



**Universidad
Europea CANARIAS**

Propuesta de Intervención Psicológica en el Duelo Perinatal

Trabajo fin de Máster

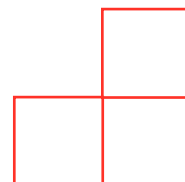
Autor/a: Rebeca Febles Llizo y
Juan Carlos Morales Torres

Tutor/a: Olena Kostiv

11 de febrero de 2024

Campus de la Orotava
Calle Inocencia García, 1
38300 la Orotava
universidadeuropea.com

Instalaciones de Santa Cruz
C/ Valentín Sanz, 27
38002 Santa Cruz de Tenerife



Resumen

Antecedentes: El duelo perinatal es la respuesta emocional y sistémica a la pérdida de un hijo durante el embarazo o en los momentos previos o posteriores al parto que implica la adaptación a cambios significativos para la persona para procesar la muerte del bebé. Las mujeres manifiestan puntuaciones altas en ansiedad y depresión en el siguiente embarazo tras una pérdida perinatal. La escasez de apoyo social percibido se relaciona con la ansiedad y la depresión durante el duelo y aumenta la dificultad para que el proceso se lleve a cabo. **Intervención:** El programa está orientado a mujeres de entre 18 y 45 años que sufren una pérdida perinatal entre las 22 semanas de gestación y los primeros 7 días tras el nacimiento. Consta de 13 sesiones con periodicidad semanal donde se establecen como objetivos la validación del duelo, la expresión emocional, el manejo de la culpa asociada a las causas de la pérdida, los miedos y las expectativas de futuro. La evaluación de la intervención se hará en medidas pre y post tratamiento con los cuestionarios IED, PGS y EMASP y mediante la observación directa de los cambios en los registros de pensamientos y emociones. **Conclusiones:** se espera que este programa pueda contribuir a la mejoría de la sintomatología ansioso-depresiva asociada al duelo perinatal en las mujeres, favoreciendo la elaboración del mismo y proporcionar a los profesionales de la salud mental estrategias y herramientas efectivas para ayudar a las pacientes que experimentan duelo perinatal.

Palabras clave: duelo complicado, duelo perinatal, intervención terapéutica, muerte perinatal, reestructuración cognitiva, validación emocional.



Background: Perinatal grief is the emotional and systemic response to the loss of a child during pregnancy or in the moments before or after childbirth, which involves adapting to significant changes for the individual to process the death of the baby. Women often experience high levels of anxiety and depression in subsequent pregnancies following perinatal loss. Perceived lack of social support is associated with anxiety and depression during grief and exacerbates the difficulty of the grieving process. **Intervention:** The intervention targets women aged 18 to 45 who experience perinatal loss between 22 weeks of gestation and the first 7 days after birth. A 13-session intervention plan with weekly frequency is proposed, focusing on objectives such as grief validation, emotional expression, managing guilt associated with the causes of loss, fears, and future expectations. Intervention evaluation will be conducted with pre- and post-treatment measures using the IED, PGS, and EMASP questionnaires, along with direct observation of changes in thought and emotion records. **Conclusions:** This program is expected to contribute to the improvement of anxiety and depression symptoms associated with perinatal grief in women, facilitating its processing, and providing mental health professionals with effective strategies and tools to assist patients experiencing perinatal grief.

Keywords: cognitive restructuring, complicated grief, emotional validation, perinatal death, perinatal grief, therapeutic intervention.

1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el duelo como un proceso normal de adaptación a las pérdidas, que afecta a la persona, pero que puede convertirse en un factor de riesgo para enfermar, aumentando la morbilidad y la mortalidad de quienes experimentan el duelo. Concretamente, el duelo extrapolado a la experiencia de pérdida que se produce como resultado de la muerte de un hijo o hija en cualquier momento del período gestacional o neonatal, es el duelo perinatal (Mejías, 2011). Este proceso de duelo implica una respuesta sistémica y emocional a la pérdida y es esencial para asimilar y aceptar los cambios originados por la muerte del feto. Se extiende a situaciones que incluyen abortos, partos de fetos inmaduros y las reacciones de los padres al tener un hijo con anomalías congénitas (Murray et al., 2000).

Concretamente, durante el período gestacional se definen dos tipos de pérdidas: la mortalidad perinatal y la muerte neonatal. La mortalidad perinatal o gestacional se refiere a las mortalidades que ocurren desde las 22 semanas completas (154 días después de la gestación) y termina siete días después del nacimiento. En el caso de la muerte neonatal, se define como la muerte del nacido antes de los 28 días de vida. Se subdivide en muerte neonatal precoz, refiriéndose a las que ocurren en los primeros siete días de vida, y muerte neonatal tardía si acontece entre los días 8 y 27 tras el nacimiento, (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2021).

La tasa de mortalidad perinatal en Canarias, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) del año 2021, se sitúa en 4.78 por cada 1,000 nacidos, superando la tasa nacional de 4.03 por cada 1,000 nacidos. Esta cifra se ve agravada por la falta de obligación legal de registrar las muertes fetales antes de los 180 días de concepción (Cassidy, 2018).

Hasta la década de los años setenta del siglo XX, la comunidad médica no reconocía la pérdida de un bebé, ya sea por aborto espontáneo, mortinato o muerte neonatal, como una pérdida significativa (DiMarco et al., 2001). Esto se debe a que Bourne en 1968 introdujo el concepto del

"ángulo ciego", el cual sugiere que los padres debían minimizar la importancia de la pérdida y simular que no había ocurrido, recomendando un nuevo embarazo para reducir el dolor de la pérdida. Los profesionales médicos, con intención de proteger a los padres, guardaban silencio y actuaban negando lo sucedido e incluso sedaban a las madres durante el parto para evitar el dolor de ver a su hijo muerto.

Sin embargo, el trabajo pionero de Kennell, Slyter y Klaus en 1970 sobre la reacción ante la pérdida de un embarazo, proporcionó la primera evidencia empírica documentada de que las mujeres experimentan una respuesta de duelo importante después de la pérdida de un bebé.

A su vez, según De Madinabeitia (2011), los avances en Ginecología y Obstetricia han permitido a los progenitores contemplar la imagen ecográfica de su hijo/a desde el inicio del embarazo, lo que facilita el apego de los progenitores. Pero, esta posibilidad a través de la ecografía también conlleva la capacidad de identificar tempranamente posibles problemas en el feto, lo que en ocasiones obliga a los padres a tomar decisiones cruciales para la vida de su hijo y la continuidad del embarazo.

El duelo perinatal es un constructo complejo con múltiples variables implicadas que conlleva un malestar significativo (Pastor, 2015). Es fundamental reconocer que, antes de considerar los efectos de la pérdida de un hijo no nacido, se deben tener en cuenta los problemas de salud mental comunes que experimentan las mujeres durante el período perinatal, como son los trastornos y síntomas relacionados con la ansiedad y la depresión, que pueden tener consecuencias adversas tanto para las futuras madres como para sus bebés (Noguerol & Míguez, 2022). Y es que, el embarazo se considera un momento crítico, debido a que las adaptaciones que éste requiere pueden alterar su equilibrio emocional y generar en ella estados de tensión, ansiedad y/o miedo (De Molina-Fernández et al., 2015). Por un lado, la depresión durante el embarazo puede provocar cambios conductuales como el abandono de los controles prenatales, el deterioro del autocuidado, la mala adherencia a las indicaciones médicas y el abuso de tabaco, alcohol y drogas (Jadresic, 2010). La depresión perinatal

representa un importante problema de salud pública, con una prevalencia estimada de aproximadamente el 15% durante el primer año posparto (De La Fe Rodríguez-Muñoz et al., 2023). Es crucial destacar estos datos, ya que la pérdida del bebé puede aumentar la incidencia de estos trastornos. En este sentido, se ha observado que más del 90% de las mujeres que han experimentado una pérdida gestacional, ya sea inducida o involuntaria, sufren depresión (Cardoso-Escamilla et al., 2017). Su duelo puede verse complicado por múltiples factores que agudizan la pena y pueden llevar a una depresión; factores como el apoyo social, ser madres primerizas, la baja condición económica o la culpa excesiva (Molina, 2017).

El apoyo social percibido, el emocional, y el de confianza (posibilidad de contar con personas para comunicarse) es uno de los factores que está relacionado con los niveles de ansiedad, estrés y depresión (Leis & Flores-Gallegos, 2018). Estos autores detectaron diferencias entre los niveles de estrés, ansiedad y apoyo social entre mujeres que se encontraban embarazadas por primera vez y entre aquellas que tuvieron embarazos previos. Los estudios muestran, en embarazos posteriores a una pérdida perinatal, elevados niveles de ansiedad y depresión, aumento de visitas médicas prenatales y retraso en la formación del apego en el vínculo prenatal como forma de autoprotección emocional (de Gregorio, 2023).

Por otro lado, durante el embarazo, también se observan tasas elevadas de incidencia y prevalencia de síntomas de ansiedad. Como factores predictores de los síntomas de ansiedad, se han identificado el tabaquismo, la presencia de enfermedades previas y cambios en las relaciones sociales. (Soto-Balbuena et al., 2018)

Otro aspecto que resaltar y el cual dificulta transitar el duelo es la existencia de normas sociales no escritas que dictan quién debería llevar a cabo el proceso de duelo, cómo hacerlo, por cuánto tiempo y en qué circunstancias. Salirse de estas normas no expresadas puede dejar a los padres afligidos afrontando su pérdida en soledad, sin encontrar el apoyo necesario ni la comprensión adecuada de su dolor (De Madinabeitia, 2011). Esto se debe a que el duelo perinatal se

conoce como duelo desautorizado por ser un duelo tabú (Sánchez Pérez, 2019). Además, cuando el embarazo no ha sido anunciado a la gente cercana, puede suceder que se oculte todo el proceso con la idea de no tener que dar explicaciones. Unido a lo anterior, surgen dudas tanto a nivel personal como en el entorno sobre si es posible elaborar un proceso de duelo a alguien que no vivió, que no llegó a nacer, ya que la experiencia de duelo conocida hasta ahora es en casos dónde conocían a la persona (Payás, 2010). Por otro lado, considera que la madre se siente desautorizada para hablar con normalidad de la pérdida; esto se debe a que se trata de niños que no recibirán un entierro, a veces no tienen nombre y en la mayoría de las ocasiones no existen fotos ni nada que avale su existencia.

La pérdida perinatal tiene un impacto profundo que se refleja en costes económicos directos e indirectos (Campbell et al, 2018), así como en efectos emocionales, psicológicos y sociales (Fernández-Alcántara, et.al. 2012). Estos efectos suelen ser asumidos únicamente por las mujeres en duelo y sus familias, fuera del ámbito de los servicios de salud. Los tabúes sociales, el estigma y la discriminación pueden dar lugar a un aislamiento social que agrava y complica aún más el proceso de duelo perinatal (Martos-López et al., 2016)

Además, las mujeres en duelo a menudo experimentan una pérdida de poder debido a la falta de apoyo satisfactorio por parte de los profesionales de la salud y la escasez de recursos (Cala & Hernández, 2019), lo que genera una sensación de indefensión y aumenta la probabilidad de que el duelo se complique (Fernández-Alcántara et.al., 2012).

Un componente clave de una atención de maternidad de alta calidad es adoptar la perspectiva de las mujeres afectadas y sus familias. Esto implica comprender sus necesidades individuales y diversas, que evolucionan a lo largo del tiempo y en diferentes etapas. Las necesidades de atención en el duelo perinatal varían desde el momento en que se informa un diagnóstico adverso hasta la toma de decisiones, la permanencia en el centro médico, el regreso a casa y la preparación para un próximo embarazo. La evaluación de estas necesidades es crucial para identificar prioridades y preferencias en la atención, identificar áreas de mejora en la práctica clínica y proporcionar apoyo



específico según las diferentes etapas y contextos culturales (Sacristán, 2021).

Con todo lo expuesto anteriormente, se puede concluir que la pérdida perinatal es una experiencia profundamente impactante que puede tener efectos duraderos en la salud mental de las mujeres y sus familias. La falta de apoyo adecuado durante este proceso puede llevar a un duelo complicado, ansiedad y depresión. Con el fin de mitigar estas consecuencias y promover una transición más saludable hacia futuros embarazos, se hace evidente la necesidad de una intervención especializada en duelo perinatal que brinde apoyo, validación y herramientas para afrontar esta experiencia.

Como principales enfoques terapéuticos para abordar el duelo perinatal se encuentran la Terapia Cognitivo conductual, la terapia familiar sistémica y la Terapia de Aceptación y compromiso.

La terapia familiar sistémica se enfoca en analizar la influencia del sistema de creencias familiar. Dado que cada proceso de duelo y cada familia que lo atraviesa son únicos, al abordar terapéuticamente la pérdida de un ser querido es esencial considerar sus diferencias culturales, sus sistemas de creencias individuales y posibles disfunciones previas (Torres, 2019). La Terapia Sistémica favorece la comunicación abierta entre los miembros de la familia, proporcionando un espacio para la expresión emocional en un momento donde las emociones pueden ser intensas y diversas. Su enfoque adaptable se ajusta a las necesidades específicas de cada familia, reconociendo que cada una tiene su propia estructura y dinámica (Torres, 2019).

Por otro lado, la Terapia Cognitivo-Conductual ha mostrado ser efectiva en el tratamiento del duelo (Bagheri et al., 2023), ayudando a modificar patrones cognitivos negativos y comportamientos desadaptativos y es altamente adaptable, lo que la hace adecuada para abordar las diversas respuestas emocionales al duelo perinatal. Su capacidad para combinarse eficazmente con otros enfoques terapéuticos, como la mencionada Terapia Sistémica, permite un abordaje integral que considera

tanto las dinámicas familiares como los patrones individuales.

En tercer lugar la Terapia de Aceptación y Compromiso ha mostrado efectividad para la depresión mejorando la flexibilidad psicológica y la apertura para experimentar y ser conscientes de las situaciones que se viven en el momento presente, identificando los pensamientos depresivos y tomando distancia de ellos (defusión cognitiva) (A-Tjak et al., 2021; Kyllönen et al., 2018).

También se han encontrado beneficios de la salud mental general y calidad de vida (Forman et al., 2012; Karlin et al., 2013) y en un aumento en la esperanza (Kyllönen et al., 2018). Dentro del duelo perinatal se utilizarán técnicas de la Terapia de Aceptación y Compromiso para trabajar la conciencia de la situación, la evitación experiencial que puede impedir el proceso de duelo y para prevenir síntomas asociados a la depresión.

El presente trabajo tiene como objetivo principal diseñar un programa de intervención dirigido a mujeres que han experimentado una pérdida perinatal con el fin de proporcionar un espacio de apoyo y acompañamiento para que estas mujeres puedan elaborar su duelo de manera saludable. Como objetivos específicos, se establecen los siguientes:

- Acoger y validar emociones.
- Facilitar la conciencia y expresión emocional de las emociones asociadas a la pérdida.
- Psicoeducar acerca del proceso de duelo, sus variables intervinientes y concienciar sobre los mecanismos de evitación y control que dificultan dicho proceso
- Proporcionar herramientas para dar orden a los pensamientos y emociones vinculados a la pérdida.
- Lograr la aceptación de los pensamientos y emociones asociadas al proceso de duelo.
- Facilitar la conciencia de la realidad de la pérdida.
- Abordar los miedos asociados a la pérdida y la influencia que esos miedos tienen en las metas de la paciente.
- Generar la sensación de capacidad autónoma para continuar con el proceso de duelo de

manera adecuada tras la terapia.

Se busca validar sus sentimientos y experiencias, evitando así el desarrollo de un duelo complicado que podría tener un impacto adverso en su bienestar psicológico y emocional.

Dicha intervención tiene como enfoque central la promoción de la salud mental de las mujeres en duelo, con la aspiración de que puedan vivir futuros embarazos, si así lo desean, sin la ansiedad que a menudo acompaña a esta experiencia. A través de este programa, se pretende proporcionar a las participantes las herramientas necesarias para afrontar el duelo perinatal de manera adaptativa, promoviendo la resiliencia y la recuperación. Esta iniciativa se fundamenta en la convicción de que un abordaje temprano y adecuado del duelo perinatal puede marcar una diferencia significativa en la vida de estas mujeres y sus familias, contribuyendo a un proceso de duelo más saludable y a una transición hacia futuros embarazos y maternidad.

2. Intervención

Participantes

La intervención está dirigida a mujeres que hayan pasado por la muerte perinatal de su bebé a partir de la semana 22 de gestación. La intervención tendrá lugar si la pérdida se ha producido como mínimo 2 meses antes y como máximo 10 meses antes de la primera sesión. En la Tabla 1, se presentan los criterios de inclusión y exclusión de las participantes.

Tabla 1.

Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
-------------------------------	-------------------------------

Ser mujer	Mujeres menores de edad.
Tener entre 18 y 45 años	
Nacionalidad: habla hispana	Tener menos de 18 años o más de 45 años
Experimentar una muerte fetal intrauterina a partir de la semana 22 de gestación.	Mujeres que no pueden comunicarse en castellano
Ausencia de trastornos previos a la pérdida.	Muerte fetal intrauterina antes de la semana 22 de gestación
Mujeres cuyo recién nacido haya fallecido en los primeros siete días de vida.	Presencia de trastornos previos a la pérdida.
Mujeres con gestaciones múltiples que hayan experimentado la pérdida de uno o más hijos durante el embarazo.	Recién nacido fallecido a partir del octavo día de vida.
	Dificultades a nivel cognitivo que impidan llevar a cabo la intervención.

Desarrollo del Programa de Intervención

La intervención será individual. Además de las sesiones enfocadas únicamente en la paciente, se llevará a cabo una sesión con la pareja, en caso de que exista, y los familiares.

Asimismo, se proporcionará información y se recomendará el uso de grupos externos de apoyo que puedan complementar el trabajo realizado en las sesiones. La intervención se llevará a cabo a lo largo de 13 sesiones, cuya planificación se puede observar en la Tabla 2.

Tabla 2

Planificación de la intervención

Sesión	Objetivo/s	Técnica/s	Actividades/contenidos
---------------	-------------------	------------------	-------------------------------

1	Toma de contacto Generación del vínculo terapéutico Expresión emocional	Diálogo Socrático Escucha activa Escucha empática Validación emocional Observación directa	Ventilación emocional Recogida de información
2	Generación del vínculo terapéutico Comprensión del proceso de duelo	Diálogo Socrático Escucha activa Escucha empática Validación emocional Observación directa Psicoeducación	Ventilación emocional Recogida de información Explicación de las fases del duelo, emociones asociadas.
3	Vínculo terapéutico Comprensión del proceso de duelo	Psicoeducación Registro de emociones y pensamientos	Explicación del proceso de duelo Introducción del registro de pensamientos y emociones <i>Aplicación del <i>Inventario de Experiencias de Duelo</i> y del <i>Inventario de Duelo Complicado Revisado</i></i>
4	Identificación de patrones de pensamiento negativo recurrentes Exploración de redes de apoyo	Psicoeducación	Análisis conjunto del registro de pensamientos y emociones Recabar información sobre apoyo percibido del entorno <i>Aplicación de la <i>Escala multidisciplinar de apoyo social percibido</i> y del <i>Perinatal Grief Scale</i></i>
5	Fomentar el apoyo de la familia Crear una conciencia y validación por parte de la familia.	Psicoeducación sobre necesidades emocionales	Ejercicio de imaginación Recabar información sobre las dinámicas familiares

6	Facilitar la conciencia de la evitación y el control	Psicoeducación sobre la culpa, la evitación y el control Metáfora ACT	Metáfora “La herida del duelo” Revisión de registros de pensamientos y emociones Valoración del proceso por parte de la paciente
7	Facilitar la elaboración del duelo Abordar la culpa asociada a la superación de la pérdida	Validación emocional Escucha empática Reestructuración cognitiva	Análisis patrones de pensamiento. Tarea propuesta: registro de pensamientos negativos y búsqueda de alternativas funcionales.
8	Permitir la expresión de emociones Aceptación de la pérdida.	Validación emocional Escucha empática Psicoeducación Reestructuración cognitiva	Expresión emocional acerca de las actividades realizadas la semana anterior Representación tangible del bebé Caja de recuerdos Ceremonia de despedida Tarea para casa: registro de pensamientos y emociones
9	Informar sobre grupos de apoyo disponibles Fomentar la expresión de lo sucedido en otros ámbitos.	Psicoeducación Ventilación emocional	Expresión emocional acerca de las actividades realizadas la semana anterior. Repaso de conceptos Información grupos de apoyo
10	Fomentar la aceptación de los pensamientos y emociones asociados al duelo	Escritura terapéutica Reestructuración cognitiva Activación conductual	Revisión de registros. Expresión escrita. Potenciación de actividades agradables: activación física y actividades al aire libre

11	Abordaje de los miedos	Ejercicio experiencial ACT	Elaborar una lista de miedos
	Expectativas de futuro	Reestructuración cognitiva	Hablar sobre expectativas y nuevo embarazo, (en caso de que lo proponga la paciente)
	Prevención de depresión		Ejercicio experiencial “bolitas de papel”
<i>Administración del cuestionario Inventario de Experiencias de Duelo y del Inventario de Duelo Complicado Revisado.</i>			
12	Expectativas de futuro	Escucha empática	Administración de <i>Perinatal Grief Scale</i> y <i>Escala multidisciplinar de apoyo social percibido</i>
	Evaluación final	Reestructuración cognitiva	
		Psicoeducación	Valoración de pensamientos y emociones por parte de la paciente
13	Repaso de conceptos y cierre	Reforzamiento positivo verbal	Repaso de conceptos
	Prevención de recaídas.		Revisión de resultados
			Análisis de cambios
			Creación de una narrativa.
			Ejercicio de supuestos y acciones aprendidas en la terapia.

Contenidos y Actividades.

Sesión 1.

La primera sesión está orientada a facilitar la expresión emocional de la paciente y a generar alianza terapéutica. El vínculo da comienzo desde que se produce la primera llamada para concertar la cita donde ya se recibe una información general acerca del motivo de consulta.

En esta primera sesión se llevará a cabo una entrevista semiestructurada con la paciente, donde se recogerá información general y específica sobre lo sucedido. En todo momento se permitirá la expresión emocional de la misma y, aunque él y la terapeuta serán quienes guíen el contenido de



las preguntas, será la paciente quien marque el ritmo de la sesión, puesto que es imprescindible que sienta que se respetará en todo momento su propio proceso de duelo. Así como, durante el transcurso de dicha entrevista se proporciona espacio para el desahogo emocional y conocimiento mutuo entre paciente y terapeuta favoreciendo de esta manera el vínculo terapéutico.

Anotaciones para el terapeuta.

Para generar el vínculo terapéutico son claves la calidez y aceptación positiva e incondicional con la paciente, sin sesgos de juicios o sentencias, y brindar una sensación de seguridad y competencia.

La escucha activa, prestar atención a los detalles y hacer preguntas para clarificar la información.

La empatía es fundamental para poder comprender la información y las emociones que se dan en la sesión; es importante para comprender la perspectiva de la paciente.

Sesión 2.

La segunda sesión sigue estando orientada a la generación del vínculo terapéutico y a permitir la ventilación emocional de la paciente. En estas sesiones se hará uso de un lenguaje evocador con el fin de fomentar la expresión emocional profunda y facilitar la comunicación de la experiencia vivida. En estas primeras sesiones la observación directa complementará la información verbal que da la paciente para poder conocer y orientar la intervención.

Anotaciones para el terapeuta.

- Practicar una escucha empática y permitir que sea la persona la que marque el ritmo de estas sesiones.
- No dar la sensación de prisa a la hora de comunicarse.
- Uso de lenguaje evocador, es decir, que incite a la persona a seguir expresándose.
- En los momentos en los que se nombra al bebé fallecido se hace del uso el pasado, lo que ya



está indicando que se ha producido la pérdida y genera conciencia en un primer momento.

Sesión 3.

Durante la primera parte de la sesión se deja un espacio para permitir la expresión emocional; validación de las emociones y pensamientos que hayan sucedido durante la última semana.

Se sondea qué concepto tiene la paciente acerca del duelo y cuáles son las creencias relacionadas al proceso. Se realiza un registro de emociones y pensamientos relacionados con el proceso de duelo. Se explica la importancia del registro y en qué puede ser de ayuda en el proceso.

Se trabaja la psicoeducación sobre el duelo haciendo hincapié en que el duelo finaliza con la aceptación, pero es un proceso que fluctúa, por lo que no es lineal. El fin es prevenir que abandone el proceso terapéutico al sentir que en algún momento se dé un paso atrás. Es importante facilitar la comprensión del proceso de duelo; tipos de duelo, fases del duelo comunes, posible sintomatología asociada y cuándo un duelo se vuelve patológico. No se busca olvidar o evitar el dolor, sino aprender a convivir con los pensamientos y emociones que perdurarán a lo largo de la vida, procurando minimizar el sufrimiento. Se recaba información acerca de sueños, pensamientos intrusivos y síntomas físicos.

Al finalizar la tercera sesión se entregará una plantilla de registro de emociones y pensamientos (ver Anexo 1) donde se anotarán la situación concreta, la emoción que genera, qué pensamiento surge y qué conducta se realiza posteriormente. Se explicará cómo rellenarlo para que la paciente lo cumplimente en casa y lo traiga en la siguiente sesión. Por último, explicando que sería positivo tener un poco más de información sobre el proceso de duelo se administra el *Inventario de Experiencias de Duelo* y el *Inventario de Duelo Complicado Revisado*.

Sesión 4.

Al comienzo de la sesión se deja un espacio para la ventilación emocional y que la paciente exprese las sensaciones que ha tenido durante la última semana y cómo se encuentra en las sesiones que se han llevado hasta el momento.

Se continuará en esta sesión fortaleciendo las estrategias/herramientas para la gestión emocional del duelo a través de la psicoeducación. Dada la complejidad emocional involucrada, una sola sesión no es suficiente para abordar este tema, ya que, debido a la naturaleza del duelo en sí, puede provocar la emergencia de diversas emociones, lo cual requiere de un enfoque gradual y reflexivo. Por otro lado, nos enfocaremos en una revisión del registro de pensamientos y emociones elaborado en la sesión 3, lo que permitirá examinar de forma más detallada las experiencias y reflexiones de la paciente, aportando una visión más profunda de su proceso emocional. A través de un análisis conjunto identificamos patrones recurrentes que nos permitirán establecer un punto de partida para explorar temas específicos.

Con el fin de preparar la siguiente sesión se habla sobre la importancia del apoyo familiar y se permite la expresión acerca de la manera en la que la familia y el entorno cercano ha gestionado la situación. Además, se recaba información acerca de las sensaciones y las emociones que el entorno ha provocado en la paciente. Se lleva a cabo un registro (ver Anexo 2) acerca de las principales carencias que la paciente ha observado de su entorno y que conductas considera que no están siendo positivas para el proceso que está viviendo. Este registro será de ayuda a la hora de intervenir con su entorno más cercano en la siguiente sesión.

Para finalizar la sesión, se administrará la *Perinatal Grief Scale* y la *Escala multidisciplinar de apoyo social percibido*.

Sesión 5.

La quinta sesión, será en presencia de la pareja si la hubiera y los familiares, para recabar información acerca de las creencias y el apoyo de su entorno familiar en el momento del duelo.

Se lleva a cabo psicoeducación acerca de las necesidades de la madre de sentirse acompañada y validada, acerca del duelo perinatal y sobre la importancia de la validación de ese duelo, con el fin de que el entorno sea capaz de ofrecer el apoyo necesario durante el proceso.

Para generar mayor conciencia se realizan los siguientes ejercicios:

Ejercicio de imaginación con familiares que pretende que logren ponerse en el lugar de la madre. Se comienza pidiendo a los familiares que se sienten cómodamente y cierren los ojos ya que se va a realizar un ejercicio que requiere de concentración. A continuación se solicita que piensen en una persona de su entorno que sea muy importante para ellos y comiencen a imaginar cómo será la próxima vez que vean a esa persona y que actividades o planes les gustaría realizar en el futuro. Una vez generada la situación en sus mentes se les pide que imaginen que esa persona muere de repente. Este ejercicio tiene como objetivo sensibilizar a los familiares sobre la intensidad y complejidad de las emociones que experimenta la madre y que puedan comprender que pese a no haber nacido el bebé, esa parte relacionada con las expectativas de futuro y la ilusión de compartirlas con la persona querida se ha roto.

Habiendo realizado previamente el ejercicio de imaginación, se lleva a cabo un ejercicio de role-playing. Durante este ejercicio se hace una breve introducción acerca de las circunstancias que ha vivido la madre: la ilusión de la noticia del embarazo, el comienzo de las pruebas, la celebración que se hizo al comunicar la noticia del embarazo a los familiares y todos los preparativos de la habitación del bebé. Se solicita al familiar que piense en que en este momento es él o ella el que está viviendo esa situación. A continuación se expone lo sucedido, la pérdida, el momento en el que el personal médico le comunica la noticia, etc. Ahora el familiar debe “interpretar” a la madre en las siguientes situaciones:

- Alguien te dice que no tienes que estar triste.
- Alguien te recomienda que vuelvas a quedarte embarazada.
- Alguien te dice que deberías olvidarlo.



- Alguien te dice que hagas planes o salgas a divertirse.

Este ejercicio busca aumentar la empatía y mejorar en situaciones posteriores la asertividad en la comunicación con la madre, ya que al darse dichas situaciones de invalidación es probable que el familiar pueda conectar mejor al recordar este ejercicio.

Se permite espacio para que la madre exprese en presencia del terapeuta cuáles son sus mayores preocupaciones con relación a su entorno más cercano; el registro elaborado en la sesión 4 será de apoyo y permite al terapeuta servir de ayuda en la correcta comunicación de la información que la paciente quiere transmitir.

También se permite que la familia exprese qué conductas se pueden estar dando en la madre tras la pérdida, ya que una visión externa nos puede ayudar a clarificar la información.

Los últimos 10 minutos de la sesión se harán exclusivamente con la paciente para hacer un cierre y valoración, y se establece la realización de un registro de pensamientos y emociones, tras la sesión y en los siguientes días.

Anotaciones para el/la terapeuta.

Durante la sesión con la familia es posible que queden de manifiesto conductas o pensamientos que puedan afectar de una manera relevante al proceso y que de no abordarlas impedirían los avances; valorar intervenciones secundarias con familiares.

Sesión 6.

En la sesión 6, se revisa el registro de pensamientos de la última semana y se da orden de mayor a menor preocupación a los pensamientos y emociones vinculados a la pérdida. Es posible que aparezcan creencias acerca de la culpa y el miedo que se identifican durante esta sesión.

Haremos uso del Diálogo Socrático para conseguir generar una conciencia de la realidad que se está viviendo y profundizar en las creencias. Algunas de las preguntas utilizadas para conseguir profundizar en estas creencias son las siguientes: “¿Podría existir otra explicación a lo que dices?”

“¿Por qué crees que lo que dices es cierto?”, “¿Es posible que las cosas fueran de otra manera?”, “¿Qué certeza tienes de que lo que piensas vaya a suceder?”, “¿Cabe la posibilidad de que puedas afrontar ese miedo?”.

Se hace uso de metáforas de la Terapia de Aceptación y Compromiso para facilitar la conciencia de la evitación y el control que se pueden dar dentro del proceso del duelo. Se introduce la psicoeducación acerca de la culpa y cuáles son las funciones que cumple esta emoción. Se aborda la culpa asociada a las causas de la pérdida y también la culpa asociada a la superación de la misma.

Se enfatiza que el objetivo de la terapia no es promover el olvido, sino ayudar a aceptar la pérdida como parte de la vida para vivir sin dolor. Uso de la metáfora “La herida del duelo” (AECC, 2020) (ver Anexo 3) que está enfocada a generar una comprensión más profunda del proceso de duelo, la no linealidad de este y que la aceptación no implica el olvido sino el sufrimiento.

En la última parte de la sesión se agradece la confianza y se refuerzan los avances; se hace una valoración acerca del proceso por parte de la paciente.

Sesión 7.

En el comienzo de la sesión se permite un espacio para la ventilación emocional. Se hace psicoeducación sobre la reestructuración cognitiva: acerca de la técnica, de los pensamientos automáticos y de las emociones aparejadas a ellos.

Se lleva a cabo con ayuda de la paciente un análisis de los patrones de pensamiento y se identifican creencias susceptibles de reestructuración, explicando en todo momento el porqué de la disfunción que esos pensamientos pueden suponer a la hora de que el proceso de duelo se desarrolle correctamente. De manera conjunta con la paciente se valoran las alternativas posibles.

Se retoman las distorsiones identificadas en la sesión 6. Se realiza una reestructuración

cognitiva en el caso de existir distorsiones relacionadas también con la culpa. El procedimiento tras haber identificado los pensamientos es convertirlos en hipótesis, es decir, someterlos a la duda. Para ello, se usarán cuestiones del tipo: ¿Existe la posibilidad de que lo que dices no sea del todo cierto?, ¿Qué razones tienes para pensar de esta manera?, ¿Existen razones para pensar de manera diferente?

A continuación se usa el diálogo Socrático con preguntas abiertas acerca de las posibilidades reales que existen acerca de los pensamientos con el fin de clarificar el contenido y la veracidad de cada respuesta. Finalmente, mediante el uso de la técnica de la flecha descendente se realizan por parte del terapeuta preguntas del tipo “¿por qué?” y “¿para qué?”, donde podremos profundizar en la raíz de las creencias que están provocando esas distorsiones. El proceso en sí genera conciencia y claridad acerca de la disfuncionalidad de los pensamientos y hace que la persona no perpetúe dichas distorsiones que impedirían que dificultan el proceso de duelo.

Se propone una tarea para la semana siguiente donde la paciente identificará los patrones de pensamiento negativo y hará un registro de ellos (ver Anexo 4). Deberá dedicar unos minutos diariamente en la búsqueda de alternativas a dichos pensamientos negativos.

En la última parte de la sesión se refuerza el trabajo y los avances.

Anotaciones para el terapeuta.

Para preparar la siguiente sesión, se solicita a la paciente que traiga ecografías y objetos del bebé que sean relevantes para ella.

Sesión 8.

Comienza la sesión permitiendo la expresión y valorando las sensaciones que se han dado durante la semana. Se revisa el registro de pensamientos negativos y se analizan las alternativas propuestas en cada caso.

En este punto de la intervención, con el fin de favorecer el proceso de elaboración del duelo,



se llevarán a cabo varias tareas que involucran una carga emocional significativa, pero que son cruciales para el avance terapéutico. Por un lado, se fomenta la generación de una representación tangible del bebé fallecido, que incluirá su nombre, fotografías o ecografías, huellas y fechas de la pérdida. Se animará a la paciente en todo momento a expresar libremente sus pensamientos y a explorar la imagen mental creada, proporcionando un espacio para compartir expectativas y reflexiones asociadas. Por otro lado, se crea una caja de recuerdos, un espacio simbólico donde se colocarán objetos significativos relacionados con el bebé, validando la importancia emocional de cada elemento seleccionado. En todo momento el acercamiento a cada parte del ritual que se está llevando a cabo se hace con respeto y dejando espacio para la expresión emocional en cada parte de la actividad.

Anotaciones para el terapeuta.

- Validar emocionalmente las experiencias de la actividad.
- Permitir la expresión de emociones, psicoeducación acerca de la no linealidad del proceso de duelo.
- Acogimiento emocional tras la realización de este ritual y permitir la expresión tanto emocional como verbal. Existe la posibilidad de que la sesión tenga una duración superior a la habitual.

Sesión 9.

En la novena sesión, se comenzará por dejar un espacio para expresar lo vivido en la sesión anterior, ya que trabajaron actividades con una carga emocional muy profunda. Ventilación emocional y espacio para la expresión libre de la paciente.

Como actividad principal de esta sesión, se propondrá redactar una “carta de despedida” al bebé para favorecer la aceptación de la pérdida. Esta carta será escrita a mano y dirigida al bebé no nacido. En ella le contará lo vivido en el embarazo, las sensaciones e ilusiones que existían, los



planes de futuro que se había imaginado... También lo sucedido, las emociones que se vivieron en los diferentes momentos, etc. Esta carta pretende facilitar la expresión enfocada en el adiós al bebé, donde deposita de manera simbólica los deseos e ilusiones que no pudieron ser y que suponga una despedida donde la madre pueda expresar todo lo que desee.

Además, se propone la posibilidad de realizar una ceremonia de despedida y se facilita la discusión sobre cómo le gustaría que se llevara a cabo, permitiendo a la paciente expresar sus preferencias y decidir quiénes deberían formar parte de este evento significativo.

En esta sesión se refuerzan conceptos como el significado del duelo, la perspectiva del entorno, las emociones implicadas en el proceso, su aceptación e importancia de la identificación de las distorsiones y la generación de alternativas más funcionales.

Se proporciona información acerca de los grupos de apoyo y psicoeducación acerca de cómo estos benefician al proceso de duelo.

Se propone continuar con los registros de emociones y pensamientos.

Propuesta añadida.

Se informa acerca de los grupos de apoyo disponibles. En la página web www.umamanita.es existen los contactos para los grupos de apoyo al duelo perinatal en España actualmente. Además, se dará psicoeducación sobre la sensación de satisfacción que existe dentro de la ayuda a otras personas y cómo la experiencia que ha vivido puede brindar una ayuda a personas que se encuentran al inicio de este proceso de duelo. Se darán los datos de contacto de los grupos de apoyo en el duelo perinatal de Cometa Duelo Tenerife y la sede y horarios de los grupos de apoyo. Será importante permitir la expresión acerca de los miedos que surgen al compartir de manera pública la situación que se está viviendo y ofrecer alternativas como son la página web donde pueden participar en estos grupos de manera online en un primer momento para en un siguiente paso acudir a uno de estos grupos de apoyo de manera presencial.



Sesión 10.

La sesión 10 comienza con un espacio para la expresión emocional, revisión de los registros cumplimentados durante la semana y comparativa con los registros anteriores para valorar los puntos dónde sería indicado reforzar la intervención. Psicoeducación acerca de los beneficios del uso de técnicas como la escritura terapéutica como medio para expresar sentimientos hacia el bebé y procesar la pérdida, y para dar orden a los pensamientos.

Para la activación conductual, se potencian actividades agradables como actividades al aire libre y la actividad física como ayuda para la regulación emocional y la oxigenación cerebral. En el caso de que el deporte no esté siendo usado como método de evitación o se realice ya de manera habitual y no se haya perdido el hábito, se propondrá introducirlo en la rutina de manera progresiva.

Sesión 11.

Primera parte de la sesión dejando espacio para la expresión emocional. Permitir la expresión de las sensaciones, emociones y pensamientos durante la semana previa a la sesión.

En la sesión 11 se trabaja la psicoeducación sobre el miedo a través de la elaboración de una lista de miedos ordenados de mayor intensidad/preocupación a menor intensidad preocupación. Tras esto, abordaremos los miedos de menor a mayor intensidad con el fin de indagar en ellos y poderlos ordenar y entender de manera más consciente. Se abordará cada miedo de manera individual y al mismo tiempo se tratará de reestructurar las distorsiones cognitivas que puedan ir apareciendo para que la perspectiva que se tiene de esos miedos pueda empezar a valorarse desde un punto de vista más consciente y racional. Se identifican y se dan nuevas posibles estrategias de afrontamiento para cada uno de esos miedos, abordando en primer lugar los de menor intensidad.

Al trabajar sobre las consecuencias futuras de los miedos cabe la posibilidad de que la paciente plantee la opción de volver a ser madre. En el caso de que la paciente manifieste la idea de volver a intentar un embarazo sin haber superado el proceso de duelo se indagará acerca de las



razones que expresa para ello, identificando si las razones están relacionadas con la evitación del sufrimiento. Se realizará el ejercicio experiencial “Las bolitas de papel” (Vargas-Guerrero, A. 2022) (ver Anexo 5) para comprender la evitación y el control. Tras la realización del ejercicio se refuerza que la meta debe estar en el bienestar tras la pérdida y que las conductas orientadas al control y la evitación nos alejan del proceso. Se abordará la importancia de otorgar el tiempo necesario para superar la pérdida, evitando la prisa por intentarlo de nuevo.

En la parte final de la sesión se aplicará el *Inventario de Experiencias de Duelo* y el *Inventario de Duelo Complicado Revisado*.

Anotaciones para el/la terapeuta.

Si el tiempo de la sesión termina antes de la realización del cuestionario, se solicita a la paciente que lo cumplimente en la sala de espera o en un lugar habilitado para ello y lo deposite posteriormente en el lugar que le indiquemos.

Sesión 12.

En la sesión 12 se deja espacio a la expresión emocional y de pensamientos.

Esta sesión se centrará en la elaboración de una lista de expectativas y deseos que se podrían llevar a cabo si no existiera la lista de miedos elaborada en la sesión 11. Esto nos permite encontrar un sentido de futuro y para ello realizamos un ejercicio de orientación a valores para marcar unas metas a futuro y dónde se analiza qué miedos son los que impedirían que esas metas no se cumplieran.

Acogimiento emocional tras la sesión, ya que es probable que exista alguna reactividad y es necesario también contener dichas emociones y reacciones en determinados momentos.

En la parte final de la sesión se llevará a cabo la evaluación final, con la cumplimentación de los cuestionarios *Perinatal Grief Scale* y *Escala multidisciplinar de apoyo social percibido*.



Sesión 13.

En la sesión número 13 se hace un repaso de conceptos adquiridos durante el proceso terapéutico. Se muestran los resultados y la comparativa con la primera evaluación remarcando aspectos como la culpa, el miedo, la ira y la autoestima. Mostrar la comparativa que evidencia que el proceso ha avanzado y se solicita hablar de los cambios que se han ido produciendo y que sensaciones emociones y pensamientos tienen actualmente.

Propuesta narrativa dónde la paciente relata de manera escrita o verbal una historia dónde refleje el camino que ha realizado hasta ahora y durante la terapia; se pretende una valoración subjetiva por parte de la paciente. El/la terapeuta también hará una valoración acerca del proceso de terapia llevado a cabo compartiendo con la paciente las sensaciones y la opinión que ha tenido durante el proceso, siempre teniendo en cuenta que esta información sea adecuada y positiva para permitir que el duelo se siga desarrollando con normalidad.

Mediante el uso de inputs de posibles situaciones que pueden causar una necesidad por parte de la madre de la evitación del dolor, se mantiene una conversación dónde se plantean las siguientes situaciones:

Una persona de su entorno que no sabe la noticia pregunta por cómo está su bebé.

- Encuentra objetos que eran destinados a su bebé no nato.
- Escucha el nombre del bebé no nacido.
- Escucha comentarios acerca de que lleva demasiado tiempo triste y que debe superar ya el duelo.
- Recibe comentarios del entorno instándole a tener un nuevo embarazo como medio para aliviar el dolor de la pérdida.

Se pretende con este ejercicio generar situaciones y circunstancias que puedan tener lugar en la vida diaria de la paciente, con el fin de que quede de manifiesto si se han adquirido respuestas

adaptativas a las situaciones que se le presentan. Con las respuestas que se vayan dando se podrá observar el aprendizaje durante la intervención y también quedará de manifiesto para la paciente que será capaz de actuar de manera adecuada cuando tengan lugar estas situaciones en su vida.

Análisis por parte de la madre de los procesos que se han llevado a cabo en consulta.

Refuerzo sobre las fluctuaciones del proceso de duelo y la aceptación del dolor. Se recuerdan las actividades realizadas y conceptos acerca de la culpa y el miedo que será necesario que se recuerden durante todo el proceso.

Reforzar el avance emocional. Educar en la posible sintomatología que puede aparecer ante fechas señaladas y reforzar el permiso para sentir esas emociones y el apoyo familiar y/o de pareja. La persona, con nuestra ayuda, hace un recuento de lo aprendido y lo experimentado durante la intervención para que le pueda seguir ayudando en el futuro. Este ejercicio tiene como objetivo permitirle reflexionar acerca de su proceso personal, identificar los avances realizados y evaluar la percepción subjetiva de mejoría desde el inicio de la intervención. Se establecen posibles compromisos que pueda adquirir para cuando termine el período de aislamiento. Se agradece la confianza y generosidad en compartir algo tan íntimo y profundo como es la experiencia de duelo.

Se proporciona un contacto por si en algún momento quiere que le ayudemos a buscar alternativas de apoyo profesionales.

Instrumentos, Recursos Humanos y Materiales.

La intervención será llevada a cabo por un/a psicólogo/a general sanitario. Las sesiones, tanto individuales como las sesiones con la familia, se realizarán en consulta. Se tratará de un lugar ventilado, luminoso, con una temperatura agradable, con asientos cómodos y con espacio suficiente entre el/la terapeuta y la paciente. Se hará uso de cuestionarios impresos y las tareas que se van a llevar a cabo serán mediante el uso de papel y lápiz. Los cuestionarios son autoadministrados por la paciente.

La duración de las sesiones será de 60 minutos. En cada sesión se tendrá en cuenta un margen posterior de 20 minutos como espacio para la posible necesidad de ventilación emocional. Se prevé que las sesiones 1, 2, 8 y 12 deberán ser de 80 minutos debido a esta razón o por la densidad del contenido de las mismas. La frecuencia o periodicidad de estas sesiones se establecerá en una sesión por semana dando al total de la intervención una duración de dos meses y medio. El cronograma de las sesiones se puede observar en la Tabla 3.

Tabla 3

Cronograma de la intervención

Tipo de sesiones	Número de sesión												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Sesión individual	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
Sesión con la familia					X								
Aplicación de los tests			X	X							X	X	

Evaluación de la Intervención

La estrategia elegida para la intervención no incluye la existencia de grupos control. La evaluación se realizará con instrumentos de autoinforme que siempre se cumplimentarán al final de la sesión.

Para ello, se van a aplicar los siguientes instrumentos:

- Inventory of Grief (IED) (Catherine Sanders et al. 1977), Inventario de Experiencias de Duelo adaptación al castellano. Mide desesperanza, somatización, enfado, culpa, despersonalización y aislamiento social. Tiempo de administración 20 minutos. Este cuestionario se aplicará en la sesión 3 y en la sesión 11 para valorar las diferencias.

- Perinatal Grief Scale (PGS) (Toedter et al., 1988) - versión española. Se trata de una escala autoadministrada para la valoración de la intensidad y repercusión del duelo secundario a una pérdida perinatal. Se considerará la presencia de duelo activo o posible duelo complicado. Tiempo de administración 15 minutos. Este cuestionario se aplicará en la sesión 4 y en la sesión 12 para valorar las diferencias.
- Escala multidisciplinar de apoyo social percibido (EMASP) (Zimet, G. D. et al, 1988). Instrumento dirigido a evaluar los niveles de apoyo social que perciben las personas en relación con tres fuentes del mismo como son: la familia, los amigos y las personas relevantes. Tiempo de administración 10 minutos. Este cuestionario se aplicará en la sesión 4 y en la sesión 12 para valorar las diferencias.
- Inventario de Duelo Complicado Revisado (ICD-R-ECEP) (Prigerson et al., 1995). Instrumento que permite diferenciar las reacciones normales del duelo de las complicadas. Tiempo de administración 20 min. Este cuestionario se aplicará en la sesión 3 y en la sesión 12 para valorar las diferencias.

3. Conclusiones

El duelo perinatal es un proceso complejo de adaptación a la pérdida que ocurre como resultado de la muerte de un hijo durante el periodo gestacional o neonatal. Implica una respuesta emocional y sistémica a la pérdida y es fundamental para asimilar y aceptar los cambios originados por la muerte del feto. La experiencia de duelo perinatal está estrechamente relacionada con la ansiedad y la depresión, así como con el apoyo social percibido.

Con la intervención propuesta, se espera reducir la sintomatología ansioso-depresiva asociada al duelo perinatal, proporcionando un espacio de apoyo y acompañamiento donde las mujeres puedan expresar y procesar sus emociones relacionadas con la pérdida. Asimismo, se busca aumentar la conciencia de los pensamientos disfuncionales para orientarlos hacia otros más



adaptativos y al mismo tiempo dotarlas de estrategias de afrontamiento ante situaciones cotidianas que pudieran interferir en la elaboración normal del duelo. Se promueve así un mayor bienestar psicológico y emocional, permitiendo integrar la pérdida en sus vidas de forma adaptativa.

Por otra parte, se espera que este programa pueda proporcionar a los profesionales de la salud mental que lo requieran estrategias y herramientas efectivas para ayudar a las pacientes que experimentan un duelo perinatal. Esto significa que los terapeutas que trabajan con pacientes en duelo perinatal pueden utilizar esta propuesta de intervención para proporcionar el apoyo, la atención y el tratamiento que necesitan las personas en este proceso de duelo. Además, estos resultados pueden impulsar el desarrollo de políticas y programas de intervención dirigidos a mejorar el apoyo, la atención y la conciencia hacia las personas que atraviesan un duelo perinatal y para sus familias, lo que implica que el programa no solo beneficia a las pacientes. También podría tener un impacto en la sociedad en general si se implantara, ya que ayudaría a mejorar el sistema de atención y apoyo para quienes experimentan este tipo de duelo.

En cuanto a las fortalezas del programa, se destaca su estructura secuencial que proporciona un marco claro y coherente para la intervención, lo que facilita su implementación y seguimiento. Además, se basa en intervenciones psicológicas probadas y técnicas validadas. Asimismo, la existencia de un programa diseñado específicamente para abordar el duelo perinatal provee de un enfoque especializado y centrado en las necesidades únicas de las pacientes que atraviesan por esta experiencia, adaptándose a las complejidades emocionales, cognitivas y sociales que acompañan a esta forma de pérdida.

Como debilidades potenciales, se podría mencionar su enfoque exclusivo en las necesidades de las mujeres que experimentan duelo perinatal, quedando excluidos los padres que también han sufrido la pérdida. Al centrarse únicamente en las pacientes, se pasan por alto las necesidades de apoyo emocional y las experiencias de duelo de los padres, privándolos de la oportunidad de recibir la



atención y el apoyo adecuados durante este proceso difícil. Además, dentro de la intervención, el duelo (y la no intervención sobre este) que al mismo tiempo pueda estar sufriendo la pareja, podría afectar negativamente en la efectividad general del tratamiento de la madre al no abordar de manera integral las necesidades de todas las personas afectadas por la pérdida. Por último, la naturaleza del duelo perinatal y las emociones asociadas, pueden dificultar la implementación de sesiones totalmente estructuradas. Dado que cada paciente y cada situación son únicos, es posible que las sesiones deban adaptarse y ajustarse según las necesidades y el progreso individuales de cada paciente. Esto puede dificultar la estandarización del programa y la replicabilidad de las sesiones entre diferentes pacientes, lo que podría afectar a la efectividad del tratamiento.

4. Referencias

- Asociación Española Contra el Cáncer (2020). *Protocolo de Atención psicológica en Duelo a Población General*. <https://www.copcyf.es/wp-content/uploads/2020/04/Protocolo-duelo-poblacio%CC%81n-general.pdf>
- A. Murray, Deborah J. Terry, John C. Vance, D. Battistutta, Y. Connolly, J. (2000). Effects of a program of intervention on parental distress following infant death. *Death studies*, 24(4), 275-305. <https://doi.org/10.1080/074811800200469>
- A-Tjak, J., Morina, N., Topper, M., & Emmelkamp, P. M. G. (2021). One year follow-up and mediation in cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for adult depression. *BMC Psychiatry*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-03020-1>
- Bagheri, L., Chaman, R., Ghiasi, A., & Motaghi, Z. (2023). Cognitive behavioral counseling in post abortion grief: A randomized controlled trial. *Journal of education and health promotion*, 12, 120. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_474_22
- Bourne S. (1968). The psychological effects of stillbirths on women and their doctors. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 16(2), 103–112.
- Cala, M. L. P., & Hernández, L. F. A. (2019). Duelo por muerte perinatal. Necesidad de una atención diferencial e integral. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 19(1), 32-45. <https://doi.org/10.30554/archmed.19.1.2853.2019>
- Campbell, H. E., Kurinczuk, J. J., Heazell, A., Leal, J., & Rivero-Arias, O. (2018). Healthcare and wider societal implications of stillbirth: a population-based cost-of-illness study. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 125(2), 108–117. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14972>

- Cardoso-Escamilla, M. E., Zavala-Bonachea, M. T., & Alva-López, M. D. C. (2017). Depresión y estrés postraumático en mujeres con pérdidas gestacionales inducidas e involuntarias. *Pensamiento psicológico*, 15(2), 109-120.
- Cassidy, P. R. (2018). Estadísticas y tasas de la mortalidad intrauterina, neonatal y perinatal en España. *Revista muerte y duelo perinatal*, 4, 23-34.
- De La Fe Rodríguez-Muñoz, M., Motrico, E., Míguez, C., Chaves, C., Suso-Ribera, C., Duque, A., Salinas, M., Caparrós-González, R. A., Martín-Agudiez, N., Kovacheva, K., García-López, H. S., Vazquez-Batan, P., Peñacoba, C., & Osma, J. (2023). Perinatal depression in the Spanish context: Consensus report from the General Council of Psychology of Spain. *Clínica y Salud*, 34(2), 51-63. <https://doi.org/10.5093/clysa2023a15>
- de Gregorio, M. D. G. (2023). Una revisión del impacto emocional de la pérdida perinatal previa en un embarazo posterior. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 8(1), 149-165.
- De Madinabeitia, A. P. L. G. (2011). Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(1). <https://doi.org/10.4321/s0211-57352011000100005>
- De Molina-Fernández, I. Rubio-Rico, L., Roca-Biosca, A., Jimenez-Herrera, M., De la Flor-Lopez, M., & Sirgo, A. (2015). Ansiedad y miedos de las gestantes ante el parto: La importancia de su detección. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (13), 17-32.
- DiMarco, M. A., Menke, E. M., & McNamara, T. (2001). Evaluating a support group for perinatal loss. *MCN. The American journal of maternal child nursing*, 26(3), 135-140. <https://doi.org/10.1097/00005721-200105000-00008>

Humbelina. (2012). Factores psicológicos implicados en el Duelo Perinatal. *Index de Enfermería*, 21(1-2), 48-52. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000100011>

Folke, F., Parling, T., & Melin, L. (2012). Acceptance and Commitment Therapy for Depression: A Preliminary Randomized Clinical Trial for Unemployed on Long-Term Sick Leave.

Cognitive And Behavioral Practice, 19(4), 583-594.

<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.01.002>

Forman, E. M., Shaw, J. A., Goetter, E. M., Herbert, J. D., Park, J. A., & Yuen, E. K. (2012). Long-term follow-up of a randomized controlled trial comparing acceptance and commitment

therapy and standard cognitive behavior therapy for anxiety and depression. *Behavior*

therapy, 43(4), 801-811. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.04.004>

Jadresic, E. (2010). Depresión en el embarazo y el puerperio. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 48(4), 269-278. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272010000500003>

Karlin, B. E., Walser, R. D., Yesavage, J., Zhang, A., Trockel, M., & Taylor, C. B. (2013).

Effectiveness of acceptance and commitment therapy for depression: Comparison among older and younger veterans. *Aging & mental health*, 17(5), 555-563.

Kennell, J. H., Slyter, H., & Klaus, M. H. (1970). The mourning response of parents to the death of a newborn infant. *The New England journal of medicine*, 283(7), 344-349.

<https://doi.org/10.1056/NEJM197008132830706>

Kyllönen, H. M., Muotka, J., Puolakanaho, A., Astikainen, P., Keinonen, K., & Lappalainen, R.

(2018). A brief acceptance and commitment therapy intervention for depression: A randomized controlled trial with 3-year follow-up for the intervention group. *Journal of contextual behavioral science*, 10, 55-63. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.08.009>

Leis, P. R., & Gallegos, R. F. (2018). Relación entre apoyo social, estrés, ansiedad y depresión durante el embarazo en una población mexicana. *Ansiedad y estrés*, 24(2-3), 67-72.

<https://doi.org/10.1016/j.anyes.2018.03.003>

Martos-López, I. M., Arbelo, C. G., & Del Mar Sánchez Guisado, M. (2016). Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado. *Revista Española de Comunicación En Salud*, 7(2), 300-309. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5779316>

Mejías Paneque, M. C. (2011). Abordaje del duelo perinatal. *Metas de Enfermería*, 14(5), 58-61.

Molina Velastegui, L. L. (2017). *Depresión ante duelo perinatal* [Trabajo de titulación de grado previo a la obtención del título de psicología]. Universidad Estatal de Milagro.

<http://repositorio.unemi.edu.ec/handle/123456789/3579>.

Noguerol, A. V., & Míguez, M. C. (2022). Prevalencia de la ansiedad durante el embarazo en Europa. *Psicosomática y Psiquiatría*, (21).

Payás Puigarnau, A. (2010). Las tareas del duelo. *Psicoterapia del duelo desde un modelo integrativo-relacional*, Editorial Paidós. España.

Ridaura Pastor, I. (2015). *Estudio del duelo perinatal: interrupciones médicas del embarazo, muertes prenatales y muertes postnatales*. Universitat Autònoma de Barcelona.

<https://ddd.uab.cat/record/132865>

Sacristán, L. G. (2021). *El duelo perinatal, la necesidad de una atención integral*.

<https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/22428>

Sánchez Pérez, I. (2019). *Duelo desautorizado: todo lo que rodea a un duelo tabú*.

<http://hdl.handle.net/10045/92853>

- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) (2021). Guía de asistencia en la muerte perinatal. *Progresos de Obstetricia y Ginecología: Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*, 64, pp. 124-154.
- Soto-Balbuena, C., Rodríguez, M. F., Escudero Gomis, A. I., Ferrer Barriendos, F. J., Le, H. N., & Pmb-Huca, G. (2018). Incidence, prevalence and risk factors related to anxiety symptoms during pregnancy. *Psicothema*, 30(3), 257–263. <https://doi.org/10.7334/psicothema2017.379>
- Torres, R. G. (2019). El proceso de duelo desde la Terapia Familiar Sistémica: el papel del apego adulto. *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 77(151), 341-363. <https://doi.org/10.14422/mis.v77.i151.y2019.004>
- Vargas-Guerrero, A. (2022). *Terapias de Tercera Generación*, [Diapositivas de PowerPoint]. Facultad de ciencias de la Salud, Universidad Europea de Canarias. <https://campus.europaeducationgroup.es/login/canvas>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.

5. Anexos

Anexo 1. Registro de pensamientos y emociones.

Fecha y hora	Situación: qué estaba haciendo, con quién, dónde.	Emoción: ¿qué sintió (miedo, ira, ansiedad, tristeza...)? Puntúa la intensidad en una escala del 1 al 10.	Pensamiento: ¿qué le vino en ese momento a la cabeza (recuerdos, imágenes...)?	Conducta: ¿cuál fue su reacción?



Anexo 2. Registro sobre conductas del entorno percibidas como negativas.

Persona que realiza la conducta.	Descripción de la conducta.	Verbalizaciones que acompañan a la conducta.	Emociones o sensaciones que provocan en la persona que la recibe.



Anexo 3. Metáfora “la herida del duelo” - Extraída del “Protocolo de Atención psicológica en Duelo a Población General”, Asociación Española Contra el Cáncer.

“El duelo es como una herida. Seguro que en algún momento te has hecho una herida, ¿no? Sabrás que hay varios tipos de herida: Unas heridas duelen mucho solo al principio y otras duelen hasta que se curan. Algunas de ellas, más allá del dolor, cicatrizan y desaparecen para siempre. Pero otras, acaban dejando una cicatriz. Esta cicatriz nos recuerda que alguna vez existieron pero que hemos sido capaces de generar piel nueva que nos ayuda a protegernos. Lo mismo ocurre con el duelo... El duelo de un ser querido es como una herida. Una herida que duele mucho. Puede tardar mucho tiempo en curarse, pero, casi siempre, dejará una cicatriz, una huella de que existió, y dejará de sentirse con la misma intensidad. Esa cicatriz nos permitirá acercarnos a ella sin dolor intenso, nos habrá enseñado a convivir con ella”.



Anexo 4. Registro de pensamientos negativos y alternativos.

Fecha y hora	Pensamiento negativo	Pensamiento alternativo

Anexo 5. Ejercicio experiencial “bolitas de papel” – Vargas-Guerrero, A. (2020)

- Terapeuta: Imagina que estos son los problemas que te han traído aquí, los pensamientos, tus emociones desagradables, etc. Muy bien, ahora vamos a hacer unas bolitas de papel con ellos. Quiero que ahora te coloques de pie en la esquina de la habitación. Imagina que estás en esa situación que a ti te genera malestar y que tu objetivo es alcanzar la otra esquina. Llegar a la esquina simboliza haber conseguido todas tus metas en la vida, es decir, ir en dirección a lo que es importante para ti. Ahora quiero que trates de llegar hasta allí intentando coger los papelitos (de controlarlos) cuando yo te los lance. (Prueba) ¿Qué ocurrió? ¿Pudiste cogerlos todos? ¿Estabas pendiente de los papeles o de llegar a la otra esquina? ¿Conseguiste el objetivo de llegar a la esquina que era tu meta?
- Posible respuesta del/de la paciente: Para nada, si solo di dos pasos, no puedo hacer las dos cosas a la vez...
- Terapeuta: Muy bien. Ahora quiero que te coloques allí de nuevo en la esquina y quiero que hagas lo mismo, que trates de llegar a la otra pared, pero esta vez tratando de esquivar (evitar) los papeles que te lanzo, tratando de que no te toquen. (Prueba) ¿Cómo caminabas? ¿Ibas seguro/a o más bien tu paso era inestable? ¿Ibas pensando en llegar al otro lado o ibas pendiente de esquivar los papeles que yo te lanzaba?
- Posible respuesta del/de la paciente: Iba más pendiente de esquivarlos que de llegar a la pared...
- Terapeuta: Ahora quiero que vuelvas al mismo sitio y te centres en llegar a la otra esquina, mientras yo te tiro estos papelitos que son tus sensaciones, pensamientos, emociones desagradables, sin tratar de hacer nada con ellos, tan solo llegar hasta tu meta. (Prueba). ¿Qué pasó? ¿Qué estabas pensando?, ¿pensabas en los papelitos que yo te tiraba o en llegar a tu meta?
- Posible respuesta del/de la paciente: No, ahora estaba focalizado en llegar a la meta y ¡lo

Terapeuta: En efecto. Estos papeles son tuyos, son tus pensamientos, tus emociones, aunque no te gusten están ahí, van a aparecer constantemente en tu vida, y puedes tratar de esquivarlos o de controlarlos cogiéndolos, pero también puedes caminar hacia tu objetivo, aunque ellos estén ahí contigo golpeándote o apareciendo en tu camino.