



# Acompañamiento en el duelo Prenatal y Perinatal

VIII Jornada de Salud Perinatal  
Santiago 24/11/2014

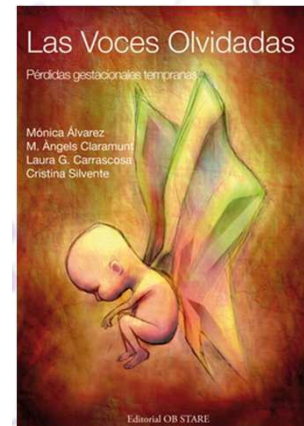
**Gabriella Bianco**  
Psicóloga (B-1227)  
Psicoterapeuta Gestalt (AETG)  
Experta en Psicología Perinatal

[www.gabriellabianco.com](http://www.gabriellabianco.com)



# Duelo perinatal

- Pérdida del hijo o hija.
- Pérdida del útero.
- Pérdida del parto.
- Pérdida de la fertilidad.
- Pérdida de la lactancia.
- Pérdida del hijo o hija deseado/a.





# La Muerte Perinatal: ¿Un paseo con “la fea”..?

*“Me hice yo misma la prueba de embarazo y...que grata sorpresa al ver la línea roja aparecer! Esta fue mi primera foto de mi bebé. Y la tomé yo! Lo perdí dos meses después. No pude creer cuanto se podía amar, extrañar y llorar a alguien desconocido”.*

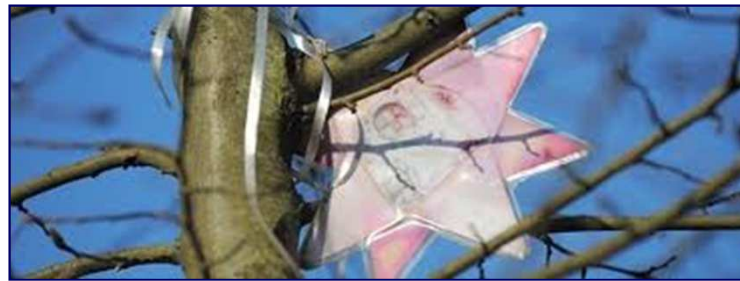
*“Siento la pérdida de mi hijo como una mutilación, como la extirpación de un órgano vital”.*





# La Muerte Perinatal: un duelo des-autorizado

- No es públicamente reconocida.
- No es socialmente expresada.
- No existen guiones establecidos
- ¿Cómo es posible elaborar una pérdida si negamos que hubo un bebé en el vientre de su madre?



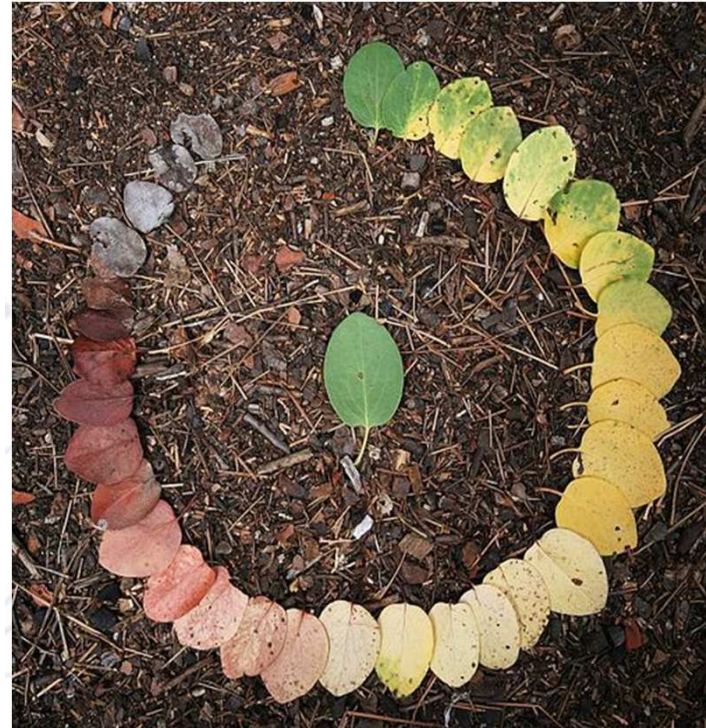
*"La pareja se siente desautorizada para hablarlo porque no ha habido nacimiento, bautizo o entierro; el niño no tiene nombre, no quedan fotos ni recuerdos, nada que pudiera avalar su existencia. Sin embargo, el niño/a es su hijo/a desde la concepción, en la imaginación, en las expectativas y esperanzas de los padres y de la familia" (A. Payàs).*





# La muerte de un/a hij@ no es (!) Ley de Vida

- No estamos preparados frente a la muerte de un hij@: es antinatural, una inversión del ciclo biológico, racionalmente y emocionalmente inadmisibile.
- ¿Cuánto influyen nuestros valores culturales/religiosos, nuestra ética profesional, nuestra experiencia de vida y nuestros miedos frente a una situación de Muerte Perinatal?





# ¿Qué es el duelo?

- **Doloroso proceso normal de elaboración y aceptación de una pérdida**, tendiendo a la adaptación y armonización de nuestra situación interna y externa frente a una nueva realidad.
- **Elaborar** (*de labor = tarea*) **el duelo** (*de dolor*) = ponerse en contacto con el vacío, valorar su importancia y soportar el sufrimiento y la frustración que comporta su ausencia. Se completa cuando somos capaces de recordar la pérdida sintiendo poco o ningún dolor.
- **Proceso** (= *tiempo y cambio*) **de aceptación** (*dejar de pelear con la realidad que no es como quisiéramos*).

*...Y el Principito dijo:  
"Bien...Eso es todo".  
Vaciló aún un momento;  
luego se levantó y dio un  
paso...No gritó.  
Cayó suavemente, como  
cae un árbol en la arena.  
Ni siquiera hizo ruido.  
Y ahora, por cierto, han  
pasado ya seis años...me  
he consolado un poco  
porque se que  
verdaderamente volvió a  
Su planeta, pues al nacer  
el día no encontré su  
cuerpo.  
Desde entonces, por las  
noches, me gusta oír las  
estrellas; son como  
quinientos millones de  
cascabeles.*

A. de Saint-Exupéry  
(*El principito*)





# Etapas de la elaboración del duelo normal

1 - **INCREDULIDAD:** PARÁLISIS, NEGACIÓN, CONFUSIÓN. Lo primero que decimos "no puede ser", "debe ser un error"... La noticia produce un shock donde no hay ni dolor.

2 - **REGRESIÓN:** LLANTO EXPLOSIVO, BERRINCHE, DESESPERACIÓN. De pronto la situación nos invade, nos desborda un golpe emocional tan grande que desemboca en una brusca explosión. Se denomina etapa de la regresión porque posiblemente lloremos como niños.

3 - **FURIA:** CON EL CAUSANTE DE LA MUERTE, CON EL MUERTO POR ABANDONO. Llegamos a un momento de furia, mucha bronca. Nos enfadamos con aquellos que consideramos responsables de la muerte. Nos enfadamos con todos para poder pensar que tiene que haber alguien a quien responsabilizar de todo esto.

4 - **CULPA:** POR NO HABERLO PODIDO SALVAR, POR LO QUE NO HICIMOS. Para que pare "la sangre" habrá que taponar la herida con algo como si fuera un coágulo. Este derivado de la furia que la reemplaza y la frena se llama culpa. Empezamos a sentirnos culpables por habernos enfadado con el otro. Culpables por no haber podido evitar que se muriera, etc.



# Etapas de la elaboración del duelo

**5 - DESOLACIÓN:** IMPOTENCIA, DESASOSIEGO, PSEUDOALUCINACIONES, IDEALIZACIÓN. La verdadera tristeza. La etapa más temida, donde está la impotencia de darnos cuenta de que no hay nada que podamos hacer, que el otro está irremediablemente muerto.

**6 - ACCIÓN:** ACCIÓN DEDICADA, INSPIRADA. Empezamos a sentir la cuota de identificación con el que no está. Empieza cuando nos damos cuenta de lo que teníamos en común y termina cuando empezamos a hacer cosas para parecernos a él/ella. Es el principio de lo nuevo.

**7- ACEPTACIÓN:** DISCRIMINACIÓN, INTERIORIZACIÓN. El equivalente de la cicatrización. Aceptación = "discriminarse" (de la persona que se murió, separarse) + "interiorizar" (algo de esa persona quedó en nosotros.)





*Incredulidad*

*Regresión*

*Aceptación*

*Furia*

*Acción*

*Desolación*

*Culpa*

Vasoconstricción =  
Incredulidad

Dolor agudo = Regresión

Sangrado = Furia

Coágulo = Culpa

Retracción del coágulo =  
Desolación

Reconstrucción tisular =  
Acción

Cicatriz = Aceptación



# Duelo Patológico

- El proceso de duelo nunca empieza.
- El proceso de duelo se detiene en alguna de sus etapas.
- El proceso de duelo progresa hasta alguna de sus etapas y rebota infinitamente hacia alguna anterior.
- El proceso de duelo se atasca intentando evitar una etapa.

- 
- **El duelo ausente:** La persona se defiende tanto o sufre un *shock* tan grande que le paraliza en la 1ra etapa.
  - **El duelo conflictivo:** El proceso está sirviendo para no responsabilizarse de la vida que queda por vivir.
  - **El duelo desmedido:** explosión emocional desbordada hasta los límites de la integridad propia o de terceros.
  - **El duelo crónico:** el proceso se recicla sin terminar nunca.



# Pautas comunes de respuesta

(Knapp, 1986)

- 1. La promesa de no olvidar nunca al hij@.
- 2. El deseo de morir.
- 3. Revitalización de las creencias religiosas.
- 4. Cambio de valores.
- 5. Mayor tolerancia.
- 6. Sombra de dolor.





# Aspectos del Duelo

**Mecanismos psicológicos  
+  
reacciones biológicas +  
neurovegetativas =**

- > producción catecolaminas
- Prod. cortisol alterada



- se debilita sistema inmunológico
- > somatizaciones (alteración sueño y apetito, vómitos, mareos, taquicardias, temblores...)
- > consumo drogas
- > inc. cáncer de mama
- > inc. infecciones y accidentes...







# Aspectos del Duelo.

REACCIONES PSICOLÓGICAS	Rabia, culpa, desolación, culpa, ansiedad, miedo.
REACCIONES FÍSICAS	Dificultad al dormir, cambios en el apetito, manifestaciones somáticas...
REACCIONES DE TIPO SOCIAL	Deseo vs no deseo de ver familiares y/o amigos o de regresar al trabajo.
REACCIONES EMOCIONALES	Extrañar, añorar, recordar, llorar...
REACCIONES ESPIRITUALES	Cuestionamiento de la fe, búsqueda de nuevos referentes religiosos, etc.



# Género y Duelo

Él ve la situación global	Ella percibe cada detalle de la realidad.
Él piensa qué hacer.	Ella actúa intuitivamente.
Él es lógico.	Ella se vuelve cada vez más sensible.
Él se pelea con el adentro.	Ella se enfrenta con el afuera.
Él suspira.	Ella se anima a llorar.
Él se siente incómodo con el tema (prefiere no hablar).	Ella necesita hablar y vuelve sobre los detalles.
Él prefiere no visitar el cementerio.	Ella siente frecuentes deseos de visitar la tumba.
Él se refugia en el trabajo, deporte, etc.	Ella lee libros, asiste a grupos, etc.
Él quisiera que ella volviera a ser la de antes.	Ella siente que su vida ha cambiado para siempre.



# Muerte intraútero

- **1er trimestre:** pérdida de un embarazo = pérdida de una ilusión, del deseo de un/a hij@, de la maternidad/paternidad.
- La muerte prenatal se produce en 1:3 embarazos (desde el aborto espontáneo, al nacimiento de un niño muerto). (Álvarez, M. et. Al., 2011)
- Situación inesperada: parir a un bebé sin vida.





# Muerte intraútero

Opciones de abordaje.

- 1. Opción de abordaje quirúrgico (legrado/por aspiración o cereta): más indicado cuando se presentan complicaciones.
- 2. Opción de abordaje farmacológico (prostaglandina): la mujer tiene más control sobre el proceso (no anestesia general), aunque más dolor y mayor sangrado.
- 3. Opción abordaje expectante: especialmente efectivo y fiable en abortos completos (d. dif. embarazo ectópico) durante el 1er trimestre. Facilita el proceso de duelo gracias a la liberación de endorfinas y oxitocina (antidepresivo natural).

(American College of Obstetricians & Gynecologists).





# Muerte intraútero

- El parto vaginal es lo más recomendable siempre y cuando la vida de la madre no esté en peligro.
- El parto vaginal da tiempo a los padres a empezar a hacerse a la idea de que su bebé ha muerto, evita todo lo que supone la recuperación de una cesárea y también posibles problemas para partos futuros ya que el índice de muerte perinatal aumenta con cesáreas anteriores.

(Gordon Smith Society for Gynecologic Investigation, 2003)

- **Recomendación:** proporcionar a los padres la información, tiempo y el apoyo adecuados para ayudarles a tomar decisiones informadas.
- Lo importante es que se sientan informados y partícipes del parto.
- Aunque el bebé haya fallecido sigue siendo su parto y su hijo/a deseado.



# La pérdida respetada

- Ser informados sobre todos los procedimientos e intervenciones médicas para optar libremente cuando existen alternativas de acuerdo a la EC
- Ser tratados con respeto, de modo individual y personalizado (no paternalismos, infantilización...)
- Ser considerada como una persona sana y el proceso de pérdida como fisiológico siempre que no se encuentren alteraciones significativas que indiquen que sea determinado intervenir en el proceso del parto
- Parir al bebé muerto en el respeto de los tiempos biológicos y psicológicos, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados o que sea por deseo de la madre
- Estar acompañada de personas de confianza
- Tener respuestas (o que se busquen) para rebajar el estado de angustia, sentimiento de culpa y miedos cara a futuros embarazos
- Tratar los restos humanos del bebé muerto con respeto (no como despojos quirúrgicos irre recuperables).



Los gestos y palabras de los profesionales que intervienen en ese momento tan doloroso pueden ser recordados incluso años después y tienen un impacto muy grande en los padres y su entorno, por lo que resulta **necesario saber qué decir o hacer para favorecer un duelo normal (no patológico).**



- Los padres **sufrirán** sentimientos profundos de culpabilidad y ansiedad por falta de respuestas, **por no recibir información suficiente** sobre su bebé o los procesos médicos o administrativos que se estén realizando.

*La información ayuda a las familias a sentirse en control de la situación. Es imprescindible permitirles que hablen y expresen sus deseos, temores y necesidades.*

- Reducir la “distancia” puede lograrse fácilmente con pequeños gestos, por ejemplo **quitándose la bata blanca**, que es un símbolo clínico; esto disminuye la intimidación familiar.
- Los afectados precisan de **compasión, empatía, paciencia, comprensión y comunicación**.
- Se puede informar a los padres tras la muerte de su hijo de los **grupos locales de apoyo** disponibles.





# Es un derecho de los padres...

- Tener la oportunidad de ver y acariciar a su bebé en todo momento: antes y después de su muerte.
- Permitir que se tomen fotos del bebé (con o sin sus padres) para guardar un recuerdo.
- Ofrecer guardar más recuerdos posible del bebé (cajita con ecografías, grabación de los latidos de su corazón, brazalete con sus datos, mechón de pelo, huellas de manos/pies...).





# Es un derecho de los padres...

- Ponerle un nombre al bebé.
- Recibir una autopsia, si así lo desean.
- Ser rodeados de profesionales formados para gestionar la situación de manera respetuosa hacia sus sentimientos y creencias.
- Estar juntos el máximo de tiempo posible durante la estancia en el Hospital.
- Momentos de soledad con el bebé para satisfacer sus necesidades emocionales.





# Es un derecho de los padres...

- Respetar sus rituales religiosos/culturales de despedida.
- Una explicación en un lenguaje comprensible acerca del estado de salud y las causas de la muerte.
- Planificar rituales de despedida según sus creencias.
- Recibir información acerca de rituales de entierro, incineración etc.







# Es un derecho de las familias...

Hablar con otros hijos y hacerles partícipes de la despedida, brindándoles acompañamiento y la posibilidad de elaborar su duelo de acuerdo a su edad y etapa evolutiva.

Recordar el 15 de Octubre, Día Internacional para la conmemoración de bebés fallecidos durante o después del Embarazo.







# ESPACIOS PARA EL DUELO

- **El diseño de este espacio ayuda a:**
- Velar por la intimidad del bebé, sus padres y su familia. (Insonorización)
- Respetar la relación bebé-familia antes que la relación paciente-hospital.
- Dar la libertad a la familia para llevar a cabo sus ritos culturales o religiosos.



"Perinatalzentrum" Salzburg, Austria.



# ESPACIOS PARA EL DUELO

- **La habitación de despedida:**
- Debe ubicarse en una zona poco transitada.
- Estar identificada por fuera (nombre/ símbolo).
- Con luz natural/ conexión visual con el exterior y iluminación artificial indirecta.
- Con decoración sencilla y acogedora y sillas para los padres y hermanos.
- Debe permitir dejar entrar una cama por si la madre no se puede levantar.



"Perinatalzentrum" Salzburg, Austria.

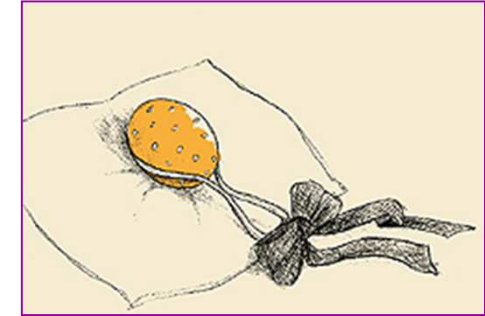


# La comunicación verbal y no-verbal

- Debido a que la muerte de un bebé nunca será una experiencia agradable, el equipo de profesionales puede minimizar el horror de esta experiencia con una **comunicación ética y compasiva durante el proceso de duelo.**
- Las últimas investigaciones sugieren que una comunicación efectiva es un factor crítico en la relación profesional-paciente.  
(Lesley Fallowfield, Escuela de Medicina de la Universidad de Londres)
- Los profesionales que atienden a padres dolientes, deben emplear un protocolo ético de comunicación.
- Las cualidades necesarias para estas situaciones son **compasión, honestidad, empatía, paciencia, entendimiento y comunicación.** (Bonn, 1999)



# Recomendaciones: QUE HACER



- Preséntate, usa tu nombre.
- Escúcha.
- Dáles tiempo.
- Habla con ellos sobre la situación actual.
- Explícales sus opciones y apóyales en sus decisiones.
- Mantén la calma.
- Cuida tu lenguaje corporal.
- Se comprensivo.





- No intentes encontrarle algo positivo a la muerte.
- 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.
- Explícales personalmente los resultados de la autopsia.



# Frases para usar, frases para evitar

## ○ **Puedes usar:**

- *"Siento lo que les ha pasado".*
- *"Me imagino cuánto querrían a ese bebé".*
- *"No me molesta que lloren".*
- *"La verdad es que no sé muy bien que decirles".*
- *"Tienes un bebé precioso/a".*

## ○ **Debes evitar:**

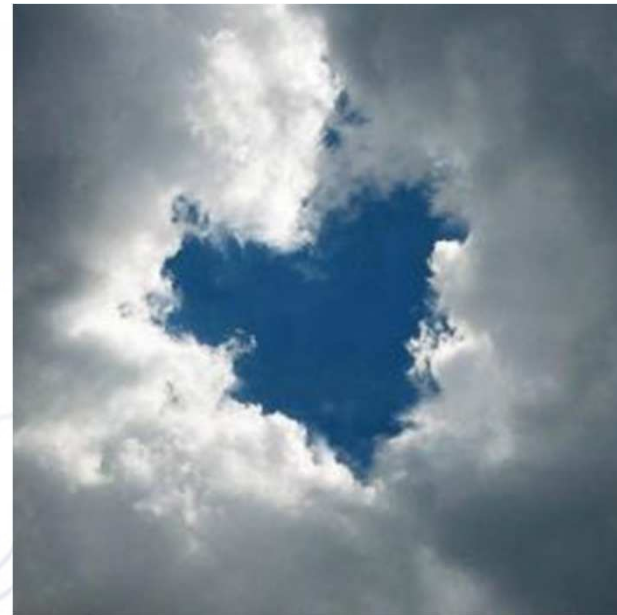
- *"Sé fuerte".*
- *"No llores".*
- *"Es la voluntad de Dios".*
- *"Todo pasa por alguna razón, es el destino".*
- *"No es el fin del mundo".*
- *"Dios necesitaba otra flor en su jardín".*
- *"Ahora tienes un angelito".*
- *"Ahora está en un lugar mejor".*
- *"Al menos no llegaste a conocerle bien".*
- *"Eres joven, ya tendrás más".*
- *"Debes ser fuerte por tus hijos/ esposo/ familia, etc.".*
- *"El tiempo lo cura todo".*
- *"Ya le olvidarás".*



# Método LAST (ERST)

El acrónimo **LAST** (por sus siglas en inglés), es una forma sencilla para una enfermera o médico de recordar los cuatro pasos básicos para un apoyo notable.

- El acrónimo comienza con la letra "**L**" para recordar que se debe **escuchar** (*listen*, en inglés) para poder brindar apoyo en lo individual.





# Método LAST (ERST)

- La "A" en LAST representa **reconocimiento** (*acknowledgement*, en inglés).
- Es muy importante que el doliente sienta justificado el torbellino de emociones que le abruma.
- Un médico que se burla de un final no deseado, provoca un desorden familiar. La validación del profesional que atiende a la familia reduce significativamente la duda y el autocuestionamiento de la madre o del padre.
- Ayuda mucho que el profesional enfatice que nunca es aceptable, bajo ninguna circunstancia, que un padre entierre a su hijo.





# Método LAST (ERST)

- La tercera letra, “**S**” se refiere al **apoyo** (*support*, en inglés).
- La unión de compasión y comunicación pueden tener un efecto beneficioso en el dolor de una familia.
- Es una responsabilidad ética del personal médico asegurarse de que tienen el conocimiento necesario acerca de la existencia de los grupos de apoyo (o autoayuda) u otros profesionales especializados (psicólogos, psicoterapeutas, etc.) disponibles en su localidad para los padres después de la muerte de su bebé.





# Método LAST (ERST)

- La "T" representa el **tacto** (*touch*, en inglés).
- El tacto es una pieza cardinal en el rompecabezas del apoyo en el duelo.
- La comunicación no verbal cuenta por más del 90% del significado recibido.

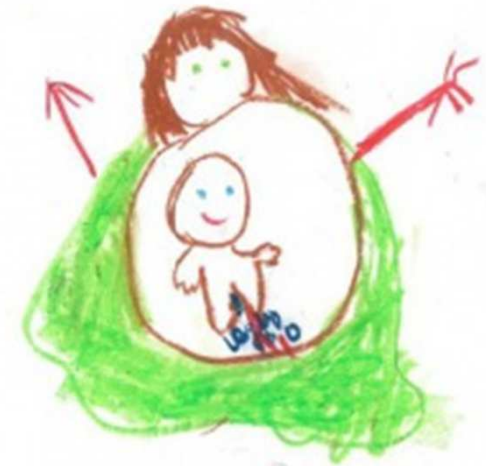
(Deep & Susman, 1998).





# Embarazo después de una pérdida

- La mayoría de las mujeres que han tenido resultados negativos se quedan embarazadas de nuevo, registrándose una **tasa de nuevos embarazos del 59-86%** (Cordel & Prettyman, 1994, Cuisinier, Janssen, de Graaus, Bakker & Hoogduin, 1996).
- En una **gestación múltiple**, además, los abortos asociados a muerte espontánea de uno o más fetos pueden alcanzar el **30%** (Seoud, Toner, Kruithoff, & Muasher, 1992).
- El **marco de referencia** de los padres para el siguiente embarazo es su **experiencia anterior**. Estos padres han perdido la inocencia. La probabilidad estadística les ha traicionado, y cuando se ha producido una muerte, viven con constante ansiedad pensando que la muerte puede golpearles de **nuevo** (Kowalski, 1991).





# Embarazo después de una pérdida

- Embarazo anterior malogrado = un factor significativo de predicción de riesgos en el siguiente embarazo (Goldenberg, Mayberry, Copper, Dubard, & Hauth., 1993).
- Es habitual un aumento del miedo y la ansiedad (Theut, Pederson, Zaslou, & Rabinovich, 1988; Statham & Green, 1994; & Cote-Arsenault & Mahlangu, 1999) y desconfianza hacia la propia fisiología y la profesión médica (Parker & O'Leary, 1989; O'Leary, Parker & Thorwick, 1998).
- Las mujeres y sus compañeros tienden a no mostrar sentimientos positivos respecto al embarazo, tienden a preocuparse porque algo vaya mal con el bebé, y muestran rasgos de ansiedad en mayor medida que las mujeres que no han sufrido una pérdida con anterioridad (Hedegarrd, M., Henriksen, T., Secher, N., Hatch, M. & Sabroe, S., 1994).
- Tanto hombres como mujeres están llenos de temor a que la pérdida se repita y en estado de hipervigilancia (O'Leary, et al, & Cote-Arsenault, 1998)





# Evolución de un embarazo después de una (o más) pérdida(s)

- EdP se caracterizan por la “pérdida de la inocencia” por parte de los padres, miedos y ansiedad, temor a anunciar el embarazo;
- La sensación de falta de control invade la madre junto con la petición de que el bebé “se coja fuerte” y –a menudo- de más controles prenatales (EAR);
- La madre siente que si acontece otra pérdida “no lo va a poder soportar ni superar”;
- Imposibilidad de hablar del futuro, de prepararse a la nueva maternidad;
- No hay garantías: en el momento que hay vida es posible la muerte (tabu);
- Fechas sensibles (!).



Amy Leigh Durrant, 2012



## Rituales para la vida

- Caja de recuerdos (similar a la "caja de recuerdos del bebé fallecido");
- Símbolos: poner un nombre al bebé, reportaje fotográfico del embarazo, fotos del vientre mes a mes, cartas en papel dirigidas al bebé, diario del embarazo, tejer, bordar objetos con su nombre...





## Recomendaciones:

- Ofrezca su apoyo y sus servicios. Las circunstancias emocionales tanto de los padres como del bebé que va a nacer los convierte en embarazos de alto riesgo.
- Valide como normales los miedos y ansiedades de los padres.
- Si ingresan en obstetricia por tener contracciones o disminución de los movimientos fetales, examine el expediente para ver cuándo perdieron al bebé anterior.
- Comprenda que mantener una relación distante con el bebé que llega es su forma de protegerse. Ayúdeles a aprender a confiar en el bebé y en su intuición sobre quién es este bebé.
- Sea consciente de que los niños se contagian realmente de los sentimientos de la madre y que el bebé necesita palabras que expliquen esos sentimientos. De alguna forma, el bebé sabe que el o ella llegan después de una pérdida.

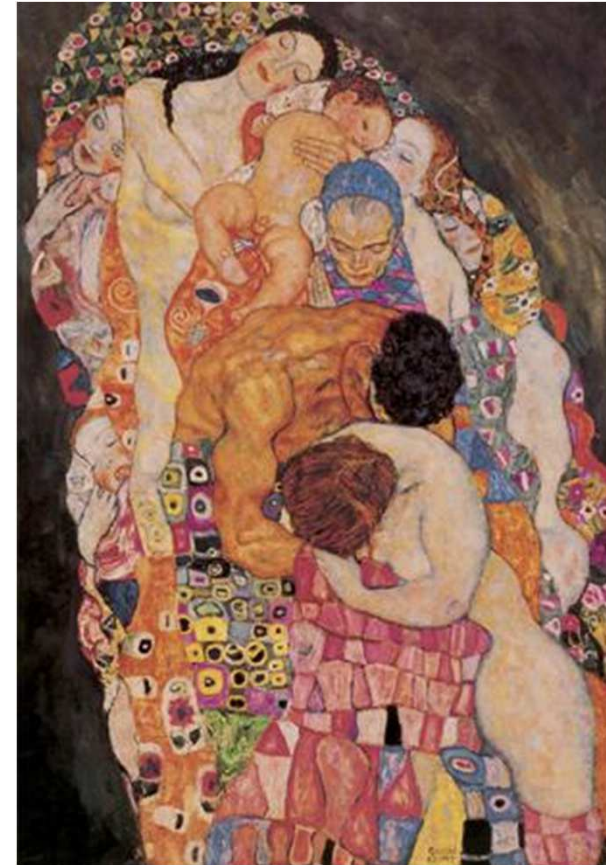




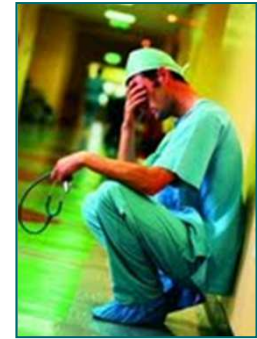
# El autocuidado

*"Cuidar a unos padres durante y después de la pérdida de un hijo puede llegar a ser muy estresante y difícil, mucho más si no existe un sistema de apoyo dentro del mismo centro sanitario y entre los compañeros"*

SANDS (Stillbirth & Neonatal Death Charity),  
Guia para profesionales.







# Cuidarse para cuidar

- Es importante que **no sean siempre los mismos profesionales** quienes atiendan a los padres que sufren este tipo de pérdida.
- Perder el miedo a **expresar lo que sientes**. Si sientes tristeza por la pérdida del bebé expresalo a los padres.
- **Compartir** las dificultades con los compañeros.
- Si atender a una pérdida de este tipo te supone un problema que sea por una pérdida personal, un problema religioso, etc. hálbalo con tu superior inmediato para **ver si otra persona puede atender a este parto**.
- Crear un **grupo de apoyo** con compañeros.



# Cuidarse para cuidar

- Tratar el tema en **sesiones clínicas**.
- No combinar nacimientos y muertes atendidos por los mismos profesionales.
- Trabajar en equipo. Asegurar que haya **tiempo de respiro** entre la atención a un parto de un bebé muerto y un bebé vivo.
- Reconocer el trabajo que hacen tus compañeros.
- Ayudaros, animaros, apoyaros. Supone mucho desgaste emocional para tus compañeros y para el equipo.
- Proponer a tu centro que se haga algún **curso** acerca de este tema.



## Sugerencias...

- Recoger (siempre con el consentimiento de las familias) **fotos de bebés** hechas en el hospital y hacer un álbum.
- Ofrecer a los padres hacer **huellas** de manos/pies de sus bebés fallecidos (recuerdo).
- Invitar/ayudar a los padres a elegir ropita bonita para vestir al bebé. Así les da algo de control de la situación.
- Dibujar el **contorno de la mano o del pie del bebé** en papel y dárselo a los hermanos, invitándoles a hacer un dibujo. También es una manera de hacerles partícipes...
- **Sujeta el bebé en tus brazos cuando preguntas a los padres si lo quieren ver o tener en brazos.** Así les transmites que es un bebé querido y que se le trata con cariño.
- **Invitar a** personas cercanas para que los familiares tengan a alguien que pueda mirar por los intereses de los padres, guiarles durante el proceso y ayudarles con el apoyo emocional y práctico.



## Recursos en la web

- <http://www.umamanita.es>
- <http://www.petitsambllum.org>
- <http://superandounaborto.foroactivo.com>
- [http://www.elpartoesnuestro.es/index.php?option=com\\_content&task=view&id=295&Itemid=120](http://www.elpartoesnuestro.es/index.php?option=com_content&task=view&id=295&Itemid=120)  
(Sección "Siempre en el Corazón", El Parto Es Nuestro)
- <http://www.vivirlaperdida.com>
- <http://www.noticiasdegipuzkoa.com/ediciones/2007/04/04/sociedad/gipuzkoa>
- <http://www.amad.es> (Asociación de Mutua Ayuda ante el Duelo), Madrid.
- <http://www.duelo.org> (Panamá)
- <http://www.missfoundation.org/spanish/index.html>