

Trabajo Social y pérdida perinatal: relato en primera persona¹

A Lola. A Marco.

Social work and perinatal loss: a first-hand narrative

Elisa Esteban-Carbonell²

ORCID: 0000-0002-1639-875X

Enrique Carnicero-Hernández³

ORCID: 0000-0001-9443-3656

Recepción: 26/07/24. Revisión: 26/09/24. Aceptación: 03/10/26

Para citar: Esteban-Carbonell, Elisa, y Carnicero-Hernández, Enrique. (2024). Trabajo Social y pérdida perinatal: relato en primera persona. *Revista de Treball Social*, 227, 41-60. <https://doi.org/10.32061/RTS2024.227.02>

Resumen

El Trabajo Social tiene su campo de acción en el ámbito de la salud y, dentro de él, en el acompañamiento a las familias en el duelo. Sin embargo, cuando detenemos la atención en el duelo perinatal, el Trabajo Social tiene poco recorrido. Este tipo de duelo tiene una serie de características que lo hacen particular y también permanece invisible en la sociedad. Es por ello que, en el presente artículo, se quiere reflexionar sobre la importancia que tiene nuestra disciplina para la intervención con familias y, en particular, con mujeres que han experimentado una pérdida perinatal. Para ello, se parte de un caso concreto y, a partir de un relato autobiográfico, se analiza el papel (o la ausencia) del Trabajo Social en este ámbito de estudio. El análisis refleja la ausencia de protocolos de intervención y el necesario despliegue de profesionales del Trabajo Social (con la debida formación necesaria) para trabajar con mujeres que han sufrido una pérdida perinatal.

1 Agradecimientos a todo el personal de CHU Brugmann de Bruselas y, de forma especial, a Teresa, Eleonora y Christine.

2 Doctora en Sociología de las Políticas Públicas y Sociales. Graduada en Trabajo Social. Profesora ayudante doctora en el Área de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de Zaragoza. estecar@unizar.es

3 Máster en Terapia Familiar Socioeducativa. Licenciado en Psicología. Psicólogo y profesor sustituto en el Área de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Zaragoza. kikecar@gmail.com

Palabras clave: Salud, pérdida perinatal, interrupción médica, acompañamiento.

Abstract

Social work operates within the field of health and, in said sphere, in providing support to families in times of grief in particular. However, when it comes to perinatal loss, social work has seen limited development. This type of grief has unique characteristics that set it apart, yet it remains largely invisible within society. Consequently, this article aims to reflect on the importance of social work intervention when it comes to supporting families and, in particular, women who have experienced perinatal loss. To do so, the discussion is based on a specific case and, drawing from an autobiographical account, analyses the role (or lack thereof) of social work in this area. The analysis reveals the absence of intervention protocols and highlights the urgent need for trained social work professionals to support women who have experienced perinatal loss.

Keywords: Health, perinatal loss, medical termination, support.

Introducción

El duelo puede ser entendido como la pérdida de un familiar o ser querido y las consecuencias que, desde el punto de vista psicoafectivo, genera dicha pérdida, así como el proceso que se desencadena (Bourgeois, 1996). Esta concepción de duelo identifica dos aspectos. Por un lado, las consecuencias y, por otro lado, el proceso del duelo.

Por su parte, Vargas (2003) identifica, a partir de varios autores, tres etapas o fases en el duelo: de impacto, de “repliegue” o depresiva y de recuperación.

Otros autores como Bowlby (1993) están de acuerdo en que el duelo atraviesa cuatro etapas: 1) de aturdimiento o de shock; 2) de anhelo y búsqueda; 3) de desorganización y desesperación; y 4) de reorganización. En este sentido, como afirma López (2011), son muchos los autores y las autoras que se han interesado en formular teorías sobre las fases o etapas del duelo.

Además de las fases del duelo, también es habitual identificar diferentes tipos de duelo en función de su intensidad (Vargas, 2003). Es decir, nos encontramos con un duelo “normal” frente a otro “patológico” o complicado (Cabodevilla, 2007).

Por otra parte, López sugiere que “ciertas normas sociales tácitas orientan sobre quién puede y debe hacer el duelo, cómo, por quién y durante cuánto tiempo” (2011, p. 55). No cumplir con esas normas sociales puede dar lugar a que quienes están atravesando un duelo lo vivan desde la soledad y, en consecuencia, sin contar con los apoyos necesarios.

En este punto, conviene centrar la atención en un tipo particular de duelo: el duelo perinatal. Mejías afirma que se trata de un duelo diferente del producido por otras pérdidas:

en cuanto que se pierde un sueño, todo un proyecto de futuro, y se vive con sensación de fracaso biológico (...). Además, se ve envuelto en un clima de soledad debido a la falta de comprensión por el entorno familiar y social (incluido el sanitario) y por eso entra dentro de la categoría de duelo desautorizado (2012, p. 53).

Los duelos desautorizados son aquellos que no están socialmente reconocidos o aceptados (Vicente, 2014). En este sentido, los duelos por muertes perinatales no suelen ser públicamente reconocidos ni socialmente expresados (Cassidy et al., 2009).

Otra característica del duelo perinatal es ser considerado un tipo de “duelo olvidado” (Mejías, 2012), tanto por el sistema sanitario como por la propia pareja. Por un lado, desde la sanidad se ha negado durante largo tiempo este tipo de duelo y, por otro lado, la negación por parte de quien lo vive y el paso del tiempo no contribuyen a sanarlo. Esta misma autora identifica algunos de los síntomas más frecuentes que experimenta la pareja y, en particular, la mujer, y son:

- Tristeza.
- Alta emotividad (culpa, rabia, ira).
- Vulnerabilidad.
- Sensación de vacío.
- Rumiación de lo sucedido.
- Evitación social.
- Ambivalencia de sentimientos ante una nueva gestación.
- Alucinaciones de dolor.

Interesantes son también las características que identifican Gómez-Ulla y Contreras (2022). En primer lugar, al igual que otros autores y autoras, señalan que se caracteriza por la aparición del silencio, tanto por parte de la sociedad en general, como de las instituciones en particular. Incrementándose este silencio cuando la muerte del bebé se produce como efecto de un aborto provocado o tras un diagnóstico de malformación o anomalía congénita. Un silencio que va unido a una incomodidad de no saber cómo tratar o actuar con la familia. Lo que conduce a que sea un duelo desautorizado.

En segundo lugar, se trata de un duelo inesperado e impensable. No suele ser un escenario presente en la mente de los padres y además, habitualmente, los acontecimientos suceden de forma rápida, lo que condiciona todavía más este duelo, haciendo que el trauma esté presente y la condición traumática condicione el duelo (Gómez-Ulla y Contreras, 2022).

En tercer lugar, este duelo va acompañado del sentimiento de culpa. Aunque esta característica no es algo propia del duelo perinatal, sino que suele aparecer en casi todos los duelos. Como señalan las autoras, “la irreversibilidad de la muerte nos empuja a revisar la relación con el ser querido” (Gómez-Ulla y Contreras, 2022, p. 61).

En cuarto lugar, influye la atención de los profesionales en el duelo de la familia. El tiempo transcurrido entre el nacimiento y la muerte es relativamente corto, pero muy trascendente. Lo que sucede en ese período es clave y ahí entra en juego el papel de los y las profesionales.

En quinto lugar, se trata de un acontecimiento de enorme impacto emocional y las personas que lo viven atraviesan un estado de shock que hace que, en ocasiones, les cueste asimilar la noticia, no retengan informaciones y se vean incapaces de tomar decisiones, entre otras dificultades.

En sexto lugar, son muy importantes los “mensajes enmarcadores” y que van a condicionar la visión de las cosas o la posición vital ante ellas. Es decir, aquellos mensajes que llegan en un momento de crisis. Que un profesional en el momento del parto le diga a la mujer “no mires” o “feto” en lugar de “bebé” va a tener un impacto en la mujer.

En séptimo lugar, hay un vacío en torno a la identidad de quienes han vivido un duelo perinatal. No existe un término para llamar a quienes pierden un hijo como sí lo hay para quienes pierden un progenitor (huérfano o huérfana) o un cónyuge (viudo o viuda).

En octavo lugar, el duelo perinatal implica un proceso de trascendencia, de cambio. De alguna manera, Gómez-Ulla y Contreras (2022) sostienen

que se produce un “crecimiento” en el sentido que muchos padres quieren hacer de su dolor algo que sirva a otros.

Y, por último, en este duelo también entra en juego la espiritualidad de cada uno (sea religiosa o no). En ocasiones, la pérdida perinatal conduce a un replanteamiento de esa espiritualidad.

En cualquier caso, hay que puntualizar que el duelo perinatal se produce tras la muerte o pérdida perinatal. Desde un punto de vista médico, se considera aborto cuando la pérdida se produce antes de la semana 21 del embarazo, mientras que la pérdida perinatal tiene lugar desde la semana 21 hasta el primer mes de vida (Espinosa, 2001, citado en Vicente, 2014). Existen diferentes escenarios o circunstancias que originan esta pérdida perinatal y que son (López, 2011): aborto espontáneo (pérdida antes de la semana 12 de gestación); aborto voluntario (terminación del embarazo por voluntad propia); interrupción voluntaria del embarazo por problemas del feto o amenaza para la salud materna; reducción selectiva en embarazos múltiples; mortinato (pérdida por muerte intrauterina o intraparto); pérdida en embarazos múltiples y pérdida del neonato.

Este artículo se centra en la interrupción voluntaria del embarazo por problemas del feto o amenaza para la salud materna, que se produce cuando los padres tienen que tomar la decisión de interrumpir el embarazo debido a que el bebé presenta una malformación o enfermedad. En esta decisión entran en juego sentimientos encontrados (alivio y dolor) que hacen incluso más difícil la toma de decisión. Esta misma situación viene denominada “interrupción médica del embarazo” en el contexto francófono (Weber et al., 2008), lo que permite poner el acento en las causas médicas o clínicas como elemento indispensable para la interrupción.

Por la propia configuración de estas pérdidas, se puede dar la aparición de un “duelo anticipado”. Es decir, un duelo previo a la pérdida, pero cuando esta ya se presenta como inevitable. El duelo comienza, por tanto, cuando hay un diagnóstico y pronóstico incompatible con la vida, haya nacido o no el bebé (Santos et al., 2015). Como bien señalan estos autores, los momentos previos al fallecimiento del bebé van a ser recordados por los padres durante toda su vida y, especialmente, durante el proceso de duelo. Es por ello por lo que es necesario que haya una atención adecuada, empática y humana por parte del personal sanitario (Santos et al., 2015).

Por tanto, la atención profesional es uno de los factores que van a influir en la elaboración del proceso de duelo, además de muchos otros identificados y estudiados por diversos autores (García y Yagüe, 1999; González, 2006; González et al., 2013; Leon, 1990; Sánchez-Pichardo, 2007; Neugebauer et al., 1992; López, 2011).

La aplicación de LAST constituye cuatro pasos para apoyar desde el punto de vista profesional a las personas que han experimentado una pérdida perinatal (Cacciatore, 1999, citado en Cassidy et al., 2009): *Listen* (escucha), *Acknowledgement* (reconocimiento), *Support* (apoyo) y *Touch* (tacto). Por su parte, Cassidy et al. (2009) ofrecen una serie de pautas dirigidas a los profesionales de la salud:

- Preséntate, usa tu nombre.
- Escucha.
- Dales tiempo.
- Habla con ellos sobre la situación actual.
- Explicales sus opciones y apóyales en sus decisiones.
- Mantén la calma.
- Cuida tu lenguaje corporal.
- Sé comprensivo/a.
- No intentes encontrarle algo positivo a la muerte del niño o de la niña.
- Hazles sentir tu presencia, pero con discreción.
- No les digas que tendrán más bebés.
- No les digas que entiendes su dolor si no has pasado por algo similar.
- Aconséjales, pero nunca oblígales.
- Ayúdales a tomar decisiones.
- Ayúdales a tener recuerdos de su bebé, si lo desean.
- Cuida la terminología: utiliza el nombre del bebé.
- Habla con ambos padres equitativamente.
- Explicales personalmente los resultados de la autopsia.

Sin embargo, ¿qué papel pueden desempeñar las profesionales del Trabajo Social en la pérdida perinatal? No cabe duda de las funciones que ejercen las trabajadoras sociales sanitarias (Porcel, 2008; Colom, 2008), encargándose de los aspectos sociales de la enfermedad. En particular, Colom (2008) identifica cuatro argumentos que justifican la existencia del Trabajo Social sanitario. En primer lugar, la atención sanitaria también interviene sobre el medio del paciente, es decir, en su medio social. En segundo lugar, la aparición de una enfermedad provoca una ruptura de la dinámica social del paciente. En tercer lugar, la persona enferma puede verse separada de su entorno social. Y, por último, “se encuentra que la persona enferma necesita confiar en su autonomía psicosocial, en este caso, la trabajadora social ayuda a la persona enferma a gestionar pérdidas, a reelaborar sus miedos o a planificar el futuro a medio/largo plazo” (Quesada, 2020, p. 24).

En esta misma línea, Garcés (2010) ofrece un listado de funciones clave que las trabajadoras sociales desarrollan en los diferentes niveles de atención del sistema sanitario y que Romea resume de la siguiente manera (2024, p. 155):

- a) Promover el bienestar (...).
- b) Garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud (...).
- c) Ofrecer apoyo emocional y psicosocial a pacientes y familias para ayudarles a enfrentarse al impacto emocional de enfermedades, discapacidades o diagnósticos médicos difíciles.
- d) Colaborar estrechamente en equipos interdisciplinarios con profesionales de la salud (...).

- e) Reconocer la influencia de factores sociales, económicos y ambientales en la salud (...).
- f) Defender los derechos de los pacientes, promoviendo la equidad en el acceso a la atención médica (...).
- g) Brindar información y educación a individuos y comunidades sobre temas de salud, empoderándolos para tomar decisiones informadas sobre su cuidado y promoviendo la alfabetización en salud.
- h) Intervenir en situaciones de crisis médicas o de salud pública (...).

De todas estas funciones, la c) y la g) son las que están especialmente relacionadas con los pacientes que se encuentran en un proceso de pérdida perinatal; dado que, por un lado, se necesita ese apoyo emocional y psicosocial ante el diagnóstico médico y, por otro lado, la paciente (y su pareja si la hay) necesita información sobre el proceso que está experimentado a fin de tomar decisiones informadas.

Además, la pérdida perinatal tiene un fuerte impacto emocional que, en ocasiones, repercute en la salud mental de las mujeres; lo que justifica asimismo la necesidad de contar con trabajadoras sociales. Es bien sabido que la presencia de estos profesionales en unidades de salud mental tiene una larga trayectoria (Romea, 2024), pero también es necesario que las profesionales que trabajan en este ámbito reciban una formación determinada debido a la especificidad que presentan este tipo de pacientes (Miranda, 2010).

Sin embargo, a pesar de que la presencia de la trabajadora social en el ámbito sanitario es indiscutible (Rodríguez, 2018), todavía son pocos los protocolos existentes que delimiten las funciones de la trabajadora social ante la pérdida perinatal y su posterior duelo; y no solo eso: son raras las comunidades autónomas que cuentan con protocolos de actuación esté presente o no la figura del Trabajo Social. En primer lugar, hablemos de la pérdida y el duelo perinatal. A este respecto, cabe destacar el protocolo elaborado por Santos et al. (2015) para el Servicio Extremeño de Salud o el elaborado por el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya (Valls et al., 2016). La asociación Red el Hueco de mi Vientre incorpora en su página web un buen número de guías y protocolos de comunidades autónomas y de hospitales. En esta línea, el trabajo de Ruiz (2020) ofrece algunas que no venían identificadas por la Red. Se observa, por tanto, que Aragón parece no disponer de un protocolo autonómico de actuación a este respecto y solo algunos de sus hospitales parecen disponer de él;⁴ sin embargo, son de difícil acceso.

4 La Red el Hueco de mi Vientre se hace eco en su página web de una noticia sobre la creación de un protocolo de atención al duelo perinatal en el Hospital Obispo Polanco de Teruel; sin embargo, parece no estar publicado. También la página web del Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón en una de sus noticias informa sobre la existencia de un protocolo en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

Quesada (2020) describe el papel de la Unidad de Trabajo Social en el Hospital Clínic de Barcelona a partir del protocolo sobre el duelo de que dispone el Hospital. Serán las profesionales del Trabajo Social quienes se encarguen de ofrecer información y asesoramiento respecto a cuestiones administrativas.

Y, en segundo lugar, quiero detener la atención en las guías o protocolos de actuación de la interrupción del embarazo. Rodríguez et al. (2013) ofrecen una guía general sin estar dirigida a ninguna región u hospital donde se detallan las pautas médicas que deben darse en la interrupción del embarazo diferenciadas según semanas de gestación. Lo mismo que el protocolo elaborado por la Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (ACAI, 2019). A escala regional, Cataluña (Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris, 2011) y la Comunidad Valenciana (Alcover et al., 2017) cuentan con protocolos propios. En este último se plantea el “apoyo psicosexual y social” como una ayuda a la recuperación de la pareja, pero sin hacer ninguna mención a las profesionales del Trabajo Social.

Recientemente, el Ministerio de Sanidad (López et al., 2023) ha publicado una guía común del Sistema Nacional de Salud sobre la interrupción voluntaria del embarazo donde ya hay referencias expresas al Trabajo Social sanitario. Por un lado, se les incluye como profesionales del equipo de atención primaria y de atención hospitalaria. Y, por otro lado, en la guía se incorpora el papel de estas profesionales en la atención sanitaria a las mujeres. En concreto, las trabajadoras sociales sanitarias realizarán la valoración psicosocial en los cuidados postaborto. No obstante, cabe señalar que esta valoración puede o no realizarse, tal y como señala la guía:

Valoración psico-social. Una adecuada comunicación con las y los profesionales de la salud disminuye las potenciales dificultades psicológicas. Estos casos, aun no siendo frecuentes, pueden minimizarse con asesoramiento pre y post aborto, pudiendo derivar a la mujer en cualquier momento del proceso a especialistas en Psicología y a Trabajo Social Sanitario ante cualquier situación de vulnerabilidad, violencia de género, especialmente ante IVEs de repetición (López et al., 2023, p. 27).

Además, la guía incluye un documento específico de derivación a profesionales del Trabajo Social sanitario. Sin embargo, la guía no incorpora nada respecto a funciones o tareas propias de la profesión ni tampoco a la necesidad de que las mujeres (y sus familias) requieran sí o sí la intervención de estas profesionales.

En este punto conviene ampliar la mirada y acercarnos a otros contextos europeos, en particular, al contexto francófono (Francia y Bélgica), donde encontramos protocolos de actuación en los que aparece ya la figura de la trabajadora social (*assistante sociale*). Por poner un par de ejemplos, la guía elaborada por el Hôpital de la Croix-Rousse de Lyon (s. f), en Francia, señala como una de las etapas de la interrupción médica del embarazo un encuentro con una trabajadora social para ayudar en las distintas tareas

administrativas. Incluso en la propia guía se incorpora el nombre de la trabajadora social y el número de teléfono. El hospital universitario CHU de Liège (s. f.), en Bélgica, también ofrece una guía y nuevamente el encuentro con la trabajadora social es una de las etapas. En esta guía se especifica que la trabajadora social informará sobre los pasos una vez ya haya nacido el bebé, respecto al cuerpo, la organización o no de un funeral o de una cremación. La guía también indica que en Bélgica los bebés que nacen sin vida a partir de las 26 semanas de embarazo deben estar registrados. Hay que cumplimentar una declaración y es ahí donde nuevamente la trabajadora social presta su apoyo a los padres. Asimismo, se incorpora el contacto de la trabajadora social del hospital.

Por tanto, hay ejemplos que evidencian el papel que el Trabajo Social puede jugar en la pérdida perinatal y, en particular, en la interrupción médica del embarazo. En este sentido, la *National Association of Perinatal Social Worker (NAPSW)* señala que las trabajadoras sociales perinatales intervienen para:

1. Trabajar con las mujeres y las familias para evaluar sus fortalezas y desafíos a medida que se acercan a la maternidad.
2. Mejorar los efectos de los desafíos psicosociales y médicos trabajando directamente con la mujer y la familia, al mismo tiempo que les ayuda a acceder a servicios de apoyo a largo plazo cuando sea necesario.
3. Ayudar a crear relaciones sanas y enriquecedoras entre padres e hijos.
4. Abogar por la mujer y su familia dentro del ámbito de atención médica y en la comunidad (NAPSW, s. f.).

A partir de estos objetivos, Rodríguez (2018) plantea las principales funciones de las trabajadoras sociales sanitarias en este ámbito de intervención y son:

- Talleres grupales de preparación al parto y a la maternidad.
- Intervención psicosocial en embarazos saludables.
- Intervención social hospitalaria.
- Interrupción voluntaria del embarazo.
- Voluntad de dar al bebé en adopción.
- Intervención social en embarazo en la adolescencia.
- Riesgo de mutilación genital femenina.
- Intervención social en la crianza.
- Intervención social ante el duelo.

En el caso de la interrupción voluntaria del embarazo, Rodríguez señala que la trabajadora social “informará, orientará, asesorará y derivará al servicio de salud especializado” (2018, p. 12) mientras que “el/la trabajador/a social sanitario/a tiene un papel fundamental en la atención al duelo perinatal haciendo frente a los sentimientos de dolor y ayuda a aprender a vivir con la nueva situación” (2018, p. 16). En ninguno de los dos

casos se hace referencia expresa a la información y orientación en relación con aspectos administrativos o legales como sí lo hacían los protocolos francófonos.

En este contexto, el presente artículo tiene por objetivo identificar, a partir del relato autobiográfico, aquellos aspectos susceptibles de haber recibido una atención social por parte de profesionales del Trabajo Social en un proceso de pérdida perinatal como consecuencia de una interrupción médica del embarazo. Se opta por utilizar la nomenclatura francófona (interrupción médica del embarazo) porque se ajusta más a la causa de la interrupción de la paciente. Esta investigación pretende ser el punto de partida de una investigación posterior sobre la atención social recibida a mujeres que han pasado por una pérdida perinatal.

Metodología

Para alcanzar el objetivo propuesto se ha optado por una metodología cualitativa de estilo narrativo. En particular, la técnica autobiográfica. La narración permite aflorar la parte más emotiva de la experiencia, así como la singularidad de cada acción (Bolívar y Segovia, 2019).

Por otra parte, la autobiografía forma parte del conjunto de técnicas o estrategias de carácter biográfico donde también se encuentran los documentos personales y la historia (o relato) de vida (Mora, 2020). Así, la autobiografía es un relato de vida, pero elaborado por el mismo investigador y puede ser empleada con distintas finalidades o funciones.

Cabe señalar que aquí se ha empleado con una función exploratoria dado que el objetivo es identificar aspectos susceptibles de ser abordados por las profesionales del Trabajo Social. Es decir, se recurre a esta herramienta metodológica para iniciarse en un campo de estudio (Bertaux, s. f.). En particular, este trabajo tiene por objetivo responder a las siguientes cuestiones: ¿en qué momentos del proceso de pérdida perinatal hubiera sido necesaria la intervención de una trabajadora social?; ¿qué funciones hubiera desempeñado?

Los resultados obtenidos conducirán a una segunda fase de investigación para comprobar si las mujeres que han sufrido una pérdida perinatal han sido atendidas por profesionales del Trabajo Social en los ámbitos o temas reseñados.

La población objeto de estudio es la propia investigadora, cuyo relato se ha recogido a partir de una entrevista en profundidad. Cabe señalar que la pérdida perinatal se sufrió en el último trimestre de gestación en octubre de 2021.

En cuanto a las técnicas de análisis de datos, se realizó un análisis de contenido clásico (López-Aranguren, 1986) a partir del texto y sin incorporar inferencias sobre su contexto. Una vez transcrito el material cualitativo, se identificaron unidades de significado, se categorizaron y se codificaron las categorías (Hernández et al., 2010).

Cabe señalar que se realizó un análisis de contenido de tipo categorial, interpretativo e inductivo, permitiendo la opción de observar códigos emergentes y evitando el recuento de frecuencias para las categorías de análisis (Alonso, 1998). El tipo de análisis utilizado fue, por lo tanto, de naturaleza cualitativa e interpretativa, destinado a recopilar información abundante y variada, y con un diseño emergente y no frecuencial para las categorías de análisis (Alonso, 1998).

Caso de estudio

A continuación, se describen algunos rasgos del caso de estudio.

Se trata de una pareja compuesta por una mujer (33) y un hombre (36) en proceso de reproducción asistida. Tras varios años en el proceso, ella se queda embarazada en el tercer intento de inseminación artificial (marzo 2021). En la semana 20 del embarazo, el equipo médico sospecha de un retraso en el crecimiento de la bebé y, tras muchas pruebas diagnósticas, confirma que hay una displasia ósea (malformación en los huesos) sin diagnóstico concreto confirmado.

Tras valoración por parte del equipo médico, se recomienda solicitar la interrupción del embarazo por la que, debido a que se encuentra en una semana avanzada de gestación (superior a las 24 semanas), debe realizarse solicitud al comité ético. Tras la resolución negativa por parte de dicho comité, la pareja decide solicitar dicha interrupción en un hospital belga. La paciente acude al sistema público de salud belga y da a luz en un hospital belga tras la interrupción médica del embarazo en 32 + 6 semanas de gestación.

Análisis

El testimonio revela la ausencia de personal del Trabajo Social en todo momento de ambos procesos. Es decir, en ninguna fase de la interrupción médica del embarazo tuvo contacto con profesionales del Trabajo Social del hospital donde se le atendía excepto en la fase final dado que se desarrolló en otro hospital. Pero tampoco tras la interrupción, esto es, en el proceso de duelo, se proporcionó apoyo por parte del personal de Trabajo Social.

Pasamos a detenernos en estos dos procesos identificando momentos clave donde se hubiera precisado la presencia de profesionales del Trabajo Social, así como el objetivo de esa atención.

Interrupción médica del embarazo

Dentro de la interrupción médica del embarazo, debemos distinguir dos momentos clave: “partiendo de mi experiencia y, pasado un tiempo, yo distinguiría antes y después de la interrupción como momentos de gran impacto y estrés”.

En ese sentido, hay que poner sobre la mesa que la posibilidad de interrumpir, en ocasiones, no surge de un día para otro, como es el presente caso de estudio; sino que el seguimiento del embarazo por parte del profesional sanitario puede advertir sobre ese fatal desenlace. Durante este seguimiento, se denuncia la ausencia de otros profesionales más allá de los pertenecientes al ámbito puramente sanitario. La atención se puso sobre la evolución clínica del bebé, olvidando aspectos psicológicos, sociales e incluso administrativos.

La madre, así como su pareja, no recibieron atención psicológica por parte del hospital ni del sistema sanitario público en ningún momento; a pesar de que la angustia, el estrés o la ansiedad aparecían: “Los nervios y miedos se sucedían constantemente”. Sin embargo, valoraban positivamente acudir a terapia, de modo que buscaron una consulta privada para que les ayudaran a gestionar la situación que estaban viviendo. En este punto, la paciente explica lo importante que fue precisamente en los momentos previos a la interrupción:

Llevaba un tiempo acudiendo a terapia. Las visitas se volvieron mucho más frecuentes durante el último mes y medio. Días antes de tomar el avión a Bruselas acudí a terapia con mi marido. Nunca antes había venido conmigo. Abordamos el tema de la interrupción: cómo iba a ser, si quería o no conocer a mi hija, etc.

No obstante, se les proporcionó la posibilidad de acudir a atención psiquiátrica justo en el preciso momento en el que firmaban la solicitud de interrupción.

En ese momento apareció una de las psiquiatras del hospital. Nos preguntó si queríamos atención psiquiátrica. Aceptamos y subimos con ella a su despacho. Estaban tres profesionales. Creo recordar que alguna era MIR. Les relatamos nuestra situación y me recetó ansiolíticos para “cuando me pusiera muy nerviosa”.

Además de la atención psicológica, tampoco contaron con profesionales del Trabajo Social que los hubieran acompañado en el proceso. Habitualmente, estos procesos suelen suponer una novedad y el desconocimiento es algo generalizado. Por ejemplo, la paciente se sometió a pruebas y análisis, pero sin conocer con exactitud el objetivo de estos, las posibles consecuencias, el tiempo de espera, los aspectos legales, etc.: “Pasaban los días y no había noticias de los resultados”.

Otro aspecto susceptible de atención social guarda relación con el reconocimiento de derechos. ¿A qué tengo derecho como paciente durante el proceso de interrupción del embarazo? ¿Debo tener un justificante de la solicitud de las distintas pruebas y trámites? Estas son cuestiones que se plantean a posteriori, pero que, durante el transcurso de la interrupción hubiera sido conveniente haber podido resolver. No cabe duda de que quienes viven este proceso atraviesan diferentes momentos de shock donde las fuerzas van dirigidas a resolver aspectos cruciales puesto que “el tiempo

siempre va en contra” más allá de asegurarse de aquello a lo que puedo o no tener derecho. Ahora, mirando al pasado con calma y detenimiento, uno se pregunta: “¿Me informaron sobre mis derechos como paciente?”. En concreto, la paciente y su pareja no tienen resguardo alguno de las distintas pruebas médicas que se solicitaron. Evidentemente, de las que fueron realizadas portan los resultados, pero, sin embargo, no hay constancia escrita de aquellas pruebas que rechazaron hacer, ni tampoco de la propia solicitud de la interrupción ni de la resolución por parte del comité ético.

Esto nos conduce a la segunda fase de la interrupción o, dicho de otro modo, la interrupción propiamente. En este punto, cabe reseñar que la paciente, tras la negación por parte del comité ético autonómico, tuvo que desplazarse hasta un hospital público belga para poder realizar la interrupción médica. Este hecho es clave dado que la atención social cobra un papel destacado en esta fase.

Una vez rechazada la interrupción en España, la paciente contacta con una médica en Bélgica explicándole su situación y aportando toda la documentación posible para valorar la situación:

(...) escribimos a la doctora belga. No tardó demasiado en responder. Creo que al día siguiente tenía un correo suyo. Nos solicitaba pruebas e informes médicos. Fueron días frenéticos con viajes constantes al hospital para recopilar todo aquello que nos requerían desde Bélgica, así como continuos emails con la doctora belga y su equipo. Recibí una llamada donde me explicaban que mi caso iba a estudiarse y que me llegaría un email con detalles sobre el proceso y las citas médicas.

Una vez aceptado su caso (no la interrupción), se traslada a Bruselas para realizar algunas pruebas médicas, cotejar el diagnóstico y autorizar la interrupción. El servicio de medicina fetal se pone en contacto con la paciente y le proporciona información sobre el proceso donde se especificaba todo lo relativo a los aspectos médicos, pero también respecto al cuerpo del bebé (despedida, cremación, trámites administrativos, etc.). Asimismo, se indica la presencia de un equipo psicosocial (psicólogo/a y trabajadora social) para ayudar a la paciente en todos estos aspectos.

En Bruselas, tras la realización de las pruebas médicas y la autorización de la interrupción, la doctora encargada de esta explicó con detalle a los interesados el proceso, toda la documentación que debían cumplimentar, así como las pruebas posteriores que debían realizar a la bebé y a los padres para determinar la enfermedad que sufría la bebé y el origen de esta.

Asimismo, tuvieron la posibilidad de recibir atención psicológica (aunque se valoró innecesario tener una única sesión) y recibieron la visita del trabajador social del hospital para explicarles los trámites administrativos que debían realizar (inscripción de la bebé en el registro, cremación o entierro, tratamiento de las cenizas, etc.); asimismo, el trabajador social, tras la autorización por parte de los pacientes, tenía potestad para realizar ciertos trámites ante las administraciones de la ciudad. Y lo relata de la siguiente manera:

También esa tarde recibimos la visita de un trabajador social del hospital. Anteriormente nos habían preguntado si queríamos ayuda psicológica, pero considerando que tenía poco sentido tener una única consulta, declinamos el ofrecimiento. El trabajador social acudió con un señor de una funeraria y una intérprete. El jueves, cuando nos explicaron el proceso, tuvimos que decidir si queríamos incinerar o enterrar a nuestra hija. El trabajador social nos ayudó con todas las gestiones administrativas, principalmente en relación con la obligación de registrar a nuestra hija en el registro civil de la ciudad. Él nos hacía todos los papeles. También resolvimos las cuestiones con la empresa funeraria. Sabíamos que, tras el parto, debían realizarle autopsia a nuestra hija y, posteriormente, se produciría la incineración. Nos avisaría para hacer el pago. También debíamos saber que tendríamos que volver a Bruselas para recoger las cenizas de Lola y traerlas a España.

Duelo perinatal

El duelo perinatal producido como resultado de una interrupción del embarazo tiene la particularidad que ya se produce durante el embarazo.

Un primer aspecto que destacar guarda relación con el tratamiento dado a la bebé por el personal médico. La paciente relata diferencias en el trato en España y en Bruselas. En España muchas veces se dirigían a su hija como “feto” o “bebé” sin aplicarle el sexo “la niña” o “la bebé” o directamente el nombre que los padres habían asignado a su hija. En Bruselas, por el contrario, se les preguntó por el nombre e incluso el trabajador social les explicó que es bueno ponerle un nombre para ayudar en el proceso del duelo. En este caso, lo tenían decidido.

Otro aspecto es la atención psicológica recibida. Ya hemos avanzado que no tuvieron atención por parte de psicólogos o psicólogas públicos en ningún momento de su vivencia, y únicamente se les ofreció atención psiquiátrica una vez firmaron el documento de interrupción. ¿Hasta ese momento no se consideraba que era necesaria una atención psicológica-psiquiátrica? No cabe duda de que el momento vivido era de fuerte estrés y ansiedad, como se ha relatado, y que tuvieron que estar de baja en sus respectivos trabajos. Entonces, ¿por qué no les atendió ningún profesional de la sanidad pública?

Como bien señalan, la madre recibió atención médica, pero olvidando los aspectos psicológicos y sociales de la enfermedad.

Ya en Zaragoza, la atención médica fue correcta. Las protocolarias revisiones médicas, como a cualquier madre después de haber dado a luz. Decliné volver a la psiquiatra. No quería medicarme. Comencé a informarme sobre asociaciones de duelo perinatal y di con Brisa de Mariposas. Ofrecían terapia grupal gracias a la colaboración con AFDA. Pensé que sería buena idea estar con mujeres que habían pasado por lo mismo que yo.

Y, por último, la propia atención de la trabajadora social. Como se relata, fue ella misma quien se informó de asociaciones sobre duelo perinatal, así como terapias grupales para familias. No tuvo ningún tipo de atención social.

Conclusiones y discusión

Es evidente la falta de apoyos que hay durante todo el proceso. Por un lado, apoyos desde el punto de vista psicosocial. Y, por otro lado, apoyos desde el punto de vista administrativo y social.

Los pacientes no contaron con atención psicológica, a pesar de que es un aspecto clave del duelo (Bourgeois, 1996). Tuvieron que acudir fuera del sistema público y destinar dinero para cuidar su salud mental. Sin embargo, no todas las mujeres que pasan por esta situación tienen los recursos económicos para ello.

El sistema únicamente les derivó al servicio de psiquiatría y al tratamiento mediante el suministro de ansiolíticos una vez finalizado el seguimiento médico del embarazo y ante la negativa del comité ético. Es decir, se recurrió al apoyo psicológico-psiquiátrico una vez concluido el tratamiento médico y no durante el transcurso de este.

En este punto, hay que tener en cuenta que el duelo perinatal debido a una interrupción médica del embarazo (Weber et al., 2008) tiene lugar de forma anticipada cuando la mujer (y su pareja) reciben el diagnóstico y el pronóstico (Santos et al., 2015). Así, a raíz de los resultados obtenidos, se evidencia la falta de asistencia, de apoyo y de atención psicosocial recibida durante el transcurso del embarazo, es decir, durante el “proceso” de diagnóstico. Y es necesario poner el acento en la palabra *proceso* dado que el diagnóstico en sí no tiene lugar en un momento específico, sino que con el devenir de los días poco a poco la pareja va recibiendo información sobre la situación médica de su hija. En consecuencia, el acompañamiento por personal profesional debidamente formado en duelo es necesario dado que va a influir en cómo la pareja (en este caso) elabore el duelo (García y Yagüe, 1999; González, 2006; González et al., 2013; Leon, 1990; Sánchez-Pichardo, 2007; Neugebauer et al., 1992; López, 2011).

Si bien es cierto que la atención psicológica es determinante para esa elaboración del duelo, también lo es el apoyo emocional y psicosocial por parte de profesionales del Trabajo Social (Romea, 2024). Sin embargo, no se tuvo acceso en ningún caso a la trabajadora social del centro hospitalario.

Además del impacto emocional que supone perder a un hijo, este proceso está lleno de trámites: antes, durante y después. Trámites que vas conociendo a medida que avanzas y porque los propios interesados se informan y buscan en internet. Se echó de menos contar con una trabajadora social que acompañara en el proceso, que ayudara literalmente a rellenar papeles, a saber qué pasos había que dar, y por qué, también a conocer cuáles eran y son sus derechos como paciente. Es decir, a atender los aspectos sociales de la enfermedad (Colom, 2008).

Este relato pone de manifiesto que la orientación por parte de una trabajadora social hubiera sido clave tanto en el final del proceso como durante el mismo, es decir, en el diagnóstico y en la interrupción médica.

Por un lado, hay muchas decisiones que deben tomarse en un período corto de tiempo cuando va a producirse la interrupción y que, debido al shock (Gómez-Ulla y Contreras, 2022), los padres, en ocasiones, se ven sobrepasados. Así, el acompañamiento de una trabajadora social hubiera sido relevante. Quesada (2020) ya incorpora en el protocolo sobre el duelo del Hospital Clínic de Barcelona la necesidad de contar con una Unidad de Trabajo Social que desempeñe la función de información y asesoramiento respecto a cuestiones administrativas.

No obstante, varias de estas cuestiones sí que se vieron resueltas dado que los pacientes acudieron a un hospital belga donde el trabajador social sí que les proporcionó el apoyo necesario (inscripción del bebé, tratamiento del cuerpo durante el parto, cremación o entierro, etc.). Pero es clave incidir en esas necesidades que, aunque puramente burocráticas, sobrepasan en un momento de estrés.

Y, por otro lado, decisiones también durante el proceso. Esto es, durante el trascurso del embarazo y la decisión de tener que interrumpir. Nuevamente, los acontecimientos se suceden muy rápidamente y los padres pueden incluso hasta desconocer sus derechos.

En este sentido, la paciente echa en falta documentos que acrediten ciertas decisiones que se tomaron con su cuerpo, con su vida. No tienen constancia alguna de qué pruebas se solicitaron y cuáles y por qué no se hicieron, ni de la solicitud de la interrupción ni tampoco de la decisión del comité. Hubiera sido necesario contar con una trabajadora social sanitaria de referencia (probablemente perteneciente al hospital donde se realizaba el seguimiento médico) para informarla a ella y a su pareja de sus derechos en torno a estas cuestiones tan importantes.

Hace falta personal social, especialista en el proceso de pérdida perinatal, pero también en el proceso de interrupciones del embarazo. En la pérdida perinatal uno se encuentra en shock y actúa como puede, tratando de ser operativo y porque el tiempo está en su contra. Uno no se para a pensar, en ningún momento, si el proceso es transparente, confía en el sistema. Y es crucial, ya que como advierten Gómez-Ulla y Contreras (2022), cómo vivir esta situación va a condicionar cómo vivir el duelo.

Referencias bibliográficas

- ACAI. (2019). *Protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado. IVE*. ACAI. Recuperado 3 octubre 2024, de <https://www.acaive.com/wp-content/uploads/Manual-protocolos-Abril-2019-web.pdf>
- Alcover Giménez, Sonia; Mitjans Lafont, Luís, y Muñoz Muñoz, Palmira (Coords.). (2017). *Guía clínica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) por el método farmacológico*. Generalitat Valenciana. Recuperado 3 octubre 2024, de https://www.san.gva.es/documents/337762/3024906/guia_clinica_para_la_ive_farmacologica_es.pdf/c7e9db4b-6802-c231-3cc0-c93bb78e2fb4?t=1676021592056
- Alonso, Luis Enrique. (1998). *A qualitative approach to sociology. An interpretative approach*. Editorial Fundamentos.
- Bertaux, Daniel, (s. f.). *La perspectiva biográfica: validez metodológica y potencialidades*. CPM. Recuperado 3 octubre 2024, de https://www.comisionporlamemoria.org/archivos/jovenesymemoria/bibliografia_web/metodologia/Bertaux.pdf
- Bolívar, Antonio, y Segovia, Jesús Domingo. (2019). *La investigación (auto)biográfica en educación*. Octaedro.
- Bourgeois, Marc. (1996). *Le deuil clinique. Pathologie*. Presses Universitaires de France.
- Bowlby, John. (1993). *La pérdida afectiva*. Paidós.
- Cabodevilla, Iosu. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30, supl. 3, 163-176. Scielo. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600012&lng=es&tlng=es
- Cacciatore, Joanne. (1999): Muerte, ética y comunicación para profesionales de la salud. En Jillian Cassidy et al., *Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal* (Anexo I, p. 20-24). Umamanita y El Parto es Nuestro. Recuperado 8 octubre 2024, de <https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2015/06/Guia-Atencion-Muerte-Perinatal-y-Neonatal.pdf>
- Cassidy, Jillian; Castro, Juan; Lo Cascio, Luz Marina; Villacampa, Gemma; Blázquez, María Jesús; Claramunt, M. Ángeles; Guijarro Serna, Natalia; Müller, Angela E.; Olza, Ibone; Álvarez Álvarez, Mónica; Silvente, Cristina; Herrera, Blanca, y Aguayo, Pepa. (2009): *Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal*. Umamanita y El Parto es Nuestro. Recuperado 3 octubre 2024, de <https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2015/06/Guia-Atencion-Muerte-Perinatal-y-Neonatal.pdf>

- CHU de Liège (s.f.). *Interruption médicale de grossesse (IMG) et deuil périnatal Vous informer pour mieux vous accompagner*. Recuperado 3 octubre 2024, de https://www.chuliege.be/upload/docs/application/pdf/2021-02/brochure_a5_img.pdf
- Colom Masfret, Dolors. (2008). *El Trabajo Social sanitario: Atención primaria y atención especializada. Teoría y práctica*. Siglo XXI.
- Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris. (2011). *Protocol de l'Interrupció Voluntària de l'Embaràs (IVE) farmacològica*. Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya. Recuperado 3 octubre 2024, de https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/2190/protocol_interrupcio_voluntaria_embaras_farmacologica_2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Garcés Trullenque, Eva María. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 333-352.
- García Martínez, Carmen, y Yagüe Frías, Alberto. (1999). Duelo perinatal. *Revista de Enfermería*, 10, 17-20. UCLM. <https://ruidera.uclm.es/server/api/core/bitstreams/1e4fb980-5e15-49bf-baa5-0d3d997f5b92/content>
- Gómez-Ulla, Pilar, y Contreras García, Pilar. (2022). *Duelo perinatal*. Editorial Síntesis.
- González Calvo, Valentín. (2006). Trabajo social familiar e intervención en procesos de duelo con familias. *Acciones e investigaciones sociales*, núm. extra 1, 451. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2002448>
- González Castroagudín, Sonia; Suárez López, Isabel; Polanco Teijo, Flavia; Ledo Marra, M.^a José, y Rodríguez Vidal, Elena. (2013). Papel de la Matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal. *Cuadernos de Atención Primaria*, 19, 113-117. AGAMFEC. https://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/19_2_ParaSaberDe_2.pdf
- Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos, y Baptista Lucio, María del Pilar. (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Hôpital de la Croix-Rousse (s. f.). *Interruption médicale de grossesse. Livret d'informations à l'usage des parents*. Recuperado 3 octubre 2024, de <https://www.chu-lyon.fr/sites/default/files/livret-img-hopital-croix-rousse.pdf>
- Leon, Irving G. (1990). *When a baby dies*. Yale University.
- López-Aranguren, Eduardo. (1986). El análisis de contenido tradicional. En Manuel García et al. (Comps.), *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación social* (p. 594-616). Alianza Editorial.

- López García de Madinabeitia, Ana Pía. (2011). Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(1), 53-70. Scielo. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000100005&lng=es&tlng=es
- López Rodríguez, Rosa María; Cardaba Plaza, Marta María Socorro; Rucandio Alonso, Ignacio, y Sánchez González, Ana. (2023). *Guía Común del Sistema Nacional de Salud sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Método farmacológico*. Ministerio de Sanidad.
- Mejías Paneque, M.^a del Carmen. (2012). Duelo perinatal: Atención psicológica en los primeros momentos. *Revista científica Hygia de Enfermería*, 79, 52-55. ICOES. <https://colegioenfermeriasevilla.es/wp-content/uploads/2022/05/Hygia79.pdf>
- Miranda Aranda, Miguel. (2010). La formación en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 323-332.
- Mora Castro, Albert. (2020). *Conocer para transformar. Métodos y técnicas de investigación en Trabajo Social*. Tirant Humanidades.
- NAPSW. (s. f.). *What is a Perinatal Social Worker*. Recuperado 3 octubre 2024, de https://www.napsw.org/what_is_a_perinatal_social_wor.php
- Neugebauer, Richard; Kline, Jennie; O'Connor, Patricia; Shrout, Patrick; Johnson, Jim; Skodol, Andrew; Wicks, Judith, y Susser, Mervyn. (1992). Determinants of depressive symptoms in the early weeks after miscarriage. *American Journal of Public Health*, 82(10), 1332-1339. <https://doi.org/10.2105/AJPH.82.10.1332>
- Porcel i Omar, Pilar. (2008). *El treball social en l'àmbit de la salut: un valor afegit*. Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears. Recuperado 3 octubre 2024, de https://institucional.academia.cat/docs/monografies/mo_me13.pdf
- Quesada Fernández, Cristina. (2020). *El duelo gestacional y perinatal y su abordaje desde el trabajo social sanitario. Propuesta de intervención en el ámbito hospitalario de Cataluña* (Trabajo de Fin de Grado no publicado). Universidad Ramon Llull.
- Rodríguez González, Ana María. (2018). La intervención social en el abordaje de la maternidad y paternidad desde el contexto de salud: la figura del/de la trabajador/a social sanitario/a. *Trabajo Social Hoy*, 85, 7-26. <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2018.0013>
- Rodríguez Pérez, María Ángeles; Prats Rodríguez, Pilar; Fournier Fisas, Sofía; Ricart Calleja, Marta; Echevarria Tellería, Mónica; Comas Gabriel, Carmina, y Serra Zantop, Bernat. (2013). Guía clínica de actuación de la interrupción del embarazo. *Diagnóstico prenatal*, 24(1), 11-14. <http://doi.org/10.1016/j.diapre.2012.06.005>

- Romea Martínez, Ana Cristina. (2024). Ámbitos de intervención del Trabajo Social. En Elisa Esteban Carbonell y Chabier Gimeno Monterde (Coords.), *Introducción al Trabajo Social* (p. 151-169). Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- Ruiz Toledo, Matilde. (2020). *El velo de la muerte perinatal* (Trabajo de Fin de Grado). Universidad Autónoma de Barcelona. Dipòsit digital de documents de la UAB. Recuperado 3 octubre 2024, de https://ddd.uab.cat/pub/tfg/2020/tfg_275797/Entrega_final_informe_TFG.pdf
- Sánchez-Pichardo, Marco Antonio. (2007). Guía de intervención psicológica para mujeres embarazadas con pérdidas perinatales. *Revista de Perinatología y Reproducción Humana*, 21(3), 147-150. Medigraphic. <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2007/ip073e.pdf>
- Santos Redondo, Pedro; Yáñez Otero, Ana, y Al-Adib Mendiri, Miriam. (2015). *Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad*. Servicio Extremeño de Salud. Recuperado 3 octubre 2024, de <https://albalactanciamaterna.org/wp-content/uploads/lactancia-materna-en-el-libro-duelo-SES.pdf>
- Valls Puente, Ester; Escuriet Peiró, Ramón, y Bullich Martín, Ingrid (Coords.). (2016). *Guía de acompañamiento al duelo perinatal*. Generalitat de Catalunya. Recuperado 3 octubre 2024, de https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3323/guia_acompa%C3%B1amiento_duelo_perinatal_2016_cas.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Vargas Solano, Rosa Elena. (2003). Duelo y pérdida. *Medicina Legal de Costa Rica*, 20(2), 47-52. Scielo. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000200005&lng=en&tlng=es
- Vicente Sáez, Natalia. (2014). *Duelo perinatal: el duelo olvidado* (Trabajo de Fin de Grado no publicado). Universidad de Salamanca.
- Weber, Jean-Christophe; Allamel-Raffin, Catherine; Rusterholtz, Thierry; Pons, Isabelle, y Gobatto, Isabelle. (2008). Les soignants et la décision d'interruption de grossesse pour motif médical : entre indications cliniques et embarras éthiques. *Sciences sociales et santé*, 26(1), 93-120. <https://doi.org/10.1684/sss.2008.0105>