelo perinatal, permitiendo entender el mismo como un proceso de alto impacto que no deja indiferente a las madres, padres, familias y personal sanitario que lo enfrentan. La muerte perinatal, silenciada y blanqueada en muchos aspectos supone un reto físico, emocional y social que manifiesta la necesidad de reconocer esa vida perdida como una realidad tangible para todos los que la rodean.

En conjunto, este trabajo subraya la necesidad de avanzar hacia modelos de atención más integrales y coherentes, basados en la evidencia científica, la formación continua y el autocuidado profesional. Fortalecer el papel de la enfermería en la atención del duelo perinatal no solo contribuye a mejorar la calidad de la atención, sino que también la dignifica, y reafirma el compromiso ético de la profesión con la atención humana en situaciones de pérdida.

6. CONCLUSIONES

El presente trabajo ha permitido alcanzar el objetivo propuesto, ofreciendo un análisis profundo del duelo perinatal tanto desde su conceptualización como desde su abordaje en el ámbito sanitario. La revisión y síntesis de la evidencia disponible ha puesto de manifiesto que el duelo perinatal es una experiencia compleja, frecuentemente invisibilizada, que requiere una atención específica, sensible y respetuosa, basada en el reconocimiento de la pérdida y en la validación del sufrimiento de las familias. En este sentido, es necesario avanzar hacia modelos de atención más humanos e integrales, donde el cuidado no se limite a lo clínico, sino que incorpore las dimensiones emocionales, sociales y simbólicas de la pérdida perinatal.

El análisis confirma el papel fundamental de la enfermería en la atención al duelo perinatal. Esta se posiciona como el profesional de referencia durante todo el proceso asistencial, desempeñando funciones clave en el acompañamiento, la comunicación, la continuidad del cuidado y la coordinación con otros profesionales. Una atención holística, basada en la empatía, la escucha activa y el respeto por los tiempos y necesidades de cada familia, influye de manera positiva en la vivencia de la pérdida y en la percepción de calidad del cuidado recibido.

De este modo, se ha podido evidenciar qué prácticas asistenciales contribuyen positivamente al buen cuidado de estas familias, así como aquellas que incrementan el riesgo de desarrollar un duelo patológico. Entre ellas destacan la falta de información clara y honesta, la comunicación inadecuada, la ausencia de acompañamiento emocional, la negación o minimización de la pérdida, así como la falta de protocolos o guías clínicas específicas. Estas prácticas, lejos de ser intencionadas, suelen estar relacionadas con carencias formativas, inseguridad profesional o limitaciones organizativas, lo que refuerza la importancia de establecer estándares de cuidado basados en la evidencia.

Por último, el trabajo refleja el impacto emocional que el cuidado del duelo perinatal tiene en la enfermería. El contacto continuo con el sufrimiento y la pérdida genera una carga emocional significativa, que puede derivar en desgaste profesional si no se cuenta con recursos adecuados. La revisión destaca la necesidad de formación, apoyo institucional, espacios de supervisión y estrategias de autocuidado como elementos esenciales para garantizar un abordaje adecuado del duelo perinatal y que proteja a su vez el bienestar de los profesionales.

Estas conclusiones refuerzan la relevancia del abordaje del duelo perinatal desde la enfermería como un compromiso ético con el cuidado, aportando una base para la formación y la investigación futura, y subrayando la importancia de seguir avanzando hacia una atención sanitaria que reconozca y acompañe la pérdida perinatal con dignidad, sensibilidad y respeto.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. *Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.^a revisión (CIE-10)*. Ginebra: OMS; 2016.
2. World Health Organization. *The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM*. Geneva: WHO; 2016.
3. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA). *Guía de actuación y acompañamiento en la muerte gestacional tardía*. Murcia: HCUVA; 2022.
4. Instituto Nacional de Estadística (INE). *Estadística de nacimientos y mortalidad perinatal*. Año 2024. Madrid: INE; 2024.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Vigilancia y respuesta a la muerte materna y perinatal: material de apoyo para la implementación*. Ginebra: OMS; 2022. ISBN 978-92-4-004456-2.
6. Barreto P, de la Torre O, Pérez-Marín M. *Detección de duelo complicado*. *Psicooncología*. 5 de diciembre de 2012. 9(2-3):355-68.
7. Cassidy PR, Cassidy J, Olza I, Martín Ancel A, Jort S, Sánchez D, et al. *Informe Umamanita: encuesta sobre la calidad de la atención sanitaria en casos de muerte intrauterina*. Girona: Umamanita; 2018.
8. López García de Madinabeitia Ana Pía. *Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio*. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2011 Mar; 31(1):53-70.
9. Red El Hueco de mi Vientre. *Marco teórico sobre el duelo perinatal*. Madrid: Red El Hueco de mi Vientre; s.f.
10. Cassaday TM. *Impact of Pregnancy Loss on Psychological Functioning and Grief Outcomes*. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2018 Sep;45(3):525-533. doi: 10.1016/j.ogc.2018.04.004. PMID: 30092926.
11. Koopmans L, Wilson T, Cacciatore J, Flenady V. *Support for mothers, fathers and families after perinatal death*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;2013(6):CD000452. DOI: 10.1002/14651858.CD000452.pub3.
12. Hunter A, Tussis L, MacBeth A. *The presence of anxiety, depression and stress in women and their partners during pregnancies following perinatal loss: A meta-analysis*. *J Affect Disord.* 2017 Dec 1;223:153-164. doi: 10.1016/j.jad.2017.07.004. Epub 2017 Jul 11. PMID: 28755623.
13. Howard Sharp KM, Russell C, Keim M, Barrera M, Gilmer MJ, Foster Akard T, Compas BE, Fairclough DL, Davies B, Hogan N, Young-Saleme T, Vannatta K, Gerhardt CA. *Grief and growth in bereaved siblings: Interactions between different sources of social support*. *Sch Psychol Q.* 2018 Sep;33(3):363-371. doi: 10.1037/spq0000253. PMID: 30234359; PMCID: PMC7450671.

14. BOE. *Ley 20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil*. Boletín Oficial del Estado; 2011. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-11901>
15. Tribunal Supremo. *STS n.º 602/2022*, de 5 de julio de 2022, ECLI:ES:TS:2022:3013. Disponible en: <https://www.iberley.es/jurisprudencia/sts-n-o-602-2022-de-5-de-julio-de-2022-ecli-es-ts-2022-3013-48430384>
16. Boletín Oficial del Estado; *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*. 2010. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-3670>
17. Chen FH, Hu WY. *The impact of perinatal death on nurses and their coping strategies*. Hu Li Za Zhi. 2013 Feb;60(1):87-91. Chinese. doi: 10.6224/JN.60.1.87.
18. Martínez CS. *El profesional de enfermería ante el duelo por muerte perinatal*. Enferm Inv. 2018;3(1):10-15.
19. Alvarado Montero S, Sánchez Chaves AC. *Manejo del duelo perinatal desde la perspectiva del cuidado enfermero: revisión integrativa* (tesis de maestría). San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica; 2024.
20. Garcia-Catena C, Ruiz-Palomino P, Saavedra S, Gonzalez-Sanz JD. *Nurses' and midwives' perceptions and strategies to cope with perinatal death situations: A systematic literature review*. J Adv Nurs. 2023 Mar;79(3):910-921. doi: 10.1111/jan.15572. Epub 2023 Jan 25.
21. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*. PLoS Med. 2021;18(3):e1003583. doi:10.1371/journal.pmed.1003583
22. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. *Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement*. PLoS Med. 2009 Jul 21;6(7):e1000097. doi: 10.1371/journal.pmed.1000097. Epub 2009 Jul 21.
23. Red CASPe (Critical Appraisal Skills Programme en español). *Programa de habilidades en lectura crítica: Guías CASPe y plantillas para evaluación crítica de la evidencia clínica*. Alicante: CASPe; 2005. Disponible en: https://redcaspe.org/plantilla_revision.pdf.
24. Moreno Tirado PS, Gil García E, Tarrío Concejero L. *Nursing care in perinatal grief. A systematic and critical review of attitudes and knowledge in clinical practice*. Enferm Clin (Engl Ed). 2023 Sep-Oct;33(5):327-337. doi: 10.1016/j.enfcle.2023.07.005. Epub 2023 Jul 20.
25. Fernández-Férez A, Ventura-Miranda MI, Camacho-Ávila M, Fernández-Caballero A, Granero-Molina J, Fernández-Medina IM, Requena-Mullor MDM. *Nursing Interventions to Facilitate the Grieving Process after Perinatal Death: A Systematic Review*. Int J Environ Res Public Health. 2021 May 24;18(11):5587. doi: 10.3390/ijerph18115587.
26. Tejero Vidal LL, Barea Millán S. *Nursing care plan for dealing with perinatal*

- bereavement according to the theory of dysfunctional bereavement. Clinical case.* Enferm Clin (Engl Ed). 2023 Mar-Apr;33(2):149-156. doi: 10.1016/j.enfcle.2023.02.002. Epub 2023 Feb 21.
27. Furtado-Eraso S, Marín-Fernández B, Escalada-Hernández P. *Proposed nursing care plan for women who suffer a perinatal loss, according to Watson's theory.* Enferm Clin (Engl Ed). 2024 Sep-Oct;34(5):416-423. doi: 10.1016/j.enfcle.2024.09.006. Epub 2024 Oct 3.
 28. Qian J, Chen S, Jevitt C, Sun S, Wang M, Yu X. *Experiences of obstetric nurses and midwives receiving a perinatal bereavement care training programme: A qualitative study.* Front Med (Lausanne). 2023 Mar 15;10:1122472. doi: 10.3389/fmed.2023.1122472.
 29. Galeotti M, Heaney S, Robinson M, Aventin Á. *Evaluation of a pregnancy loss education intervention for undergraduate nursing students in Northern Ireland: A pre- and post-test study.* BMC Nurs. 2023 Aug 14;22(1):268. doi: 10.1186/s12912-023-01408-4.
 30. Donegan G, Noonan M, Bradshaw C. *Parents experiences of pregnancy following perinatal loss: An integrative review.* Midwifery. 2023 Jun;121:103673. doi: 10.1016/j.midw.2023.103673. Epub 2023 Mar 30.
 31. Burden C, Bradley S, Storey C, Ellis A, Heazell AE, Downe S, Cacciatore J, Siassakos D. *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 Childbirth. 2016 Jan 19;16:9. doi: 10.1186/s12884-016-0800-8..
 32. Sheehy A, Baird K. *A qualitative study of early career Australian midwives' encounters with perinatal grief, loss and trauma.* Women Birth. 2022 Nov;35(6):e539-e548. doi: 10.1016/j.wombi.2022.01.009. Epub 2022 Feb 1.
 33. Martos-Lopez IM, Sanchez-Guisado MM Guedes-Arebalo C. *Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado = Bereavement for perinatal death, unauthorized bereavement.* Rev Esp Comun Salud. 28 de noviembre de 2016 300-9. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3454>
 34. Salgado HO, Andreucci CB, Gomes ACR, Souza JP. *The perinatal bereavement project: development and evaluation of supportive guidelines for families experiencing stillbirth and neonatal death in Southeast Brazil-a quasi-experimental before-and-after study.* Reprod Health. 2021 Jan 6;18(1):5. doi: 10.1186/s12978-020-01040-4. Erratum in: Reprod Health. 2021 Jul 5;18(1):144. doi: 10.1186/s12978-021-01191-y.
 35. Oliveira CM de, Silva AD, Ramalho C, Costa ME, Martins MV. *Effects of marital satisfaction and ritual utility on bereavement experience in abortion.* Cogitare Enferm. [Internet] 2022. 27. Available on: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.87853>.
 36. Mota C, Sánchez C, Carreño J, Gómez ME. *Paternal Experiences of Perinatal Loss- A Scoping Review.* Int J Environ Res Public Health. 2023 Mar 10;20(6):4886. doi: 10.3390/ijerph20064886.

37. Roncallo A. *Los profesionales sanitarios ante la muerte perinatal: Estrategias de autocuidado y apoyo mutuo*. Rev Enferm Actual. 2018;36:25–32.
38. Castilla-Puentes R, Isidoro AF, Orosito A, Eaton S, Goyeneche M, Cabrales LG, Santaella G. *Perinatal bereavement rooms: a narrative review of physical space in perinatal grief*. Arch Gynecol Obstet. 2025 Nov;312(5):1515-1527. doi: 10.1007/s00404-025-08175-4. Epub 2025 Sep 23.
39. Hernández Sampayo L. *Vivencia del cuidado de enfermería en un proceso de duelo*. Cul. Cuid. [Internet]. 21 de septiembre de 2019;23(54):59-66. Disponible en: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2019-n54-vivencia-del-cuidado-de-enfermeria-en-un-proceso-de-due>
40. Martínez-García E, Lara-Rodríguez H, Álvarez-Serrano MA, González-García A, Martín-Salvador A, Gázquez-López M, Pérez-Morente MÁ. *Good practices in perinatal bereavement care in public maternity hospitals in Southern Spain*. Midwifery. 2023 Sep;124:103749. doi: 10.1016/j.midw.2023.103749. Epub 2023 May 29.
41. Paraíso Pueyo E, González Alonso AV, Botigué T, Masot O, Escobar-Bravo MÁ, Lavedán Santamaría A. *Nursing interventions for perinatal bereavement care in neonatal intensive care units: A scoping review*. Int Nurs Rev. 2021 Mar;68(1):122-137. doi: 10.1111/inr.12659. Epub 2021 Mar 9.
42. Robinson M, Robinson Esq CD. *The silent cry: A psychiatric-mental health nurse's guide for fathers experiencing perinatal loss*. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2022 Oct;29(5):619-623. doi: 10.1111/jpm.12849. Epub 2022 Jun 30.
43. Boyle FM, Horey D, Middleton PF, Flenady V. *Clinical practice guidelines for perinatal bereavement care - An overview*. Women Birth. 2020 Mar;33(2):107-110. doi: 10.1016/j.wombi.2019.01.008. Epub 2019 Mar 15.
44. Bezerra NA, Santos CNSD, Silva ATCSGD, Linhares FMP, Morais SCR. *Nursing care for parents who have experienced fetal demise: integrative review*. Rev Bras Enferm. 2024 Mar 15;77(1):e20220811. doi: 10.1590/0034-7167-2022-0811.

8. ANEXOS

1. Anexo I: Escala de duelo perinatal

“Cada afirmación es un pensamiento o sentimiento que algunas personas podrían tener cuando han perdido a su bebé, como es su caso. No hay respuestas acertadas o incorrectas para estas afirmaciones. Para cada afirmación, marque una X en la casilla que mejor indica su grado de acuerdo o desacuerdo en el momento actual.”

AFIRMACIÓN	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Me siento deprimida					
2. Se me hace difícil llevarme bien con algunas personas					
3. Me siento vacía					
4. No puedo realizar las tareas cotidianas					
5. Siento la necesidad de hablar de mi bebé					
6. Me lamento por la pérdida de mi bebé					
7. Estoy asustada					
8. He pensado en el suicidio desde que perdí a mi bebé					
9. Tomo medicación para el nerviosismo					
10. Extraño mucho a mi bebé					
11. Siento que me estoy adaptando bien a la pérdida de mi bebé					
12. Es doloroso recordar la pérdida de mi bebé					
13. Me enojo cuando pienso en mi bebé					
14. Llora cuando pienso en mi bebé					
15. Me siento culpable cuando pienso en mi bebé					
16. Me siento enferma cuando pienso en mi bebé					
17. Me siento desprotegida en un mundo peligroso desde que perdí a mi bebé					
18. Intento reír, pero ya nada me parece gracioso					
19. El tiempo pasa muy lentamente desde que perdí a mi bebé					
20. La mejor parte de mí se perdió con mi bebé					
21. Siento que decepcioné a gente por la pérdida de mi bebé					
22. Siento un gran dolor por la pérdida de mi bebé					
23. Me siento culpable por la pérdida de mi bebé					
24. Necesito justificarme ante algunas personas por la pérdida de mi bebé					

25. A veces siento que necesito ayuda profesional para que mi vida funcione otra vez				
26. Me siento como muerta en vida				
27. Me siento muy sola desde que perdí a mi bebé				
28. Me siento apartada y sola, aunque esté con amigos				
29. Siento que es mejor no amar				
30. Desde que perdí a mi bebé se me hace difícil tomar decisiones				
31. Me preocupa cómo será mi futuro				
32. Una madre desolada por la pérdida de su bebé es inferior a otra				
33. Es maravilloso estar vivo				

(Perinatal Grief Scale, 33 items short version) Potvin, L, Lasker, JN & Toedter, LJ (1989). Traducida y validada al Castellano por Mota, et. al (2011).

Se trata de una escala tipo Likert de 33 afirmaciones y cinco opciones de respuesta para cada una. Estas evalúan tres subescalas relacionadas con el duelo, cada una tiene una puntuación mínima de 11 y máxima de 55. (la suma de las tres esta entre 33 y 165 puntos). Esta escala no busca diagnosticar sino definir el impacto emocional que está teniendo la vivencia del duelo sobre la persona para determinar la necesidad de un soporte terapéutico mayor. Una puntuación superior o igual a 90 puntos indicaría un alto impacto y posible necesidad de terapia especializada.

2. Anexo II: programa de lectura crítica CASPe. Revisión sistemática.

A/ ¿Los resultados de la revisión son válidos?

Preguntas "de eliminación"

<p>1 ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?</p> <p><i>PISTA: Un tema debe ser definido en términos de</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La población de estudio. - La intervención realizada. - Los resultados ("outcomes") considerados. 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>2 ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?</p> <p><i>PISTA: El mejor "tipo de estudio" es el que</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Se dirige a la pregunta objeto de la revisión. - Tiene un diseño apropiado para la pregunta. 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>

¿Merece la pena continuar?

Preguntas detalladas

<p>3 ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><i>PISTA: Busca</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Qué bases de datos bibliográficas se han usado. - Seguimiento de las referencias. - Contacto personal con expertos. - Búsqueda de estudios no publicados. - Búsqueda de estudios en idiomas distintos del inglés. 	
<p>4 ¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><i>PISTA: Los autores necesitan considerar el rigor de los estudios que han identificado. La falta de rigor puede afectar al resultado de los estudios ("No es oro todo lo que reluce" El Mercader de Venecia. Acto II)</i></p>	
<p>5 Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado "combinado", ¿era razonable hacer eso?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Los resultados de los estudios eran similares entre sí. - Los resultados de todos los estudios incluidos están claramente presentados. - Están discutidos los motivos de cualquier variación de los resultados. 	

B/ ¿Cuáles son los resultados?

<p>6 ¿Cuál es el resultado global de la revisión?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si tienes claro los resultados últimos de la revisión. - ¿Cuáles son? (numéricamente, si es apropiado). - ¿Cómo están expresados los resultados? (NNT, odds ratio, etc.). 	
<p>7 ¿Cuál es la precisión del resultado/s?</p> <p><i>PISTA:</i> <i>Busca los intervalos de confianza de los estimadores.</i></p>	

C/¿Son los resultados aplicables en tu medio?

<p>8 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes cubiertos por la revisión pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área. - Tu medio parece ser muy diferente al del estudio. 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>9 ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>10 ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?</p> <p><i>Aunque no esté planteado explícitamente en la revisión, ¿qué opinas?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>

3. Anexo III: programa de lectura crítica CASPe. Estudios cualitativos.

A/ ¿Los resultados del estudio son válidos?

Preguntas "de eliminación"

<p>1 ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Queda implícita/explicita la pregunta de investigación? - ¿Se identifica con claridad el objetivo/s de investigación? - ¿Se justifica la relevancia de los mismos? 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>2 ¿Es congruente la metodología cualitativa?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si la investigación pretende explorar las conductas o experiencias subjetivas de los participantes con respecto al fenómeno de estudio. - ¿Es apropiada la metodología cualitativa para dar respuesta a los objetivos de investigación planteados? 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>3 ¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el investigador hace explícito y justifica el método elegido (p.ej. fenomenología, teoría fundamentada, etnología, etc.). 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>

¿Merece la pena continuar?

Preguntas “de detalle”

<p>4 ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hay alguna explicación relativa a la selección de los participantes. - Justifica por qué los participantes seleccionados eran los más adecuados para acceder al tipo de conocimiento que requería el estudio. - El investigador explica quién, cómo, dónde se convocó a los participantes del estudio. 	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
<p>5 ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -El ámbito de estudio está justificado. -Si se especifica claramente y justifica la técnica de recogida de datos (p. ej. entrevistas, grupos de discusión, observación participante, etc.). -Si se detallan aspectos concretos del proceso de recogida de datos (p. ej. elaboración de la guía de entrevista, diseño de los grupos de discusión, proceso de observación). -Si se ha modificado la estrategia de recogida de datos a lo largo del estudio y si es así, ¿explica el investigador cómo y por qué? -Si se explicita el formato de registro de los datos (p. ej. grabaciones de audio/vídeo, cuaderno de campo, etc.) -Si el investigador alcanza la saturación de datos y reflexiona sobre ello. 	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO

<p>6 ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol en el proceso de investigación (el investigador como instrumento de investigación), incluyendo sesgos potenciales: <ul style="list-style-type: none"> - En la formulación de la pregunta de investigación. - En la recogida de datos, incluida la selección de participantes y la elección del ámbito de estudio. - Si el investigador refleja y justifica los cambios conceptuales (reformulación de la pregunta y objetivos de la investigación) y metodológicos (criterios de inclusión, estrategia de muestreo, técnicas de recogida de datos, etc.). 	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SÍ NO SÉ NO </p>
<p>7 ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el investigador ha detallado aspectos relacionados con: <ul style="list-style-type: none"> - El consentimiento informado. - La confidencialidad de los datos. - El manejo de la vulnerabilidad emocional (efectos del estudio sobre los participantes durante y después del mismo como consecuencia de la toma de consciencia de su propia experiencia). - Si se ha solicitado aprobación de un comité ético. 	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SÍ NO SÉ NO </p>

B/ ¿Cuáles son los resultados?

<p>8 ¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si hay una descripción detallada del tipo de análisis (de contenido, del discurso, etc.) y del proceso. - Si queda claro cómo las categorías o temas emergentes derivaron de los datos. - Si se presentan fragmentos originales de discurso significativos (verbatim) para ilustrar los resultados y se referencia su procedencia (p. ej. entrevistado 1, grupo de discusión 3, etc.) - Hasta qué punto se han tenido en cuenta en el proceso de análisis los datos contradictorios (casos negativos o casos extremos). - Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol y su subjetividad de análisis. 	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SÍ NO SÉ NO </p>
--	--

<p>9 ¿Es clara la exposición de los resultados?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Los resultados corresponden a la pregunta de investigación. - Los resultados se exponen de una forma detallada, comprensible. - Si se comparan o discuten los hallazgos de la investigación con los resultados de investigaciones previas. - Si el investigador justifica estrategias llevadas a cabo para asegurar la credibilidad de los resultados (p.ej. triangulación, validación por los participantes del estudio, etc.) - Si se reflexiona sobre las limitaciones del estudio. 	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">SÍ</td> <td style="text-align: center;">NO SÉ</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SÍ	NO SÉ	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
SÍ	NO SÉ	NO					

C/¿Son los resultados aplicables en tu medio?

<p>10 ¿Son aplicables los resultados de la investigación?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -El investigador explica la contribución que los resultados aportan al conocimiento existente y a la práctica clínica. - Se identifican líneas futuras de investigación. -El investigador reflexiona acerca de la transferibilidad de los resultados a otros contextos. 	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">SÍ</td> <td style="text-align: center;">NO SÉ</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SÍ	NO SÉ	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
SÍ	NO SÉ	NO					