

## INFORMACIÓN SOBRE LA RECOMENDACIÓN Cód.: 20260330\_119\_AECP

### 1. Recomendación de No Hacer

Se recomienda no iniciar tratamiento farmacológico con psicofármacos (antidepresivos, ansiolíticos, estabilizadores del estado de ánimo u otros) en personas que atraviesan un proceso de duelo tras una muerte perinatal, a menos que se cumplan criterios diagnósticos completos para un trastorno mental específico (como un episodio depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada o trastorno por estrés postraumático) según clasificaciones estandarizadas. En su lugar, debe ofrecerse apoyo emocional precoz y seguimiento tras la muerte, adaptado a las necesidades de la persona y su familia.

### 2. Objetivo y justificación de la recomendación de abandonar la práctica

El objetivo de esta recomendación es desalentar una práctica clínica que carece de evidencia de beneficio y puede ser iatrogénica: la prescripción sistemática de psicofármacos para aliviar el malestar emocional agudo o subagudo en el contexto del duelo perinatal, que es una práctica que actualmente sucede (Cassidy et al., 2022). La justificación se basa en los siguientes puntos:

1. El duelo perinatal no es un trastorno mental: La muerte fetal (expulsión completa o extracción de la madre del producto de la gestación con independencia de las semanas de embarazo), perinatal (pérdida del feto o recién nacido entre las 22 semanas de gestación y los 7 primeros días de vida) y neonatal (tras el nacimiento y antes de alcanzar los 28 días de edad) (Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa, 2000) puede causar un intenso sufrimiento emocional que es una respuesta humana esperable y natural, no un síntoma de trastorno o enfermedad. La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) (Organización Mundial de la Salud, 2019) y el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5-TR) (American Psychiatric Association, 2022), diferencian explícitamente el duelo de los trastornos mentales como la depresión.
2. Falta de evidencia de eficacia y riesgo de cronificación: No existen ensayos clínicos controlados que avalen la eficacia del tratamiento farmacológico profiláctico para prevenir el desarrollo de un trastorno mental en personas en duelo perinatal. Tampoco existen otro tipo de estudios de eficacia ni recomendaciones expertas.
3. Potenciales daños y efectos adversos: Los psicofármacos pueden presentar efectos secundarios (náuseas, insomnio, somnolencia, disfunción sexual, aumento de peso, etc.), interacciones medicamentosas y riesgo de dependencia (especialmente con benzodiacepinas) (Schatzberg y Nemeroff, 2024). Además, suprimir o atenuar farmacológicamente la respuesta emocional aguda podría interferir con el procesamiento natural de la pérdida, aumentando el riesgo de un duelo complicado a largo plazo y a etiquetar erróneamente su experiencia como patológica (Cassidy et al., 2022; Gurley-Green et al., 2025).
4. Existe una alternativa eficaz y segura: La intervención de primera línea para el duelo perinatal es el apoyo psicosocial (Dekel et al., 2024; National Institute for Health and Care Excellence -NICE, 2020; Roberts et al., 2024; Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2021; Zhuang et al., 2022). Esto incluye: la validación del dolor, el acompañamiento respetuoso, la información clara sobre el proceso de duelo, el apoyo a la toma de decisiones (como ver o no al bebé, ritos de despedida). La evidencia respalda que estas intervenciones previenen la cronificación del malestar y promueven una adaptación



saludable a la pérdida.

5. Principio ético de No Maleficencia: Ante la falta de evidencia de beneficio, la existencia de riesgos potenciales y la disponibilidad de alternativas seguras, la administración o prescripción rutinaria de psicofármacos en esta situación vulnera el principio fundamental de la ética médica de no hacer daño (primum non nocere).

### 3. Sociedad a la que representa

Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP)

### 4. Especialidades

*Especialidad(es) a la(s) que implica esta recomendación (según REAL DECRETO 183/2008, de 8 de febrero):*

Enfermería de Salud Mental  
Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)  
Medicina Familiar y Comunitaria  
Obstetricia y Ginecología  
Pediatria y sus Áreas Específicas  
Psicología Clínica  
Psiquiatría

### 5. Enfermedad (Código CIE-11)

*Enfermedad(es) a la(s) que se refiere la recomendación:*

Trastornos mentales y de comportamiento (6A00-6E8Z)  
Embarazo, parto y puerperio (JA00-QA4Z)  
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (KA00-KD5Z)  
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios (QA00-QF4Z)

### 6. Experiencia de implementación

Aunque no se conoce una campaña específica con el lema "No hacer" para este tema, sí existen múltiples experiencias y protocolos en hospitales y comunidades autónomas que, en la práctica, implementan esta recomendación al priorizar el acompañamiento y l

### 7. Indicadores

Psicofármacos tras una muerte perinatal sin trastorno mental

### 8. Referencias bibliográficas

*Se incluirá la bibliografía aportada por el autor(a) así como la aportada por GuíaSalud o panelistas como fuente de alta calidad de evidencia que apoya la recomendación.*

American Psychiatric Association (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>  
Cassidy, P. R., Gordo, Á., Olza, I. y Cassidy, J. (2023). Sedative administration in Spanish hospitals in the context of perinatal loss: findings from a mixed-methods study. *Health Sociology Review*, 32(2), 228-244.

<https://doi.org/10.1080/14461242.2022.2131456>

Dekel S, Papadakis JE, Quagliarini B, Pham CT, Pacheco-Barrios K, Hughes F, Jagodnik KM, Nandru R. Preventing posttraumatic stress disorder following childbirth: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2024 Jun;230(6):610-641.e14. doi: 10.1016/j.ajog.2023.12.013. Epub 2023 Dec 18. PMID: 38122842; PMCID: PMC11168224.

Gurley-Green, S., Cosgrove, L., Kostic, M., Koa, L. y McPherson, S. (2025). The Iatrogenic Consequences of Medicalising Grief: Resetting the Research Agenda. *Sociology of Health & Illness*, 47(2), e13866.

<https://doi.org/10.1111/1467-9566.13866>

National Institute for Health and Care Excellence -NICE. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. Pub 17 December 2014.

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/chapter/1-Recommendations>

Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa. (2000). Definitions and indicators in family planning, maternal & child health and reproductive health used in the WHO Regional Office for Europe. WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/108284>

Organización Mundial de la Salud (2019). Clasificación internacional de enfermedades para la mortalidad y morbilidad, 11.ª revisión (CIE-11). <https://icd.who.int/>

Roberts LR, Nick JM, Sarpy NL, Peters J, Tamares S. Bereavement care guidelines used in health care facilities immediately following perinatal loss: a scoping review. *JB I Evid Synth*. 2024 Oct 1;22(10):2003-2089. doi: 10.11124/JBIES-23-00149. PMID: 38932508; PMCID: PMC11462878.

Schatzberg, A. F., & Nemeroff, C. B. (Eds.). (2024). *Schatzberg's manual of clinical psychopharmacology* (10th ed.). American Psychiatric Association Publishing.

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2021). Guía de asistencia en la muerte perinatal.

*Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 64(3), 124–154. [https://sego.es/documentos/progresos/v64-2021/n3/04-Guia\\_de\\_asistencia\\_en\\_la\\_muerte\\_perinatal.pdf](https://sego.es/documentos/progresos/v64-2021/n3/04-Guia_de_asistencia_en_la_muerte_perinatal.pdf)

Zhuang, S., Ma, X., Xiao, G., Zhao, Y., Hou, J. y Wang, Y. (2022). Clinical practice guidelines for perinatal bereavement care: A systematic quality appraisal using AGREE II instrument. *Journal of Pediatric Nursing*, 66, 49-56. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.04.007>