



**Universidad  
Europea** CANARIAS

# Relación entre duelo prolongado, duelo perinatal y estilos de apego: una revisión sistemática

---

Máster de Psicología General Sanitaria

---

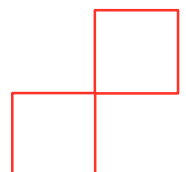
Autoras: Laura García Cabello y Elisa Amador Galván

Tutor: Anastasio Pablo González Báez

17 de febrero de 2024

**Campus de la Orotava**  
Calle Inocencia García, 1  
38300 la Orotava  
[universidadeuropea.com](http://universidadeuropea.com)

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



## Resumen

La evidencia actual afirma que el duelo generado tras una pérdida perinatal tiene características distintivas, teniendo unas graves consecuencias psicológicas en los padres que sufren esta situación. Existen una serie de factores que lo podrían agravar aún más, aumentando las posibilidades de derivar en un duelo prolongado. Uno de estos factores son los estilos de apego. El objetivo de esta revisión sistemática es identificar y evaluar de forma rigurosa la evidencia disponible actual con respecto a cómo influyen los diferentes estilos de apego en el desarrollo de un duelo prolongado tras una pérdida perinatal. En esta revisión se han recogido los estudios relevantes desde el año 2018 hasta el año 2023 de tres fuentes de información: PubMed, PsycInfo y Google Académico. Se recabó un total de 11578, sin embargo, tras aplicar los criterios de elegibilidad se incluyeron únicamente 3. La literatura afirma que los estilos de apego inseguros (evitativo y ansioso) experimentan el proceso con mayor malestar psicológico y muestran más dificultades de afrontamiento, por el contrario, el apego seguro ha demostrado ser un factor protector. Concluimos que es necesario ampliar la investigación en este ámbito con el objetivo de desarrollar propuestas de intervención que se adapten a las necesidades individuales de los padres afligidos.

***Palabras clave:*** duelo prolongado, estilos de apego, pérdida perinatal.

## Introducción

En la décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS (OMS, 1992), se establece que el período perinatal abarca desde las 22 semanas de gestación hasta la primera semana de vida. Sin embargo, en la práctica y en la literatura especializada, este marco temporal se amplía considerablemente. Kowalski (1987, en Sonstegard, Kowalski y Jennings, 1987) propone extender el período perinatal desde la concepción hasta el final del primer año de vida. Esta ampliación implica considerar como pérdidas perinatales el embarazo ectópico, el aborto espontáneo o inducido, la reducción selectiva, la muerte de un gemelo en gestación, el feto muerto intraútero o intraparto, la muerte del prematuro, la del neonato, así como los bebés nacidos con anomalías congénitas y/o aquellos dados en adopción (Wallerstedt y Higgins, 1994).

El aborto espontáneo se describe comúnmente como la interrupción no intencionada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y es el tipo más prevalente de muerte gestacional. Por otro lado, la muerte fetal se caracteriza por la muerte del feto después de las 20 semanas de gestación con un peso al nacer superior a 500g. A diferencia de otras situaciones de pérdida perinatal, la interrupción del embarazo o aborto inducido suele ser un evento premeditado, especialmente después de recibir un diagnóstico de anomalía fetal. En estos casos los padres se ven confrontados con la decisión de continuar o interrumpir el embarazo. En síntesis, la pérdida perinatal abarca la muerte del bebé desde la concepción hasta los primeros 28 días de vida del recién nacido (Cassaday, 2018; Köneş & Yıldız, 2020).

A menudo el duelo por la pérdida de un bebé no se reconoce públicamente ni se expresa abiertamente en el entorno social y familiar, incluido el personal sanitario, convirtiéndolo en un duelo desautorizado. Los padres se sienten cohibidos para hablar de su experiencia, experimentan una falta de reconocimiento, aceptación y apoyo hacia la

importancia de la pérdida por parte de profesionales de la salud, el entorno familiar y la sociedad en general (Cacciatore et al., 2008; DeFrain et al., 1991; Duncan & Cacciatore, 2015).

Cuando el fallecimiento se produce de forma tan cercana al nacimiento, resulta diferente a otras formas de muerte, por tanto, genera un duelo con características distintivas. Según Bennett (2008), con el niño que fallece, también lo hacen una serie de promesas y expectativas que no van a poder ser vividas por los padres. El duelo conlleva múltiples pérdidas para los padres, entre ellas se encuentra la pérdida del hijo proyectado, que implica la “pérdida de una relación más simbólica que real, construida por la imaginación del que está en duelo y basada en sus necesidades y deseos” (Brier, 2008, p. 455). También se experimenta la pérdida de una etapa de vida marcada por el momento de convertirse en padres o la composición familiar imaginada o idealizada dentro de un proyecto de familia, implicando la pérdida de todo un futuro esperado (Côte-Arsenault y Denney-Koelsch, 2011). En algunos casos, también se ve comprometida la posibilidad de trascendencia. Circunstancias particulares como la edad de la madre, técnicas de fertilidad empleadas, secuelas, entre otras, pueden generar la sensación de perder la última oportunidad para la maternidad/paternidad, generando simultáneamente un duelo por la infertilidad (López, 2011; Pastor Montero, 2011). Además, el cuerpo de la madre se prepara para recibir al bebé durante el embarazo y experimenta numerosos cambios físicos y psicológicos orientados a atender sus necesidades. Cuando el bebé no está presente, el cuerpo igualmente está preparándose para recibirlo, lo que significa que las necesidades de cuidado, entrega de amor y lactancia persisten, pero se ven truncadas. La madre se encuentra en la paradoja de ser una madre sin tener a su bebé presente.

De acuerdo con Ordóñez et al. (2018), la mayoría de las mujeres experimenta reacciones de duelo normales tras una pérdida gestacional, pero alrededor del 25% al 30%

puede enfrentar respuestas de duelo prolongadas e intensas que complican su bienestar psicológico. Aunque la gravedad de los síntomas tiende a disminuir en el primer año, es común observarlos hasta dos años después. Aproximadamente el 15% al 20% de las mujeres presentan síntomas depresivos y de ansiedad un año después de la pérdida (Turton et al., 2006; Adolfsson A. et al, 2010). Respecto al aborto espontáneo, se estima que el 10% de las mujeres cumplen los criterios del trastorno de estrés agudo, mientras que el 1% cumple los criterios del trastorno de estrés postraumático un mes después de la pérdida (Bowles SV., et al, 2000). Además, se ha demostrado que los síntomas de trastorno de estrés postraumático persisten entre 2 y 7 años después de la interrupción del embarazo por anomalía fetal (Korenromp M., et al 2005).

La pérdida perinatal difiere de otros procesos de duelo, ya que tiende a derivar con mayor probabilidad en un duelo prolongado (Paris GF., et al, 2016; Hvidtjørn D., et al, 2018; Kersting A., et al, 2011).

La duración del embarazo ha sido señalada como un predictor crucial de la respuesta al duelo (Güçlü et al., 2021). Como se destaca en la investigación, "la duración del embarazo indica que cuanto más tiempo esté embarazada la mujer y más tiempo tenga la oportunidad de vincularse con el feto (con la representación mental en desarrollo del bebé) conlleva a un mayor grado de duelo. Las mujeres que experimentaron un embarazo más prolongado tuvieron más tristeza, culpa, enojo y preocupación por la pérdida" (Güçlü et al., 2021, p. 225). Este hallazgo resalta la importancia de considerar la duración del embarazo como un factor significativo en la experiencia del duelo perinatal. Según Cassaday (2018) la vivencia del duelo por parte de los padres difiere cuando la pérdida ocurre en etapas más avanzadas del embarazo, pudiendo explicarse la vinculación con la intensidad del apego físico y emocional, que, al mismo tiempo, comparte relación con la duración del embarazo.

La forma en que las personas afrontan la pérdida de su hijo posiblemente guarda relación con cómo establecen conexiones con los demás y se ajustan a la realidad (Kishimoto et al., 2021). El afrontamiento, según Lazarus y Folkman (1984), se define como los esfuerzos cognitivos y conductuales que constantemente cambian y enfrentan las demandas específicas, evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de la persona. Estas estrategias se dividen en aquellas dirigidas al problema y aquellas dirigidas a la emoción, según Folkman y Lazarus (1980). “Varias teorías del duelo enfatizan que el mecanismo clave es la fluctuación continua entre dos procesos opuestos: el afrontamiento dirigido a confrontar y procesar la pérdida y el afrontamiento evitativo para aliviar el dolor de la pérdida con el fin de atender las demandas continuas de la vida. para un ajuste saludable” (Gegieckaitė y Kazlauskas, 2020, p.2). El afrontamiento surge cuando se evalúa que no se puede modificar las condiciones perjudiciales del entorno (Carreño et al., 2007, como se citó en Mota González, 2021). Durante el proceso de duelo, las estrategias de afrontamiento experimentan una evolución o fluctuación a lo largo del tiempo (Bonanno y Burton, 2013, como se citó en Gegieckaitė y Kazlauskas, 2020).

Según el estudio de Mota González et al. (2021), se destaca que la reducción de estrategias de afrontamiento menos adaptativas tras una pérdida perinatal, como el escape-evitación y la responsabilidad, puede contribuir a una respuesta más saludable a largo plazo. Se observó que aquellos que predominantemente emplearon el escape-evitación experimentaron niveles más elevados de duelo activo, desesperanza, depresión y culpa en comparación con aquellos que optaron por la reevaluación positiva y la resolución de problemas

La formación de diferentes estilos de apego, moldeados a través de la interacción temprana con los progenitores, establece el fundamento para las respuestas emocionalmente angustiosas como el duelo (Hvidtjørn et al., 2018). La teoría del apego, fundamentada por

primera vez por John Bowlby en la década de 1970, emerge como un marco conceptual valioso para la comprensión del duelo, ya que este a menudo conlleva una reestructuración del sistema de apego (Güçlü et al., 2021).

Se ha evidenciado que “el estilo de apego está relacionado con la adaptación a la pérdida con síntomas más intensos y duraderos de duelo y depresión, reacciones de duelo complicadas y menor resiliencia en padres con un estilo de apego inseguro (tanto en el apego de evitación como en el de ansiedad)” (Hvidtjørn et al., 2018, p. 2). En el caso de adultos afligidos por la pérdida de un hijo, se ha observado que un patrón de apego seguro se asocia con un mejor ajuste psicológico, caracterizado por un menor duelo y angustia, mientras que un patrón inseguro (ya sea evitativo o ansioso) se vincula a un ajuste psicológico más desfavorable, marcado por un mayor duelo y angustia (Barr, 2012, como se citó en Caldwell, 2023).

La presencia de un apego inseguro se ha identificado como un factor de riesgo para la manifestación de reacciones de duelo más intensas (Güçlü et al., 2021). Por ende, las mujeres con historial de pérdida y apego adulto inseguro podrían experimentar consecuencias más desfavorables. Según Gegieckaitė y Kazlauskas (2020), el apego inseguro, respaldado tanto teórica como empíricamente, se ha destacado como un elemento significativo en el desarrollo del duelo prolongado.

Por tanto, la literatura confirma que el apego ansioso y evitativo comparten un mecanismo común de dificultades en la regulación emocional, parcialmente explicando su vínculo con el duelo prolongado (Gegieckaitė & Kazlauskas, 2020).

Esta revisión sistemática se ha realizado con el objetivo principal de identificar y evaluar de manera rigurosa la evidencia científica disponible con respecto a la influencia que ejercen los estilos de apego en el desarrollo de un duelo prolongado tras una pérdida

perinatal, ya que esto podría ofrecer propuestas de intervención futuras para respaldar de manera más efectiva a las personas afligidas tras una pérdida.

### **Métodos**

Esta Revisión Sistemática se ha realizado siguiendo las directrices del Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones (Higgins y Green, 2011) y se informa siguiendo la declaración PRISMA 2020 (Page et al., 2021).

#### ***Criterios de elegibilidad***

Se han tenido en cuenta una serie de criterios de inclusión y exclusión, son los siguientes:

1. Estudios recientes: sólo se han incluido estudios con un máximo de 5 años de antigüedad (desde 2018-2023), tanto en español como en inglés.
2. Estudios que pertenezcan al campo de la psicología (se descartan estudios que investiguen aspectos de la medicina, enfermería u otras áreas).
3. Estudios con temática relevante para realizar la revisión (se descartan artículos que estudien el apego de los padres hacia el hijo, en lugar del estilo de apego de cada padre).

#### ***Fuentes de información***

La búsqueda de información se llevó a cabo entre los meses de octubre y diciembre de 2023. Se utilizaron diferentes recursos para la búsqueda de información, entre las bases de datos para consultar investigaciones y estudios están: PubMed, PsycInfo y Google Académico. Por otro lado, para contextualizar y obtener información relevante acerca de la temática y la elaboración de la introducción se utilizó el cuadernillo del curso “Pérdida y duelo perinatal” elaborado por el consejo general de la psicología de España (edición abril-

junio de 2023).

### ***Estrategia de búsqueda***

En cuanto a la estrategia de búsqueda se combinaron diferentes términos en texto libre con vocabulario controlado por la base de datos, que podían aparecer en el título o en el resumen. Se emplearon los siguientes términos: “perinatal death” y “perinatal grief” y se utilizó el término booleano “AND” para conectarlo con los siguientes: “adaptation, psychologic” y “psychological adaptation”. De forma que la estrategia de búsqueda fue la siguiente:

((((Perinatal death[MeSH Terms]) OR (Perinatal death[Title/Abstract])) OR (Perinatal grief)) AND ((adaptation, psychologic[MeSH Terms]) OR (psychological adaptation)))

Dicha estrategia de búsqueda fue la utilizada en PubMed, sin embargo, se adaptó para las otras bases de datos tanto en inglés como en español. También se utilizó como filtro el año de publicación, siendo el máximo una antigüedad de 5 años para asegurar que la revisión conste de información científica actualizada.

### ***Proceso de selección de los estudios***

La selección de estudios se realizó de forma independiente por las dos revisoras a través de la lectura del título y resumen, recogiendo todos los datos en una hoja de Excel compartida. En los casos de estudios que generaban dudas se preseleccionaron y posteriormente se revisó de forma conjunta. Se utilizaron herramientas de traducción para asegurar una comprensión precisa y completa de los contenidos hallados en inglés. A continuación, se leyeron a texto completo todos los artículos y se utilizaron los siguientes criterios para decidir si se incluían finalmente en la revisión o no:

- Verificar que se estudien los estilos de apego de los padres, y no el apego

establecido durante el embarazo hacia el feto.

- Confirmar que la fecha de publicación del estudio tuviera como máximo 5 años de antigüedad.
- Descartar los estudios acerca del apego establecido entre los padres con otros hijos (previos o futuros) tras haber sufrido una pérdida perinatal.
- Comprobar que el fallecimiento ocurriera en el período perinatal.
- Seleccionar los estudios pertenecientes al área de psicología.
- Comprobar que los estudios no sean revisiones de la literatura existente.

### ***Proceso de extracción de datos***

El proceso de extracción de datos se llevó a cabo mediante la colaboración de dos revisoras, quienes recopilaron la información de manera independiente creando una hoja de extracción de datos. Para dicha hoja se recogieron datos relevantes para los objetivos establecidos de la revisión. Para evaluar la calidad metodológica de los estudios se realizó una lectura crítica adaptada a los criterios establecidos por el método CASPe que valoran el rigor, la credibilidad y la relevancia de los estudios. Al igual que en el proceso de selección de estudios, en los casos en los que había discrepancia entre las revisoras se llegó a un consenso, sin necesidad de consultar con un tercer revisor.

### ***Lista de datos***

Se recogieron datos referentes a la identificación de cada artículo (autor/a de referencia, país y año de publicación). En cuanto a la metodología se seleccionaron los objetivos del estudio, el número de participantes, los criterios de inclusión, el diseño y las medidas de resultados.

### ***Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios individuales***

Para evaluar el riesgo de sesgo de cada estudio se utilizó la herramienta CASPe (Critical Appraisal Skills Programme Español), que ofrece una guía para realizar una lectura crítica de la evidencia clínica según el tipo de estudio. En este caso, el número de artículos incluidos en la revisión fue de un total de 3, entre ellos: una revisión sistemática, un estudio de cohortes y por último un estudio transversal. El programa presenta un total de 11 ítems para todos los casos, excepto para la revisión sistemática que consta de 10 ítems. Los dos primeros ítems del programa son de eliminación, por lo que si se obtiene una respuesta negativa en dichos ítems se considera que el estudio carece de calidad metodológica. La puntuación total determina la calidad metodológica, entendiéndose las puntuaciones más altas como un mayor grado de confianza en cuanto a la calidad metodológica. La evaluación se realizó a través de dos revisoras de manera independiente a través de una hoja de Excel, compartiendo posteriormente los resultados y llegando a un consenso en casos de desacuerdo.

### ***Medidas del efecto***

En cuanto a las medidas de resultado, se agruparon en dos factores medidos a través de escalas estandarizadas. Por un lado, una de las medidas de resultados es el duelo perinatal, medido a partir de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), la Escala de Duelo Perinatal (PGS), así como su versión reducida que ha sido adaptada y validada al castellano (Escala de Duelo Perinatal-33, PGS-33). Y, por otro lado, la otra medida utilizada es el estilo de apego de los progenitores, medido a partir de la Escala de Apego Adulto (AAS) y Cuestionario de Estilos de Apego (ASQ).

### ***Métodos de síntesis***

Debido a la heterogeneidad en los datos recogidos en los estudios seleccionados, la síntesis de resultados se llevó a cabo de forma narrativa, con apoyo de tablas.

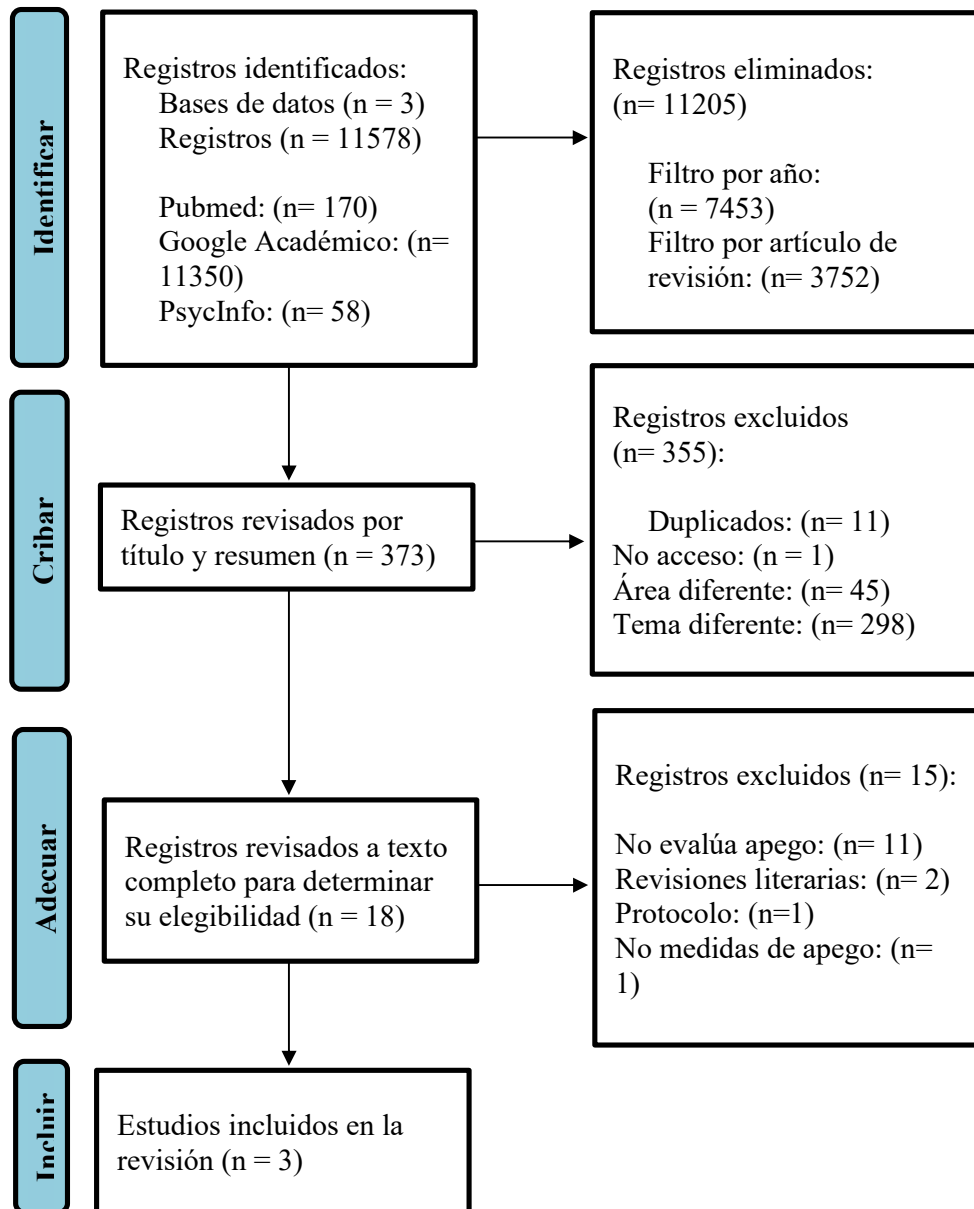
## **Resultados**

### ***Selección de estudios***

Inicialmente, se encontraron 11.578 resultados en la búsqueda bibliográfica a través de 3 bases de datos. Una vez aplicado el filtro por año y artículos de revisión, se identificaron 373 artículos. En el cribado a título y abstract, se excluyeron 355 artículos por diferentes criterios: duplicados (11), no acceso (1), área diferente a la psicología (45) y tema diferente (298); quedando 18 artículos. En la lectura a texto completo, se excluyeron 15 artículos por distintos motivos: no evalúan apego (11), revisiones literarias (2), protocolo de investigación (1) y no aparecen medidas de apego (1); incluyéndose finalmente 3 artículos en la actual revisión.

Figura 1.

Diagrama de flujos del proceso de búsqueda y selección de estudios.



### Características de los estudios

Las características principales de los estudios se encuentran resumidas en la Tabla 1.

### ***Riesgo de sesgo de los estudios individuales***

La evaluación se llevó a cabo utilizando los criterios establecidos por el Critical Appraisal Skills Programme (CASPe). En términos generales, las preguntas abordaron tres aspectos clave: la validez interna, la magnitud del efecto y la validez externa. El análisis completo de los estudios incorporados se presenta detalladamente en la tabla 2.

En general, los estudios presentan un riesgo de sesgo alto. La validez externa es baja, ya que los tamaños muestrales no son lo suficientemente grandes y tampoco son heterogéneos, por lo que no se considera que haya suficiente evidencia para que los resultados sean generalizables a otras áreas. La validez interna se ve afectada porque no se especifica el método de muestreo, tampoco de aleatorización ni los criterios de inclusión en algunos de los estudios. Por otro lado, en la revisión sistemática seleccionada, no se evaluó el riesgo de sesgo de los estudios (Sue Morris et al., 2018). En relación con dicho estudio, tampoco se mencionan los intervalos de confianza de los estimadores, por lo que la magnitud del efecto se ve afectada.

### ***Resultados de los estudios individuales***

En todos los estudios se encontró una relación entre el estilo de apego y el duelo desarrollado por los padres tras una pérdida perinatal. En la revisión sistemática elaborada por Sue Morris et al. (2018), se descubrió que el estilo de apego de los padres afecta la intensidad del duelo. Los estilos de apego inseguros (incluye el evitativo y el ansioso) predijeron un duelo y una depresión más severos después de la muerte de un niño por una variedad de causas, entre ellas por pérdida perinatal (Wijngaards-de Meij et al., 2007). El apego ansioso y el evitativo (evaluados a través del Relationship Scales Questionnaire, RSQ) predijeron niveles más altos de duelo complicado (Inventory Complicated Grief, ICG) después de la muerte repentina de un hijo (Meert et al., 2010).

Los resultados del estudio de Oya Güçlü et al. (2021) se muestran en las tablas 3, 4 y 5. En dichas tablas aparecen las correlaciones entre los estilos de apego, evaluados a través del Adult Attachment Scale (AAS) y los tres factores del que se compone el Perinatal Grief Scale (PGS): duelo activo, dificultad de afrontamiento y desespero. En la tabla 3 se exponen los resultados evaluados a las 6 semanas de la pérdida, en la tabla 4 a los 6 meses de la pérdida y en la tabla 5 a los 12 meses tras la pérdida. En cuanto al apego seguro, se observaron correlaciones negativas ( $p \leq 0,05$ ) con los factores duelo activo y desespero a las 6 semanas. A los 6 meses, se obtienen correlaciones negativas ( $p \leq 0,05$ ) con el factor duelo activo, y a los 12 meses con los factores duelo activo y desespero. En relación con el apego evitativo, no se observaron puntuaciones significativas en ninguno de los momentos evaluados. Por último, en cuanto al apego ansioso-ambivalente, únicamente se observó una correlación significativa positiva ( $p \leq 0,05$ ) a las 6 semanas con el factor de dificultades de afrontamiento.

En la línea de estos resultados, se encontraron correlaciones significativas negativas entre el estilo de apego seguro y todos los factores del PGS (duelo activo ( $p \leq 0,05$ ), dificultad de afrontamiento ( $p \leq 0,01$ ), desespero ( $p \leq 0,01$ ) y duelo total ( $p \leq 0,01$ ). También se encontraron correlaciones significativas positivas entre el estilo de apego evitativo y los siguientes factores: dificultad de afrontamiento ( $p \leq 0,01$ ), desespero ( $p \leq 0,01$ ) y duelo total ( $p \leq 0,01$ ). Por último, se encontraron correlaciones significativas positivas entre el estilo de apego ansioso y todos los factores del PGS (duelo activo ( $p \leq 0,01$ ), dificultad de afrontamiento ( $p \leq 0,05$ ), desespero ( $p \leq 0,05$ ) y duelo total ( $p \leq 0,01$ )) (Caldwell et al., 2023). Estos datos aparecen en la tabla 6.

En la tabla 7, se reflejan los resultados del análisis de regresión lineal elaborados en el estudio de Oya Güçlü et al. (2021) con el objetivo de analizar los factores predictores del duelo perinatal. Se concluye que el estilo de apego seguro no es un factor predictor a los 12

meses tras la pérdida ( $p = 0.077$ ). Según Caldwell et al. (2023), tras realizar análisis de regresión múltiple se encontró que los estilos de apego fueron significativos en la predicción del aumento del duelo activo, las dificultades de afrontamiento, la desesperación y el duelo total ( $p \leq 0,05$ ).

En la tabla 7, se reflejan los resultados del análisis de regresión lineal elaborados en el estudio de Oya Güçlü et al. (2021) con el objetivo de analizar los factores predictores del duelo perinatal. Se concluye que el estilo de apego seguro no es un factor predictor a los 12 meses tras la pérdida ( $p = 0.077$ ). Según Caldwell et al. (2023), tras realizar análisis de regresión múltiple se encontró que los estilos de apego fueron significativos en la predicción del aumento del duelo activo, las dificultades de afrontamiento, la desesperación y el duelo total ( $p \leq 0,05$ ).

Los resultados del estudio de Caldwell et al. (2023) a través del método de análisis bootstrap, indican que tener una mayor conexión social se relaciona con experimentar menos duelo activo ( $p = 0,02$ ). La conexión social actuó como mediador en las relaciones entre el apego seguro y el duelo total ( $p \leq 0,001$ ), el apego evitativo y el duelo total ( $p \leq 0,001$ ), así como el apego ansioso y el duelo total ( $p \leq 0,001$ ).

## **Discusión**

El objetivo de esta revisión fue analizar la evidencia actual sobre la influencia de los distintos estilos de apego fundamentos por la teoría de John Bowlby y el desarrollo de un duelo prolongado tras una pérdida perinatal. La evidencia científica publicada hasta el momento es amplia, sin embargo, tras realizar la selección de estudios según los criterios de elegibilidad únicamente se incluyeron tres.

Según los resultados de los estudios incluidos, todos confirman que existe una

relación entre los estilos de apego y el desarrollo de un duelo prolongado. De forma que la intensidad del duelo, la sintomatología depresiva, el nivel de angustia y las dificultades de afrontamiento son notables en los estilos de apego inseguros (ansioso y evitativo). Estos resultados coinciden con los hallados en la literatura previa. Los padres con un estilo de apego inseguro experimentan unas consecuencias más desfavorables y un peor ajuste psicológico tras experimentar una pérdida perinatal, presentando síntomas más intensos y duraderos de duelo (Güçlü et al., 2021, Gegieckaitė y Kazlauskas 2020, Hvidtjørn et al., 2018). Por el contrario, todos los resultados incluidos en esta revisión respaldan que el estilo de apego seguro es un factor protector tras experimentar una pérdida perinatal, tal y como afirmaba Barr (2012), asociando el patrón de apego seguro con un mejor ajuste psicológico.

En el proceso de elaboración de esta revisión se han identificado varios aspectos a tener en cuenta. A la hora de realizar la búsqueda de evidencia, se hallaron numerosos resultados, sin embargo, muchos de ellos relacionados con el ámbito de la enfermería, el sistema sanitario y la comunicación de malas noticias por parte de los profesionales. También se encontraron numerosos estudios que relacionaron el estilo de apego y las estrategias de afrontamiento, y, por otro lado, se halló un número considerable de referencias sobre los estilos de apego que se establece entre los progenitores e hijos concebidos tras una pérdida perinatal, o sin haber sufrido la pérdida. Otra de las limitaciones fue la calidad metodológica y el alto riesgo de sesgo de los estudios incluidos, concretamente con el tamaño muestral, dado que no está aleatorizado, los resultados son poco generalizables y la muestra no es heterogénea, ya que los estudios solo contemplan al género femenino. En relación con esto, los artículos pertenecientes a la revisión sistemática incluida (Sue Morris et al., 2018) no eran accesibles, por lo que la magnitud del efecto se vio perjudicada.

Por otro lado, la revisión presenta limitaciones características de este tipo de metodología de estudio. En primer lugar, nos encontramos con una situación de ruido

experimental a pesar de elaborar varias estrategias de búsqueda, ya que se hallaron numerosas referencias irrelevantes puesto que pertenecían a otras áreas de estudio (medicina y enfermería). Por lo que se restringió la búsqueda al campo de psicología utilizando el operador “AND” y el término “psychological adaptation”. En segundo lugar, otra limitación fue el criterio temporal de cinco años, ya que al aplicarlo se excluían una gran cantidad de referencias relevantes. A pesar de esto, se intentó localizar toda la evidencia relevante para garantizar la calidad de esta revisión.

La pérdida perinatal afecta a numerosas mujeres, parejas y familias. Cada año ocurren aproximadamente 4,8 millones de muertes a nivel mundial (Musafili et al., 2017). Según Fernández-Sola et al. (2020), en nuestro país afecta a 2000 familias cada año. Concretamente, la tasa media de muerte perinatal es de 4,43 muertes por cada 1000 nacimientos en España. Existen numerosos estudios en los que afirman que, tras sufrir una pérdida perinatal, incrementa el nivel de los síntomas psiquiátricos existentes o el riesgo de que aparezcan (Neugebauer et al., 1997; Klier, Geller y Ritsher, 2002; Koopmans, Wilson; Cacciatore y Flenady, 2013; Bath y Byatt, 2016). Por lo que existe suficiente evidencia para confirmar la necesidad de crear líneas de investigación y de intervención que aborden el duelo perinatal.

A pesar de que el duelo es un acontecimiento vital, inevitable y natural, el duelo perinatal merece especial atención ya que la evidencia afirma que genera características distintivas. Una de estas características es que se trata de un duelo desautorizado, ya que socialmente no está reconocido y se tiende a infravalorar el sufrimiento de los que experimentan la pérdida. A causa de esto, los dolientes tienden a no expresar su dolor de forma explícita, tal y como figura en el estudio de Fernández-Sola et al. (2020): “algunos participantes informaron que se aislaron por un tiempo, evitaron salir y se quedaron más en casa o con sus parientes más cercanos; intentaron superar la experiencia solos” (p.12).

Kishimoto et al. (2021) afirmaron que la manera en que las personas afrontan la pérdida de un hijo está muy relacionada con cómo establecen conexiones con los demás. Los individuos que han cultivado un estilo de apego seguro tienden a experimentar proximidad, conexión y respaldo interpersonal con facilidad, creyendo que merecen tal cuidado y apoyo (Lee et al., 2001, como se citó en Caldwell, 2023). En relación con esto, en el estudio de Caldwell et al. (2023), la conexión social fue el factor mediador en las relaciones entre los tres estilos de apego (seguro, evitativo y ansioso) y el duelo total. Los apegos inseguros presentaron menores niveles de conexión social mostrando un mayor duelo total, por el contrario, el apego seguro mostró mayores niveles de conexión social y menor duelo total. Según estos resultados, se podría concluir que en los duelos por pérdida perinatal la conexión social es un factor protector importante, sin embargo, al no estar reconocido socialmente, la conexión social se ve perjudicada, aumentando las posibilidades de desarrollar un duelo prolongado. Estos hallazgos subrayan la necesidad de que tanto la sociedad como los profesionales del ámbito sanitario estén más sensibilizados y concienciados acerca de las repercusiones vinculadas a la pérdida perinatal, de forma que el duelo perinatal deje de ser un duelo desautorizado.

Según Galeotti et al. (2022): "los factores interpersonales e intrapersonales, en particular el estilo de apego, el estilo de afrontamiento y los rasgos de personalidad, no se estudian ampliamente entre las personas que han experimentado una pérdida perinatal" (p. 5). Los resultados hallados en esta revisión corroboran la afirmación de estos autores, ya que se ha recopilado escasa evidencia en relación con el objetivo de estudio. Se destaca la necesidad e importancia de ampliar la investigación, y de evaluar cómo estos factores influyen en la respuesta prolongada al duelo después de una pérdida perinatal. Esto permitirá desarrollar propuestas de intervención dirigidas a los padres afligidos, ya que con los datos recogidos no existe suficiente evidencia para ello.

## Referencias bibliográficas

- Cabello, J.B. Plantilla para ayudarte a entender Estudios de Cohortes. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno II. p.23-27. [Acceso 10 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/cohortes11.pdf?file=1&type=node&id=157&force=>
- Cabello, J.B. Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p.13-17. [Acceso 10 de abril de 2018]. Disponible en: [http://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/plantilla\\_revision.pdf?file=1&type=node&id=154&force=](http://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/plantilla_revision.pdf?file=1&type=node&id=154&force=)
- Caldwell, J., Meredith, P., Whittingham, K., Ziviani, J., & Wilson, T. (2023). Women Pregnant after previous perinatal loss: Relationships between adult attachment, shame, and prenatal psychological outcomes. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1-15. <https://doi.org/10.1080/02646838.2023.2180142>
- Cassaday, T. M. (2018). Impact of pregnancy loss on psychological functioning and grief outcomes. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 45(3), 525-533. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2018.04.004>
- Centro Cochrane Iberoamericano, traductores. Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones, versión 5.1.0 [actualizada en marzo de 2011] [Internet]. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano; 2012. Disponible en <http://www.cochrane.es/?q=es/node/269>.

- Fernández-Sola, C., Camacho-Ávila, M., Hernández-Padilla, J. M., Medina, I. M. F., Jiménez-López, F. R., Hernández-Sánchez, E., Conesa-Ferrer, M. B., & Granero-Molina, J. (2020). Impact of perinatal death on the social and family context of the parents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(10), 3421. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103421>
- Galeotti, M., Mitchell, G., Tomlinson, M., & Aventin, Á. (2022). Factors affecting the emotional wellbeing of women and men who experience miscarriage in hospital settings: a scoping review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *22*(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04585-3>
- Gegieckaitė, G., & Kazlauskas, E. (2020). Do emotion regulation difficulties mediate the association between neuroticism, insecure attachment, and prolonged grief? *Death Studies*, *46*(4), 911-919. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1788667>
- Güçlü, O., Şenormancı, G., Tüten, A., Gök, K., & Şenormancı, Ö. (2021). Perinatal Grief and Related Factors after Termination of pregnancy for fetal anomaly: One-Year Follow-up study. *Nöropsikiyatri arşivi*. <https://doi.org/10.29399/npa.25110>
- Hvidtjørn, D., Prinds, C., Bliddal, M., Henriksen, T. B., Cacciatore, J., & O'Connor, M. (2018). Life after the Loss: Protocol for a Danish longitudinal follow-up study unfolding life and grief after the death of a child During pregnancy from gestational week 14, during birth or in the first 4 weeks of life. *BMJ Open*, *8*(12), e024278. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024278>
- Izquierdo, I., Ximénez, I. (2023). Pérdida y duelo perinatal. En Formación Continuada a Distancia (FOCAD). Consejo General de la Psicología de España.

- Kirui, K. M., & Onsongo, L. (2021). Lived experiences of mothers following a perinatal loss. *Midwifery*, 99, 103007. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103007>
- Kishimoto, M., Yamaguchi, A., Niimura, M., Mizumoto, M., Hikitsuchi, T., Ogawa, K., Ozawa, N., & Tachibana, Y. (2021). Factors affecting the grieving process after perinatal loss. *BMC Women's Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01457-4>
- Köneş, M. Ö., & Yıldız, H. (2020). The level of grief in Women with Pregnancy Loss: A Prospective Evaluation of the first three months of perinatal loss. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 42(4), 346-355. <https://doi.org/10.1080/0167482x.2020.1759543>
- Morris, S., Fletcher, K., & Goldstein, R. D. (2018). The grief of parents after the death of a young child. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 26(3), 321-338. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9590-7>
- Mota, C., Bravo, C. S., Meléndez, J. C., & López, M. E. G. (2021). Los estilos de afrontamiento como predictores del duelo perinatal. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 13(1), 50-58. <https://doi.org/10.32348/1852.4206.v13.n1.27822>
- Ordóñez, E. F., Díaz, C. R., Gil, I. M. M., & Manzanares, M. T. L. (2018). Post-traumatic stress and related symptoms in a gestation after a gestational loss: Narrative review. *Salud Mental*, 41(5), 237-243. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2018.035>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E. A., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., . . . Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 Statement: An Updated Guideline for Reporting Systematic Reviews. *The BMJ*, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- RedCaspé (s.f.). Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español. <https://redcaspe.org/>

## ANEXOS

**Tabla 1***Características de los estudios*

<b>Autor y año</b>	<b>País</b>	<b>Objetivos del estudio</b>	<b>Participantes y criterios de inclusión</b>	<b>Diseño</b>	<b>Medidas de resultado</b>	<b>Resultados</b>
Oya Güçlü, 2021	Turquía	Identificar factores relacionados y predictores de duelo persistente después de la interrupción del embarazo debido a una anomalía fetal	N=46 mujeres que decidieron interrumpir su embarazo por anomalía fetal. Criterios de exclusión: analfabetismo, ser menor de 18 años, tener demencia y otros trastornos mentales orgánicos.	Estudio longitudinal de cohortes (escalas y entrevistas a las 6 semanas de la interrupción, a los 6 y 12 meses)	Escala de Duelo Perinatal (PGS), Escala de Impacto de Eventos Revisada (IES-R), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), Cuestionario de Relaciones Multidimensionales (MRQ), Escala de Apego Adulto (AAS)	Hubo una relación negativa significativa débil-moderada entre el apego seguro y el duelo tanto a corto como a largo plazo. Se encontró una relación positiva significativa, débil-moderada, entre el apego ambivalente y la dificultad para afrontar el duelo perinatal.
Sue Morris, 2018	USA	El objetivo de esta revisión fue examinar si	Estudios publicados de 1995 a 2017. Solo se incluyeron estudios	Revisión sistemática (N=42, Pubmed,	Se utilizaron instrumentos para la evaluación del	Se descubrió que el estilo de apego de los padres afecta la intensidad del duelo. Los

		existe evidencia suficiente para concluir que el duelo de los padres es un subtipo distinto de duelo, que merece atención en futuras investigaciones y formulaciones de diagnóstico.	que utilizaron una medida de duelo validada como el ICG o PG-13 porque proporcionan criterios objetivos. No especifica más criterios de elegibilidad.	PsycINFO y Web of Science)	duelo y la sintomatología asociada (postraumática, ansiosa y depresiva), el apoyo social percibido, el estado general de salud y los estilos de apego.	estilos de apego inseguros predijeron un duelo y una depresión más severos después de la muerte de un niño por una variedad de causas, y la evitación del apego y la ansiedad del apego predijeron niveles más altos de duelo complicado después de la muerte repentina de un niño.
Julia Marysia Caldwell, 2023	Australia	Explorar las asociaciones entre el ajuste psicológico prenatal (menor dolor y angustia) y el apego, la vergüenza y la conexión social de los adultos, en mujeres embarazadas después de una pérdida.	N=29 mujeres australianas embarazadas que acudieron a una clínica de embarazo tras haber sufrido una pérdida perinatal previa.	Estudio transversal (utilizó datos ya recopilados como parte de un estudio)	Cuestionario de datos sociodemográficos y obstétricos elaborado para fines del estudio, Cuestionario de Estilo de Apego (ASQ), Inventario de la Vergüenza (SI), Cuestionario de Autoculpa (SBQ), Escala de Conectividad Social (SCS), Escala de Duelo Perinatal-33 (PGS-33), Inventario de	El apego evitativo se relacionó con una mayor dificultad para afrontar la situación y desesperación, y con una menor conexión social. El apego ansioso se correlacionó con más vergüenza y duelo perinatal (duelo activo, dificultad para afrontar la situación, desesperación) y menos conexión social. El apego seguro se relacionó con menos vergüenza, menos culpa, menos pena y más conexión social. El tipo de apego fue significativo en la predicción del aumento del duelo activo, la dificultad para

Salud Mental  
(MHI)afrontar la situación, la  
desesperación y el duelo total.**Tabla 2***Evaluación del sesgo (CASPe)*

<b>Autor y Año</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>Total</b>
Oya Güçlü, 2021	Estudio de cohortes	Sí	Sí	Sí	No sé	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No sé	No sé	8/11
Sue Morris, 2018	Revisión sistemática	Sí	Sí	No sé	No	Sí	Sí	No	No sé	Sí	Sí	-	6/10
Julia Marysia Caldwell, 2023	Estudio transversal	Sí	Sí	No	Sí	No sé	No	Sí	Sí	Sí	No sé	Sí	7/11

**Tabla 3**

*Correlaciones entre el PGS a las 6 semanas tras la pérdida y las puntuaciones del AAS*

*(n=46)*

	PGS			
	6 semana duelo activo	6 semana dificultades de afrontamiento	6 semana desespero	6 semana total
<b>AAS seguro</b>	-0.35*	-0.22	-0.36*	-0.36*
<b>AAS evitativo</b>	-0.15	0.21	0.06	0.00
<b>AAS ansioso-ambivalente</b>	-0.04	0.36*	0.20	0.15

*Nota:* AAS = Adult Attachment Scale, PGS = Perinatal Grief Scale; \*p < .05

**Tabla 4**

*Correlaciones entre el PGS a los 6 meses tras la pérdida y las puntuaciones del AAS (n=46)*

	PGS			
	6 meses duelo activo	6 meses dificultades de afrontamiento	6 meses desespero	6 meses total
<b>AAS seguro</b>	-0.44*	-0.23	-0.22	-0.36*
<b>AAS evitativo</b>	0.00	0.20	0.17	0.12
<b>AAS ansioso-ambivalente</b>	0.11	0.20	0.19	0.17

*Nota:* AAS = Adult Attachment Scale, PGS = Perinatal Grief Scale; \*p < .05

**Tabla 5**

*Correlaciones entre el PGS 1 año después de la pérdida y las puntuaciones del AAS (n=46)*

	PGS			
	1 año duelo activo	1 año dificultades de afrontamiento	1 año desespero	1 año total
<b>AAS seguro</b>	-0.34*	-0.30	-0.39*	-0.37*
<b>AAS evitativo</b>	0.09	0.01	0.16	0.10
<b>AAS ansioso-ambivalente</b>	0.17	0.01	0.21	0.15

*Nota:* AAS = Adult Attachment Scale, PGS = Perinatal Grief Scale; \*p < .05

**Tabla 6***Predictores del PGS total al primer año*

<b>Variable dependiente</b>	<b>Variable independiente</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>p</b>	<b>Modelo (p)</b>
Total PGS en primer año	Constante	136.040	<0.001	<0.001
	IES-R	1.172	0.016	
	hiperexcitación			
	MRQ satisfacción relacional	-1.761	0.006	
	AAS apego seguro	-1.219	0.077	

*Nota:* IES-R = Impact of Event Scale – Revised, MRQ = Multidimensional Relationship

Questionnaire, AAS = Adult Attachment Scale

**Tabla 7***Matriz de correlaciones entre ASQ, SI, SBS, SCC, PGS y MHI (n=29)*

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Apego seguro	-.67**	-.69**	-.54**	-.41*	.80**	-.43*	-.64**	-.58**	-.59**	.01
2. Apego evitativo	-	.73**	.29	.03	-.60**	.37	.60**	.52**	.55**	.16
3. Apego ansioso		-	.55*	.18	-.67*	.53**	.66*	.52*	.61**	-.02
4. Vergüenza			-	.47*	-.51**	.42*	.63**	.57*	.58**	.01
5. Culpa				-	-.37	.49**	.54**	.60**	.62**	.07
6. Conexión social					-	-.63**	-.68**	-.59**	-.68**	.07
7. Duelo activo						-	.82**	.78**	.92**	.15
8. Dificultad de afrontamiento							-	.92**	.97**	.05
9. Desespero								-	.96**	.13
10. Duelo total									-	.11
11. Estrés										-

*Nota:* ASQ = Attachment Styles Questionnaire; SI = Shame Inventory; SBS = Self-blame Scale; SCS = Social Connectedness Scale; PGS = Perinatal Grief Scale; MHI = Mental Health Inventory. \* $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ .