

Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado

Bereavement for perinatal death, unauthorized bereavement

Isabel M. Martos-López¹, María del Mar Sánchez-Guisado², Chaxiraxi Guedes-Arbelo²

¹ Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería

² Empresa Pública Hospital de Poniente, El Ejido

Fecha de recepción: 16/12/2015 – Fecha de aceptación: 11/10/2016

Resumen

Fundamentos: Cuidar y apoyar a los padres cuyo bebé ha muerto es extremadamente exigente, difícil y estresante. En algunas situaciones, las enfermeras y matronas pueden experimentar fracaso personal, impotencia y la necesidad de distanciarse de esos padres en duelo porque se sienten incapaces de hacer frente a la magnitud de los sentimientos de los padres ante la pérdida. Las intervenciones para abordar el duelo después de la muerte neonatal son cada vez más comunes en los hospitales españoles. Sin embargo, se necesitan más investigaciones para evaluar el encuentro entre padres y personal sanitario durante la hospitalización después de una pérdida fetal. Objetivo: El propósito de esta revisión bibliográfica fue explorar las experiencias de las matronas y enfermeras ante el cuidado de las familias que experimentan una muerte perinatal. Método: Búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: CINAHL, Medline, Index, Cochane, Google Académico y PubMed. El período de búsqueda fue entre 2005 y 2015. Los criterios de inclusión fueron: muestra compuesta por enfermeras/matronas que se hayan enfrentado a una muerte fetal o mujeres con pérdida perinatal que explicaran su experiencia con el personal de enfermería. Resultados: Se incluyeron 7 artículos de los 68 revisados. Los estudios incluidos fueron escritos en inglés. En estos estudios las enfermeras y matronas enfatizaron su necesidad de un mayor conocimiento y formación sobre cómo hacer frente a los padres en duelo y pidieron un mayor apoyo por parte de los miembros del equipo y del hospital. Conclusiones: Los programas de formación en obstetricia deben mejorar el abordaje de las necesidades de los padres en duelo y se necesita mayor investigación para determinar qué intervenciones son más eficaces.

Palabras clave: Muerte Fetal, Muerte Perinatal, Duelo, Mortalidad Perinatal, Matrona, Enfermera

Abstract

Background: Caring for and supporting parents whose infant has died is extremely demanding, difficult and stressful. In some situations nurses may experience personal failure, feel helpless, and need to distance themselves from bereaved parents because they feel unable to deal with the enormity of the parental feelings of loss. Interventions to address bereavement after neonatal death are increasingly common in Spain hospitals. However, more research is needed to assess the encounter between parents and health professionals during hospitalization after a fetal loss. Aim: The purpose of this research was to explore the experiences of midwives and nurses to care for families experiencing perinatal death. Method: Literature search in the following databases: CINAHL, Medline, Index, Cochane, Google Académico and PubMed (2005-2015). Inclusion criteria were: sample of nurses / midwives who have faced a fetal death or women with perinatal loss to explain their experience with nursing staff. Results: We included 7 articles of 68 reviewed. The included studies are written in English. In these studies, nurses and midwives emphasized their need for increased knowledge and training on how to cope with bereaved parents and requested greater support from team members and the hospital. Conclusion: Training programs in obstetrics need to better address the bereavement needs of parents following a stillbirth, and research is needed to evaluate effective bereavement interventions.

Keywords: Stillbirth, Perinatal Death, Bereavement, Perinatal mortality, Midwife, Nurse

Correspondencia: martitos81@gmail.com

Introducción

El embarazo es un proceso fisiológico durante el cual se forma y se desarrolla un ser humano, y como tal no está exento de riesgos materno-fetales. El resultado deseado y esperado de todo embarazo es el nacimiento de un niño sano y “perfecto”. Estas ilusiones y expectativas se verán truncadas con la muerte perinatal, que marcará la vida social, familiar y de pareja durante toda la vida (Mejías, 2011).

El concepto de mortalidad perinatal designa en España el número de muertes que se producen desde la semana 28 de gestación hasta los primeros siete días de vida por cada 1.000 nacimientos vivos y muertos (Cabezas, Catell, Farnot, 2006).

Las causas de la muerte fetal pueden clasificarse según su origen: causas fetales que representan el 25-40%, causas de origen placentario (25-35%), causas de origen materno (5-10%) y causas de origen desconocido que representan entre un 25-35%. Dependiendo del trimestre de gestación serán más frecuentes unas causas u otras. En el primer trimestre destacan las causas genéticas, en el segundo trimestre las infecciosas y en el tercero las umbilicales (Carrera, 2007).

La muerte perinatal no es un acontecimiento inusual en nuestra práctica asistencial ya que, según los datos del Instituto Nacional de Estadística, en el primer semestre de 2014 se produjeron 1319 muertes fetales tardías a nivel nacional (INE, 2012).

En nuestro inconsciente asociamos como la única posibilidad la tríada embarazo-parto-nacimiento. A pesar de esta realidad no contemplamos como posibilidad la muerte perinatal.

Las pérdidas son procesos que afectan a muchos aspectos de la vida: fisiología, emoción, duelo, relación de la pareja, reinicio del ciclo y un largo etcétera, que debe ser tratado en su totalidad.

El duelo es la respuesta sistémica y los sentimientos relacionados con la pérdida, y constituye el proceso de asimilación de los cambios originados por la pérdida. Es un proceso que debe producirse para superar la pérdida (Mejías, 2012).

El duelo perinatal es el que ocurre en las muertes producidas en el período perinatal. Sin embargo, el concepto de duelo perinatal se extiende a los abortos, partos de fetos inmaduros y las reacciones al tener un hijo con anomalías congénitas (Murray, Terry, Vance, Battistutta, Connolly, 2000).

Conocer las principales formas de ver el proceso de embarazo, parto, muerte perinatal y prácticas culturales del luto en la experiencia total de aflicción de cada persona es indispensable si pretendemos brindar una atención culturalmente sensible. Por ello, es impensable no abordar la formación de los profesionales de enfermería en la interculturalidad y la diversidad (Artigas-Lelong, Bennasar, 2009).

Aunque se presenta como una reacción adaptativa normal ante la pérdida de un ser querido o de una circunstancia significativa, el duelo es un acontecimiento vital estresante de primera magnitud, sobre todo cuando se trata del duelo por la muerte de un bebé en la etapa prenatal (Hughes, 2003).

El duelo perinatal tiene unas características que lo diferencian de duelos de otros tipos: la proximidad entre el nacimiento y la muerte, la juventud de los progenitores para los que supone su primer contacto con la muerte y lo inesperado del suceso. Hay que añadir que se trata de la pérdida de una relación más simbólica que real basada en sus necesidades y deseos (Brier, 2008). Por ello el duelo perinatal se encuadra dentro de la categoría de duelo desautorizado: Las pérdidas perinatales son en la actualidad un tema tabú. Se trata de una pérdida que no es reconocida ni validada socialmente, ni expresada por la persona de forma abierta, ni apoyada por el entorno. Este duelo se ve envuelto en un clima de soledad debido a la falta de apoyo por el entorno familiar y social, incluso, sanitario.

La experiencia clínica demuestra que, tras la pérdida perinatal, la persona en duelo experimenta shock e insensibilidad, aturdimiento y dificultades para funcionar con normalidad. Siente añoranza y tiene conductas de búsqueda, con irritabilidad, labilidad, debilidad y sentimientos de culpa. Algunas mujeres refieren oír el llanto del bebé o sentir sus movimientos en el vientre. Aparece posteriormente la desorientación y desorganización de la vida cotidiana, con sensación de vacío y desamparo. Se sienten desautorizados para estar en duelo, temen enfermar y deprimirse. Estos fenómenos comienzan cuando todo el mundo se sorprende de que no lo haya "superado", pues "hay que seguir adelante"... y tener otro hijo. Finalmente se produce una reorganización, en la que sin olvidar la pérdida, se rehace la vida y se recupera la capacidad de disfrutar (López, 2011).

El interés por las pérdidas durante el embarazo (abortos espontáneos, embarazos ectópicos, muertes fetales y neonatales) ha ido en aumento durante los últimos años. Aunque las mujeres en duelo han escrito respecto a sus propias experiencias desde el siglo XIX, el estudio de las consecuencias de la pérdida empezó con la elaboración de informes clínicos de algunos psiquiatras en los años 60 (Cain, Erikson, Fast y Vaughan, 1964; Kaij, Malmquist y Nilsson, 1969; Solnit y Stark, 1961) y algunos estudios relativos a la elaboración de escalas de medida hechas por médicos pediatras en los años 70 (Benfield, Leib y Vollman, 1978; Kennell, Slyter y Klaus, 1970; Lewis, 1979; Row et al. 1978).

Este tremendo cambio de interés en el tema fue motivado por algunos cambios en las condiciones sociales, tales como una mayor demanda parental con relación a la educación y el control sobre los acontecimientos alrededor del embarazo y nacimiento; también una actitud más abierta con relación a la muerte y al duelo que empezó con el trabajo de Kubler-Ross (1969) y un aumento en la mentalidad de discutir las crisis personales, fomentada por libros de autoayuda, grupos de apoyo y la atención mediática (Toedter, Lasker, Janssen, 2001)

Eric Lindemann fue pionero en la publicación de la primera descripción completa de un duelo en esta etapa. Lo describió teniendo en cuenta los síntomas somáticos, el trabajo psicológico y las modificaciones en el comportamiento (Lindemann, 1944).

Posteriormente Bourne, fue el primero en abordar los efectos psicológicos tanto en las mujeres como en los médicos cuando el bebé nace muerto. Planteó el concepto del ángulo ciego para referirse a la recomendación médica de pasar por el trance simulando que no había ocurrido nada, pues el objetivo era que los progenitores en ese momento olvidaran cuanto antes lo sucedido y buscaran un nuevo embarazo rápidamente. Es importante señalar que las indicaciones ante una pérdida perinatal a mediados de los años 70, probablemente con intención protectora, consistían en no ofrecer ninguna posibilidad a los progenitores de ver a su hijo. Los profesionales guardaban absoluto silencio ante lo ocurrido, se sedaba a la madre durante el proceso de expulsivo y cuando despertaba el cuerpo ya había desaparecido de su vista. Estas recomendaciones se apoyaban en la idea de que los padres eran incapaces de preocuparse profundamente por un hijo que aún no había nacido, puesto que todavía no lo conocían (Bourne, 1968).

El campo de la obstetricia está dirigido a traer nuevas vidas al mundo. No se educa para la muerte y en el caso de las muertes perinatales todavía menos, pues el interés está en el otro extremo, en el afán de dar vida. Cuando la muerte aparece donde se espera una nueva vida, el equipo no preparado puede reaccionar con ansiedad y falta de ayuda, haciéndose difícil ayudar a las familias que han perdido un hijo. El equipo no entrenado en trabajar con estos padres podría responder a una pérdida de embarazo evitándolos, por no saber qué decir o por miedo a que los padres lloren o se muestren más afectados.

Brier inició sus estudios respecto a la satisfacción de los pacientes relacionada con la asistencia médica recibida. Ha observado que después de un aborto muchos padres muestran un alto porcentaje de rabia e insatisfacción y cómo este disminuye cuando reciben un seguimiento una vez sufrida la pérdida (Brier, 1999).

Los profesionales sanitarios deben tener presente que el sufrir una pérdida perinatal puede influir en el desarrollo de una vida normal. Los cuidados en este período deben centrarse en ayudar a afrontar el duelo y resolver dudas sobre la situación (González, Suárez, Polanco, Ledo, Rodríguez, 2013).

Objetivos

Conocer y profundizar en las características del duelo perinatal, revisar conocimientos respecto al tema por parte del personal sanitario.

Comparar y contrastar las recomendaciones de actuación enfermera ante la muerte y duelo perinatal de las diferentes publicaciones.

Describir las implicaciones y sentimientos del personal sanitario ante la pérdida perinatal.

Metodología

Diseño: se realizó una revisión sistemática de estudios científicos publicados en la actualidad.

Estrategia de búsqueda: se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica de la literatura científica consultando las bases de datos CINAHL, Medline, Crochane y PubMed, utilizando los términos: “muerte fetal” AND “duelo”, “muerte perinatal” AND (“matrona” OR “enfermera”). Estos mismos términos fueron incluidos en inglés, para la búsqueda de artículos en bases internacionales: “stillbirth” AND “bereavement”, “perinatal death” AND (“midwife” OR “nurse”). Se introdujeron como límites, estudios publicados entre 2005 y 2015, así como aquellos cuya lengua fuera inglés o español. Se analizaron además las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados con el fin de rescatar otros estudios potencialmente válidos para la revisión.

Criterios de inclusión y exclusión: en la búsqueda de literatura se incluyeron estudios donde profesionales de la salud que hubiesen asistido algún caso de pérdida perinatal explicaran su vivencia personal o estudios donde mujeres que habían perdido a su hijo comentaran el trato recibido por parte del sanitario que les había atendido. El principal criterio de exclusión fue que los artículos no incluyeran información sobre los sentimientos personales del profesional o padres.

Extracción de datos: tras la búsqueda inicial se localizaron 68 artículos, aunque se excluyeron 11 que no fueron relevantes para el objetivo de esta revisión. Finalmente se seleccionaron 57 artículos, y tras leer título y abstract se eliminaron 47 por no tratar el objeto de estudio. Se procedió a leer los 10 artículos disponibles a texto completo para valorar si cumplían los criterios de inclusión. Finalmente, se eliminaron 3, obteniéndose 7 artículos como resultado final.

Resultados

Moon Fai y Gordon (2009) llevaron a cabo un estudio sobre la formación que recibía el personal de enfermería respecto a la pérdida perinatal. La mayoría de las enfermeras en este estudio tenían una actitud positiva hacia la atención al duelo. Los resultados mostraron que solo el 39,3% de las enfermeras tenían formación relacionada con el duelo. Por el contrario, alrededor del 89,8% de las enfermeras afirmaron que necesitarían estar formadas con conocimientos relevantes respecto al tema, como pueden ser las habilidades en el cuidado y apoyo a los padres, y más del 88% del total estarían dispuestas a compartir experiencia con colegas o buscar apoyo cuando se sintieran bajo presión.

Kelley y Trinidad (2012), compararon los sentimientos entre profesionales y progenitores en los momentos clave de la pérdida perinatal:

- A la hora de dar la noticia: Los sanitarios discuten la importancia de mejorar la información en los datos que rodean la prevalencia de muerte fetal y sus causas. Varios participantes comentaron que se sienten mucho más preparados para apoyar a los padres a través de la muerte de un niño prematuro, ya que a menudo el equipo puede identificar signos que anticipan la muerte de este recién nacido. En contraste, los médicos informaron que los mortinatos siguen siendo un evento inesperado en la práctica, ya que la atención prenatal tiende a detectar los problemas evitables de forma temprana.

Respecto a la forma en que la familia recibe la noticia, los padres describieron una odisea apresurada y confusa a través de los ingresos hospitalarios, siendo recibidos en la sala de urgencias por personal que no estaba dispuesto a ofrecer información o apoyo durante este periodo de tiempo. El profesional puede encontrarse incómodo a la hora de realizar la ecografía y confirmar el óbito. Es característico el hecho de que se dé la noticia sin que el sanitario mire a los ojos de los padres.

- Momento del parto: En cuanto al lugar en el que se produce el nacimiento, los familiares describieron que la zona no estaba diseñada para apoyarlos durante una pérdida fetal. Las zonas de púerperas están diseñadas para dar la bienvenida a los nuevos miembros, pero los mortinatos no lloran. Los padres y sanitarios describen por igual los desafíos relacionados con la zona de partos. Los paritorios no se suelen configurar para proporcionar espacio o privacidad a aquellas parejas que han perdido un hijo antes o durante el parto. Un nacimiento se asocia con el bullicio y el ruido del llanto del bebé, las felicitaciones y aplausos, el teléfono para compartir la feliz noticia... por el contrario, el ambiente que rodea a una muerte fetal es silencio. Varias madres informaron de que los ruidos de la bulliciosa actividad y otros nacimientos alrededor proporcionaron sufrimiento añadido. La señalización de la habitación con una pegatina, supone facilidad al sanitario para identificar la situación que está pasando esa familia, sin embargo, los padres describen esta situación como algo horrible, ya que se sienten aún más señalados.

Respecto al qué decir y qué no decir, muchos de los comentarios de los entrevistados se centraron en los bienintencionados pero hirientes comentarios de apoyo por parte de los sanitarios. Las frases más comunes y más hirientes eran recomendaciones sobre tener pronto nueva descendencia.

Los padres sentían que los médicos debían estar más capacitados para apoyarlos, en especial a las mujeres que tuvieron una muerte fetal. Todos los sanitarios reconocieron que luchan con lo que decir y lo que no decir durante esta situación. Algunos pensaban que simplemente no entendían por qué ocurrían muchos óbitos fetales. Otros consideraron que el tema no fue bien cubierto a lo largo de su formación universitaria.

- La despedida: La empatía del sanitario y los rituales para honrar la muerte del niño son importantes para los progenitores. Todos, menos dos de los entrevistados en los grupos

focales, expresaron su frustración acerca de cómo los médicos y personal sanitario manejaron la entrega del cuerpo. Estos dos padres agradecían que el personal les había recomendado sacar fotografías al pequeño, les habían aconsejado mantenerlo en brazos, se le ofreció la posibilidad de bautismo y también participaron en la ducha y vestido del recién nacido. Estos momentos dieron la oportunidad de crear recuerdos con su hijo.

- Vuelta al hogar: Todas las madres describen el dolor y la depresión significativa durante semanas y meses después de la pérdida. A varias se les ofreció antidepresivos en el hospital. La información y los materiales de ayuda fueron ofrecidos principalmente por enfermeras o trabajadores sociales, nunca por médicos. Los padres mencionaron el valor de la ayuda social y sobre todo la información que recibieron sobre los grupos de apoyo. Varias mujeres mencionaron la importancia de hablar con alguien que había pasado por esto antes.

Jonas, Beryl, MacDonald, McMahon (2013) realizaron un estudio basado en entrevistas personales con enfermeras que trabajaban en la planta de ginecología. Algunas participantes afirmaron que el encontrarse con una pareja que había sufrido una pérdida perinatal les inspiró sentimiento de cambio y crecimiento personal. La situación que en un principio habían rehuido, con los años les había hecho sentirse cómodas, habían adquirido capacidad de estar con la pareja que desarrollaba el duelo, no sólo en la práctica enfermera, sino también en su vida personal. Una de ellas afirmó que había aprendido a estar cómoda con sus propias lágrimas y con las de la familia. Otra de ellas afirmó que había crecido su capacidad para guiar a las enfermeras noveles en este tema.

Simwaka, Kok, Chilemba (2014) realizaron un estudio en el que entrevistaron a 20 mujeres que habían perdido a su hijo en el último año y les preguntó sobre el trato recibido por parte de la matrona y enfermera. Las entrevistadas comentaron que habían tenido palabras de consuelo, aunque en algunas ocasiones éstas no habían sido las adecuadas haciendo alusión a frases como “ya tendrás otro hijo...”, “Dios lo ha querido así...”. 12 mujeres comentaron que ni matrona ni enfermera les habían ofrecido ninguna explicación sobre la posible causa de la muerte, las otras 8 agradecieron el trato recibido ya que el personal sanitario se mantuvo a su lado tras el nacimiento.

Nuzum, Meaney, O'Donoghue (2014) llevaron a cabo un estudio para identificar el impacto de la muerte fetal en los profesionales de la ginecología y obstetricia. En este estudio ninguno de los médicos había recibido formación especializada en el cuidado del duelo perinatal. Todo lo que sabían había sido aprendido en el trabajo y de colegas con mayor experiencia, durante sus años de formación.

En un caso, un participante reconocía el impacto emocional personal de la muerte fetal y sentía que algunos colegas no eran buenos para empatizar con la familia, comentando que sería mejor para los padres si otro miembro del equipo les diera la noticia.

Otro participante describe la importancia de dar nombre al bebé, dándoles una individualidad, una importancia. Esto se corresponde con las mejores prácticas en este ámbito, como se indica en varias directrices profesionales.

Sosnowska, Naworska, Stachulska, Skrzypulec (2014) realizaron un estudio pasando un cuestionario de 63 ítems a 100 matronas. Dicho cuestionario versaba sobre los conocimientos y la experiencia profesional en la gestión de las mujeres después de la pérdida fetal/neonatal. Casi la mitad de las encuestadas experimentaron sentimientos de tristeza (44%) y dolor (48%). Otras emociones fueron: la indiferencia (3%), la ira (2%), la compasión (1%), la indefensión (1%) y la impotencia (1%). Las participantes evaluaron el contacto con la pareja en duelo como estresante.

A pesar de los altos costes psicológicos, la mayoría de las encuestadas estaban satisfechas con el nivel de apoyo que reciben las pacientes después de la pérdida neonatal / fetal (66%), y creían que las pacientes estaban satisfechas con el apoyo que recibieron (79%). Un gran porcentaje de los encuestados (78%) recibieron muestras de gratitud de sus pacientes después de la pérdida fetal / neonatal.

Basile y Thorsteinsson (2015) tuvieron como objetivo en su estudio evaluar el nivel de apoyo que los padres perciben y su grado de satisfacción con el personal sanitario en el momento de una pérdida perinatal. En total, de los participantes, 64% reportaron satisfacción respecto al nivel de apoyo percibido, 30% reportaron insatisfacción y el 5,8% se mantuvieron indiferentes respecto al trato recibido.

Discusión

Para el personal de salud resulta difícil ser testigos de la muerte perinatal, ya que este acontecimiento no sólo implica enfrentar problemas técnicos, sino también emocionales. Aunque el personal de salud haya sido entrenado para curar y aliviar el dolor, la gran mayoría no ha recibido preparación para enfrentar la muerte, lo que puede generar en ellos una sensación de impotencia, frustración y tristeza, negando con estas actitudes esta vivencia. Es por eso que el personal necesita preparación emocional para mitigar el dolor en una mujer que ha perdido un hijo al nacer, afrontando el duelo de los padres con respeto y acompañándolos, para tratar de salvaguardar la salud física y psíquica de ambos.

Las matronas proporcionan información sobre los procedimientos legales y, en caso necesario, sobre ciertos rituales, como puede ser el bautismo del bebé. Esta revisión bibliográfica reveló deficiencias en la prestación de la atención psicológica adecuada, tales como la preparación de una habitación separada para el parto y postparto o el cuidado del lenguaje por parte del profesional durante el proceso. Por otro lado fue poco el personal que participó en la elaboración de recuerdos como puede

ser una huella del pie o mano, o un mechón de pelo. El que los padres dispongan de ellos facilitan la aceptación de la existencia del bebé y favorecen el paso a un duelo sano.

En todos los estudios se enfatiza la necesidad de apoyo por parte del profesional que diariamente está en contacto con esta situación. Diversos estudios han demostrado que el personal de enfermería tenía pocos conocimientos sobre el tema. Las matronas y enfermeras hacen grandes esfuerzos para proporcionar la mejor atención posible a las familias después de la pérdida perinatal. Ellas asumen los costes somáticos y psicológicos de trabajar con las mujeres tras una muerte perinatal.

Conclusiones

Tras la realización de este estudio llegamos a las siguientes conclusiones:

- El personal de enfermería y profesionales sanitarios se encuentran sensibilizados con el drama de la pérdida perinatal por lo que es necesario disponer de recursos humanos, asistenciales y organizativos que puedan brindarles su apoyo.
- Sería conveniente ofrecer una formación pre y postgrado a los profesionales socio-sanitarios respecto al tema. Es deseable que esta formación sea tanto a nivel teórico como práctico.
- Se debería establecer una guía de actuación multiprofesional de pérdida perinatal, que contenga sugerencias para acompañar a los padres en estas situaciones, que tenga en cuenta el soporte emocional y que favorezca el trabajo en equipo y el consenso interdisciplinario, basada en la evidencia científica.
- Es importante derivar a grupos de ayuda multidisciplinarios, que permitan afrontar de manera adecuada, con los padres, este tipo de duelo. En ciudades donde no los existe, el profesional de enfermería puede ser un buen promotor para su creación.

Bibliografía

- Artigas-Lelong, B.; Bennasar, M. (2009). La salud en el siglo XXI: El reto de los cuidados multiculturales. *Index de Enfermería*, 18. Recuperado desde: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962009000100009&script=sci_arttext
- Basile, ML., Thorsteinsson EB. (2015) Parents' evaluation of support in Australian hospitals following stillbirth. *PeerJ*. Recuperado desde: <https://doi.org/10.7717/peerj.1049>
- Brier, N. (1999). Understanding and managing the emotional reactions to a miscarriage, clinical commentary. *Obstetrics and Gynecology*, 93(1), 151-155.
- Brier, N. (2008). Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature. *Journal of Women's Health*, 17, 451-464.
- Bourne, S. (1968). The psychological effects of stillbirths on women and their doctors. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 16, 103-112.

- Cabezas, E., Catell, J., Farnot, U. (2006). Mortalidad materna y perinatal. La Habana: Ciencias Médicas, 243-250.
- Carrera, JM. (2007). Recommendations and guidelines for perinatal medicine. Barcelona: World association of perinatal medicine.
- Gonzalez, S., Suárez, I., Polanco, F., Ledo, M., Rodríguez, E. (2013). Papel de la matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal. *Cadernos de Atención Primaria*, 19, 113-117.
- Hughes, P. (2003). Psychological aspects of perinatal loss. *Current Opinion Obstetrics and Gynecology*, 15: 107-111.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2014). Muerte fetal tardía. Datos avanzados del primer semestre de 2014. Madrid: Instituto Nacional de Estadística (INE).
- Jonas, Ch., Beryl, F., MacDonald, C., McMahon, E. (2013). Nurses' experiences of grieving when there is a perinatal death *sage journals*. SAGE Open. Recuperado desde: <http://sgo.sagepub.com/content/3/2/2158244013486116.full-text.pdf+html>
- Kelley, M., Trinidad, S. (2012). Silent loss and the clinical encounter: parents and physicians experiences of stillbirth, a qualitative analysis. *BMC Pregnancy childbirth*, 12.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- López, A. (2011). Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(1), 53-70.
- Mejías, MC. (2011). Abordaje del duelo perinatal. *Metas de Enfermería*, 14(5), 58-61.
- Mejías, MC., García, S., Duarte, L. (2012). Guía clínica de abordaje del duelo perinatal. Recuperado de: <http://www.bubok.es/libros/213244/GUIA-CLINICA-DE-ABORDAJE-DEL-DUELO-PERINATAL>
- Moon Fai, Ch., Gordon, D. (2009). Nurses' attitudes towards perinatal bereavement care. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 2532-2541.
- Murray, JA., Terry, DJ., Vance, JC., Battistutta, D., Connolly, Y. (2000). Effects of a program of intervention on parental distress following infant death. *Death Studies*, 24, 275-305.
- Nuzum, D., Meaney, S., O'Donoghue, K. (2014). The impact of stillbirth on consultant obstetrician gynaecologists: a qualitative study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 121, 1020–1028.
- Simwaka, N., Kok, B., Chilemba, W. (2014). Women's perceptions of Nurse-Midwives' caring behaviours during perinatal loss in Lilongwe, Malawi: an exploratory study. *Malawi Medical Journal*, 26 (1), 8-11.
- Sosnowska, M., Naworska, B., Stachulska, A., Skrzypulec, V. (2014). Research paper healthcare midwives' towards fetal/neonatal death. *Global Journal For Research Analysis*, 3, 56-59.
- Toedter, L., Lasker, J., Janssen, H. (2001). International comparison of studies using the perinatal grief scale: a decade of research on pregnancy loss. *Death Studies*, 25(3), 205-228.