EDICIONES COMPLUTENSE

Cuadernos de **Trabajo Social**
ISSN: 1988-8295

ARTÍCULOS

# Conversaciones terapéuticas con madres y padres cuyos hijos o hijas murieron durante el embarazo o el parto

**Nina Navajas-Pertegás**
Departament de Treball Social i Serveis Socials. Universitat de València

**Mariangels Ferrer-Duch**
Manchester Centre for Health Psychology, Division of Psychology and Mental Health. School of Health Sciences. University of Manchester; Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya

https://dx.doi.org/10.5209/cuts.105210

**Resumen:** Este artículo presenta los resultados de una intervención-investigación exploratoria en trabajo social narrativo sobre los significados que construyen madres y padres huérfilos en duelo perinatal acerca de los vínculos con sus hijos e hijas fallecidos. Participaron cinco familias heteroparentales a través de veintisiete conversaciones narrativas. Los hallazgos muestran que las conversaciones permitieron situar a los hijos como parte activa de la familia y reconocer la influencia que siguen teniendo en la vida cotidiana. Nombrarlos y hablar de ellos sostiene la identidad parental, abre posibilidades de continuar la relación más allá de la muerte y resiste expresiones sociales que minimizan o silencian la muerte perinatal. El estudio evidencia que el acompañamiento desde la terapia narrativa amplía los significados posibles, fortalece las identidades preferidas de las familias y fomenta la agencia personal frente al sufrimiento, legitimando formas de duelo que buscan continuidad de los vínculos en lugar de clausura, lo que aporta claves relevantes para el trabajo social.
**Palabras clave:** duelo perinatal; trabajo social narrativo; terapia narrativa; prácticas de re-cordar

## EN Therapeutic conversations with mothers and fathers whose babies died during pregnancy or childbirth

**Abstract:** This article presents the results of an exploratory intervention–research study in narrative social work on the meanings constructed by mothers and fathers in perinatal grief regarding their bonds with their deceased babies. Five heterosexual families participated in twenty-seven narrative conversations. The findings show that these conversations enabled parents to situate their children as an active part of the family and to acknowledge the continuing influence they have in everyday life. Naming and speaking about them sustains parental identity, opens possibilities for continuing bonds beyond death, and challenges social expressions that minimise or silence perinatal loss. The study shows that accompaniment through narrative therapy broadens the range of possible meanings, strengthens families' preferred identities, and fosters personal agency in the face of suffering, legitimising forms of grief that seek continuing bonds rather than closure, thereby offering relevant insights for social work.
**Keywords:** perinatal grief; narrative social work; narrative therapy; re-membering practices

**Sumario:** 1. Introducción. 2. Marco teórico. 2.1. La muerte desplazada: transformaciones culturales y rituales del morir en Occidente. 2.2. Muerte perinatal, incidencia y efectos psicosociales en las familias. 2.3. Concepciones modernas y posmodernas del duelo: de la desvinculación a la continuidad del vínculo. 3. Metodología. 3.1. Enfoque. 3.2. Participantes, procedimiento y curso de la intervención. 3.3. Consideraciones éticas. 3.4. Análisis. 4. Análisis e interpretación de resultados. 4.1. Re-cordar para sostener la continuidad del vínculo con los hijos e hijas fallecidos. 4.2. Re-cordar frente al silenciamiento y la soledad del duelo perinatal. 4.3. Resignificar el sufrimiento a través de "lo ausente pero implícito". 5. Conclusiones. 6. Referencias bibliográficas.

**Cómo citar:** Navajas, N., y Ferrer-Duch, MA. (2026). Conversaciones terapéuticas con madres y padres cuyos hijos o hijas murieron durante el embarazo o el parto. *Cuadernos de Trabajo Social, 39*(2). https://dx.doi.org/10.5209/cuts.105210

## 1. Introducción

La muerte perinatal provoca un intenso sufrimiento y puede alterar profundamente la vida familiar, por lo que requiere formas de apoyo capaces de atender dimensiones emocionales, relacionales y sociales (Fernández-Alcántara y Zech, 2017). Aunque en las últimas décadas ha aumentado el interés por el duelo perinatal, persisten experiencias de silenciamiento y escaso reconocimiento social que limitan la legitimidad del dolor y el reconocimiento de la maternidad y la paternidad tras la muerte perinatal (Fernández-Sola *et al.*, 2020). Además, la literatura continúa centrándose en las experiencias maternas, mientras que la vivencia de los padres ha recibido menor atención (Bimman y Graham, 2025), pese a su relevancia para comprender el carácter relacional del duelo.

El trabajo social ha desarrollado históricamente funciones de apoyo, intervención en crisis y acompañamiento a familias tras la muerte perinatal: intervención temprana, seguimiento posterior, apoyo a la comunicación familiar, acompañamiento en rituales y decisiones, y articulación entre necesidades emocionales, sociales e institucionales (Mahan y Calica, 1997; Pauw, 1991). También puede sostener acompañamientos prolongados, integrar la sensibilidad cultural, mediar con recursos comunitarios y responder a barreras estructurales que condicionan el duelo. Su aporte específico radica en una mirada holística de la persona en su entorno, capaz de comprender la muerte perinatal como experiencia relacional, social y políticamente mediada, además de como sufrimiento psíquico (Santiago-Warner, 2024). A nivel internacional, Romney *et al.* (2021) presentan una propuesta clínica no empírica desde la terapia narrativa, mientras que Grau y Hedtke (2018) y Grau (2021) han aplicado este enfoque para acompañar la muerte perinatal. No hemos identificado, sin embargo, estudios empíricos desde el trabajo social narrativo que incluyan a madres y padres.

En España las contribuciones sobre trabajo social y muerte perinatal se han centrado principalmente en el trabajo social sanitario, la intervención psicosocial y la mejora de la atención institucional. Se han descrito funciones profesionales, necesidades formativas y recursos de apoyo en maternidad y paternidad (Rodríguez-González, 2018), así como experiencias hospitalarias de intervención, protocolos y acompañamiento terapéutico (Olmo, 2025). Los estudios empíricos identificados exploran experiencias de mujeres mediante relatos autobiográficos sobre el papel o la ausencia del trabajo social (Esteban-Carbonell y Carnicero-Hernández, 2024) o analizan procesos emocionales y apoyo profesional percibido (Iglesias y Moreno, 2026). No obstante, no hemos identificado producción que aborde la muerte perinatal desde la terapia narrativa o el trabajo social narrativo, ni estudios que incorporen las experiencias vividas de madres y padres. Asimismo, parte de la literatura continúa dialogando con modelos modernos del duelo centrados en fases o tareas (Esteban-Carbonell y Carnicero-Hernández, 2024), mientras que las prácticas posmodernas, como la terapia narrativa, cuestionan las comprensiones lineales del duelo orientadas hacia la superación o desvinculación y proponen lecturas relacionales basadas en la continuidad del vínculo tras la muerte (Grau y Hedtke, 2018; Grau, 2021).

El trabajo social narrativo articula teoría y acción mediante un «modelo conversacional democrático» en el que las profesionales y las personas comparten, exploran y revisan historias sobre los problemas, sus efectos y las posibilidades de responder a ellos (Roscoe *et al.*, 2011, p. 51). Desde este enfoque, la intervención se organiza en tres movimientos: establecer una relación colaborativa, explorar y deconstruir *historias saturadas del problema*, y acompañar procesos de re-autoría. Esta orientación, sustentada en la terapia narrativa, separa a las personas de los problemas y abre espacio para trabajar con sus saberes, fortalezas, habilidades y agencia, así como con recursos de su contexto sociorelacional y comunitario (White y Epston, 1993).

Este estudio contribuye a ampliar un campo todavía poco desarrollado mediante una intervención-investigación en trabajo social narrativo con familias que han vivido una muerte perinatal. Incorpora relatos de madres y padres y explora cómo la terapia narrativa favorece la construcción de significados sobre el vínculo con los hijos e hijas fallecidos. Las preguntas que guiaron nuestra intervención-investigación fueron: ¿qué significados construyen madres y padres en duelo acerca de esos vínculos y cómo los integran en su vida cotidiana? ¿De qué modo las prácticas narrativas favorecen relatos que honran a estos hijos e hijas y sostienen nuevas formas de relación?

## 2. Marco teórico

### 2.1. La muerte desplazada: transformaciones culturales y rituales del morir en Occidente

En las sociedades occidentales contemporáneas, la muerte se ha desplazado del ámbito doméstico hacia instituciones especializadas. El hogar, donde durante siglos se moría y se velaba a los difuntos, ha cedido su lugar al hospital y al tanatorio, espacios que concentran hoy las funciones del morir con eficacia y asepsia (Requena, 2020). Ariès (2000, p. 87) describe este tránsito como el paso de una «muerte domesticada» —pública y ritual— a una «muerte prohibida», ocultada, medicalizada y progresivamente apartada de la vida cotidiana. Esta transformación afecta también a las formas de relación con los fallecidos: el lenguaje recurre a eufemismos, los rituales pierden presencia y prácticas como el luto prolongado o las visitas regulares al cementerio dejan de sostener formas colectivas de expresar el dolor y mantener el vínculo con quienes murieron (Ariès, 2000; Requena, 2020).

Sin embargo, otras tradiciones han concebido la muerte como tránsito y continuidad relacional. La Roma pagana entendía a los muertos como figuras con capacidad de influencia sobre la vida de los vivos, en una relación de reciprocidad sostenida mediante rituales y ofrendas (Requena, 2020). Esta idea del fallecido como presencia activa permite comprender prácticas posteriores como el *velatori de l'albaet*, extendido en

Valencia y otras regiones españolas. El ritual celebraba la transformación espiritual de criaturas fallecidas antes de los siete años, consideradas libres de pecado y convertidas en angelitos con capacidad para interceder por sus familiares (Pelegrín, 2005). Aunque estas ceremonias fueron progresivamente prohibidas y desaparecieron tras la Guerra Civil Española, ofrecían un marco simbólico y colectivo para reconocer la muerte infantil y sostener el vínculo con los seres queridos fallecidos. Frente a estos marcos rituales de reconocimiento, la muerte infantil y perinatal contemporánea cuenta con pocos espacios colectivos para nombrar, llorar y sostener la relación con los bebés fallecidos.

## 2.2. Muerte perinatal, incidencia y efectos psicosociales en las familias

La Organización Mundial de la Salud (2022) define la muerte perinatal como la muerte de un bebé con al menos 500 gramos de peso al nacer o una edad gestacional mínima de 28 semanas. Este criterio facilita la comparación estadística entre países, aunque deja fuera numerosas muertes ocurridas antes de ese umbral y puede restar reconocimiento institucional y social a experiencias que las familias viven como la muerte de un hijo o hija (Bimman y Graham, 2025).

La muerte perinatal sigue siendo frecuente. Entre el 15 % y el 25 % de los embarazos reconocidos terminan en aborto espontáneo, cifra que podría alcanzar el 30 %-60 % si se incluyeran todas las fecundaciones (Genovese y McQueen, 2023). En 2023 se registraron 1,9 millones de muertes fetales intrauterinas. En España, la tasa de mortalidad perinatal fue del 4 ‰, lo que afectó a unas 1300 familias (Instituto Nacional de Estadística, 2023). Dadas las tasas de prevalencia, existe una alta probabilidad de que las trabajadoras y los trabajadores sociales atiendan a familias que hayan sufrido estas experiencias.

La muerte perinatal provoca una de las formas más intensas de duelo y se asocia con un alto riesgo de complicaciones en la salud mental de las familias (Fernández-Alcántara y Zech, 2017). Las madres y los padres pueden experimentar tristeza intensa, conmoción y una persistente sensación de vacío (Kirui y Lister, 2021). Entre el 15 % y el 25 % desarrolla ansiedad (Lee *et al.*, 2017), estrés postraumático (Bhat y Byatt, 2016) o depresión (Hunter *et al.*, 2017). En algunos casos, el sufrimiento puede persistir durante años, volverse incapacitante (Kokou-Kpolou *et al.*, 2018) o prolongarse durante toda la vida (Majd *et al.*, 2024). Tras la muerte, muchos padres asumen el papel de sostén familiar, lo que puede llevarlos a silenciar o posponer su propio duelo (Obst *et al*., 2020). Aunque también necesitan apoyo social y validación emocional, su experiencia como dolientes suele quedar socialmente desplazada y recibe un menor reconocimiento que la de las madres. Como consecuencia, afrontan una *doble desautorización*: la invisibilización de su sufrimiento y un menor reconocimiento como progenitores en duelo (Bimman y Graham, 2025). Esta falta de reconocimiento se asocia con el aislamiento y efectos adversos en la salud (Due *et al.*, 2017; Obst *et al.*, 2020). Además, la muerte perinatal puede tensionar la relación de pareja y aumentar el riesgo de separación o divorcio (Gold *et al.*, 2010). Otros familiares, como abuelos y hermanos, también experimentan una invisibilización como dolientes, ya que con frecuencia priorizan el apoyo a los progenitores mientras atraviesan su propio duelo en silencio (Fernández-Sola *et al.*, 2020).

En respuesta al impacto de la muerte perinatal muchos hospitales promueven el contacto con el bebé fallecido bajo la premisa de que favorece el duelo. Conocerlo, sostenerlo en brazos o cuidarlo durante unas horas se asocia con una menor intensidad del dolor (de Wijngaards-Meij *et al.*, 2005) y puede ejercer un efecto reparador (Gamino *et al.*, 2000). Algunas voces defienden ofrecer de forma proactiva el contacto con el bebé fallecido para normalizar la experiencia y romper el tabú que rodea la muerte perinatal (Erlandsson *et al.*, 2013).

Sin embargo, el sufrimiento asociado a la muerte perinatal no depende únicamente de su intensidad emocional, sino también del reconocimiento social otorgado al duelo y al vínculo con el hijo o hija fallecido. Doka (1999) denomina *duelo desautorizado* a aquel que no se reconoce ni puede expresarse públicamente. El duelo perinatal constituye un ejemplo paradigmático: el bebé suele construirse como una «no-persona», y su muerte, reducirse a un «evento sin importancia» (Bardos *et al.*, 2015). La ausencia de ritos funerarios y reconocimiento simbólico puede agravar esta desautorización hasta volver invisible la muerte incluso en el entorno cercano. Frente a ello, en las últimas décadas los hospitales y las asociaciones familiares han impulsado prácticas como la creación de cajas de recuerdos —fotografías, huellas u objetos personales— que reconocen la existencia del hijo o hija fallecido y ayudan a sostener el vínculo tras la muerte.

## 2.3. Concepciones modernas y posmodernas del duelo: de la desvinculación a la continuidad del vínculo

Las concepciones modernas del duelo desarrolladas durante el siglo XX —como la freudiana, que lo define como «desvincular los recuerdos y esperanzas del sobreviviente respecto al fallecido» (Freud, 1917/1957, citado en Worden, 2018, p. 50)— influyeron en modelos como el de etapas (Kübler-Ross, 2019) o el de tareas (Worden, 2018). Estos conciben el duelo como un proceso lineal y universal, orientan la intervención hacia la desvinculación emocional de la persona fallecida y promueven ideas «como dejar ir», «seguir adelante» o «cerrar el duelo».

En contraste, los enfoques posmodernos cuestionan que elaborar el duelo por la muerte de un ser querido exija romper los lazos emocionales con esa persona (Neimeyer *et al*., 2014; White, 2009). También rechazan entenderlo como una enfermedad con fases predeterminadas, esperar que concluya con una curación o aplicar respuestas universales al margen del contexto sociocultural. En su lugar, comprenden el duelo como una experiencia comunicativa orientada a reconstruir significados, relacional, interpretativa y culturalmente situada. Desde esta mirada, la persona doliente conserva agencia para simbolizar y compartir su

experiencia, reaprenderse a sí misma, habitar un mundo transformado por la muerte y reorganizar el vínculo con quien ha fallecido (Hedtke y Winslade, 2017; Neimeyer *et al.*, 2014; White, 2009).

La terapia narrativa se inscribe en esta tradición y sostiene que las personas construimos sentido a través de los relatos sobre nosotras mismas, nuestras relaciones y el mundo que habitamos (White y Epston, 1993). El acompañamiento busca, entonces, ampliar significados, fortalecer identidades preferidas y abrir espacio a historias alternativas que reconozcan recursos, valores y formas de agencia frente al sufrimiento (Freedman y Combs, 1996). Aplicada al duelo, la terapia narrativa cuestiona el imperativo de *dejar atrás* la relación con la persona fallecida y propone comprender la continuidad del vínculo como una fuente potencial de significado, pertenencia y cuidado mutuo (White, 2009; Hedtke y Winslade, 2017).

Por último, hacemos una aclaración política coherente con la filosofía del trabajo social narrativo y de la terapia narrativa desde la que acompañamos e investigamos. Aunque el lenguaje médico los denomine *embriones* o *fetos*, en nuestras conversaciones con familias en duelo perinatal reconocemos como hijos e hijas a sus bebés fallecidos, porque así los nombran, los sienten y los lloran. Este reconocimiento no debe confundirse con la idea de que «el feto es vida», base del discurso antiaborto. Desde una crítica feminista, Smith (2005) advierte que el enfoque proaborto tiende a centrarse en la libertad individual sin atender a las desigualdades estructurales que la condicionan, mientras que la postura antiaborto transforma la afirmación de que «el feto es vida» en un argumento para penalizar. Esa deriva criminalizadora se inserta en un orden racista y clasista que castiga, sobre todo, a las mujeres empobrecidas, y deja intactas las condiciones materiales que dificultan el acceso real al aborto. En una invitación provocadora a reconocer que ninguno de estos enfoques resuelve el problema de fondo, la activista feminista indígena Jeanette Bushnell afirma: «El feto es una vida, pero a veces esa vida debe ser terminada» (citada en Smith, 2005, p. 121).

Cuando el movimiento proaborto evita abrirse a los significados que algunas mujeres atribuyen al feto, el discurso antiaborto puede cooptar esas experiencias mediante un tono promujer centrado en el daño psicológico (Hurst, 2008). Este desplazamiento se observa en el uso político del supuesto «síndrome posaborto». En septiembre de 2025, el pleno del Ayuntamiento de Madrid aprobó una propuesta de Vox para informar a las mujeres sobre este supuesto síndrome, pese a que carece de reconocimiento científico. La polémica terminó con una rectificación parcial del alcalde, José Luis Martínez-Almeida, quien reconoció que dicho síndrome carece de reconocimiento científico y admitió el error de apoyar la iniciativa. Sin embargo, su partido no votó a favor de revocar la medida, que quedó reformulada como información sobre posibles consecuencias del aborto. Este episodio muestra cómo el lenguaje del daño psíquico puede instrumentalizarse para legitimar nuevas formas de regulación sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Frente a ello, proponemos prácticas narrativas feministas que reconozcan las ambivalencias y el sufrimiento, y acojan los sentidos emocionales sin entregarlos a marcos criminalizadores.

## 3. Metodología

### 3.1. Enfoque

Desde un paradigma transformativo (Mertens, 2014), esta intervención-investigación empleó la terapia narrativa como vía para comprender las experiencias encarnadas de duelo perinatal en madres y padres huérfilos. Al invitarles a narrar sus vivencias, co-construimos sentidos a partir de las experiencias compartidas, reconociendo su agencia y saber local. Como investigadoras, asumimos la responsabilidad de trabajar «codo con codo» con comunidades silenciadas y marginalizadas «en un esfuerzo conjunto por impulsar una transformación social» (Mertens, 2014, p. 14) en torno al reconocimiento social de la muerte perinatal y al acompañamiento de su duelo.

### 3.2. Participantes, procedimiento y curso de la intervención

El reclutamiento se inició mediante contacto por correo electrónico con dos asociaciones de apoyo a familias en duelo perinatal: una con sede en Cataluña y otra de alcance nacional. Se les solicitó la difusión de una carta de invitación donde se presentaban los objetivos del estudio, el enfoque, las condiciones de participación y las garantías éticas. Se empleó un muestreo intencional, orientado a incorporar familias que hubieran vivido una muerte perinatal reciente y pudieran participar en un proceso de conversaciones terapéuticas narrativas. Los criterios de inclusión fueron: haber vivido una muerte perinatal en el último año; formar parte de una familia heteroparental, dado el interés del estudio por explorar experiencias de madres y padres y el menor reconocimiento del duelo paterno (Bimman y Graham, 2025); poder participar en cinco o seis conversaciones por videoconferencia; y conversar en castellano o catalán.

Contactaron voluntariamente ocho familias. Con cada una se realizó una conversación inicial para explicar el proyecto, valorar la adecuación a los criterios de inclusión, conocer la disponibilidad y confirmar el compromiso con el proceso. Finalmente participaron cinco familias que formalizaron su consentimiento informado: en tres participaron madre y padre, y en dos únicamente la madre. Las tres familias restantes no se incorporaron por limitaciones vinculadas al alcance temporal del trabajo de campo. La Tabla 1 presenta los perfiles sociodemográficos de las personas participantes.

Las conversaciones narrativas sumaron 27 sesiones, con una media de cinco a seis por familia, distribuidas en dos encuentros semanales, dos quincenales, uno a las tres semanas y uno mensual. Se realizaron por videoconferencia mediante Zoom entre mayo y agosto de 2025 y su duración osciló entre 57 y 110 minutos. La función de grabación permitió registrar las sesiones, que posteriormente se transcribieron con Turbo Scribe Ilimitado. Las transcripciones se revisaron y corrigieron manualmente para garantizar su fidelidad.

Ambas autoras participaron en el diseño del estudio, la interpretación de los hallazgos y la elaboración del manuscrito. Durante el trabajo de campo, la primera mantuvo las conversaciones con las familias y la segunda supervisó el proceso desde un modelo narrativo de supervisión (Ferrer-Duch *et al.*, 2025).

Tabla 1. Datos sociodemográficos de las familias participantes

| Nombre | Sexo | Procedencia | Edad | Hijos fallecidos | Máx. estudios alcanzados | Profesión | Ingresos (€) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Laura | Mujer | País Vasco | 39 | Ana | Grado | Trabajadora social | 35000-39999 |
| Iván | Hombre | Aragón | 36 | Ana | Grado | Administrativo | 30000-34999 |
| Mar | Mujer | Cataluña | 37 | Biel | Maestría | Psicoterapeuta | 30000-34999 |
| Quim | Hombre | Islas Baleares | 50 | Biel | Maestría | Profesor de ciclos formativos | 40000-44999 |
| Bruna | Mujer | Cataluña | 32 | Estrella | Maestría | Maestra de primaria | 25000-29999 |
| Joan | Hombre | Cataluña | 35 | Estrella | Maestría | Informático | 30000-34999 |
| Maru | Mujer | Montevideo (Uruguay) | 35 | Eric, Marc y Matías | Secundaria incompleta | Educadora de soporte escolar y monitora de comedor | 25000-29999 |
| Rachel | Mujer | Cataluña | 39 | Eir y Lee | FP/media o superior | Integradora social | 15000-19999 |

Fuente: elaboración propia

### 3.3. Consideraciones éticas

El proyecto se desarrolló conforme al Código Europeo de Conducta para la Integridad en la Investigación. Antes de iniciar las sesiones, cada familia participó en un encuentro telefónico o por videoconferencia para presentar los objetivos del estudio, resolver dudas y revisar las condiciones de participación y confidencialidad. Tras ello, se formalizó el consentimiento informado mediante firma manuscrita o digital.

El documento recogía la protección de datos, la participación voluntaria, la posibilidad de retirada y el uso de seudónimos, así como la supresión o modificación de información identificativa en la difusión de resultados para proteger la privacidad de las familias. Desde nuestra orientación investigadora narrativa, incorporamos microactos de cuidado antes, durante y después del proceso: las familias eligieron la fecha y la hora de las sesiones, el idioma (castellano o catalán) y sus pseudónimos. Además, recibieron todos los materiales generados en las conversaciones.

### 3.4. Análisis

Los testimonios se analizaron mediante un enfoque discursivo (Burr, 2015; Willig, 2021), orientado a examinar cómo las familias producen significados sobre la muerte perinatal, nombran a sus hijos e hijas fallecidos, negocian identidades parentales y se posicionan frente a discursos sociales sobre el duelo y la legitimidad del vínculo. Entendemos el discurso como un «conjunto de significados, metáforas, representaciones, imágenes, historias [y] declaraciones» que producen formas particulares de comprender acontecimientos y personas (Burr, 2015, p. 75). Desde esta mirada, el análisis atendió tanto al contenido de las narraciones como a los recursos discursivos empleados para construir experiencias, vínculos e identidades (Willig, 2021).

La codificación fue abierta y ascendente. A partir de lecturas reiteradas de las transcripciones se identificaron formas de nombrar a los bebés fallecidos, referencias a su presencia en la vida cotidiana, modos de afirmar la identidad parental, experiencias de validación o silenciamiento social y significados atribuidos al dolor. La relación entre estos códigos permitió identificar tres ejes narrativos desarrollados en los resultados: 1) re-cordar para sostener la continuidad del vínculo con los hijos e hijas fallecidos; 2) re-cordar frente al silenciamiento y la soledad del duelo perinatal; y 3) resignificar el sufrimiento a través de «lo ausente pero implícito».

## 4. Análisis e interpretación de los resultados

### 4.1. Re-cordar para sostener la continuidad del vínculo con los hijos e hijas fallecidos

Las familias describieron a sus hijos e hijas fallecidos como miembros activos de la historia familiar. Este hallazgo cuestiona la idea de que la muerte perinatal, por producirse tempranamente, limita las posibilidades de sostener la pertenencia y la continuidad relacional. Los relatos muestran que el vínculo no depende solo del tiempo compartido con el bebé, sino también de expectativas y proyectos que anticipan su llegada, incluso antes de la concepción:

> Desde que nos conocimos dijimos que tendríamos un bebé. Siempre dijimos que si era niña se llamaría Ana. Antes de embarazarnos ya hablábamos de Ana. En un viaje a Lisboa, en un mercadillo, compramos un cacharrito de cerámica, de esos para el cuarto de Anita, para su habitación. (Iván y Laura, padres de Ana)

En el relato anterior, nombrar a Ana, imaginar su habitación o comprar objetos para ella revela que su existencia ya participaba en deseos, decisiones y formas de proyectarse como familia antes del nacimiento. Re-cordar implica reconocer la influencia que sigue ejerciendo una vida imaginada y esperada y otorgarle un lugar en el presente (Grau y Hedtke, 2018; Grau, 2021; Hedtke y Winslade, 2017). El vínculo continuo se sostiene menos en recuerdos biográficos que en anhelos, significados y prácticas simbólicas. Estos hallazgos dialogan con investigaciones que muestran cómo la maternidad, la paternidad y la relación con el bebé pueden comenzar a construirse antes del nacimiento y no dependen necesariamente del tiempo de gestación (Lee *et al.*, 2017). Desde esta perspectiva, la muerte perinatal interrumpe una vida, aunque no siempre la pertenencia ni los significados construidos en torno a ella.

En otros casos, el vínculo con el hijo continuó construyéndose después de la muerte mediante preguntas, decisiones y actos orientados a reconocer quién era y el lugar que ocupaba en la familia. El siguiente intercambio con una madre cuyo segundo hijo falleció a las dieciséis semanas de gestación muestra cómo la búsqueda del sexo y la elección del nombre se convirtieron, años después, en formas de sostener su pertenencia:

**Nina:** Quería pedirte permiso para preguntar sobre la historia del nombre de Eric.

**Maru:** El nombre de Eric tiene una historia importante porque no sabíamos si era nena o nene. Al principio de morir, como no teníamos ni idea del sexo, la psicóloga nos dijo, «pues ponedle mitad del nombre de nena y mitad del de nene que teníais pensado». Entonces, le pusimos *Lama*. Luego, pensándonos que era una niña y porque no queríamos llamarle Lama, le pusimos Laia. Estuvimos así durante tres años. Otras mamás del grupo de apoyo mutuo donde vamos me dijeron que tenía derecho a solicitar el informe clínico y poder saber más, ya que en su momento me dijeron que, por protocolo, no podían darme más información. Entonces, cuando llega el informe veo que ponía «feto masculino».

**Nina:** ¡Y era un nene!

**Maru:** Entonces, empezamos a pensar qué nombre podíamos buscarle. Ninguno nos convencía del todo. Estuvimos buscando todo un sábado, desde la mañana hasta la tarde-noche. Al final, apareció *Eric*. Y dice mi hija, «¡Eric sí que me gusta!», «¡a mí también me gusta!», dice su padre. Buscamos el significado y vimos *príncipe eterno*. Y dije, «¡pues este es!».

**Nina:** ¿Y qué crees que diría Eric si escuchara esta historia que me has contado sobre cómo insististeis, sobre cómo estuvisteis sin parar hasta saber si era un niño o una niña, y luchando con tanta fuerza para darle un nombre que le honrara?

**Maru:** Siempre hacemos la broma, y digo, «¡mira, Eric está riéndose de nosotros, enseñándonos la pichurrina allí!». «¡¿Que no podéis verlo?, claro que soy un niño!». Jajaja.

**Nina:** Jajaja. ¡Estabais engañados!

**Maru:** Pienso que estará muy contento y orgulloso de que no nos quedáramos con aquello. Que, a pesar del tiempo transcurrido, siempre ha estado muy presente. Queríamos realmente vivir la certeza de si era nene o nena. Y que tenga su nombre correspondiente, que le hiciera honrar lo que es.

En el diálogo anterior, nuestra pregunta en modo subjuntivo —«¿qué crees que diría Eric si escuchara esta historia...?»— invita a Maru a alejarse de las *historias conocidas* y explorar *historias posibles de conocer* (Carey *et al.*, 2010). El subjuntivo constituye la voz del «como si»: una forma de hablar que permite habitar escenarios imaginados donde la relación continúa y el sentido de pertenencia permanece activo (Hedtke y Winslade, 2005, p. 200). Nuestra pregunta no se limita a recoger una historia previa, sino que facilita coconstruir con Maru qué diría su hijo. Abre un espacio donde Eric puede aparecer como interlocutor, con voz, humor y reacción propios. En este sentido, permite *decirle hola de nuevo* para favorecer nuevas formas de relación con él más allá de la muerte (Hedtke y Winslade, 2017; White, 2009). La respuesta de Maru sitúa a Eric en el presente («está riéndose de nosotros»), imagina su reacción futura («estará muy contento y orgulloso») y expresa deseos vinculados a su identidad («que tenga su nombre correspondiente, que le hiciera honrar lo que es»).

## 4.2. Re-cordar frente al silenciamiento y la soledad del duelo perinatal

Las familias describieron experiencias recurrentes de silenciamiento tras la muerte perinatal. Comentarios como «solo era un feto», «menos mal que murió antes de que lo conocieras» o «eres joven, ya tendrás otro» minimizan el impacto de la muerte y cuestionan la legitimidad del vínculo con el hijo o hija fallecido. Asimismo, se espera que el duelo concluya dentro de un tiempo socialmente aceptado, mientras la persistencia del vínculo puede interpretarse como patológica (Grau y Hedtke, 2018). Las familias señalaron que su dolor trascendía la muerte y alcanzaba también la dificultad para nombrar a sus hijos, compartir su existencia o recibir reconocimiento como madres y padres en su cotidianeidad.

Este silenciamiento encuentra eco en el plano institucional. En España, si el bebé muere antes de nacer y la gestación no alcanza los 180 días, no puede inscribirse en el Registro Civil ni en el Libro de Familia. Ese mismo umbral regula el acceso al permiso por nacimiento y cuidado del menor: solo se reconoce a la madre cuando se superan los 180 días de gestación, lo que excluye tanto a las madres que atraviesan muertes más

tempranas como a los padres en todos los casos. Esta falta de reconocimiento social e institucional intensifica el sufrimiento de las familias: duele la muerte del hijo o hija, duele no poder nombrarlo ni compartir abiertamente su existencia y duele quedar fuera del respaldo legal y psicosocial. Frente a estas dinámicas que silencian y deslegitiman el vínculo, las prácticas de re-cordar abren un camino distinto. Reconocen que, aunque la vida haya sido breve, esos hijos e hijas tienen un lugar en la familia y que hablar de ellos ayuda a dotar de sentido su existencia. Así lo expresó Rachel, madre de Eir y Lee, fallecidos a los tres y cuatro meses de gestación:

**Nina:** ¿Podrías contarme cómo han contribuido a tu vida Eir y Lee?
**Rachel:** ¡Es que forman parte de mi vida! ¡No tengo ni palabras! Yo pinté muchos cuadros embarazada. De Eir no tanto, de Lee más. Veo los cuadros y veo una evolución, una integración en comprender que «las familias» no solo son aquellas que andan por el parque [solloza]. Que «familia», también son ellos que fueron creados. Desde el momento del *positivo* existen para esa historia familiar. Si cuento, somos tres, cuatro, cinco y Neula, mi otra perra, seis. Entonces, ¿a qué contribuyen? Me contribuyen a ser peleona. ¡Tengo necesidad de hablar de mis hijos! Y hablo, ¡eh! También hay momentos en que, cuando veo que alguien no me los menciona, ¡me enfado! ¡Necesito que los vean! Tengo esa necesidad de que me reconozcan como madre. ¡Que lo soy!
**Nina:** ¿Cómo te gusta que los vean?, ¿cómo te gusta presentarles?
**Rachel:** Como hijos no nacidos y existidos.

Este testimonio muestra que Rachel reconoce a Eir y Lee como parte de su familia desde el embarazo, al margen de la duración de sus vidas. Además, incluye a Neula, su perra, trazando una historia afectiva que desborda el modelo convencional de familia que vemos «en el parque». Al reclamar que otras personas vean a sus hijos y la reconozcan como madre, Rachel afirma su lugar y resiste el mandato de *callar*, *dejar ir* o *sustituir*. Las prácticas de re-cordar sostienen así su identidad materna y preservan la pertenencia de Eir y Lee en la historia familiar, en sintonía con otros trabajos sobre terapia narrativa y duelo perinatal (Grau y Hedtke, 2018; Grau, 2021).

Las familias también compartieron cómo sus hijos e hijas son un referente activo que acompaña sus decisiones cotidianas y su manera de afrontar el dolor y la soledad. Bruna y Joan expresaron cómo su hija Estrella, fallecida en la semana 37 del embarazo, les ayuda a seguir viviendo:

**Nina:** Si Estrella estuviera ahora mirándoos con sus ojos llenos de amor, ¿qué diría acerca de todas esas cosas que estáis haciendo que, como habéis dicho, tanto os cuestan para seguir con vuestras vidas?
**Bruna:** Bueno, espero que se sienta orgullosa de las personas en las que nos estamos convirtiendo.
**Joan:** Es una pregunta difícil. No lo sé.
**Bruna:** Quizá pensaría «si estuviera allí, todos estos problemas derivados del duelo no existirían». [Llora]. Espero que, si nos ve, se sienta orgullosa de cómo lo estamos afrontando y de cómo la tenemos presente.
**Nina:** Imaginemos que Estrella os pudiera dar unas palabras de ánimo, ¿qué creéis que os diría?
**Bruna:** Siempre pienso que ella querría vernos felices. Supongo que nos animaría a no rendirnos que, de hecho, por eso no nos rendimos. Cada día nos levantamos, nos vestimos, salimos, vamos a desayunar fuera o sacamos a pasear a la perra. Joan está buscando trabajo y yo estoy trabajando. En realidad, ¡lo estamos haciendo por ella! Que no debemos rendirnos, que lo que nos ha pasado es una putada, pero que Estrella existe y está en algún lugar.

En el relato anterior, Estrella aparece como una interlocutora imaginada capaz de opinar, animar y acompañar, en lugar de quedar relegada al pasado. Nombrarla y preguntarse *qué diría* legitima su identidad y afirma la maternidad y paternidad en curso, abriendo un horizonte compartido donde «vernos felices» se convierte en un principio orientador. Las rutinas más sencillas —levantarse, vestirse, pasear— se cargan de sentido cuando se realizan «por ella». Así, lo que podría interpretarse como ausencia se transforma en brújula para acompañar. Estrella asume un papel activo: ayuda a sus padres a sobrellevar su muerte, sostener el deseo de seguir adelante y cuidar la continuidad familiar. Todo ello se expresa en prácticas visibles que moldean el proyecto vital de la pareja. Formular preguntas apreciativas en esta línea abre conexiones que honran la influencia que las y los bebés fallecidos siguen ejerciendo en la vida de quienes los aman.

### 4.3. Resignificar el sufrimiento a través de «lo ausente pero implícito»

En terapia narrativa, lo ausente pero implícito invita a leer las emociones como señales de aquello que la persona valora y desea proteger (Carey *et al.*, 2010; White, 2003). Así, el dolor puede testimoniar amor y lealtad; la tristeza, mantener viva una conexión; la ira, defender valores vulnerados; y el miedo, custodiar aquello valioso que se percibe frágil o amenazado. La siguiente conversación con Quim, padre de Biel, fallecido a las 21 semanas de gestación, muestra cómo el dolor puede proteger aquello que sigue teniendo valor:

**Quim:** Puede que esté pasando por una época masoquista. Incluso estoy resignificando... Recuerdo un poema de Vicent Andrés Estellés que dice: «Jo tinc una mort petita, meua i ben meua només. Com jo la nodresc a ella, ella em nodreix igualment»[1]... A mí, los días de duelo y la muerte de Biel

[1] Yo tengo una pequeña muerte, mía y solo mía. Así como yo la nutro a ella, ella me nutre igualmente.

me nutren. Forman parte de mí, de su pequeña existencia y me acuerdo de ellos, no los reniego, ni quiero olvidarme, ni quiero pasar página.

**Nina:** Los recuerdas, has dicho, desde su existencia.

**Quim:** Los recuerdo desde el dolor, pero no me da miedo enfrentarme a ese dolor. Disfruto mucho de mi camino de ida y vuelta al gimnasio. Y tengo ganas de que sea invierno para... [llora unos minutos] levantarme a las seis y media e ir [llora]. Para mí es un momento nuestro. Surge del dolor, ¡pero me da igual! Es un dolor mío, reconocible, que me une a él.

**Nina:** Y si ese dolor tuviera palabras, ¿qué cosas diría de aquello que tú no quieres olvidar?

**[silencio]**

**Quim:** No lo sé, creo que, bueno, es un hijo muerto, pero es mi hijo. Son quince minutos caminando de ida y vuelta. No era agradable, era triste, frío, doloroso. Pero, bueno, era un momento en el que me sentía muy conectado con él. Y me pasa lo mismo con los días del hospital. Todo es una mierda. Pero, bueno, ¡es mi mierda!

**Nina:** Aunque has dicho «dolor», «es mi mierda», ¿te trae más cosas?

**Quim:** ¡Me conecta a él! No puedo darle la vuelta. Entonces he terminado abrazándolo en lugar de darle la espalda, porque no puedo ni quiero dársela. Por eso, hasta hoy, no había pensado en ese poema.

**Nina:** ¿Y qué dice de ti eso que has comentado de «yo no le doy la espalda al dolor» o a las cosas que, quizá, no son tan agradables?

**Quim:** No sé si llamarlo... resiliencia. Quiero decir... Tengo un hijo que nació y murió. Los días del hospital, el parto, los previos, los miedos, las noches sin dormir, la noche durmiendo en una butaca, forman parte de él. Y olvidarme de esas cosas solo porque duelen, pues no me interesa. Habría preferido que no hubieran pasado, pero... forman parte de él, de mí y de Mar [la madre]. Por eso decía al principio «masoquismo». Hasta cierto punto, los disfruto. Quiero decir, es como huir de llorar... Pues ¡no! No quiero arrinconar ciertos sentimientos porque sería como arrinconarlo a él.

**Nina:** ¿Dirías que no dar la espalda a esas sensaciones de dolor, de malestar, es también una forma de honrar su vida, su existencia?

**Quim:** ¡Indudablemente!

El relato de Quim incluye expresiones como «es mi dolor» o «es mi mierda», que nombran un sufrimiento intenso y que, desde enfoques modernos del duelo, podrían leerse como *dificultad para avanzar*. Sin embargo, desde lo ausente pero implícito, esas palabras revelan valores y compromisos que rechaza abandonar: la conexión con Biel, la memoria de lo vivido, la identidad paterna y la lealtad hacia una historia familiar hecha también de embarazo, parto, hospital y muerte. Nuestra pregunta —«¿y si ese dolor tuviera palabras... qué diría?»— no busca reducir su sufrimiento. Explora aquello que sigue siendo valioso y a lo que el dolor responde. Quim desplaza entonces el sentido del dolor desde el padecimiento hacia la relación: «¡Me conecta a él!». Cuando afirma que arrinconar ciertas emociones sería «como arrinconarlo a él», muestra que olvidar esas experiencias implicaría apartar también una parte de Biel y de su propia paternidad. Al rechazar «dar la espalda» al dolor, Quim resiste formas de desautorización que relegan a muchos hombres al papel de *acompañantes* del duelo y debilitan el reconocimiento de su identidad paterna tras la muerte perinatal (Bimman y Graham, 2025). Sostener ese dolor le permite afirmar que Biel sigue siendo su hijo y que su paternidad permanece activa.

## 5. Conclusiones

Esta intervención-investigación partió de dos preguntas: qué significados construyen las familias en duelo perinatal acerca de los vínculos con sus hijos fallecidos y de qué manera las prácticas narrativas pueden favorecer relatos que honren a estos hijos y sostengan nuevas formas de relación. Los resultados sugieren que las conversaciones fortalecieron las identidades preferidas de las familias, sostuvieron la continuidad del vínculo e integraron la presencia de sus hijos en la vida cotidiana, los recuerdos compartidos y las decisiones que organizan el proyecto vital. También permitieron comprender el dolor como expresión de aquello que se valora. Asimismo, permitieron problematizar los discursos hegemónicos que minimizan la muerte perinatal o deslegitiman la maternidad y la paternidad de estas familias.

Los hallazgos muestran, además, que el trabajo social narrativo aporta herramientas que trascienden el apoyo emocional y la respuesta inmediata a la crisis. Puede facilitar procesos de re-construcción de significado, favorecer formas de re-autoría mediante las que las familias puedan reconocerse más allá de identidades definidas exclusivamente por la pérdida y abrir espacio para cuestionar supuestos culturales sobre la muerte, la parentalidad o el duelo. Desde esta perspectiva, el trabajo social narrativo conecta experiencia vivida y contexto social, ayuda a identificar fortalezas propias y permite re-construir historias menos subyugadas por los discursos dominantes del déficit o la patología. Su contribución reside también en hacer visibles desigualdades institucionales y sociales que influyen en quién puede ser reconocido como madre, padre o familia.

En este sentido, el trabajo social narrativo en el acompañamiento al duelo perinatal contribuye a la justicia social al favorecer narrativas que disputan jerarquías del dolor, amplían los marcos desde los que determinadas muertes adquieren dignidad pública y reclaman legitimidad para la memoria de hijos e hijas frecuentemente relegados a los márgenes del reconocimiento colectivo. Acompañar a las familias a sostener esa memoria emerge, así, como una práctica que desafía silencios históricos y cuestiona desigualdades vinculadas al reconocimiento del sufrimiento.

Este trabajo constituye una pequeña, aunque significativa, aportación al conocimiento sobre trabajo social narrativo y duelo perinatal. Dado su carácter exploratorio y el reducido número de familias participantes, futuras investigaciones podrían ampliar estos hallazgos en otros contextos y explorar su contribución al diseño de respuestas sensibles a las dimensiones relacionales, sociales e institucionales del duelo. También resultaría pertinente profundizar en cómo las respuestas institucionales y las asociaciones familiares influyen en la construcción de significados sobre la muerte perinatal y en el reconocimiento de la identidad parental. Asimismo, podría explorarse la aplicabilidad de estos hallazgos y del trabajo social narrativo a otros contextos de muerte y duelo atravesados por el silenciamiento y el estigma, particularmente en experiencias vinculadas a muertes difíciles de narrar públicamente, cuyos duelos suelen recibir escasa legitimidad social, como sucede tras el suicidio, las *pérdidas ambiguas* o la muerte de mascotas.

Finalmente, invitamos a las instituciones y asociaciones familiares implicadas en la atención al duelo perinatal a conocer los aportes del trabajo social narrativo en este ámbito. Las trabajadoras sociales debidamente formadas en enfoques narrativos pueden desarrollar esta aportación en distintos ámbitos profesionales y niveles de intervención. Este potencial resulta especialmente relevante en los sistemas públicos de salud, donde el trabajo social participa en la atención a la maternidad y la paternidad, la detección de malestares psicosociales y la coordinación sociosanitaria. A su vez, desde su conocimiento de los sistemas de protección social, puede favorecer el acceso a derechos, recursos sociales y comunitarios. Asimismo, desde el análisis de los factores sociales que atraviesan el duelo, puede visibilizar barreras sanitarias, administrativas y culturales que intensifican el sufrimiento familiar y contribuir a sensibilizar tanto a los equipos profesionales como a la sociedad en general.

## Agradecimientos

Expresamos nuestro más sincero agradecimiento a las cinco familias participantes, a la asociación Petits amb Llum, a la Red el hueco de mi vientre y a las personas que revisaron este artículo por su generosidad y sus valiosas aportaciones.

## Referencias bibliográficas

Ariès. P. (2000). *Historia de la muerte en Occidente. De la Edad media hasta nuestros días.* El Acantilado.

Bardos, J., Hercz, D., Friedenthal, J., Missmer, S. A. y Williams, Z. (2015). A national survey on public perceptions of miscarriage. *Obstetrics and Gynecology*, *125*(6), 1313-1320. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000859

Bhat, A. y Byatt, N. (2016). Infertility and perinatal loss: When the bough breaks. *Current Psychiatry Reports*, *18*(3). https://doi.org/10.1007/S11920-016-0663-8

Bimman, R. y Graham, N. (2025). Hiding in Plain Sight: A Narrative Review of Non-Parental Relatives' Perinatal Grief. *Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care*, *21*(1), 30-57. https://doi.org/10.1080/15524256.2024.2443152

Burr, V. (2015). *Social Constructionism.* Routledge.

Carey, M., Walther, S. y Russell, S. (2010). Lo ausente pero implícito–un mapa para apoyar el interrogatorio terapéutico. *Procesos psicológicos y sociales*, *6*(1-2), 1-24. https://stage.pranaschile.org/wp-content/uploads/2018/04/Loausente.pdf

de Wijngaards-Meij, L., Stroebe, M., Stroebe, W., Schut, H., Van Den Bout, J., Van Der Heijden, P. G. M. y Dijkstra, I. (2008). The impact of circumstances surrounding the death of a child on parents' grief. *Death Studies*, *32*(3), 237-252. https://doi.org/10.1080/07481180701881263

Doka, K. J. (1999). Disenfranchised grief. *Bereavement Care*, *18*(3), 37-39. https://doi.org/10.1080/02682629908657467

Due, C., Chiarolli, S. y Riggs, D. W. (2017). The impact of pregnancy loss on men's health and wellbeing: A systematic review. *BMC Pregnancy & Childbirth*, *17*(1), 1-13. https://doi.org/10.1186/s12884-017-1560-9

Erlandsson, K., Warland, J., Cacciatore, J. y Rådestad, I. (2013). Seeing and holding a stillborn baby: Mothers' feelings in relation to how their babies were presented to them after birth-Findings from an online questionnaire. *Midwifery*, *29*(3), 246-250. https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.01.007

Esteban-Carbonell, E. y Carnicero-Hernández, E. (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

Fernández-Alcántara, M. y Zech, E. (2017). One or Multiple Complicated Grief(s)? The Role of Kinship on Grief Reactions. *Clinical Psychological Science*, *5*(5), 851-857. https://doi.org/10.1177/2167702617707291

Fernández-Sola, C., Camacho-Ávila, M., Hernández-Padilla, J. M., Fernández-Medina, I. M., Jiménez-López, F. R., Hernández-Sánchez, E., Conesa-Ferrer, M. B. y 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

Ferrer-Duch, M., Ulph, F., Dachs Cabanas, E., Fredman, G. y MacLeod, R. (2025). Counseling supervision for genetic counselors: A proposed outsider witness structure. *Journal of Genetic Counseling*, *34*(3), 1-7. https://doi.org/10.1002/JGC4.70056

Freedman, J. y Combs, G. (1996). *Narrative Therapy: The social construction of preferred realities.* Norton.

Gamino, L.A., Sewell, K.W. y Easterling, L.W. (2000). Scott and white grief study—phase 2: Toward an adaptive model of grief. *Death Studies*, *24*(7), 633-660. https://doi.org/10.1080/07481180050132820

Genovese, H.G. y McQueen, D.B. (2023). The prevalence of sporadic and recurrent pregnancy loss. *Fertility and Sterility*, *120*(5), 934-936. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.08.954

Gold, K.J., Sen, A. y Hayward, R.A. (2010). Marriage and Cohabitation Outcomes After Pregnancy Loss. *Pediatrics*, *125*(5), e1202. https://doi.org/10.1542/peds.2009-3081

Grau Kristensen, H. (2021). The Politics of Saying Hullo Again. *Journal of Contemporary Narrative Therapy*, *1*, 20-37. https://ir.uv.es/T7Kqj6I

Grau Kristensen, H. y Hedtke, L. (2018). Still alive: Counselling conversations with parents whose child has died during or soon after pregnancy. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, *1*, 22-30. https://ir.uv.es/A8e7N41

Hedtke, L. y Winslade, J. (2005). The Use of the Subjunctive in Re-Membering Conversations with Those Who are Grieving. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, *50*(3), 197-215. https://doi.org/10.2190/U1WC-WHA4-52GE-P2HH

Hedtke, L. y Winslade, J. (2017). *Remembering lives: Conversations with the dying and the bereaved*. Routledge.

Hunter, A., Tussis, L. y MacBeth, A. (2017). The presence of anxiety, depression and stress in women and their partners during pregnancies following perinatal loss: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *223*, 153-164. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.004

Hurst, R. A. J. (2020). Abortion as a Feminist Pedagogy of Grief in Marianne Apostolides's Deep Salt Water. *Feminist Studies*, *46*(1), 43-73. https://doi.org/10.1353/fem.2020.0011

Iglesias Ortuño, E. y Moreno Zaragoza, C.M. (2026). Gestión emocional y apoyo profesional en la muerte perinatal. *La Razón histórica: revista hispanoamericana de historia de las ideas políticas y sociales*, *66*, 234-253. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10676851

Instituto Nacional de Estadística. (2023). Tasa de Mortalidad Perinatal según sexo. https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1698&L=0

Kirui, K. M. y Lister, O. N. (2021). Lived Experiences of Mothers Following a Perinatal Loss. *Midwifery*, *99*. https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103007

Kokou-Kpolou, K., Megalakaki, O. y Nieuviarts, N. (2018). Persistent depressive and grief symptoms for up to 10 years following perinatal loss: Involvement of negative cognitions. *Journal of Affective Disorders*, *241*, 360-366. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.063

Kübler-Ross, E. (2019). *Sobre la muerte y los moribundos: Una lección de vida para médicos, enfermeras y familias*. B de Bolsillo.

Lee, L., McKenzie-McHarg, K. y Horsch, A. (2017). The impact of miscarriage and stillbirth on maternal–fetal relationships: an integrative review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *35*(1), 32-52. https://doi.org/10.1080/02646838.2016.1239249

Mahan, C. K. y Calica, J. (1997). Perinatal Loss: Considerations in Social Work Practice. *Social Work in Health Care*, *24*(3-4), 141-152. https://doi.org/10.1300/J010v24n03_12

Majd, M., Chen, M.A., Chirinos, D. A., Brown, R.L., LeRoy, A.S., Murdock, K. W., Wu-Chung, E. L., Thayer, J. F. y Fagundes, C. P. (2024). Trajectories of depressive symptoms early in the course of bereavement: Patterns, psychosocial factors and risk of prolonged grief. *Stress and Health*, *40*(3), e3340. https://doi.org/10.1002/SMI.3340

Mertens, D. M. (2014). *Research and evaluation in education and psychology: Integrating diversity with quantitative, qualitative, and mixed methods*. SAGE.

Neimeyer, R. A., Klass, D. y Dennis, M. R. (2014). A Social Constructionist Account of Grief: Loss and the Narration of Meaning. *Death Studies*, *38*(8), 485-498. https://doi.org/10.1080/07481187.2014.913454

Obst, K. L., Due, C., Oxlad, M. y Middleton, P. (2020). Men's grief following pregnancy loss and neonatal loss: a systematic review and emerging theoretical model. *BMC pregnancy and childbirth*, *20*(1), 11. https://doi.org/10.1186/s12884-019-2677-9

Olmo Prieto, M.C. (2025). Duelo Perinatal y Trabajo Social: la eficacia del acompañamiento terapéutico. *Revista Trabajo Social y Salud*, *101*, 449-453. https://aetrabajosocialysalud.es/duelo-perinatal-y-trabajo-social-la-eficacia-del-acompanamiento-terapeutico-de-maria-del-carmen-olmo-prieto/

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Clasificación Internacional de Enfermedades Undécima Revisión (CIE-11).* https://icd.who.int/es/docs/GuiaReferencia_CIE_11_Feb2023.pdf

Pauw, M. (1991). The social worker's role with a fetal demise and stillbirth. *Health & Social Work*, *16*(4), 291-297. https://doi.org/10.1093/hsw/16.4.291

Pelegrín, M. (2005). Desde el Mediterráneo a tierras de quebrachos. El Vetlatori del Albaet en Valencia y su correlato en el Velorio del Angelito en Santiago del Estero, Argentina. *Espéculo. Revista de estudios literarios*, *30*, (s.p). https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1210449

Requena Jiménez, M. (2020). La muerte en la antigua Roma. *Pasajes*, (59), 70-93. https://www.jstor.org/stable/27143765

Rodríguez González, A.M. (2018). Sistema de protección social en la maternidad y paternidad: la intervención social del/de la trabajador/a social sanitario/a. *Trabajo Social Hoy*, *85*, 7-25. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6704763

Romney, J., Fife, S. T., Sanders, D. y Behrens, S. (2021). Treatment of Couples Experiencing Pregnancy Loss: Reauthoring Loss from a Narrative Perspective. *International Journal of Systemic Therapy*, *32*(2), 134-152. https://doi.org/10.1080/2692398X.2020.1855621

Roscoe, K. D., Carson, A. M. y Madoc-Jones, L. (2011). Narrative social work: conversations between theory and practice. *Journal of Social Work Practice*, *25*(1), 47–61. https://doi.org/10.1080/02650533.2010.530344

Santiago-Warner, S. (2024). Social work practice in perinatal palliative care: an overview. *Social Work in Health Care*, *63*(4-5), 248-262. https://doi.org/10.1080/00981389.2024.2316697

Smith, A. (2005). Beyond Pro-Choice versus Pro-Life: Women of Color and Reproductive Justice. *NWSA Journal*, *17*(1), 119-140. https://www.jstor.org/stable/4317105

White, M. (2003). Narrative practice and community assignments. *International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, *2*, 17-55. https://dulwichcentre.com.au/wp-content/uploads/2016/12/Narrative-Practice-and-Community-Assignments.pdf

White, M. (2009). *Guías para una Terapia Familiar Sistémica.* Gedisa.

White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós.

Willig, C. (2021). *Introducing Qualitative Research in Psychology.* Open University Press.

Worden, J. W. (2018). *Grief counselling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. Springer.