Gaceta Sanitaria 40 (2026) 102610

Original

Evaluación de un taller familiar-comunitario sobre nacimiento y muerte: impacto en las actitudes parentales

Manuela Contreras-García[a,b,*], María Torres-Lacomba[c,d], Alba Diez-Ibarbia[a], Sheila Folch-Pueyo[e], Carmen Sarabia-Cobo[a,f,g] y Fátima Méndez-López[h,i,j]

[a] *Instituto de Investigación Valdecilla (IDIVAL), Santander, España*
[b] *Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares (Madrid), España*
[c] *Grupo de Investigación en Fisioterapia en la Salud de la Mujer (FPSM), Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares (Madrid), España*
[d] *Instituto de Investigación Sanitaria Ramón y Cajal (IRYCIS), Madrid, España*
[e] *Centro de Salud de Jaca, Jaca (Huesca), España*
[f] *Departamento de Enfermería, Universidad de Cantabria, Santander, España*
[g] *Centro de Investigación Biomédica en Red de Fragilidad y Envejecimiento Saludable (CIBERFES), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España*
[h] *Instituto de Investigación Sanitaria Aragón (IIS Aragón), Zaragoza, España*
[i] *Departamento de Fisiatría y Enfermería, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España*
[j] *Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Prevención y Promoción de la Salud, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 21 de octubre de 2025
Aceptado el 9 de abril de 2026

Palabras clave:
Promoción de la salud
Educación en salud
Muerte
Muerte fetal
Pesar
Embarazo
Parto
Niños

R E S U M E N

Objetivo: Evaluar un taller comunitario sobre nacimiento y muerte impartido por matronas y dirigido a niños y niñas (6-12 años) acompañados de uno o ambos progenitores. Específicamente, analizar la valoración que las madres y los padres hacen del taller y si este modifica sus actitudes ante el abordaje de dichos procesos con la infancia.
Método: Estudio evaluativo no experimental pre- y posintervención y cualitativo, en entornos comunitarios de nueve provincias españolas, con predominio de Cantabria. Madres y padres (n = 185) acompañados de sus hijos/as (6-12 años, n = 218) asistieron al taller «Nacer, morir, amar, cuidar» basado en los modelos ecosistémicos de cuidado perinatal y de vínculo y reconstrucción de significado en el duelo. Antes y después del taller, 143 madres y padres completaron el cuestionario de actitudes hacia la infancia en procesos de duelo, y a los 15 días lo hicieron 54. Tras la intervención se aplicó un cuestionario de valoración del taller y se realizaron cinco grupos focales.
Resultados: La actitud de la muestra evolucionó de manera estadísticamente significativa hacia la inclusión de la infancia en los procesos colectivos de duelo (comparación pre-post taller $p < 0{,}001$, $r = 0{,}309$, y pre-15 días $p = 0{,}010$; $\delta = 0{,}239$). Se destacó la utilidad del taller para facilitar la comprensión infantil del embarazo, el parto, los vínculos familiares y la muerte (incluida la gestacional), rompiendo tabúes y generando diálogo familiar.
Conclusiones: El taller podría constituir una herramienta de promoción de la salud comunitaria para abordar el nacimiento y la muerte con niños y niñas y sus progenitores, favoreciendo la comprensión y el afrontamiento infantil de ambos procesos, y reduciendo las actitudes evitativas adultas hacia la infancia y la muerte.

© 2026 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Evaluation of a family-community workshop on birth and death: impact on parental attitudes

Keywords:
Health promotion
Health education
Death
Fetal death
Grief
Pregnancy
Parturition
Child

A B S T R A C T

Objective: To evaluate a community-based workshop on birth and death, delivered by midwives for children aged 6 to 12 accompanied by one or both parents. Specifically, to analyse the adults' evaluation of the workshop and whether it modifies their attitudes towards how to approach these processes with children.
Method: Evaluative non-experimental pre-post intervention and qualitative study conducted in community settings across nine Spanish provinces, primarily in Cantabria. Mothers and fathers (n = 185) accompanied by their children (aged 6–12, n = 218) attended the workshop "To be born, to die, to love, to care". The intervention was grounded in the ecosystemic model of perinatal care and the attachment and meaning-reconstruction models in bereavement. Parents completed a questionnaire assessing adult attitudes toward children's involvement in grief processes immediately before and after the workshop (n = 143), and again 15 days later (n = 54). Post-intervention, participants also completed a workshop evaluation survey. Additionally, five focus groups were conducted.

* Autora para correspondencia.
Correo electrónico: manuela.contreras@edu.uah.es (M. Contreras-García).
@manuelacontgar

https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2026.102610
0213-9111/© 2026 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Results: Adults' attitudes shifted statistically significantly toward greater inclusion of children in collective grief processes (pre-post workshop comparison $p < 0.001$, $r = 0{,}309$, and pre-15 days $p = 0.010$; $\delta = 0.239$). Participants emphasized the workshop's value in facilitating children's understanding of pregnancy, childbirth, family bonding, and death (including perinatal loss), breaking taboos and fostering family dialogue.
Conclusions: The workshop may constitute a community health promotion tool to address birth and death with children and their parents, fostering children's understanding and coping with both processes and reducing adults' avoidant attitudes towards childhood and death.
© 2026 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY license (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Introducción

La educación sobre la muerte se encuadra dentro de la educación para la salud[1,2]. Aunque numerosos escolares manifiestan interés en hablar sobre la muerte y experimentan la pérdida de un ser querido, las familias y los profesores tienden a evitar el tema, lo cual puede aumentar el miedo y la ansiedad infantil, así como interferir en su capacidad para afrontar los duelos presentes y futuros[1–6]. En contraste, facilitar espacios para hablar sobre la muerte con la infancia (incluso antes de que la experimenten de forma cercana) o incluirla en los rituales colectivos de duelo ayuda en la comprensión de la muerte y su afrontamiento saludable[1,5]. Esto es así también en el caso de la muerte perinatal[7–12], sobre la que existe un mayor tabú[9,13].

Del mismo modo, también existe un tabú respecto al nacimiento (etapa perinatal en general). Esta etapa no suele abordarse en la educación formal[9] o se hace superficialmente y desde enfoques biologicistas del embarazo, el parto y el puerperio, que ocultan su importante dimensión psicosocial[14,15]. Este reduccionismo puede dificultar el proceso de adaptación que la infancia, como toda la familia[15], hace ante el nacimiento de un hermano.

Existen algunas experiencias nacionales e internacionales de inclusión de la educación sobre la muerte en colegios e institutos[16–21], siendo la educación prenatal en estas etapas una corriente aún más emergente e innovadora[9,14,22]. Serrano[9] sostiene que es necesario integrar la educación prenatal y de la muerte (incluida la prenatal) en los espacios educativos formales e informales desde la infancia. Sin embargo, escasean los recursos pedagógicos para hacerlo[2,4,14,23].

Este estudio tiene como base un taller de promoción de la salud sobre el nacimiento, la muerte y sus cuidados, en el ámbito familiar y comunitario, en varias regiones españolas, principalmente Cantabria. Sus bases teóricas están inspiradas en los modelos ecosistémico perinatal[15] y de vínculo y reconstrucción de significado tras la muerte[24–26].

La promoción de la salud es una actividad propia de la atención primaria en la cual la enfermería desempeña un papel clave; su desarrollo debe realizarse especialmente dentro del ámbito comunitario, siendo esto un déficit[27,28]. El Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria tiene entre sus objetivos reforzar el trabajo comunitario[29].

Este estudio fue diseñado para evaluar una intervención comunitaria sobre los procesos de nacimiento y muerte dirigida a menores (6-12 años) acompañados de sus madres o padres. Específicamente, se planteó analizar la valoración y la satisfacción de las personas adultas con el taller, y determinar si la actividad modifica sus actitudes ante el abordaje de dichos procesos con la infancia.

Método

Diseño y recolección de datos

Se realizó un estudio de diseño mixto, evaluativo no experimental pre- y posintervención, y cualitativo descriptivo con enfoque fenomenológico.

Inmediatamente antes y después del taller, las madres y los padres completaron el cuestionario «Actitudes de los adultos hacia los niños en procesos de duelo»[5], y posteriormente otro sobre valoración del taller. Se les proporcionaba un único enlace para responder a los cuestionarios a través del teléfono móvil. Si no se disponía de uno, se facilitaban impresos. A los 15 días, por correo electrónico, se les invito a responder de nuevo al cuestionario de actitudes y a participar en un grupo focal. Los cuestionarios previo y posterior al taller se pudieron asociar individualmente a través de un código ID, pero no con el de los 15 días.

Descripción de la intervención y marco teórico subyacente

El taller se pilotó con 15 madres y padres con sus hijos/as y se impartió en varios colegios de primaria[30], antes de su implementación en este nuevo contexto. Estuvo dirigido a menores de 6 a 12 años acompañados por sus madres o padres. A través de una metodología participativa, durante hora y media se abordaron el desarrollo fetal, los cambios en la embarazada, el parto, los vínculos familiares y la muerte como parte del ciclo vital (incluida la gestacional). El enfoque teórico de la etapa perinatal se basó en el modelo ecosistémico[15], integrando dimensiones psíquicas, familiares, sociales y estructurales, desde una visión no medicalizada, pero que reconoce la necesidad de cuidados y protección por ser una etapa significativa. Además, el abordaje de la muerte se fundamentó en modelos de reconstrucción del vínculo[24] y el significado[25,26], en los que son relevantes los rituales personales y sociales de despedida y recuerdo. Todos estos modelos tienen enfoques con base fenomenológica. (Véase el Apéndice A en el Material suplementario.)

Participantes y contexto

La intervención se desarrolló de noviembre de 2021 a noviembre de 2024, mayoritariamente en centros culturales de Cantabria, región con una población de 32.000 menores de 6 a 12 años. La tabla 1 muestra todas las provincias y localidades donde se impartió el taller, así como las instituciones implicadas en su realización y el número de asistentes.

Se utilizó un muestreo no probabilístico en tres fases: conveniencia (para seleccionar centros culturales con alta afluencia de menores), bola de nieve (las personas asistentes al taller y otras interesadas sugerían otros centros, implicándose en la organización del taller) e intencional (para involucrar a asociaciones de duelo perinatal y crianza).

Las instituciones promotoras hicieron difusión del taller a través de cartelería impresa, web y redes sociales. Para asistir se requería inscripción previa.

Los criterios de inclusión fueron haber formalizado la inscripción previa y firmar el consentimiento informado; los de exclusión, no poder realizar el taller completo y ser madre o padre menor de 18 años.

De una población de 185 madres y padres (estos últimos en menor medida) asistentes al taller (con 218 menores), 143 comple-

Tabla 1
Talleres realizados

Fecha	Lugar	Convoca u organiza	Adultos[a]	Niños
03.11.21	Murcia	Asociación «Encuentro y Solidaridad»	10	10
11.12.21	Santander	Biblioteca Central Cantabria	11	13
04.01.22	Vitoria	Asociación Crianza «Besartean» y Casa de Asociaciones Simone de Beauvoir	9	15
12.03.22	Zamora	Asociación de duelo perinatal «Red el Hueco de mi Vientre» y Biblioteca Central	8	7
18.03.22	Astillero (Cantabria)	Biblioteca Municipal	7	9
20.04.22	Murcia	Biblioteca Regional Murcia	10	19
14.05.22	Santander	Biblioteca Central Cantabria	13	16
20.05.22	Castro Urdiales (Cantabria)	Centro Cívico La Residencia	11	13
27.05.22	Bilbao	Centro profesional de apoyo a la mujer	10	11
21.10 22	Zaragoza	Centro profesional de detección, prevención y atención en la infancia y asociación «Red el Hueco de mi Vientre»	8	7
12. 11. 22	Santander	Biblioteca Central	11	10
26. 11. 22	Solares (Cantabria)	Centro Cultural Ramón Pelayo	10	10
10. 12. 22	Burgos	Asociación «Encuentro y solidaridad»	15	16
04.01.23	Vitoria	Asociación Crianza «Besartean» y Casa de Asociaciones Simone de Beauvoir	12	17
20.01.23	Mortera (Cantabria)	Biblioteca Municipal	5	4
03. 02. 23	Renedo (Cantabria)	Biblioteca Municipal	6	6
26.03.23	Las Palmas de Gran Canaria	Asociación «Encuentro y Solidaridad»	12	20
08.11.24	Elche	Asociación «Duelo Perinatal Elche»	17	15
Total	18 talleres en 9 provincias	Seis bibliotecas, tres centros cívicos municipales, cuatro asociaciones solidarias y dos centros profesionales	185[a]	218

[a] De los 185 progenitores, 30 (16,2%) fueron hombres.
Nota: cinco talleres se convocaron y suspendieron por falta de asistencia mínima.

taron los cuestionarios previo y posterior al taller (primera fase), y 54 el de seguimiento a los 15 días. A los grupos focales asistieron solo mujeres (n = 21); ningún hombre aceptó participar.

Instrumentos y variables del estudio

Variables sociodemográficas (tabla 2).

- «Cuestionario de actitudes de los adultos hacia los niños en procesos de duelo», validado por Villacieros et al.[5], en el que cuanto mayor es la puntuación total mayor es la actitud de exclusión de la infancia de los procesos de duelo colectivos. Se estructura en dos factores: «esconder mi dolor» y «evitar su dolor». (Véase el Apéndice B en el Material suplementario.)
- Cuestionario de valoración del taller construido *ad hoc* mediante metodología Delphi. Se pilotó con un grupo de 15 madres y padres, incorporando sus sugerencias. (Véase el Apéndice C en el Material suplementario.)
- Grupos focales (n = 5), realizados mayoritariamente *online*. Se grabaron en vídeo y audio, y fueron moderados mediante un guion de preguntas estímulo preestablecido, que incluía los datos sociodemográficos a recoger. (Véase el Apéndice D en el Material suplementario.)

Análisis cuantitativo y cualitativo

Se evaluó la normalidad de las distribuciones mediante las pruebas de Kolmogórov-Smirnov y Shapiro-Wilk. El análisis descriptivo incluyó frecuencias, porcentajes, medias o medianas y desviaciones típicas o rango intercuartílico (RIC). Se compararon las muestras de la primera fase y del seguimiento a los 15 días mediante las pruebas χ^2 o exacta de Fisher (variables nominales), la prueba t de Student para muestras independientes (variables cuantitativas paramétricas) y la prueba U de Mann-Whitney (no paramétricas). Las puntuaciones pre y post de la escala de actitudes se compararon con la prueba de Wilcoxon. Se usó el coeficiente rho de Spearman y binomial-puntual para el análisis correlacional. La significancia se estableció como $p < 0,5$. Se calculó el tamaño del efecto mediante delta de Cliff para grupos independientes y r de Rosenthal para medidas relacionadas y contrastes *post hoc*.

Se realizó un análisis temático[31] de los grupos focales hasta llegar a la saturación de datos. Las estrategias usadas para alcanzarla fueron el análisis iterativo de los datos y el muestreo intencional. La transcripción literal de las intervenciones fue revisada por las participantes. Los datos se organizaron mediante categorización deductiva (usando los temas en los que se estructuró la entrevista) y codificación inductiva (basándose en las percepciones recurrentes de las participantes), usando el *software* MAXQDA v.21. Para validar las categorías y los códigos se emplearon la triangulación con otras fuentes (cuestionarios), la verificación con cuatro participantes y el uso de códigos descriptivos de bajo nivel de inferencia. Un investigador externo revisó los resultados.

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de Cantabria (código 2019.115). Quienes participaron otorgaron su consentimiento informado.

Resultados

Muestra

La muestra estuvo compuesta mayoritariamente por mujeres residentes en Cantabria, con formación universitaria y dos o más hijos. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las variables sociodemográficas entre la muestra de la primera fase y la de la evaluación a los 15 días (tabla 2).

Cuestionario sobre actitudes adultas hacia la infancia en procesos de duelo

Tras el taller hubo un cambio estadísticamente significativo en la puntuación de dicha escala que refleja actitudes adultas tendentes a una mayor inclusión de la infancia en los procesos colectivos de

Tabla 2
Características sociodemográficas de las personas participantes en la primera fase (pre- y post-) y a los 15 días

Variables sociodemográficas		n (%) o Mdn (RIC) o M (DE)		p[a]
		1.ª fase(n = 143)	15 días(n = 54)	
Edad		41,76 (5,85)	41,87 (5,48)	0,904
Comunidad autónoma de residencia	Cantabria	63 (44,1)	24 (44,4)	0,564[b]
	País Vasco	29 (20,3)	14 (25,9)	
	Murcia	16 (11,2)	4 (7,4)	
	Otras (n = 5)	35 (24,4)	12 (22,3)	
Lugar de nacimiento	España	138 (96,5)	53 (98,1)	0,564[b]
	Europa	3 (2,1)	-	
	Otros	2 (1,4)	1 (1,9)	
Nivel académico	Enseñanza obligatoria	3 (2,1)	-	0,902[b]
	Bachiller/Formación profesional	32 (22,4)	9 (16,7)	
	Universitario	74 (51,8)	30 (55,5)	
	Posuniversitario	34 (23,8)	15 (27,8)	
Sexo	Mujer	117 (81,8)	48 (88,9)	0,230
	Varón	26 (18,2)	6 (11,1)	
Creencias religiosas	No creyente	68 (47,6)	25 (46,3)	0,875
	Creyente (practicante o no)	75 (52,4)	29 (53,7)	
Hijos vivos	Ninguno[c]	8 (5,6)	1 (1,9)	0,304[b]
	Uno	47 (32,9)	14 (25,9)	
	Dos o más	88 (61,5)	39 (72,2)	
Muerte fetal	Sí	43 (30,1)	20 (37)	0,350
	No	100 (69,9)	24 (63)	
Muerte neonatal	Sí	4 (2,8)	1 (1,9)	1,000[b]
	No	139 (97,2)	53 (98,1)	
Hijos prematuros	Sí	14 (9,8)	6 (11,1)	0,784
	No	129 (90,2)	48 (88,9)	
Muerte de algún otro ser querido en los últimos 2 años	Sí	77 (53,8)	35 (64,8)	0,166
	No	66 (46,2)	19 (35,2)	
Cercanía del fallecido	1 (nada) a 10 (mucho)	9 (7-10)	8 (6-10)	0,153
Episodios de ansiedad previos	Sí	100 (69,9)	37 (68,5)	0,797
	No	43 (30,1)	17 (31,5)	
Episodios de depresión previos	Sí	75 (52,5)	25 (46,3)	0,918
	No	68 (47,5)	39 (53,7)	
Miedo a la muerte	1 (nada) a 10 (mucho)	6 (4-8)[d]	7 (4-8)	0,455

DE: desviación estándar; M: media; Mdn: mediana; RIC: rango intercuartílico.
[a] Para la variable «edad», el valor p corresponde a la prueba t de Student; para las variables «cercanía del fallecido» y «miedo a la muerte», a la prueba U de Mann-Whitney; para el resto de las variables, a la prueba χ^2 o la prueba exacta de Fisher.
[b] Prueba exacta de Fisher.
[c] Aunque el taller estaba dirigido a madres y padres con hijos de 6 a 12 años, 8 participantes no tenían ninguno. Fueron gestantes que participaron en el taller y sus parejas que cumplían con los criterios de inclusión.
[d] El 44,1% obtuvieron una puntuación ≥7.

Tabla 3
Escalas de actitudes de los adultos hacia los niños en procesos de duelo y de valoración del taller

Escala	1.ª fase (n = 143)			15 días (n = 54)	
	Pretaller Mdn [RIC] (IC95%)	Postaller Mdn [RIC] (IC95%)	p, Wilcoxon (*r* de Rosenthal)[a]	Mdn [RIC] (IC95%)	p, U Mann-Whitney[b] (δ de Cliff)[c]
Total (rango: 14-70)	27 [20-33] (25-29)	25 [18-30] (23-26)	< 0,001 (0,309)	23 [17,75-28] (20-27)	0,010 (0,239)
Esconder mi dolor (rango: 6-30)	11 [9-14] (10-12)	10 [7-12] (6-8)	< 0,001 (0,280)	9 [7-12,25] (8-11,5)	< 0,010 (0,238)
Evitar su dolor (rango: 4-20)	8 [5-10] (7-8)	7 [4-9] (9-11)	< 0,001 (0,214)	7 [4-9] (5-8)	0,052

IC95%: intervalo de confianza del 95%; Mdn: mediana; RIC: rango intercuartílico.
[a] r de Rosenthal < 0,10 despreciable; 0,10-0,29 pequeño; 0,30-0,49 medio; ≥0,50 grande.
[b] Comparación puntuaciones pretaller y a los 15 días.
[c] δ de Cliff < 0,147 despreciable; 0,147-0,329 pequeño; 0,330-0,473 medio; ≥0,474 grande.
Nota: además se calculó la puntuación post- menos pre- taller en la escala de actitudes, resultando que un 41,9% (n = 85) disminuyeron su puntuación tras el taller (valores negativos de la citada diferencia). Esto significa que su actitud tras el taller evolucionó hacia una menor exclusión de los niños en los procesos de duelo familiares. Por el contrario, un 15,3% (n = 31) la aumentaron y un 13,3% (n = 27) no la modificaron. En el grupo que aumentó la puntuación se observó Mdn (RIC) de 3 (2-4), mín = 1, máx = 19, y en el que la disminuyó Mdn (RIC) de −4 (−7 - −2), mín = −26, máx = −1. Es decir, el grupo que tras el taller disminuyó su puntuación en la escala de actitudes experimentó un mayor cambio que el grupo que la aumentó.

duelo (tamaño del efecto moderado). A los 15 días, estos cambios persisten, aunque con un tamaño del efecto menor. El factor «evitar su dolor» mostró mejora inmediata (tamaño del efecto pequeño), pero no se mantuvo a los 15 días (tabla 3). No se encontró correlación entre el miedo a la muerte y la puntuación de la escala de actitudes.

Se hizo un análisis intragrupo de las variables que habían mostrado correlación con la puntuación total de la escala de actitudes, o en caso negativo, con alguno de los dos factores que la componen. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en las variables «muerte intrauterina», «episodios de ansiedad», «sexo», «nivel académico» y «creencias religiosas» (tabla 4). Las mayores diferencias se hallaron en las variables «sexo» (efecto moderado-grande) y «nivel académico». Las mujeres y las personas con estudios posuniversitarios tuvieron actitudes de mayor inclusión de la infancia en los procesos de duelo familiares o

Tabla 4
Comparaciones entre grupos

Variables		Puntuación total escala de actitudes		
		Escala de actitudes pretaller Mdn (RIC)	Escala de actitudes postaller Mdn (RIC)	Diferencia post- menos pre- Mdn (RIC)
Sexo[a]	Mujer (n = 117)	26 (20-32)	23 (18-28)	−2 (−5-0)
	Hombre (n = 26)	32 (27-35)	30,5 (26-39)	0 (−2-1)
	p, U de Mann-Whitney (δ)	0,002 (0,384)	< 0,001 (0,525)	0,027 (0,276)
Muerte intrauterina[a]	Sí (n = 43)	26 (20-33)	23 (16-28)	−2 (−5-0)
	No (n = 100)	28 (21-33)	26 (19-31)	−1 (−4-1)
	p, U de Mann-Whitney (δ)	–	0,035 (0,223)	0,047 (0,209)
Ansiedad[a]	Sí (n = 100)	27 (21,5-33)	25 (18-30)	−2 (−5-0)
	No (n = 43)	28 (20-32)	25 (19-30)	0 (−3-1)
	p, U de Mann-Whitney (δ)	–	–	0,033 (0,224)
Nivel académico[b]	Enseñanza obligatoria (n = 3)	48 (27-52)	26 (23-47)	−4(−26 - −1)
	Bachiller o formación profesional (n = 32)	30,5 (24,5-35)	28 (19-32,5)	−1 (−4-1)
	Universitario (n = 74)	28 (20-33)	25,5 (18-31)	−1 (−4-0)
	Posuniversitario (n = 34)	24 (20-30)	22 (18-26)	−2 (−5-0)
	P, Kruskal-Wallis (e^2)	0,025 (0,045)	0,063	–
			Factor evitar su dolor	
Creencias religiosas[c]	No creyente (n = 68)	7 (5-10)	7 (4-8,75)	−1 (−2-0)
	Creyente (n = 75	4 (8-17)	4 (4-20)	0 (−1-0)
	p, U de Mann-Whitney (δ)	–	–	0,047 (0,188)

Mdn: mediana; RIC: rango intercuartílico.

[a] Los hombres tuvieron una actitud de mayor exclusión hacia los niños en procesos de duelo que las mujeres, tanto antes como después del taller (efecto moderado y grande). También, y aunque tras el taller mejoran dicha actitud, lo hicieron con menor amplitud en la puntuación de la escala que las mujeres. El grupo de personas con ansiedad y con experiencias de muertes de bebés durante la gestación también experimentaron una mayor mejoría que los grupos de personas sin dichas experiencias con las que se comparó (tamaño del efecto pequeño).

[b] Al realizar las comparaciones *post hoc* de Dunn se observaron diferencias significativas sin ajustar entre el grupo de enseñanza posuniversitaria y el de obligatoria (p = 0,024) y el de bachiller o formación profesional (p = 0,016). Tras aplicar la corrección de Bonferroni, ninguna pareja mostró una significación ajustada < 0,05. No obstante, los tamaños del efecto fueron moderado (r = 0,371) y cercano a moderado (r = 0,295), respectivamente. Estos valores sugieren que la falta de significación estadística podría deberse a la baja potencia derivada del reducido tamaño muestral del grupo de enseñanza obligatoria (n = 3).

[c] En el caso de las personas no creyentes, la puntuación en el factor «evitar su dolor» es mayor que en las personas creyentes, y tras el taller tienen una mayor mejoría —efecto pequeño— respecto a las creyentes.

Nota: solo se reporta p < 0,05. Umbrales del tamaño del efecto: δ de Cliff < 0,147 (despreciable); 0,147-0,329 (pequeño); 0,330-0,473 (medio); ≥0,474 (grande); e^2 0,01-< 0,06 (pequeño); 0,06-< 0,14 (moderado); ≥0,14 (grande).

colectivos respecto a los hombres y el grupo de menor nivel académico.

Cuestionario de valoración del taller

La muestra destacó la utilidad del taller para facilitar la comprensión infantil del embarazo, el parto, los vínculos familiares, el duelo y el rol de la matrona (Mdn = 4-5/5). También consideraron que ofrece un espacio para la expresión y la validación de las emociones relacionadas con el nacimiento y la muerte (Mdn = 5/5), y que facilita tanto el diálogo familiar posterior a la muerte (Mdn = 5/5) como la implicación de los niños y las niñas en los procesos de duelo familiares (Mdn = 5/5). Creen que abordar la muerte y la forma en que se ha hecho han sido apropiados (Mdn = 4-5/5), y que los niños y las niñas mayoritariamente han respondido ante ello con naturalidad (68%), atención (39,9%) y contando sus experiencias (23,1%). Los recursos materiales y el lenguaje empleados fueron muy bien valorados (Mdn = 5/5); lo que menos fue la duración del taller (Mdn = 3/5). Todas las personas participantes lo recomendarían. (Véase el Apéndice C en el Material suplementario.)

Se compararon las puntuaciones en todos los ítems del cuestionario de valoración del taller en función del sexo (hombre/mujer) y de la tendencia de cambio en la escala de actitudes (aumenta o disminuye la puntuación tras el taller). Las puntuaciones de los subgrupos fueron similares en ambas variables, con tamaños del efecto pequeños en las escasas diferencias estadísticamente significativas halladas. El efecto más relevante (cercano a moderado) se observó en el ítem «Que el taller aborde la muerte te parece. . .». Las mujeres lo valoraron más apropiado (Mdn = 5, RIC: 4-5) que los hombres (Mdn = 4, RIC: 4-5). (Véase el Apéndice C en el Material suplementario.)

Grupos focales

Se realizaron cinco grupos focales con participación exclusivamente femenina, aunque se invitó a ambos progenitores. En la tabla 5 se muestran la composición de dichos grupos y las categorías y los códigos empleados en el análisis, y en la tabla 6 se reproducen los *verbatim* seleccionados.

Las madres percibieron el taller como un recurso adecuado para abordar con la infancia la etapa perinatal y la muerte de forma «natural», y profundizar en temas que a menudo no se tratan o solo se abordan superficialmente. Opinaron que el taller es «impactante y significativo» tanto para los menores como para las personas adultas (que también aprenden), y que combina «rigor científico» y un lenguaje no «infantilizador» con «la parte emocional». Respecto a la muerte, destacan que el taller la aborda desde la perspectiva de los vínculos y el recuerdo, y también de forma «humana» o «neutral» respecto a las creencias. Varias madres valoraron positivamente que se hablara de la prematuridad y la muerte gestacional.

Resaltaron la metodología «vivencial» del taller en el sentido de propiciar que los niños y las niñas compartieran sus propias historias de nacimiento y experiencias de muerte, y que tocasen y visualizasen materiales con los que pueden comprender aspectos difíciles: el crecimiento del útero, el desarrollo intrauterino del bebé, el parto, la vinculación maternofilial durante el embarazo y en general los vínculos familiares y sociales que trascienden la muerte. También opinaron que ayudó a los menores a tener una idea más «estructurada» y clara de todo el proceso del embarazo y el parto.

Percibieron que, durante el taller, los menores estuvieron «cómodos», «atentos» y «curiosos», y que «les gustó». Resaltaron la forma «natural» de expresarse y participar, incluso en el diálogo sobre la muerte, lo cual fue sorprendente para varias madres.

Tabla 5
Sistema de categorías y códigos. Composición de los grupos focales

Categorías (codificación deductiva)	Códigos (codificación inductiva)	Definición de categorías
1. Valoración global	Forma de abordarlo natural Les ha gustado Variedad de recursos (visuales y manipulativos) y dinámicas Recursos más destacados Los adultos también aprendemos	Opinión global, incluido en torno a cómo se ha abordado la muerte Si fue adecuado a la edad de los niños Valoración de los recursos usados y cuales destacarían (qué les ha gustado más a ellas y creen que a los niños)
2. Aprendizaje para los niños	Les ayudó a entender mejor todo el proceso	Cosas que han aprendido en el taller
3. Actitud y comportamientos de los niños	Cómodos Natural Participativos Atentos Curiosos Diálogo posterior en la familia	Cómo vivieron el taller, grado de atención y participación, emociones que expresaban Diálogos en la familia tras el taller
4. Educación sobre la muerte	Ámbito social Ámbito familiar Ámbito escolar Naturalidad en los niños Tabú Gestionamos mal Proteger del dolor Falta de formación	Cómo las familias, el sistema educativo y la sociedad en general se comportan en relación con la muerte y los niños Con naturalidad se refiere a esa actitud de los niños tanto durante el taller como en su vida (ante muertes que hayan vivido)
5. Propuestas de mejora		Algunas sugerencias para mejorar el taller

Grupos focales

Fecha[a]	Lugar (ciudad de residencia asistentes)	Asistentes (madres)	Edad, años	N.° hijos	Experiencias de duelos familiares[b]
12.11.22 Grupo 1	Biblioteca Central (Santander)	4	33, 30, 43, 31	3, 1, 2, 2	Suegro Padre Hijo (etapa neonatal)
15.01.23 Grupo 2	*Online* (Burgos, Vitoria, Zaragoza)	5	49,40,48,40,41	2,2,3,3,4	Cuñada Vecina Abuela Muerte intrauterina (2)
12.02.23 Grupo 3	*Online* (Santander, Burgos, Bilbao, Renedo)	4	47, 51, 46, 36	1, 3, 2, 1	Padres o suegros (3) Amigo Muerte intrauterina
26.03.23 Grupo 4	*Online* (Las Palmas de Gran Canaria)	4	38, 43, 41, 54	3, 3, 1, 2	Tíos (3) Prima (1)
24.11.24 Grupo 5	*Online* (Elche)	4	37, 41, 43, 41	2, 2, 3, 2	Muerte intrauterina (2) Abuela Bisabuela

[a] Se procuró realizarlos en un plazo máximo de 1 mes desde la asistencia al taller.
[b] Se recogieron experiencias de duelo familiares vividas por los hijos.

Dialogaron sobre su opinión y sus vivencias respecto a la existencia de un «tabú» en torno a la muerte en el ámbito familiar, escolar y social. También que «falta formación» para dialogar con la infancia y acompañarla en la muerte de seres queridos. Perciben que las personas adultas lo «gestionan mal» cuando pretenden «proteger» a la infancia del dolor o la consideran incapaz de afrontar o entender la muerte, manifestando las consecuencias que tiene: vivencias más difíciles de duelos y que los menores aprenden a minimizar el dolor de otros. Una madre comentó que el tabú está mejorando.

Como mejoras al taller señalaron las siguientes: incorporar manualidades, invitar más activamente a las parejas, facilitar un guion previo, profundizar más en algunos temas coordinándose con otros ámbitos como la escuela, acortar el taller para la edad de 6 años e impartirlo a adolescentes.

Discusión

Esta investigación tuvo como base un taller de promoción de la salud comunitaria sobre nacimiento y muerte, y sus cuidados, impartido por matronas y dirigido a menores (6-12 años) acompañados de sus madres o padres. Los objetivos de investigación fueron evaluar la valoración y la satisfacción de los progenitores asistentes con el taller y, especialmente, si dicho taller modifica sus actitudes hacia la muerte y la infancia.

Tras el taller, la actitud de las madres y los padres hacia la infancia en los procesos de duelo familiares o colectivos evolucionó hacia una menor evitación. Comparando nuestros resultados con los de Villacieros et al.[5], nuestra muestra tuvo una puntuación de miedo a la muerte ligeramente superior, mientras que la actitud de evitación hacia la infancia en dichos procesos de duelo fue ligeramente menor. Además, en nuestra muestra no se observó correlación entre el miedo a la muerte y dicha actitud. El mencionado perfil menos evitativo podría deberse a que el grupo participante se inscribió a un taller cuyo cartel anunciaba que la muerte iba a ser abordada.

También observamos actitudes de mayor evitación hacia la infancia en los procesos de duelo familiares o colectivos en los hombres que en las mujeres, diferencia que resultó estadísticamente significativa. Este hallazgo también emergió en uno de los grupos focales y podría relacionarse con la menor asistencia masculina al taller y su no participación en dichos grupos. Además, la baja asistencia masculina podría responder a que las mujeres son más propensas que los hombres al cuidado de la infancia, especialmente en lo referente al cuidado emocional o a participar en actividades de ocio[32]. Asimismo, las personas participantes con menor nivel académico mostraron mayores actitudes de evitación que aque-

Tabla 6
Verbatim seleccionados

Valoración global	«Me ayuda a corroborar y tomar conciencia de la necesidad que tiene la infancia de hablar con los adultos sobre muerte y nacimiento de manera natural (. . .) lo que agradecen tener un tiempo y un espacio para poder expresar y preguntar sobre su llegada a la vida y sobre la muerte en general.» [P2, G2] «Combinar ese rigor científico con la parte emocional y preguntarles a los niños, involucrarles constantemente con las preguntas y eso.» [P6, G2] «A mí también me parecieron (los recursos) todos muy variados y muy significativos.» [P5, G2] «Creo que aprenden ellos, pero aprendemos todos (. . .) yo creo que es un taller que para adultos, de alguna manera, es muy útil.» [P4, G5] «Esa manera de ver la muerte y de decir, oye, no está aquí, pero podemos recordarle, podemos sentirle, podemos hablar de él, podemos... me parece precioso eso.» [P3, G1]
Aprendizaje para los niños	«Yo creo que han aprendido a escuchar cosas que a lo mejor en casa no hablamos o no se hablan tanto. Sobre todo sobre el parto, la vida y la muerte.» [P1, G4] «Y lo del útero tan bien representado. . . Hasta yo lo entendí mejor. Sí, con el globo, que lo ibas hinchando, que al final se va todo como colocando para hacer hueco el bebé. Pues sí, como que se entendía todo mejor. [P5, G1] «Yo creo que todo en sí le ayudó a entender mejor todo el proceso. Cómo está colocado el bebé, cómo se lleva a cabo esa alimentación, cómo va creciendo con los muñequitos.» [P5, G2] «La diferencia que tenemos aquí, los cuidados, en comparación con otros países del tercer mundo.» [P1, G1] «Él aprendió, de la experiencia de otros, cómo recordar y cómo gestionar las muertes de bebés al principio de la vida o de personas cercanas.» [P4, G3]
Actitud y comportamientos de los niños	«Yo creo que fue un taller muy participativo. Que tenían ganas de aprender y de escuchar cosas, ¿no? Temas que habitualmente pues les cogen un poco de sorpresa. Pero que todos lo abordaron de una manera muy natural. Estaban atentos.» [P2, G4] «Los vi como cómodos.» [P4, G3]
Educación sobre la muerte	«En mi caso también yo creo que incluso me sorprendió quizá la naturalidad. Me sorprendió porque a nosotros. . . a lo mejor esta reacción pensábamos, o yo pensaba que iba a reaccionar con más drama o así, y no, no. Me sorprendió.» [P6, G3] «Los adultos gestionamos mal la muerte ante los niños.» [P1, G2] «Yo creo que es un afán de protección malentendido, ¿no? (...) Luego es verdad que te sorprendes cuando les hablas y ves la reacción que ellos tienen de forma tan natural, y que además cuando tú lo abordas, ellos lo agradecen y son capaces de entenderlo todo mucho mejor.» [P2, G4] «No creo que sea un tema (la muerte) que se aborde en el colegio habitualmente (. . .) Y dentro de las propias familias creo que pasa algo más o menos parecido.» [P2, G4]
Propuestas de mejora	«Les hubiera gustado hacer algo manual (. . .) Yo no sé si para el peque de seis años se pudo hacer un poco largo.» [P4, G5] «Que nos dieran un pequeño guion, como “estaros atentos a estos puntos clave”.» [P2, G5] «Invitar a los dos padres (. . .) Él, por el motivo que sea, no es de exteriorizar, no es de hablar, entonces creo que también le hubiese venido bien.» [P3, G5][a] «Yo creo que habría que hacerlo con más poso o colaboración con el cole, para que el cole luego pudiera hacer otras cositas después (. . .) Yo también lo veo para adolescentes perfecto.» [P1, G1]

[a] Se refiere a invitar más activamente al progenitor hombre dada su actitud más evitativa o introvertida en el duelo. Como aclaración: en el cartel con el que se anunciaba el taller (véase el Apéndice A en el Material suplementario) ponía que se trataba de un taller familiar dirigido a niños de 6 a 12 años acompañados de su madre o padre. En la Tabla S4 del Apéndice C en el Material suplementario se encuentra una extensión de esta tabla con más segmentos y frases más completas.

llas con mayor titulación, aunque mejoraron más su actitud tras el taller. Este hallazgo debe interpretarse con cautela por el reducido tamaño muestral del primer subgrupo. Villacieros et al.[5] hallaron resultados similares respecto al nivel formativo, pero no identificaron diferencias estadísticamente significativas según el sexo. Otro estudio sobre actitudes del profesorado hacia la educación sobre la muerte señaló una mayor disposición de las mujeres a su inclusión en el ámbito educativo[33].

Ambos progenitores valoraron positivamente que el taller abordara la muerte desde la continuidad de los vínculos, lo que es coherente con los modelos teóricos y terapéuticos en los que se basó el taller[24–26] y con las recomendaciones para acompañar a la infancia en el duelo[34,35], incluido el duelo perinatal[8,10,11]. Esta es una experiencia frecuente si se consideran todas las etapas de la gestación[36], como refleja la prevalencia observada en nuestra muestra.

En concordancia con otras investigaciones[2,4,9,13], las madres participantes en los grupos focales percibieron un tabú en torno al nacimiento y la muerte (especialmente la perinatal), que afecta a las familias, las escuelas y la sociedad. Además, en coherencia con los hallazgos de otros estudios[2,16,20], señalaron algunas razones de la población adulta para excluir a la infancia del diálogo en torno a la muerte o de los procesos de duelo colectivos: la sobreprotección o el miedo a generar más temores o ansiedad, pensar que la infancia tiene falta de herramientas para enfrentar la muerte y el duelo, o la falta de formación de las personas adultas.

Implicaciones prácticas y de gestión sanitaria

Un taller dirigido a menores y sus progenitores que aborda el tabú del nacimiento y la muerte con apoyo de instituciones comunitarias locales puede impactar en la salud colectiva y sus determinantes. Su implementación en contextos comunitarios o educativos podría normalizar el tratamiento de estos temas, favoreciendo redes familiares y comunitarias resilientes.

La formación específica del personal docente y sanitario en educación sobre la muerte y prenatal en la infancia podría institucionalizarse como parte de los planes de salud infantil.

Limitaciones y fortalezas

La ausencia de grupo control limita la posibilidad de establecer una relación causal entre la intervención y los resultados obtenidos.

La muestra puede presentar un sesgo de selección, dado que la mayoría de las personas asistentes al taller eran mujeres con estudios superiores y probablemente estaban más predispuestas al diálogo con los menores sobre el nacimiento y la muerte. Esta predisposición podría haber amplificado los efectos observados, limitando la generalización a poblaciones menos predispuestas o con creencias más rígidas.

Hubo una pérdida de muestra a los 15 días del 62,2%, creemos que por falta de motivación o percepción de que ya no aportaba valor responder al cuestionario.

Quien moderó el grupo focal fue la matrona que impartió el taller, lo que pudo influir en el diálogo grupal. Para minimizar este posible sesgo, un investigador externo revisó previamente el guion de preguntas y se enfatizó durante la sesión grupal que no existían respuestas correctas o incorrectas.

La objetividad del análisis puede estar limitada al no contar con observadores externos independientes durante los talleres; sin embargo, un investigador externo revisó el análisis cualitativo.

El uso combinado de métodos cuantitativos y cualitativos mejora la calidad de la investigación.

Aunque la escala de actitudes de los adultos hacia los niños en procesos de duelo familiares o colectivos tiene adecuadas propiedades psicométricas, ha sido utilizada en pocas investigaciones, lo cual limita la comparabilidad de los resultados.

Conclusiones

El taller «Nacer, morir, amar, cuidar» podría constituir una estrategia eficaz de promoción de la salud comunitaria para abordar el nacimiento y la muerte con niños y niñas y sus progenitores, reduciendo las actitudes evitativas adultas hacia la infancia en duelo y favoreciendo la comprensión y el afrontamiento infantil de ambos procesos.

Futuros estudios deberían ampliar el reclutamiento de hombres y de participantes con menor nivel educativo, analizar el impacto del taller a largo plazo e incluir a la población infantil en su evaluación.

Disponibilidad de bases de datos y material para réplica

Los datos están a disposición de las personas que los soliciten a la autora para correspondencia.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Existe un tabú sobre la muerte (incluida la gestacional) y el nacimiento que puede mermar la capacidad de la infancia para comprender y afrontar ambos acontecimientos. Hay pocos recursos y experiencias de educación para la salud en la infancia sobre la muerte y el nacimiento. La promoción de la salud necesita integrar más el enfoque comunitario y de los determinantes de la salud.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Mejorar la comprensión de la promoción de la salud desde enfoques familiares-comunitarios a raíz de una experiencia de educación para la salud sobre nacimiento y muerte, con beneficios para los menores y los progenitores asistentes.

¿Cuáles son las implicaciones de los resultados obtenidos?

Los programas de educación para la salud en la infancia podrían ampliar su perspectiva para integrar nacimiento y muerte, y el ámbito familiar-comunitario, rompiendo tabús y potenciando el bienestar y la resiliencia social.

Editor responsable del artículo

Jorge Marcos Marcos.

Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a Gaceta Sanitaria, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

M. Contreras-García: conceptualización, investigación, análisis formal, redacción del borrador original, administración del proyecto y adquisición de fondos. M. Torres-Lacomba: conceptualización, análisis formal y redacción del borrador original. A. Diez-Ibarbia: conceptualización, investigación, análisis formal, redacción, revisión y edición. C. Sarabia-Cobo y S. Folch-Pueyo: conceptualización, análisis formal, redacción, revisión y edición. F. Méndez-López: conceptualización, análisis formal, redacción, revisión y edición, y adquisición de fondos.

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento al Instituto de Investigación Sanitaria Aragón (IIS Aragón); a la Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS, RD24/0005/0004), perteneciente a las Redes de Investigación Cooperativa Orientada a Resultados en Salud (RICORS) del Instituto de Salud Carlos III; y a los Fondos FEDER «Una manera de hacer Europa». También a todas las instituciones que impulsaron este taller, especialmente a la asociación de solidaridad en el duelo perinatal «Red el Hueco de mi Vientre», y a todas las personas que asistieron al mismo, en particular a quienes participaron en los grupos focales. Por último, a la Red Española de Atención Primaria por su asesoramiento técnico.

Financiación

Esta investigación ha sido financiada por el Instituto de Salud Carlos III con fondos del grupo Red de Investigación sobre Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS, RD24/0005/0004), que forma parte de las Redes Cooperativas de Investigación Orientadas a Resultados en Salud (RICORS, ISCIII), cofinanciadas por la Unión Europea. El organismo financiador no participó en el diseño del estudio, la recopilación ni el análisis de los datos, la decisión de publicar ni la preparación del manuscrito.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en doi:10.1016/j.gaceta.2026.102610.

Bibliografía

1. Ramos-Pla A, Camats R. Consideraciones generales respecto a la necesidad de practicar una pedagogía sobre la finitud humana en la educación formal. Un estudio de caso. Educar. 2017;55:273–90, http://dx.doi.org/10.5565/rev/educar.950.
2. Rodríguez-Herrero P, De la Herrán A, Cortina M. Antecedentes internacionales de la pedagogía de la muerte. Foro de Educación. 2019;17:259–76, http://dx.doi.org/10.14516/fde.628.
3. Friesen H, Harrison J, Peters M, et al. Death education for children and young people in public schools. Int J Palliat Nurs. 2020;26:332–5, http://dx.doi.org/10.12968/ijpn.2020.26.7.332.

4. Ramos-Pla A, Camats R. Fundamentos para una pedagogía preventiva sobre la muerte en la escuela. Rev Complut Educ. 2018;29:527–38, http://dx.doi.org/10.5209/RCED. 53448.
5. Villacieros M, Bermejo Higuera JC, Magaña Loarte M. Duelos familiares o colectivos. Diseño de una escala de actitudes hacia los niños en procesos de duelo. Revista de Psicoterapia. 2016;27:167–79, http://dx.doi.org/10.33898/rdp.v27i104.64.
6. Falala A, Lannes A, Bui E, et al. Prevalence of prolonged grief disorder in bereaved children and adolescents: a systematic review. L'Encéphale. 2024;50:557–65, http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2023.11.016.
7. O'Leary JM, Gaziano C. Silblings grief after perinatal loss. J Prenat Perinat Psychol Health. 2011;25:173–93.
8. Sombans S, Ramphul K, Sonaye R. The impact of a sibling's death in intensive care unit: are we doing enough to help them? Cureus. 2018;10:e2518, http://dx.doi.org/10.7759/cureus.2518.
9. Serrano-Manzano BF. Death before birth: an encounter between prenatal pedagogy and the pedagogy of death. Death Stud. 2025:1–10, http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2025.2454499.
10. Gómez-Ulla P, Contreras-García M. El duelo de los hermanos. En: Olza I, editor. Duelo perinatal. Madrid: Síntesis; 2022. p. 106–7.
11. Jonas-Simpson C, Steele R, Granek L, et al. Always with me: understanding experiences of bereaved children whose baby sibling died. Death Stud. 2015;39:242–51, http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2014.991954.
12. Howard Sharp KM, Russell C, Keim M, et al. Grief and growth in bereaved siblings: interactions between different sources of social support. Sch Psychol Q. 2018;33:363–71, http://dx.doi.org/10.1037/spq0000253.
13. Cassidy PR. The disenfranchisement of perinatal grief: how silence, silencing and self-censorship complicate bereavement (a mixed methods study). Omega. 2023;88:709–31, http://dx.doi.org/10.1177/00302228211050500.
14. De la Herrán-Gascón A, Hurtado-Fernández M, García-Sempere P. Educación prenatal y pedagogía prenatal: nuevas perspectivas para la investigación, la enseñanza y la formación. Nueva York: Redipe; 2018. Disponible en: https://redipe.org/pdf/Libro-educacion-prenatal-y-pedagogia-prenatal.pdf.
15. Olza I, Fernández Lorenzo P, González Uriarte A, et al. Propuesta de un modelo ecosistémico para la atención integral a la salud mental perinatal. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr. 2011;41:23–35, http://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352021000100003.
16. Gorosabel-Odriozola M, León-Mejía A. La muerte en educación infantil: algunas líneas básicas de actuación para centros escolares. Psicología Evolutiva. 2016;22:103–11, http://dx.doi.org/10.1016/j.pse.2016.05.001.
17. Ramos-Pla A, Gairín J, Camats R. Principios prácticos y funcionales en situaciones de muerte y duelo para profesionales de la educación. REICE. 2018;16:21–33, http://dx.doi.org/10.15366/reice2018.16.1.002.
18. Selfa M, Fraga FJ, Berengué I. Leer sobre la muerte en la biblioteca de aula: una experiencia práctica de lectura en un aula de educación infantil. Ital Stud Law Lit. 2015;3:83–95.
19. Rodríguez-Herrero P, de la Herrán-Gascón A, Cortina-Selva M. Pedagogía de la muerte mediante aprendizaje de servicio. Educación XX1. 2015;18:189–212, http://dx.doi.org/10.5944/educxx1.18.1.12317.
20. Testoni I, Ronconi L, Cupit IN, et al. The effect of death education on fear of death amongst Italian adolescents: a nonrandomized controlled study. Death Stud. 2020;44:179–88, http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2018.1528056.
21. Testoni I, Biancalani G, Ronconi L, et al. Let's start with the end: bibliodrama in an Italian death education course on managing fear of death, fantasy-proneness, and alexithymia with a mixed-method analysis. Omega. 2019;83:729–59, http://dx.doi.org/10.1177/0030222281986361.
22. Hurtado-Fernández M, Cuadrado-Nicoli S, De la Herrán-Gascón A. ¿Hacia una pedagogía prenatal? Una propuesta educativa. Rev Investig Educ. 2015;67:151–68, http://dx.doi.org/10.35362/rie671268.
23. Lytje M. Voices we forget — Danish students experience of returning to school following parental bereavement. Omega. 2018;78:24–42, http://dx.doi.org/10.1177/0030222816679660.
24. Klass D. Continuing bonds in the existential, phenomenological, and cultural study of grief: prolegomena. Omega. (Westport). 2026;92:1411–36, http://dx.doi.org/10.1177/00302228231205766.
25. Neimeyer RA, Prigerson HG, Davies B. Mourning and meaning. Amer Behav Sci. 2002;46:235–51, http://dx.doi.org/10.1177/000276402236676.
26. Neimeyer RA. Meaning reconstruction in bereavement: development of a research program. Death Stud. 2019;43:79–91, http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2018.1456620.
27. Cabeza E, March S, Cabezas C, et al. Promoción de la salud en atención primaria: si Hipócrates levantara la cabeza. ... Gac Sanit. 2016;30:81–6, http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.012.
28. Gil-Girbau M, Pons-Vigués M, Rubio-Valera M, et al. Modelos teóricos de promoción de la salud en la práctica habitual en atención primaria de salud. Gac Sanit. 2021;35:48–59, http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.011.
29. Ministerio de Sanidad. Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/local/estrategia/herramientas/guiaAccionComunitaria.htm.
30. Contreras-García M. Vida prenatal y muerte en la infancia, un tabú social y en las escuelas: ¿hemos pensado en sus consecuencias? Presencia. 2024;20:e14835.
31. Mieles-Barrera MD, Tonon de Toscano G, Alvarado Salgado SV. Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. Univ Humanist. 2012;74:195–226.
32. Instituto Europeo de la Igualdad de Género. Compartir el cuidado, cerrando las brechas de género: Encuesta CARE 2024. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2026. Disponible en: https://www.inmujeres.gob.es/Docs/closign_gender_gaps.pdf.
33. Rodríguez Herrero P, de la Herrán Gascón A, Pérez-Bonet G, et al. What do teachers think of death education? Death Stud. 2022;46:1518–28, http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2020.1817176.
34. De hoyos-López MC. ¿Entendemos los adultos el duelo de los niños? Acta Pediatr Esp. 2015;73:27–32.
35. Rosado Sanz P, Cantero García M, Rueda Extremera M, et al. El duelo infantil no complicado: aspectos psicológicos que lo favorecen o dificultan. Una revisión. Cuidar (La Laguna). 2024;4:13–35, http://dx.doi.org/10.25145/j.cuidar.2024.04.02.
36. Cassidy PR. Instantánea de la mortalidad gestacional y perinatal en España en cuatro gráficos. Umamanita. 2025. Disponible en: https://www.umamanita.es/instantanea-de-la-mortalidad-gestacional-y-perinatal-en-espana/.