



UNIVERSITAT_{DE}
BARCELONA

Impacto psicológico de la pérdida perinatal en una gestación gemelar monocorial

Mònica Druguet Serra



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement 4.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento 4.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution 4.0. Spain License.**

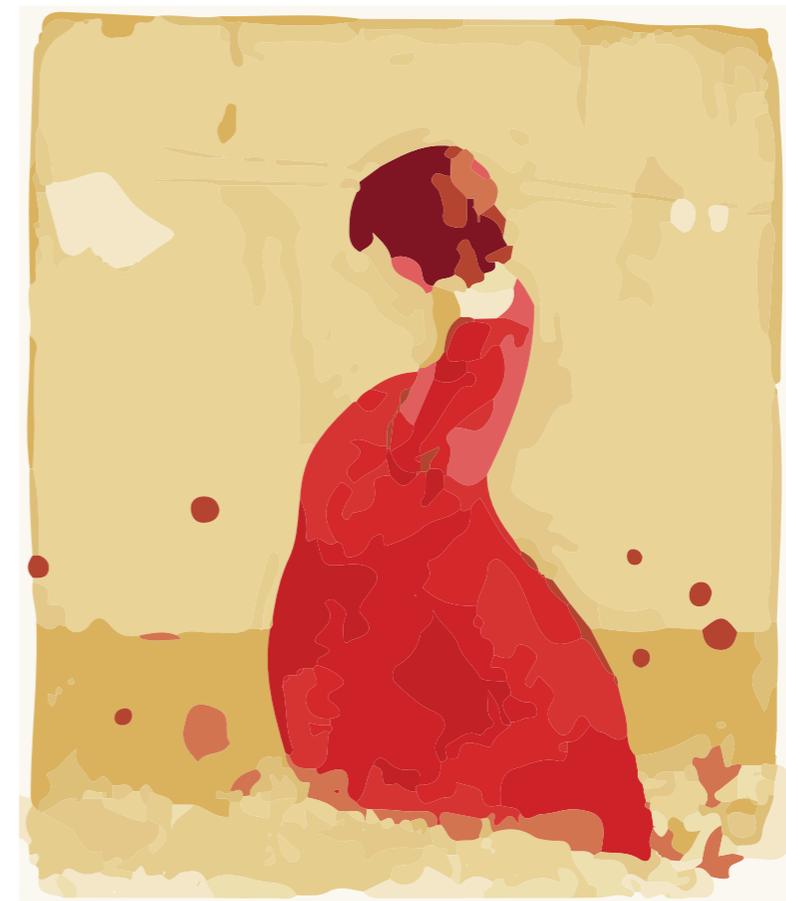
IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA PÉRDIDA PERINATAL EN UNA GESTACIÓN GEMELAR MONOCORIAL

MÒNICA DRUGUET SERRA

MÒNICA DRUGUET SERRA

IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA PÉRDIDA PERINATAL EN UNA GESTACIÓN GEMELAR MONOCORIAL

 UNIVERSITAT DE
BARCELONA



DIRECTORA DE LA TESIS: **DRA. JUANA GÓMEZ BENITO**
Departamento de Psicología Social y Psicología Cuantitativa
Programa de Doctorado: Psicología Clínica y de la Salud
Facultad de Psicología

Barcelona, junio 2018

 UNIVERSITAT DE
BARCELONA



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Programa de Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud

IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA PÉRDIDA PERINATAL EN UNA GESTACIÓN GEMELAR MONOCORIAL

MÒNICA DRUGUET SERRA

Octubre 2018

IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA PÉRDIDA PERINATAL EN UNA GESTACIÓN GEMELAR MONOCORIAL

Memoria presentada por MÒNICA DRUGUET SERRA para
optar al título de Doctora por la Universidad de Barcelona

Directora de la Tesis: DRA. JUANA GÓMEZ BENITO

Departamento de Psicología Social y Psicología Cuantitativa

Programa de Doctorado: Psicología Clínica y de la Salud

Facultad de Psicología

Barcelona, octubre 2018

AGRADECIMIENTOS / AGRAÏMENTS

Este estudio surge del interés y es posible gracias a la Dra. Elena Carreras, jefa de la Unidad de Medicina Materno-Fetal del Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona. Su práctica médica es prestigiosa y reconocida internacionalmente, no únicamente por sus logros médicos, sino también por dar un lugar a las mujeres, a sus sentimientos y emociones.

Ha escogido un «equipazo» que me ha hecho sentir afortunada y privilegiada de poder formar parte. En especial, Dra. Silvia Arévalo y Dra. Carlota Rodó, tenéis mi reconocimiento y admiración por vuestra experiencia, que no os hace olvidar la importancia de acoger vuestras pacientes con delicadeza y humanidad.

Vuestra confianza en este proyecto junto con mi perseverancia que se ha impregnado de vuestro «no desfallecer», sello inequívoco de la práctica clínica diaria que realizáis y es al mismo tiempo vuestra manera de entender el mundo, ha hecho posible que yo hoy pueda estar satisfecha y orgullosa de este intenso, largo, fascinante, ... Trabajo de Tesis.

También agradecer enormemente la dirección de la Dra. Gómez Benito y el Programa de Doctorado Psicología Clínica y de la Salud, presidido por el Dr. Gutiérrez Maldonado, que me han facilitado y permitido concluir esta etapa de mi vida.

Además, a lo largo de este trayecto he ido coincidiendo con personas, algunas en ámbitos más formales, otras en situaciones puntuales y otras que han llegado a mi vida para quedarse, pero todas ellas han sido esenciales para realizar esta carrera de fondo. Desde professor@s, a compañer@s, a amig@s, a maestr@s de vida. Estoy convencida que se sentirán reconocidos al leer estas líneas.

Per acabar, gràcies a la Blanca i l'Eva, amb elles he pogut convertir els meus reptes en cims. A les meves amigues i amics incondicionals, Georgina i Sandra; a l'Albert i Susanna (ja ens tornarem a retrobar, no en tinc cap dubte.), al Pep que sempre ha confiat en aquest projecte i també a la Lucia, Cristina i Àlicia (més recents però compartint moments d'alta intensitat) que m'han acompanyat i m'acompanyen.

Agraïment infinit al MARTÍ que fa palpitatar la meua essència amb més llum i brillantor cada instant de la meua vida. Essència que m'ha guiat a rePrendre la sincronia amb un ésser excepcional.

A la resta de la família, i en especial als meus pares per acompanyar-me i recolzar-me també en aquest projecte.

Y todo ello, no sería posible ni pensable sin las protagonistas de este trabajo, como ya he dicho anteriormente: A TODAS LAS MADRES QUE HAN EXPRESADO EN PALABRAS LO QUE HAN VIVIDO Y SUFRIDO CON SUS GEMELOS, QUE ALGUNOS CRECERÁN Y OTROS PERMANECERÁN EN SU CORAZÓN.

A tots vosaltres y a todas ellas,

*Los invisibles átomos del aire
en derredor palpitan y se inflaman,
el cielo se deshace en rayos de oro,
la tierra se estremece alborozada.*

*Oigo flotando en olas de armonías
rumor de besos y batir de alas;
mis párpados se cierran... ¿Qué sucede?
¡Es el amor que pasa!*

(Gustavo Adolfo Bécquer)

RESUMEN

ANTECEDENTES. Un embarazo gemelar monocorial es un hecho poco frecuente, que conlleva ciertas complicaciones, con un aumento del riesgo de muerte de uno o los dos fetos. Ante la pérdida de un feto durante un embarazo múltiple, el duelo, junto a la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, es una respuesta común y normal (López, 2011). Sin embargo, por la complejidad intrínseca a esta condición, en muchos casos este duelo puede ser más complejo e intenso y puede derivar en un proceso de duelo complicado, así como estos síntomas ansiosos, depresivos y de estrés postraumático, pueden ser más acusados o generar la aparición de un trastorno psicopatológico (Ellis *et al.*, 2016; Hutti, Armstrong, Myers y Hall, 2015 y Lisy, Peters, Riitano, Jordan y Aromataris, 2016). Esto hace necesario estudiar en mayor profundidad las características y los factores que pueden intervenir en la elaboración de este tipo de pérdidas.

OBJETIVOS. El objetivo principal de esta tesis es conocer las características del proceso de duelo cuando se produce una pérdida perinatal en una gestación gemelar monocorial. Este objetivo principal se desplegó en diferentes objetivos específicos. En primer lugar, se analizó el impacto psicológico de la pérdida perinatal en las mujeres y se estudiaron las variables sociodemográficas, psicológicas y clínicas que podían influir en la elaboración del duelo, así como la vulnerabilidad psicológica ante este proceso. Y a continuación, se analizó la influencia de los rituales de despedida en el desarrollo del duelo.

MÉTODO. Estudio con un diseño correlacional y descriptivo. Las participantes fueron mujeres atendidas en la Unidad de Medicina Materno-Fetal del Departamento de Obstetricia del Hospital Universitario de la Vall d'Hebron de Barcelona entre febrero de 2009 y mayo de 2012. Todas ellas

cumplían los siguientes criterios de inclusión: 1) Mujeres que habían sufrido una pérdida de uno o de los dos bebés en la gestación gemelar monocorial tras la cirugía fetal por complicaciones, y 2) Mujeres de nacionalidad española, raza caucásica y con dominio del idioma castellano, con un nivel de estudios mínimos para rellenar el material requerido para la investigación.

Se realizó una entrevista individual con cada participante donde se recogían los datos sociodemográficos, antecedentes psiquiátricos, datos clínicos sobre la gestación y las prácticas de rituales de despedida realizadas. Y se administraron los siguientes cuestionarios: Spanish Short Version Perinatal Grief Scale (SpSVPGS), Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), Inventario de Depresión de Beck (BDI) y Escala Revisada de Impacto del Estrés (Impact of Event Scale- Revised, IES-R).

RESULTADOS. Los síntomas de duelo tras una pérdida perinatal en la gestación gemelar monocorial con complicaciones estaban relacionados con síntomas depresivos, ansiosos y de estrés postraumático. La intensidad del duelo no dependía de la semana de gestación en que se produjo la pérdida, los antecedentes de pérdidas gestacionales, la supervivencia de un gemelo, la presencia de hijos previos ni las variables sociodemográficas consideradas. Por el contrario, tener antecedentes de haber recibido atención terapéutica psicológica y/o psicofarmacológica resultaron predictores de mayor intensidad del duelo. La ausencia de la realización de rituales de despedida tampoco se relacionó con una mayor intensidad de la sintomatología del duelo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES. La pérdida perinatal en un embarazo gemelar monocorial supone una situación de gran impacto emocional que coloca a la madre en una situación de mayor vulnerabilidad psicopatológica. La presencia de un hijo superviviente o de hijos previos no garantizan una mejor salud mental para la madre en duelo, así como tampoco la realización de rituales de despedida. Estas madres presentan unas necesidades específicas y complejas, que pueden complicar el proceso de duelo, especialmente en aquellas mujeres con mayor vulnerabilidad psicológica.

ABSTRACT

BACKGROUND. Monochorionic twin pregnancy is a relatively uncommon phenomenon, but its associated complications are severe and may result in the loss of one or both fetuses. Grief, together with feelings of anxiety and depression, is a normal and common response to perinatal loss during a multiple pregnancy (López, 2011). However, the inherent complexity of such a loss means that the grief experienced is often more intense and complicated, and symptoms of anxiety, depression, and/or post-traumatic stress may develop into a full-blown psychological disorder (Ellis et al., 2016; Hutti, Armstrong, Myers, & Hall, 2015; Lisy, Peters, Riitano, Jordan, & Aromataris, 2016). It is therefore important to understand the factors which may influence a woman's ability to work through and come to terms with a loss of this kind.

AIMS. The overall aim of this thesis was to explore and describe the characteristics of the grieving process in the case of perinatal loss during a monochorionic twin pregnancy. More specifically, the aims were: 1) To analyze the emotional impact of perinatal loss on the mother, 2) to study the sociodemographic, psychological, and clinical variables that may influence her grieving process, as well as the impact of previous psychological vulnerability, and 3) to examine the influence of farewell rituals in relation to the grief experienced.

METHOD. The research used a correlational and descriptive design. Participants were a sample of women recruited from among those attending the maternity unit of the Vall d'Hebron University Hospital in Barcelona between February 2009 and May 2012. They all met the following inclusion criteria: 1) Having lost one or both fetuses in a monochorionic twin pregnancy following fetal surgery due to complications, and 2) Spanish nationality and

White ethnicity, with a level of education and command of the Spanish language that was sufficient for completion of the questionnaires.

Individual interviews were used to collect sociodemographic information, data about the woman’s psychiatric and obstetric history, and information about any farewell rituals performed. The following questionnaires were also administered: Spanish Short Version of the Perinatal Grief Scale (SpSVPGS), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Depression Inventory (BDI), and the Impact of Event Scale—Revised (IES-R).

RESULTS. High levels of grief following the loss of a fetus during a complicated monochorionic twin pregnancy were associated with higher levels of depression, anxiety, and post-traumatic stress. The intensity of grief did not depend on the point in the pregnancy at which the loss occurred, a history of miscarriage, the survival of one of the twins, the presence of living children, or any of the sociodemographic variables considered. A history of psychological and/or psychopharmacological treatment was, however, associated with a more intense grief reaction. There was no significant relationship between farewell rituals and the intensity of the grief experienced.

DISCUSSION AND CONCLUSIONS. Perinatal loss during a monochorionic twin pregnancy has a major emotional impact on the mother and leaves her vulnerable to psychological problems. The survival of one of the twins or the presence of living children is no guarantee that the grieving mother’s mental health will be less affected, and neither do farewell rituals seem to have a significant protective effect. Women who have experienced a loss of this kind have specific and complex needs, and those with a history of psychological vulnerability are particularly at risk of complicated grief.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	13
1.1. Aspectos clínicos de la gestación gemelar monocorial	13
1.1.1. Definición y complicaciones	13
1.1.2. Cirugía fetal	16
1.2. El proceso de duelo	18
1.2.1. Concepto	18
1.2.2. Duelo complicado	25
1.2.3. Sobre el diagnóstico diferencial del duelo complicado	27
1.3. Aspectos psicológicos del duelo perinatal	28
1.3.1. Impacto de la pérdida perinatal	29
1.3.2. Aspectos diferenciales de la pérdida perinatal en la gestación gemelar monocorial.....	31
1.3.3. Factores que inciden en el proceso de duelo	33
1.4. El papel de los rituales de despedida.....	37
2. OBJETIVOS	41
3. RESULTADOS	43
3.1. Organización	43
3.2. Compendio de publicaciones	43
3.2.1. Estudios y artículos publicados	44
3.2.2. Estudio I: <i>Emotional effect of the loss of one or both fetuses in a monochorionic twin pregnancy</i>	47
3.2.3. Estudio II: <i>Influence of farewell rituals and psychological vulnerability on grief following perinatal loss in monochorionic twin pregnancy</i>	68

4. DISCUSIÓN	77
5. CONCLUSIONES	87
6. IMPLICACIONES DE LA TESIS	89
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	93

1. INTRODUCCIÓN

El fallecimiento de un hijo es una de las experiencias psicológicamente más impactantes y traumáticas en la vida de una mujer.

Cuando la pérdida se produce durante la etapa gestacional o los primeros días de vida adquiere unas connotaciones especiales. La identidad, esperanzas, expectativas e ilusiones de una futura maternidad se ven truncadas por múltiples pérdidas: la pérdida de un embarazo normal, la pérdida de un bebé sano y la pérdida de una futura maternidad.

Además, si el fallecimiento se produce en un embarazo gemelar monocorial con complicaciones supone una situación con unas características particulares que la hacen única, constituyendo un fenómeno poco frecuente. La supervivencia de otro bebé, en la mayoría de los casos, y las dificultades en el reconocimiento de la pérdida tanto a nivel individual como social, pueden promover un duelo de mayor intensidad con mayor riesgo de desarrollar un trastorno psicopatológico.

Así, se hace indispensable profundizar en el conocimiento del impacto de este tipo de pérdidas y los factores que pueden intervenir en la elaboración del duelo.

1.1. ASPECTOS CLÍNICOS DE LA GESTACIÓN GEMELAR MONOCORIAL

1.1.1. DEFINICIÓN Y COMPLICACIONES

La gestación gemelar monocorial (GGM) es un embarazo de gemelos idénticos que comparten placenta y pueden tener dos bolsas amnióticas o pueden compartirla, en función de cuando se realiza la división del óvulo. La

mayoría presentará comunicaciones intravasculares placentarias que unen las circulaciones sanguíneas de ambos gemelos. La GGM representa el 20-25% de todos los embarazos gemelares.

Dentro del grupo de gemelos monocigóticos existen diferentes tipos, según compartan placenta, bolsa de aguas y cordón umbilical (dependiendo del momento de la división: si es antes del 4º día, tendrán 2 placentas y dos bolsas (aunque sean idénticos), si es entre el 4º y 8º día tendrán 1 placenta y 2 bolsas, si es entre el 8º y el 13º día tendrán 1 placenta y 1 bolsa, y si es después del 13º día serán los gemelos siameses).

En la GGM la circulación compartida a través de anastomosis vasculares (comunicaciones vasculares anormales) condiciona el potencial desarrollo de complicaciones severas que condicionan la morbimortalidad de este grupo, constituyendo un embarazo de alto riesgo. Las comunicaciones pueden ser arterio-arterial (AA), veno-venosa (VV), arterio-venosa (AV) y veno-arterial (VA). Las comunicaciones AA y VV son bidireccionales y superficiales y están presentes en la gran mayoría de placentas monocoriales. Las comunicaciones AV y VA son unidireccionales y profundas, y las encontramos en >95% de estas placentas.

El embarazo gemelar se asocia con mayor frecuencia a complicaciones maternas y fetales. Las mujeres embarazadas con gemelos presentan mayor frecuencia de abortos, hiperemesis gravídica (vómitos excesivos durante el embarazo con riesgo de deshidratación), anemia, hipertensión gestacional, trastornos hemorrágicos y mayor frecuencia de cesárea. Las complicaciones fetales más frecuentes son las asociadas al parto prematuro, muerte fetal y restricción de crecimiento fetal.

Concretamente, las complicaciones específicas más frecuentes en la GGM son el síndrome de transfusión feto-fetal (STFF) y la restricción selectiva del crecimiento intrauterino (RCIU). Por otro lado, también se pueden producir malformaciones en el proceso de división celular en uno de los fetos. Por todas estas posibles complicaciones, este tipo de embarazo

debe ser controlado cada dos semanas durante todo el proceso de gestación (Carreras *et al.*, 2012 y Ruano *et al.*, 2013).

El STFF es una complicación grave que ocurre en el 10-15% de las gestaciones gemelares monocoriales, con un riesgo de mortalidad del 100% si no se interviene (Akkermans *et al.*, 2015). El diagnóstico precoz, un seguimiento frecuente y un tratamiento adecuado son esenciales para mejorar el pronóstico. En caso de no ser tratada la enfermedad, el pronóstico para ambos fetos es extremadamente grave. La mortalidad es del 80-100% y un 40% de los supervivientes presenta severas complicaciones post parto y secuelas a largo plazo.

El STFF se presenta cuando predominan las comunicaciones AV y VA. En estos casos existe un feto que dona una cantidad de su volumen sanguíneo (donante) y otro que lo recibe (receptor). No siempre el feto donante es más pequeño que el receptor (y la diferencia de tamaños no es actualmente un criterio para diagnosticar el STFF). El feto donante tiene un volumen circulatorio menor, por lo que disminuye su gasto cardíaco y su producción de orina, lo que resulta en una reducción del líquido amniótico y del tamaño de la vejiga. Por su parte, el feto receptor tiene un volumen circulatorio mayor, presenta sobrecarga cardíaca, aumenta la diuresis, el líquido amniótico y el tamaño de la vejiga, y presenta signos ecográficos de hipertrofia cardíaca.

Para el diagnóstico y clasificación del STFF existe el estadio de Quintero *et al.* (1999) que hace un estadiaje que ayuda a la toma de decisiones, teniendo en cuenta, discordancia de líquidos y vejigas urinarias y los cambios hemodinámicos de los fetos.

La RCIU se presenta cuando hay distribución asimétrica del territorio placentario y por tanto el aporte de nutrientes a cada feto es diferente. Esto da como resultado que uno de los fetos no alcance su potencial de crecimiento. El feto con restricción de crecimiento tiene un mayor riesgo de muerte intrauterina y de daño neurológico al nacimiento. El feto con un crecimiento normal también tiene un mayor riesgo de daño neurológico,

probablemente por períodos de exanginación hacia el feto con RCIU, que comprometen la circulación cerebral, aumentando la posibilidad de hipoxia cerebral del feto con crecimiento normal si se produce la muerte del gemelo con RCIU.

La RCIU se diagnostica por las diferencias en el peso y en la cantidad de líquido amniótico entre los gemelos. Una diferencia mayor al 20% en el peso estimado de ambos fetos debe ser sugestiva de RCIU. La discrepancia de líquidos muestra disminución del líquido del feto con RCIU y una cantidad normal de líquido en el gemelo con crecimiento normal. La severidad se clasifica en relación a los parámetros doppler y se justifica la opción de cirugía intrauterina antes del nacimiento.

Otras complicaciones frecuentes en la GGM, además de las mencionadas son, malformaciones congénitas, prematuridad y muerte intrauterina de uno de los fetos conforme avanza la edad gestacional. Respecto al riesgo de parto prematuro, se puede producir en el 50% de los casos en embarazos con tiempos inferiores a 37 semanas, en el 15-18% de los casos en embarazos inferiores a 34 semanas, 10-12% en embarazos de menos de 32 semanas y en el 5% de los casos con tiempos inferiores a 28 semanas. En el caso de muerte intrauterina de un feto, aumenta significativamente el riesgo del fallecimiento del otro feto o que tenga complicaciones severas.

1.1.2. CIRUGÍA FETAL

Los avances en la ecografía obstétrica han permitido una mejor comprensión de la historia natural de las enfermedades fetales, así como su diagnóstico más precoz. Aquellas condiciones fetales que pueden tener como resultado la muerte del feto o secuelas permanentes, merecen un intento de intervención intrauterina.

Actualmente, con la cirugía fetal se puede conseguir la supervivencia de al menos un feto en el 80-90% de los casos y de los dos fetos en el 52-75%

de los casos en la GGM, aunque puede haber un deterioro neurológico en el 3-5% los bebés supervivientes (Akkermans *et al.*, 2015). A todo ello hay que sumarle el riesgo de parto espontáneo, ya sea inmaduro (antes de las 24 semanas de gestación, considerado límite de viabilidad en nuestro medio), o prematuro (entre las 24 y las 37 semanas). La tasa de prematuridad en la gestación gemelar es 5 veces mayor que en la gestación única (Goldenberg, Culhane, Iams y Romero, 2008).

Clínicamente, cuando se diagnostica una complicación en la GGM, los profesionales plantean el riesgo de morbilidad y mortalidad a los progenitores. Según su estado, evolución y pronóstico se les explica a los futuros padres el procedimiento a seguir: realizar la coagulación fetoscópica láser de las comunicaciones vasculares con el objetivo de salvar los dos fetos, el amniodrenaje (tratamiento para reducir la cantidad de líquido amniótico), y en el caso de que no se pueda conseguir una cirugía óptima, se puede optar por realizar la oclusión selectiva del cordón umbilical, practicándose en casos muy graves.

El objetivo de la coagulación láser de las comunicaciones vasculares es tratar la causa de la enfermedad, coagulando las anastomosis AV, interrumpiendo la conexión vascular entre los dos fetos y, por tanto, el proceso de transfusión, disminuyendo el riesgo de muerte fetal intrauterina. Este tipo de intervención aumenta la supervivencia global y disminuye las complicaciones neurológicas en los supervivientes a corto y largo plazo (Quintero *et al.*, 1999).

Si el pronóstico es grave y se prevé una muerte intrauterina por complicaciones clínicas importantes, en un momento precoz de la gestación, la mejor opción es la reducción selectiva del gemelo con RCIU o STFF grave, mediante la coagulación del cordón umbilical bajo control fetoscópico. La evolución del gemelo reducido es la momificación y disminución del líquido amniótico. El gemelo sano sigue creciendo y acaba ocupando prácticamente toda la cavidad amniótica.

Los objetivos de la cirugía fetal es conseguir una mayor supervivencia y menores complicaciones en el nacimiento. La recidiva del STFF se presenta en menos del 5% y las complicaciones generales como óbito fetal, la rotura prematura de membranas (trastorno que se produce en el embarazo cuando el saco amniótico se rompe más de una hora antes del inicio del trabajo del parto) y parto pretérmino se presentan en un 20% de todos los casos tratados. En casos con RCIUs se logra la supervivencia del gemelo con crecimiento normal en el 80% de los casos y de ambos gemelos en el 25-30% de los casos. Cuando se realiza oclusión selectiva del cordón umbilical, por definición el feto pequeño no sobrevivirá (Velasco, Pérez, Benavides, López y Hernández, 2010).

La cirugía fetal es altamente compleja y existen pocos centros en el mundo que puedan ofrecer este tipo de tratamientos. El Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona (España) tiene acreditado desde 2002 un programa de cirugía fetal fetoscópica, donde se han realizado numerosas intervenciones de este tipo. El equipo humano está formado por obstetras, neonatólogos, radiólogos, cirujanos pediátricos y cirujanos ortopédicos (Peiró *et al.*, 2009).

1.2. EL PROCESO DE DUELO

1.2.1. CONCEPTO

Etimológicamente, la palabra duelo proviene del latín *dolus* que significa dolor, desafío o combate entre dos.

Existen multitud autores que han estudiado el proceso de duelo y han desarrollado diferentes teorías y clasificaciones de las etapas del duelo. Entre las teorías podemos destacar las siguientes:

El psicoanálisis ha jugado un papel central en el desarrollo de la teoría moderna sobre el duelo (Granek, 2010). Psicoanalistas como M. Klein,

como C.G. Jung, L. Grimberg, y J. Bowlby, entre otros, tratan el duelo tomando como partida el ensayo de S. Freud sobre *Duelo y Melancolía* (1917). La principal característica de este modelo es que está centrado fundamentalmente en el mundo intrapsíquico de la persona en duelo. Según Freud, el origen del duelo sería la ruptura de relación con algo o alguien con quien se mantuvieron vínculos (pérdida de objeto), por lo que se trataría de un proceso doloroso, cuya finalidad para la persona (sujeto) sería desinvertir al fallecido (objeto) para poder invertir a otros objetos. A partir del desarrollo de la teoría psicoanalítica, el interés se centró en el «trabajo de duelo», orientado a ayudar al paciente a disolver el vínculo con el difunto, con el objetivo de resolver de forma no traumática el duelo (Bowlby, 1980; Lindemann, 1944 y Parkes, 1998).

Los modelos posteriores que surgieron fueron los Modelos de Tareas y de Procesos. Un ejemplo de ellos es el modelo de Worden (1991), el cual propone cuatro tareas que el doliente deberá ir resolviendo para elaborar satisfactoriamente su duelo. La resolución de estas tareas no se plantea de forma lineal, sino que la persona en duelo las va afrontando y retomando a medida que se enfrenta a su dolor, a sus pensamientos, a diferentes situaciones, etc. Estos modelos contemplan que cada persona elabora su duelo de forma particular y distinta, con aspectos generales comunes, pero con matices únicos. Así el Modelo de Tareas aborda el duelo como un proceso natural, activo y personal, es decir, el doliente se hace responsable de la resolución de su proceso y, además de sentir el dolor y las emociones que conlleva, también afronta la toma de decisiones. En la Tabla 1 se detallan un amplio abanico de síntomas que se pueden manifestar tras una pérdida y formar parte de un proceso de duelo considerado «normal» o «no complicado».

Roseblatt, Walsh y Jackson (1976) revisaron el duelo en 78 culturas, y demostraron la gran variación y diferencias existentes en el proceso de duelo entre las distintas culturas. La perspectiva social constructivista sobre el duelo en la que se basan estos autores considera que los términos: muerte,

aflicción, sentimiento, cultura, sociedad, religión, género,... son construidos socialmente; y que la muerte es una situación difícil para todas las culturas, pero las respuestas a las pérdidas presentan grandes variaciones.

Posteriormente, Parkes (1998), desde la perspectiva de la psicología social transcultural, otorga al duelo un sentido universal que trasciende la cultura y destaca el papel de la red social en el mantenimiento de la salud mental del doliente, proporcionándole elementos sociales y psicológicos durante su proceso de duelo. Concepción del duelo similar que destaca Roseblatt (2001).

En su estudio, Pennebaker (1997) señala mejor pronóstico para quienes podían expresar sus sentimientos relacionados con los sucesos traumáticos que habían padecido. Según este autor, la inhibición de los pensamientos y sentimientos presentes en el duelo o posteriores a un trauma requiere de un trabajo que, a lo largo del tiempo, actuaría como un acumulador de estrés que aumentaría el riesgo de enfermedad y de problemas relacionados con el estrés.

A mediados de los años 90, Tedeschi y Calhoun (1995) estudiaron los cambios y procesos de transformación personal positivos que lograban realizar algunos dolientes después de haber experimentado las emociones negativas asociadas al duelo. Es decir, algunas personas, después de vivir situaciones traumáticas, consiguen manejar el impacto emocional, desarrollando posteriormente, cambios en sus perspectivas, prioridades de vida y procesos de crecimiento personal.

Paralelamente, los estudios señalan los riesgos que la pérdida de un ser querido puede tener en el desarrollo de enfermedades y aumento de las tasas de mortalidad. Autores como O'Connor (2012) y Schultze-Florey *et al.* (2012) reafirman las relaciones existentes entre el duelo, la depresión y las funciones inmunológicas y neuroendocrinas.

Lazarus y Folkman (1984) definen el afrontamiento como un conjunto de estrategias cognitivas, conductuales y emocionales que sirven para

hacer frente al estrés que una situación puede generar, como también para manejar las demandas específicas externas y/o internas desbordantes para los recursos del individuo. A partir de aquí, Folkman (2001) desarrolla la teoría sobre la cognición y el afrontamiento relacionada con el duelo, que ha tenido gran influencia en investigaciones recientes, al reconocer el rol de las emociones positivas como respuesta de adaptación.

Esta concepción se contrapone a las primeras teorías de duelo de Kübler-Ross (1969), Bowlby (1980) y Parkes y Weiss (1983), que ponen el énfasis en las fases y tareas que necesitan atravesar y realizar, respectivamente, las personas que han sufrido una pérdida. Estos modelos contemplaban el duelo como un proceso lineal, las fases tienen una secuencia determinada y la persona irá pasando por todas ellas. En cambio, Folkman (2001) destaca dos estilos de afrontamiento enfocados hacia: a) la resolución de los problemas presentes en el duelo y b) la apreciación positiva a través de estrategias cognitivas de reencuadre y retribución de sentidos para mantener la afectividad positiva en el duelo. La autora, así como Pargament (1997), incluye las creencias y experiencias religiosas y/o espirituales como vía para encontrar un sentido y propósito después de la pérdida.

Otras concepciones sobre el duelo ponen el acento en la búsqueda de sentido y propósito después de la pérdida (Janoff-Bulman, 1992 y Neimeyer, 2001). Por ejemplo, Neimeyer (2001) propone un nuevo modelo teórico del duelo desde una perspectiva constructivista. Define el duelo como una reconstrucción de significados y destaca la particularidad y lo activo del proceso, a diferencia de lo universal y pasivo propuesto por algunas de las primeras teorías. Según este autor, la elaboración del duelo está determinada no sólo por las emociones, sino también por el contexto relacional y los significados particulares de la persona en duelo, que tiene que ser reconstruidos después de la pérdida, transformando la relación con la persona querida, convirtiendo la relación basada en la presencia física en otra basada en la conexión simbólica.

Paralelamente, Stroebe y Schut (2001) desarrollan un modelo de afrontamiento del duelo como proceso dual donde se puede oscilar en dos direcciones a través de: a) un movimiento de desconexión de la pérdida; y b) un movimiento de integración hacia la recuperación. Dado que las personas tienen diferentes capacidades y recursos, sus estilos de afrontamiento «de acercamiento» y de «evitación» podrán diferir y permitirles llevar a cabo movimientos de ida y de vuelta entre ambas estrategias.

Bonanno (2004) añade que la falta de sentimientos de malestar o de pena en el duelo no significan su ausencia ni una reacción de duelo postergada, aunque este aspecto haya sido considerado de manera negativa por los autores que sostienen la perspectiva de la teoría del «trabajo de duelo». Para este autor, la recuperación posterior a la pérdida estaría más relacionada con la activación y la facilitación de las emociones positivas, que con la disminución del malestar que surge como producto del duelo. Por ello, experimentar y expresar únicamente emociones negativas muy intensas relacionadas con la pérdida, podría predecir el desarrollo de un duelo complicado.

Por último, una aproximación del duelo utilizada en nuestro entorno es el modelo integrativo relacional (Payás, 2010). Desde este modelo, el duelo es una experiencia de fragmentación de la identidad producida por la ruptura de un vínculo afectivo, es decir, una vivencia multidimensional que afecta no solo a nuestro cuerpo físico y a nuestras emociones, sino también a nuestras relaciones con los demás y con nosotros mismos, a nuestros pensamientos, creencias y presuposiciones, y a nuestro mundo existencial o espiritual.

En las últimas décadas se ha llegado a un consenso razonable entre los investigadores respecto a conceptos y manifestaciones asociadas al proceso de duelo (Stroebe M, Hansson, Stroebe W y Schut, 2001). En los primeros años del siglo XXI, el campo de estudio sobre el duelo recibió mucha más atención, publicándose diferentes libros (Bonanno, 2010; Neimeyer, 2001; Payás, 2010; Stroebe M, Hanson, Schut y Stroebe W, 2008 y Stroebe, Schut

y Van Den Bout, 2013), y artículos basados en fundamentos científicos vinculados con revistas especializadas (Death Studies, OMEGA - Journal of Death and Dying, etc.). Y a nivel clínico, destacar que se han incluido en el manual diagnóstico de la salud mental DSM-V, de la American Psychiatric Association (APA, 2013), los criterios para el diagnóstico de duelo complicado. Recientemente existe un reconocimiento del duelo, a partir de las últimas investigaciones realizadas, como un fenómeno complejo y multidimensional (tal y como se observa en la Tabla 1) que incluye aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales (Stroebe *et al.*, 2001).

Remarcar que las diferentes perspectivas del duelo, especialmente las más actuales, coinciden en la extraordinaria variabilidad de reacciones que las personas pueden presentar (Wortman y Boerner, 2011) y que se trata de un proceso natural que debe respetarse y no debe patologizarse (Chaurand, 2015). Para la mayoría de personas, ser resilientes es la norma, no la excepción (Bonanno, 2010), y la experiencia traumática, tras un tiempo, puede contribuir a dar más sentido a la vida (Vohs, Aaker y Catapano, 2019).

A pesar de los grandes avances obtenidos, actualmente se continúa investigando para profundizar en este fenómeno que causa tanto malestar. Conceptos como «muerte violenta», «duelo inhibido», «pérdida perinatal», pero también «resiliencia», «búsqueda de significado» y «crecimiento personal» son nuevos retos, donde la investigación dedica esfuerzos para ampliar el conocimiento sobre el proceso de duelo.

Tabla 1. Manifestaciones del duelo

<p>Afectivas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tristeza, apatía, abatimiento, fatiga • Ira, frustración y enfado • Culpa y autoreproche • Ansiedad • Soledad, abandono • Emancipación y • Impotencia e indefensión • Shock • Insensibilidad
<p>Cognitivas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incredulidad/Irrealidad • Confusión • Preocupación • Sentido de presencia • Alucinaciones (visuales y/o auditivas) fugaces y breves • Dificultades de concentración, atención y memoria • Pensamientos e imágenes recurrentes • Obsesión por recuperar la pérdida • Distorsiones cognitivas
<p>Conductuales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del sueño y alimentarios • Soñar con el fallecido • Evitar recordatorios del fallecido • Llorar y/o suspirar • Buscar y llamar en voz alta • Llevar y atesorar objetos • Visitar lugares que frecuentaba el fallecido • Hiper-hipo actividad
<p>Fisiológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la morbimortalidad • Vacío en el estómago • Opresión en el pecho y garganta • Hipersensibilidad al ruido • Sensación de despersonalización • Falta de aire • Palpitaciones • Debilidad muscular • Falta de energía • Dolor de cabeza y sequedad de boca

<p>Sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de identidad • Aislamiento • Evitación • Dificultad para relacionarse
<p>Espirituales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconsiderar las creencias religiosas, • Hostilidad hacia Dios y/o sentirse abandonado • Pérdida o ganancia de la fe • Resentimiento hacia la Iglesia y los religiosos • Búsqueda de un significado

1.2.2. DUELO COMPLICADO

Como hemos comentado anteriormente, la mayoría de las personas que experimentan un duelo por la pérdida de una persona significativa lo superan de forma natural. Sin embargo, existe un número de dolientes donde no se produce la integración y elaboración de la pérdida y el dolor agudo se vuelve más intenso y continuo, interfiriendo de forma importante en su funcionamiento normal, complicándose y desarrollando un duelo complicado (DC) (Shear y Shair, 2005). Han existido diferentes nominaciones para este término como duelo ausente (Deutsch y Jackson, 1937), desorganizado (Lindemann, 1944), crónico (Bonanno y Kaltman, 2001 y Parkes y Weiss, 1983), traumático (Horowitz, Bonanno y Holen, 1993), congelado, persistente, prolongado (Prigerson *et al.*, 2009) y duelo complicado (Horowitz *et al.*, 1997; Rando, 1993 y Shear *et al.*, 2011).

La diferencia entre un duelo normal y un DC no se encuentra en la presencia o ausencia de ciertas manifestaciones, sino en la intensidad y duración con la que la persona las experimenta, pudiendo durar años e incluso cronificarse de forma indefinida (Barreto, de la Torre y Pérez-Marín, 2010). Respecto al tiempo, los dolientes que padecen este tipo de duelo muestran reacciones severas más allá de un período de tiempo considerado

normal en un contexto cultural determinado (APA, 2013). A pesar de que la mayoría de personas viven la pérdida con sufrimiento, a medida que transcurre el tiempo son capaces de continuar adelante, adaptándose a su nueva condición. Poco a poco consiguen acercarse a su nueva realidad, dar significado a la pérdida, encontrar de nuevo el camino hacia una vida que tiene sentido y relacionarse desde el cariño y la cercanía con sus personas queridas. Este proceso se conoce como integración de la pérdida o duelo integrado (Payás, 2010 y Shear *et al.*, 2011).

Así, ante una pérdida, el proceso natural implica pasar de la fase aguda del duelo hacia la integración del proceso, elaborando un nuevo significado que facilite una narrativa coherente con la pérdida (Neimeyer, 2005 y Neimeyer, Herrero y Botella, 2006). Cuando este proceso no se produce, cuando la elaboración no es posible, se desarrolla lo que se conoce como un DC (Shear *et al.*, 2011 y Stroebe *et al.*, 2013).

Varios autores han estudiado el DC, entre ellos Horowitz *et al.* (1997), quien lo definió como aquel cuya intensificación llega al nivel en el que «la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas, o permanece inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso de duelo hacia su resolución». Más recientemente, Shah y Meeks (2011) de acuerdo con las propuestas realizadas por Boelen y Van den Bout (2008) y Prigerson *et al.* (2009), lo definen como una condición clínica que conlleva reacciones específicas del duelo (incluyendo malestar emocional por la separación, dificultades para aceptar la pérdida y para continuar sin la persona fallecida) que causan malestar emocional significativo e incapacidad al menos 6 meses después de la muerte.

Una de las clasificaciones que más consenso ha adquirido establece cuatro subtipos de duelo complicado (Worden, 1991), tal y como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2. Tipología de duelos complicados

<p>Crónico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aquel que tiene una duración excesiva, nunca llega a una conclusión satisfactoria, y la persona que lo sufre es muy consciente de que no consigue acabarlo.
<p>Retrasado</p> <ul style="list-style-type: none"> • También llamado inhibido, suprimido o pospuesto. La persona tiene una reacción emocional insuficiente en el momento de la pérdida, que se puede deber a la falta de apoyo social, a la necesidad de ser fuerte por alguien más o por algo, o a sentirse abrumado por la cantidad de pérdidas. En un futuro la persona puede experimentar los síntomas del duelo, a veces por una pérdida posterior; y los síntomas pueden ser desproporcionados con respecto a la última pérdida.
<p>Exagerado</p> <ul style="list-style-type: none"> • La persona experimenta la intensificación de un duelo normal, se siente desbordada y recurre a una conducta desadaptativa. La persona es consciente de que sus síntomas están relacionados con una pérdida. Simultáneamente se pueden dar trastornos psiquiátricos mayores como la depresión clínica, la ansiedad en forma de ataques de pánico o conductas fóbicas, el abuso de alcohol u otras sustancias y el trastorno de estrés posttraumático.
<p>Enmascarado</p> <ul style="list-style-type: none"> • La persona experimenta síntomas y conductas que le causan dificultades, pero no se da cuenta ni reconoce que están relacionados con la pérdida. Pueden aparecer como tristeza inexplicable, síntomas físicos (enfermedades psicósomáticas,...), o conductas desadaptativas (hiperactividad,...).

1.2.3. SOBRE EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DUELO COMPLICADO

Actualmente, a nivel diagnóstico, el DSM-V (APA, 2013) crea una categoría diagnóstica propia denominada «Trastorno por Duelo Complejo Persistente», dentro de los Trastornos relacionados con Trauma y Estresores, en la categoría de «Otros Trastornos Especificados Relacionados con Trauma y Estresores». Esta categoría diagnóstica se aplica a presentaciones clínicas en las cuales los síntomas son característicos de un trastorno relacionado con un trauma y estresores, provocan perturbación clínicamente significativa o disfunción en las áreas ocupacionales, sociales u otras áreas importantes de funcionamiento; pero dichos síntomas no cumplen con el criterio completo de ninguno de los otros trastornos relacionados con el trauma y estresores.

Más allá de las diferencias que puede haber entre trastornos, su comorbilidad también ha sido estudiada (Cacciatore, 2013; Hutti *et al.*, 2017; Kersting y Wagner, 2012 y Stroebe y Schut, 2001), describiendo una relación entre el DC y el trastorno depresivo mayor (TDM) (Hensley, 2006; Kersting *et al.*, 2009 y Zisook *et al.*, 2014), los trastornos de ansiedad (Marques *et al.*, 2013) y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Maccallum y Bryant, 2018 y Zisook *et al.*, 2014).

La presencia de sintomatología parecida constituye una de las dificultades más importantes en el diagnóstico. En muchos casos, existe un límite difuso entre las manifestaciones características del duelo agudo y el inicio de los síntomas relacionados con el DC o con la aparición de otra patología mental, como puede ser el TDM. A pesar de ello, se han delimitado diferencias y se ha señalado la importancia de ser consideradas dos entidades diferentes que comparten algunas características. Por este motivo, en el DSM-V (APA, 2013) se recomienda a los profesionales que utilicen el juicio clínico para determinar si una respuesta de duelo está acompañada de un trastorno de depresión mayor u otro trastorno psicopatológico, teniendo en cuenta la historia de la persona y las normas culturales propias del entorno del doliente.

1.3. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL DUELO PERINATAL

El interés por las pérdidas durante el embarazo ha ido en aumento durante los últimos años, como se refleja en un mayor número de estudios que hacen referencia a la pérdida perinatal (Clossick, 2016; Hutti *et al.*, 2017; McSpedden, Mullan, Sharpe, Breen y Lobb, 2017; Meaney, Corcoran, Spillane y O'Donoghue, 2017 y Peters, Lisy, Riitano, Jordan y Aromataris, 2016). Se trata de un concepto muy amplio, ya que engloba el proceso de dolor por el que pasa una madre y toda la familia, tras la muerte de un niño antes de su nacimiento o a los pocos días de éste. Por el contrario, existe poca investigación centrada específicamente en las experiencias de madres que han sufrido la pérdida de un feto o de los dos, en un embarazo gemelar (McGrath, Butt y Samra, 2011).

1.3.1. IMPACTO DE LA PÉRDIDA PERINATAL

Desde el primer momento en que se confirma a la mujer el embarazo, la futura madre empieza a visualizar a su futuro hijo, a establecer un vínculo con él, a crearle una identidad, a construir su rol de madre y a hacerle un lugar en la familia. Los avances en las técnicas de detección y seguimiento de la gestación han permitido que esta identidad se haga desde un principio y progresivamente más real, proyectando las propias ilusiones, deseos y fantasías en este futuro hijo, y empezando a desarrollar un vínculo afectivo madre-hijo/a, prácticamente desde el inicio de la gestación (Jong-Pleij *et al.*, 2013 y Øyen y Aune, 2016).

Por ello, la pérdida de un hijo puede representar un fuerte shock en las futuras madres, donde todo lo anterior se desmorona repentinamente, donde sienten que pierden una parte de sí mismas, marcando un antes y un después en sus vidas, convirtiéndose en una de las experiencias vitales más difíciles que deben afrontar. El shock emocional que experimentan es coherente con la magnitud afectiva que representa la pérdida perinatal de un hijo, manifestándose con un cúmulo de emociones ligadas a lo que el embarazo y el futuro hijo representan para cada mujer.

Este tipo de pérdidas suponen un tipo de duelo especial con características específicas. No sólo implica la pérdida de la presencia física del futuro hijo, sino también una ruptura con su futuro imaginado, sus sueños y sus proyectos. En los estudios realizados se ha encontrado que, en comparación con otros tipos de pérdidas, este duelo es particularmente intenso, complicado y de larga duración, convirtiéndose la pérdida de un hijo en un factor de alto riesgo para el desarrollo de un duelo complicado (Roitman, Armus y Swarc, 2002).

Como ya se ha comentado anteriormente, el duelo como proceso reside en el trabajo de elaboración psíquica que debe realizar una persona frente a la pérdida significativa de un ser querido. Finalizado el proceso de elaboración del duelo normalizado, se puede llegar a substituir simbólicamente al ser

querido e invertir a otros. En el caso de la pérdida de un hijo, la posibilidad de invertir a otros hijos o personas sólo será posible después de aceptar que el que se ha perdido es insustituible (Freud, 1962).

Durante el proceso de duelo por la pérdida de un hijo en el período perinatal pueden aparecer un amplio abanico de emociones que, en algunos casos si no son detectadas, pueden derivar a largo plazo en complicaciones en el proceso de duelo y/o en trastornos psicológicos. Las emociones más frecuentes son shock, aturdimiento, pena, tristeza, soledad, culpa, rabia, pérdida de autoestima, pérdida de sentido, aislamiento social, sentimientos de culpa y ambivalencia, vergüenza, dificultades en las relaciones de pareja, etc. (Asplin, Wessel, Marions y Georgsson Öhman, 2014; Avelin, Rådestad, Säflund, Wredling y Erlandsson, 2013; Baena-Antequera y Jurado-García, 2015; Burden *et al.*, 2016 y Maguire *et al.*, 2015). Estas emociones se pueden extender incluso a la etapa de un nuevo embarazo después de la pérdida, donde además pueden aparecer sentimientos contradictorios, por una parte, se desea mantener la esperanza de un futuro embarazo que coexiste, al mismo tiempo, con preocupaciones relacionadas con una posible futura pérdida y falta de confianza en un buen resultado (DeBackere, Hill y Kavanaugh, 2008 y Mills *et al.*, 2014).

Por otra parte, en nuestra sociedad no existe un nombre que identifique a aquellas mujeres que han perdido un hijo en su rol como madres (*sólo* en el idioma hebreo existe una palabra «shjol», que designa a la persona que ha perdido un hijo). Los avances en la legislación han permitido que la pérdida de un feto sea reconocida legalmente, pero es necesario también un reconocimiento social que facilite que la mujer también sea reconocida en su identidad como madre, lo que ayudaría en el proceso de duelo, especialmente en aquellos casos que no tienen hijos previos. En caso contrario, la negación del reconocimiento de la pérdida dificulta todo el proceso posterior. De esta manera suelen ser duelos desautorizados, ignorados, silenciados y minimizados. En un mayor porcentaje de los casos, no son públicamente reconocidos ni socialmente expresados, donde

tradiciones culturales que forman parte del duelo, como es el funeral, están ausentes en la mayoría de las familias, por lo que la madre vive su duelo en soledad (Badenhorst, Riches, Turton y Hughes, 2007; Kersting y Wagner, 2012 y Pastor, 2016).

1.3.2. ASPECTOS DIFERENCIALES DEL DUELO PERINATAL

Como se ha comentado anteriormente, en las complicaciones de la GGM, el riesgo de pérdida y/o la pérdida real de uno o los dos fetos, representa uno de los fenómenos de estrés emocional más intensos y complejos que puede experimentar una mujer a lo largo de su vida, con importantes repercusiones en las dimensiones individual, social y familiar (Fenstermacher y Hupcey, 2013). Así, cuando se diagnostica una complicación en este tipo de gestaciones, las madres y los profesionales se enfrentan a una situación que podría considerarse de duelo anticipatorio (Bennett, Dutcher y Snyders, 2011), dada la gravedad de este tipo de complicaciones y el elevado riesgo de muerte para los futuros fetos.

En este tipo de gestaciones, se puede producir la muerte de los dos fetos o la de uno de ellos con la continuidad del embarazo por el otro gemelo. Combinar la pérdida de un hijo fallecido, con la continuidad del proceso de gestación, y después del parto, con el cuidado de un bebé superviviente, es muy complicado. Por una parte, la madre se encuentra en un proceso de duelo, centrada en la pérdida, pero por otra, debe cuidar y atender, durante un tiempo, el proceso de gestación, y posteriormente, a su hijo vivo. Esta situación lleva a la madre a movimientos psíquicos extremadamente fuertes que generan sentimientos ambivalentes y contradictorios, que pueden empeorar la sintomatología propia del duelo e incluso dificultades en el proceso de vinculación con el hijo superviviente (Bitouze, Vaast, Houfflin-Debarge y Puech, 2004). Debido al trauma de la pérdida, las madres manifiestan que son incapaces de tomar decisiones, principalmente en relación con el funeral del bebé fallecido, mientras deben cuidar al hijo superviviente (Pector, 2004 y Richards, Graham, Embleton, Campbell y Rankin, 2015).

Los estudios realizados con pérdidas perinatales donde fallece un gemelo indican que la presencia de un gemelo superviviente no disminuye la intensidad del duelo de los padres (Richards *et al.*, 2015), incluso comparándolo con parejas que han perdido un hijo único (Kollantai, 2012 y Netzer y Arad, 1999). Inicialmente, la existencia de otro bebé vivo era percibido como un apoyo esencial para los padres, sin embargo, se ha visto que, a largo plazo, este hijo no puede llenar los sentimientos de vacío. Además, la relación con el bebé superviviente está a veces perturbada por la ansiedad de que le pueda ocurrir algo grave como a su hermano. Divididos entre la pena por el bebé perdido y la alegría por el hijo superviviente, que se convierte en el recuerdo interminable de cómo podría haber sido su otro hijo, sentirán siempre añoranza por el gemelo al que no tuvieron oportunidad de conocer vivo y a quién no verán crecer (Sloan, Kirsh y Mowbray, 2008).

La madre inmersa en un conflicto psíquico muy complejo, como es el duelo, tiene que responder al mismo tiempo, a un proceso de vinculación. En estos momentos de gran conflictividad emocional, es necesario un soporte y acompañamiento para tramitar de forma simultánea la elaboración de la pérdida de un hijo y seguir construyendo el vínculo con el hijo superviviente.

La representación mental de los dos niños puede ser muy cercana o incluso sobreponerse y algunas madres se muestran confusas respecto al lugar que debería ocupar cada uno de ellos, y en el caso de gemelos monocoriales, se puede agravar por el hecho que son idénticos. En ocasiones, la madre puede establecer comparaciones entre ambos hijos. Si se produce una idealización del hijo fallecido, todo lo que haga el bebé superviviente no será vivido de la forma más adecuada para que se establezca un vínculo seguro y de confianza. También se verá resentido el proceso de duelo y el de vinculación si, por ejemplo, cada gesto, cada expresión del bebé vivo es un recuerdo de la ausencia del hermano. Si no se logra una suficiente diferenciación entre los dos hijos, aunque uno ya no esté físicamente, pueden predominar los sentimientos y representaciones de confusión entre ellos. Confusión que se podrá manifestar de diferentes formas, por ejemplo, con resentimiento hacia

el gemelo vivo, negación de la muerte del fallecido, sentimientos intensos de culpa que pueden llevar a un distanciamiento emocional, interacciones pobres o un vínculo débil o alterado con su hijo superviviente. Por todo ello, el trabajo de diferenciación e individualización será indispensable para poder elaborar la pérdida, liberando el lugar que ocupa el gemelo superviviente de sentimientos y emociones que no le pertenecen, más aún cuando físicamente el gemelo vivo es idéntico al bebé fallecido (Bitouze *et al.*, 2004; Braier *et al.*, 2003 y Vasilescu, Garel y Caeymaex, 2013).

En esta situación tan compleja, a pesar de que la atención maternal se dé con afecto y cariño, se produce en un clima particular. La interacción y vinculación se verá inevitablemente influenciada por el proceso de duelo en el que simultáneamente tendrá que transitar la madre. Así, las interacciones podrán ser a veces escasas, a veces un poco mecánicas, o con altibajos, donde el ajuste emocional requerirá de un esfuerzo extra para que se mantenga a lo largo del tiempo, acompañado de un discurso dirigido al bebé que también sufrirá matices y oscilaciones. A pesar de ello, no se debe subestimar al bebé como una persona activa en la interacción. Según su carácter o temperamento, el hijo vivo puede desarrollar habilidades adaptativas extraordinarias que le permiten reaccionar con más o menos intensidad a la dificultad de interacción o distanciamiento que la madre pueda presentar. Así podrá estimularla, desafiarla, hacerse muy presente, interaccionando con ella, para que ella pueda conectar mejor con él por lo que es, y no por lo que evoca. Pero en otras ocasiones, por carácter o por la presencia de alteraciones en el desarrollo, el bebé no podrá ser tan receptivo ni activo, mostrando también dificultades en la interacción (Bitouze *et al.*, 2004).

1.3.3. FACTORES QUE INCIDEN EN EL PROCESO DE DUELO PERINATAL

En los últimos años se ha investigado mucho sobre cuales son aquellos factores que pueden incidir en las complicaciones del proceso de duelo, con el principal objetivo de ampliar el conocimiento de este fenómeno multidimensional.

Valorar la salud mental de las madres y conocer los predictores de duelo complicado, permite identificar de manera temprana, en caso de pérdida, a aquellas mujeres que presentan malestar psicológico o factores de riesgos significativos para el desarrollo de un duelo con complicaciones u otro trastorno mental, con el objetivo de evitar posteriormente la aparición de psicopatología o tratarla precozmente, en caso de su aparición.

La pérdida de un hijo en sí misma, ya constituye uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de un duelo complicado (Barreto y Soler, 2007; Kersting, Brähler, Glaesmer y Wagner, 2011 y Lacasta y Soler, 2004).

En la literatura encontramos trabajos que han estudiado varios factores que pueden tener algún tipo de implicación en la evolución del proceso de duelo. Los más destacados son:

1. Hijos previos vivos. Los resultados de las investigaciones son inconsistentes respecto a la influencia de tener hijos vivos antes de la pérdida perinatal. Algunos hallazgos sugieren que la falta de hijos confiere vulnerabilidad a la aparición de problemas psicológicos después de la pérdida del embarazo (Burden *et al.*, 2016 y McSpedden *et al.*, 2017), mientras que otros resultados no respaldan esta relación (Swanson, Pearsall-Jones y Hay, 2002).
2. Pérdidas perinatales previas. Los resultados previos tampoco son concluyentes respecto al efecto de los antecedentes de pérdidas perinatales. Aunque el peso de la evidencia sugiere que las mujeres que perdieron un feto tenían más probabilidades de desarrollar síntomas de ansiedad y depresión (McCarthy *et al.*, 2015), otros autores no encontraron ninguna relación entre estas variables (Bennett, Litz, Maguen y Ehrenreich, 2008).
3. Edad gestacional. También se carece de consenso sobre el efecto de la edad gestacional en el momento de la pérdida fetal. Aunque algunos autores encontraron que la pérdida fetal en una etapa avanzada

del embarazo se asoció con mayores niveles de ansiedad y dolor que cuando un feto muere en etapas más tempranas (Burden *et al.*, 2016 y Lasker y Toedter, 1991), otros investigadores no encontraron relación entre el malestar emocional y la edad gestacional (Bennett *et al.*, 2008 y Kersting y Wagner, 2012).

4. Salud mental y rasgos de personalidad materna. Las características previas de salud mental y personalidad de la madre se identificaron como factores de vulnerabilidad con respecto a los problemas psicológicos posteriores a la pérdida del feto. Kersting y Wagner (2012) observaron que los rasgos neuróticos de personalidad y una historia de problemas psicológicos y/o psiquiátricos previos predecían una intensa reacción de duelo después de dicha pérdida.
5. Factores sociodemográficos. En algunos estudios se encontró relación entre la edad de la madre y mayor intensidad del duelo perinatal (Roberts, Montgomery, Lee y Anderson, 2012), en cambio, en otros trabajos, no se ha encontrado dicha asociación ni con la edad ni con el nivel de estudios académicos (Bennett *et al.*, 2008, Hutti *et al.*, 2017 y Swanson P, Kane, Pearsall-Jones, Swanson C y Croft, 2009).
6. Supervivencia de un gemelo en gestaciones múltiples. En las gestaciones gemelares, inicialmente existía la creencia entre una gran parte de los profesionales de la salud y familiares, que la supervivencia de uno de los gemelos podría amortiguar o evitar el duelo por el hijo perdido. En su lugar se les animaba a centrarse en el aspecto positivo de tener un hijo vivo. A pesar de la escasa bibliografía entorno a este tipo de pérdidas, los resultados de los estudios hallan que la intensidad de la pena después la pérdida perinatal no está relacionada con la supervivencia de un feto en un embarazo múltiple (McGrath *et al.*, 2011 y Richards *et al.*, 2015), siendo la intensidad del duelo mayor entre las madres que perdían fetos de embarazos múltiples que en las que perdían hijos únicos (Swanson *et al.*, 2002, 2009). En ocasiones, el duelo puede quedar congelado y retrasarse

durante meses o años mientras el foco está puesto en los cuidados del superviviente (Bryan, 2002). Además, otros autores señalan que el duelo por un gemelo fallecido puede interferir en la vinculación con el gemelo superviviente (Bitouze *et al.*, 2004 y Pector y Smith-Levitin, 2002).

7. Asistencia recibida en el momento del fallecimiento. Los estudios plantean que recibir asistencia en el momento de la pérdida de un hijo facilita el desarrollo de un duelo normalizado (Kersting y Wagner, 2012; Korenromp *et al.*, 2005 y McSpedden, 2014).
8. Espiritualidad y sentido. Las creencias espirituales (Capitulo, 2005; Cowchock *et al.*, 2011 y Swanson *et al.*, 2009) y encontrar sentido a la pérdida (Keese, Currier y Neimeyer, 2008 y Vohs *et al.*, 2019) están positivamente relacionadas con el proceso de adaptación parental y aceptación de la pérdida, es decir, estas variables facilitarían la elaboración del duelo.
9. Apoyo familiar y social. En estudios recientes se ha asociado la disponibilidad del apoyo familiar y/o social con la capacidad de procesar adaptativamente el duelo (Burden *et al.*, 2016; Kersting y Wagner, 2012; Lobb *et al.*, 2010 y Maguire *et al.*, 2015). Concretamente algunos factores que modulan el efecto del apoyo sociofamiliar en el proceso de duelo son la validación de las emociones (Burden *et al.*, 2016), la legitimación de la pérdida y la oportunidad de realizar rituales de despedida (Cacciatore, 2010). Por otra parte, Scheidt *et al.* (2012) encontraron relación, junto con el apoyo social, entre un estilo de apego seguro de las madres y un mejor proceso de duelo.

1.4. EL PAPEL DE LOS RITUALES DE DESPEDIDA

A lo largo de la historia, las distintas sociedades han ideado rituales, ceremonias o actos especiales para decir adiós a las personas queridas, otorgando un significado a la pérdida.

Las ceremonias o rituales tienen como finalidad reafirmar los vínculos, formales e informales existentes entre los supervivientes, al mismo tiempo que reconocen y honran la contribución de la persona desaparecida. Los rituales evolucionan al mismo tiempo que evoluciona la cultura, de acuerdo con el ritmo que siguen los cambios en la sociedad. Uno de los principales objetivos de los rituales relacionados con la muerte es dar estructura al caos emocional que sufre una persona tras una pérdida y establecer un orden simbólico para los acontecimientos vitales, así como permitir la construcción social de significados compartidos y facilitar la aceptación (Pace y Mobley, 2016).

La despedida no es un acto que implique olvido, ni que deba ser impuesto ni por uno mismo ni por los demás, implica un acto de profunda aceptación de lo que ha ocurrido. Constituye un símbolo que recoge el hecho de ser consciente de la muerte de un ser querido y que no sólo es aceptado a nivel racional, sino también a nivel emocional.

Por todo ello, la realización de un rito de despedida simbólico puede suponer un avance en la elaboración del duelo. Por supuesto, no es obligatorio ni necesario para elaborar el duelo, pero sí es importante que el doliente conozca su función y reflexione si su realización puede ser un elemento conveniente para elaborar su pérdida.

Afortunadamente, como se ha comentado anteriormente, estos últimos años, gracias a los cambios sociales y culturales acontecidos, se han observado modificaciones en las líneas de intervención de los profesionales sanitarios, pasando de un modelo proteccionista a un modelo de apoyo.

A pesar de que en el pasado las directrices existentes no recomendaban el contacto de la madre con su bebé sin vida (Hughes, Turton, Hopper y Evans, 2002), investigaciones más recientes ponen en entredicho estos resultados, es decir, poder realizar rituales de despedida, con un acompañamiento por parte de los profesionales, podría favorecer el desarrollo de un duelo normalizado en las pérdidas perinatales. Algunas evidencias también sugieren que las madres valoran especialmente el asesoramiento profesional sobre cómo ver y sostener a su bebé y el apoyo en la toma de decisiones (Erlandsson, Warland, Cacciatore y Rådestad, 2013; Hennegan, Henderson y Redshaw, 2015; Kingdon, O'Donnell, Givens y Turner, 2015 y Wilson, Boyle y Ware, 2015). Hasta el momento de la pérdida el hijo solo había sido visualizado mediante la ecografía y la imagen estaba más en el plano de lo imaginario que en la realidad. El contacto con el bebé o feto fallecido podrían ayudar a confirmar la realidad de la pérdida, la identidad como padres y facilitar la despedida, para poder, de esta forma, iniciar el proceso de duelo. De este modo, constituirían prácticas que podrían aportar significado a la pérdida perinatal, ayudando a simbolizar lo que ha ocurrido y facilitando la expresión del duelo.

Además, en una revisión más actual de Burden *et al.*, (2016), los autores describen que las madres pueden tener sentimientos ambivalentes al reevaluar las decisiones que tomaron en el momento del nacimiento de su bebé fallecido, referente a verlo, sostenerlo o pasar tiempo con él. Muchas madres manifestaron que estaban asustadas e inseguras respecto a lo que podían hacer y tomaron decisiones con informaciones insuficientes o inexactas. Por otra parte, para algunas de ellas, ver a sus bebés y crear recuerdos, fueron elementos percibidos como facilitadores del proceso de duelo, siendo necesarias más investigaciones para valorar el impacto de estos resultados (Badenhorst y Hughes, 2007; Blood y Cacciatore, 2014; Callister, 2006 y Richards *et al.*, 2015).

Flenady *et al.* (2009) de la Sociedad Perinatal de Australia y Nueva Zelanda, reconocen que el trauma puede afectar en la toma de decisiones y enfatizan que se debe dar tiempo a las madres dolientes para procesar e integrar la información de manera efectiva, y así poder realizar de forma más apropiada y conectada la toma de decisiones.

La decisión de los padres de dar un nombre al hijo sin vida le ofrece simbólicamente un lugar en la familia, a la vez que comporta un cierto reconocimiento de su fallecimiento. Pero para que ésta sea una pérdida «oficial», reconocida a nivel de la sociedad, las familias deberían tener la oportunidad de que sus hijos fallecidos figuraran en el registro civil, e incluso en el libro de familia.

La reforma de la legislatura en nuestro país ha permitido que los niños fallecidos después de los 6 meses de gestación puedan ser registrados en el Registro Civil (disposición adicional cuarta de la Ley 20/2011, de 21 de julio del Registro Civil), lo que supone un avance en su reconocimiento a nivel social. Pero a pesar de ello, todavía es necesario avanzar más en este campo, porque por una parte si fallecen antes de los 6 meses, no se pueden registrar, y si no han nacido vivos, no tienen derecho a figurar en el libro de familia.

2. OBJETIVOS

El duelo perinatal es un constructo complejo en sí mismo, pero cuando se produce una pérdida en una GGM, especialmente cuando un feto muere y otro sobrevive, la complejidad aumenta y se hacen necesarios más estudios que aporten más luz y conocimiento de las variables y mecanismos implicados en el proceso de duelo, en esta específica situación.

Los pocos estudios encontrados sobre la pérdida perinatal en las gestaciones gemelares y concretamente en las gestaciones gemelares monocoriales con complicaciones, llevaron a plantear este proyecto de tesis.

Con este trabajo, se ha pretendido abrir una nueva línea de investigación que permita conocer el impacto psicológico de las pérdidas producidas por complicaciones en la gestación monocorial y los factores que inciden en el proceso del duelo, así como profundizar en el papel de los rituales de despedida en este tipo de pérdidas. Es un primer paso para poder mejorar la atención a los aspectos bio-psico-sociales de las mujeres en duelo, y en un futuro, poder diseñar programas específicos para disminuir el impacto y las consecuencias emocionales de las pérdidas en este tipo de gestación.

Así, el objetivo principal del trabajo es aportar más información sobre la pérdida perinatal en un embarazo gemelar monocorial complicado. Este objetivo se ha operacionado en cuatro objetivos específicos:

- **Objetivo I:** Conocer el impacto psicológico en las mujeres que han sufrido la pérdida de uno o dos fetos durante la gestación gemelar monocorial con complicaciones.

- **Objetivo II:** Estudiar las variables sociodemográficas, psicológicas y clínicas que pueden influir en el proceso de duelo.
- **Objetivo III:** Analizar como afecta la vulnerabilidad psicológica previa de las madres en el proceso de duelo.
- **Objetivo IV:** Analizar la influencia de los rituales de despedida en el proceso de duelo.

3. RESULTADOS

3.1. ORGANIZACIÓN

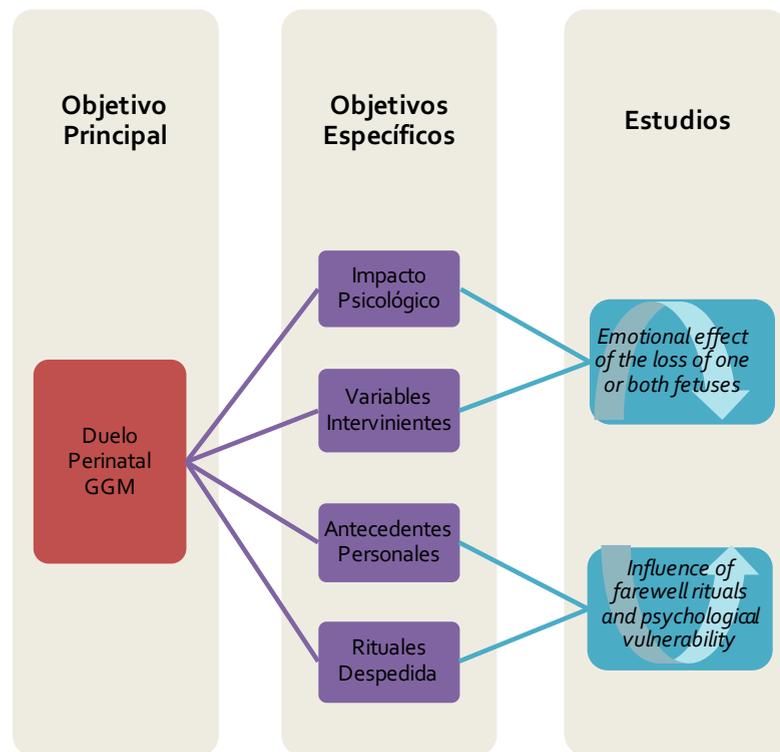
Como ya se ha comentado, el objetivo principal de la presente tesis es proporcionar más información sobre la pérdida perinatal en un embarazo gemelar monocorial complicado. Los cuatro objetivos desarrollados a partir del objetivo principal están vinculados a dos estudios publicados en dos revistas científicas, tal y como se muestra en la Figura 1.

El primer y segundo objetivo han constituido el estudio I del proyecto que pretendía conocer el impacto psicológico de la pérdida perinatal en las mujeres, y estudiar las variables sociodemográficas, psicológicas y clínicas que podían influir en el proceso de duelo.

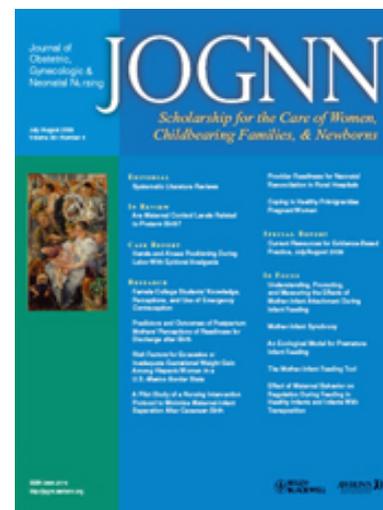
El tercer y cuarto objetivo se han operativizado en el estudio II que pretende analizar la influencia de la vulnerabilidad psicológica previa de las madres y el efecto de los rituales de despedida en el proceso de duelo.

El desarrollo de estos dos estudios dio como resultado dos artículos complementarios. El primero fue titulado *Emotional effect of the loss of one or both fetuses in a monochorionic twin pregnancy*, y el segundo, *Influence of farewell rituals and psychological vulnerability on grief following perinatal loss in monochorionic twin pregnancy*.

Figura 1. Objetivos y Estudios



ESTUDIO I: *Emotional effect of the loss of one or both fetuses in a monozygotic twin pregnancy.*

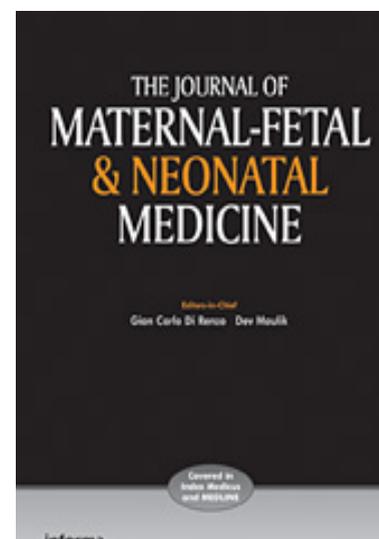


Druguet, M., Nuño, L., Rodó, C., Arévalo, S., Carreras, E., & Gómez-Benito, J. (2018). Research: Emotional Effect of the Loss of One or Both Fetuses in a Monozygotic Twin Pregnancy. *Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 47(2), 137-145. doi:10.1016/j.jogn.2018.01.004

Factor de impacto: 1.261 (2016); Q2 Nursing

Web: <http://www.jognn.org/>

ESTUDIO II: *Influence of farewell rituals and psychological vulnerability on grief following perinatal loss in monozygotic twin pregnancy.*



Druguet, M., Nuño, L., Rodó, C., Arévalo, S., Carreras Moratonas, E., & Gómez-Benito, J. (2017). Influence of farewell rituals and psychological vulnerability on grief following perinatal loss in monozygotic twin pregnancy. *The Journal Of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 1-3. doi:10.1080/14767058.2017.1395013

Factor de impacto: 1.826 (2016); Q3 Obstetrics & Gynecology

Web: <http://www.tandfonline.com/toc/ijmf20/current>

3.2. COMPENDIO DE PUBLICACIONES

3.2.1. ESTUDIOS Y ARTÍCULOS PUBLICADOS

Se muestran las características de los artículos publicados y que configuran esta tesis, de acuerdo con los estudios planteados.

FILIACIÓN DE LAS AUTORAS:

- Mònica Druguet. Psicóloga y estudiante de doctorado en el Departamento de Psicología Social y Psicología Cuantitativa. Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona. Barcelona, España.
- Laura Nuño. Psicóloga clínica del Instituto Clínico de Neurociencias del Hospital Clínic y estudiante de doctorado en el Departamento de Psicología Social y Psicología Cuantitativa. Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona. Barcelona, España.
- Carlota Rodó. Facultativo especialista. Unidad de Medicina Materno-Fetal, Servicio de Obstetricia, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España.
- Silvia Arévalo. Facultativo especialista. Unidad de Medicina Materno-Fetal, Servicio de Obstetricia, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España.
- Elena Carreras. Jefa del Servicio de Obstetricia, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España.
- Juana Gómez-Benito. Catedrática del Departamento de Psicología Social y Psicología Cuantitativa. Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona e investigadora responsable del Grupo de Estudios de Invarianza de los instrumentos de Medición y Análisis del Cambio. Instituto de Neurociencias, Universidad de Barcelona, Barcelona, España.

3.2.2. ESTUDIO I: *Emotional effect of the loss of one or both fetuses in a monochorionic twin pregnancy*

Examinar en las mujeres el efecto psicológico de la pérdida de uno o de los dos fetos en las gestaciones gemelares monocoriales con complicaciones, e identificar los factores intervinientes en el proceso de duelo, fueron los dos objetivos que configuraron el primer artículo.

En primer lugar, en el artículo se examinó si la reacción del duelo de las mujeres que experimentaban este tipo de pérdida estaba relacionada con sintomatología psicológica como la ansiedad, la depresión y el estrés post-traumático. Los resultados mostraron correlaciones significativas y positivas, entre el duelo y los síntomas ansiosos, depresivos y de estrés post-traumático. De esta forma, se corroboró que la comorbilidad psiquiátrica del duelo es común en las pérdidas perinatales acontecidas en las gestaciones gemelares monocoriales con complicaciones. Es decir, la mayoría de las mujeres dolientes padecían otros síntomas psicológicos, además de la sintomatología propia del duelo.

Posteriormente, se examinó la influencia de ciertos factores sociodemográficos y clínicos en el proceso de duelo de las mujeres que sufrieron este tipo de pérdidas. A diferencia de lo esperado inicialmente, no se encontró ninguna relación entre la intensidad del duelo y un mayor número de semanas de gestación en el momento del fallecimiento del feto/s, los antecedentes de pérdidas gestacionales y la ausencia de apoyo familiar y social. Tampoco se encontró relación entre los niveles de duelo y un menor número de pérdidas perinatales, la presencia de hijos vivos previos, el nivel de estudios o la edad de la mujer.

El estudio sugiere que el impacto psicológico de este tipo de pérdidas es considerable y complejo, sin encontrar variables clínicas o sociodemográficas significativas, moduladoras del proceso de duelo.

Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar las necesidades específicas de este grupo de mujeres que se enfrentan a experiencias emocionales únicas, complejas y altamente intensas, y destacan la necesidad de poder ofrecerles la ayuda necesaria para superar su dolor.

EMOTIONAL EFFECT OF THE LOSS OF ONE OR BOTH FETUSES IN MONOCHORIONIC TWIN PREGNANCY

Mònica Druguet^a, Laura Nuño^{a,b}, Carlota Rodó^c, Sílvia Arévalo^c, Elena Carreras^c, and Juana Gómez-Benito^{a,b,d}.

a Quantitative Psychology Unit, Faculty of Psychology, University of Barcelona, Barcelona, Spain

b Clinical Institute of Neuroscience (ICN), Hospital Clinic, Barcelona, Spain

c Maternal-Fetal Medicine Unit, Department of Obstetrics, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Catalonia, Spain

d Group on Measurement Invariance and Analysis of Change (GEIMAC), Institute of Neurosciences (UBNeuro), University of Barcelona, Barcelona, Spain

*Correspondence should be addressed to: Juana Gómez-Benito, Departamento de Psicología Social y Psicología Cuantitativa, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, Passeig de la Vall d'Hebron 171, 08035-Barcelona (Spain), phone +34 933125082, fax: +34 934021359, e-mail: juanagomez@ub.edu

ABSTRACT

Objective: To examine the psychological impact on mothers of the loss of one or both fetuses during a monochorionic twin pregnancy and to identify the associated protective and risk factors.

Design: Descriptive correlational study.

Setting: Maternity unit of the Vall d'Hebron University Hospital in Barcelona, Spain.

Participants: Twenty-eight White Spanish women who lost one or both fetuses during a monochorionic twin pregnancy.

Methods: In an individual interview with each participant, we collected sociodemographic information, psychiatric history, and clinical data regarding the pregnancy. Participants also completed the following questionnaires: Spanish Short Version of the Perinatal Grief Scale, Impact of Event Scale—Revised, Beck Depression Inventory, and the State-Trait Anxiety Inventory.

Results: Greater levels of grief after fetal loss during a monochorionic twin pregnancy were associated with increased symptoms of depression, anxiety, and post-traumatic stress. The intensity of grief did not depend on the number of weeks of pregnancy at which the loss occurred, a history of miscarriage, the survival of one of the twins, the presence of living children, or any of the sociodemographic variables considered.

Conclusion: Fetal loss in a monochorionic twin pregnancy has a considerable emotional effect and leaves the mother vulnerable to psychological problems. The survival of one of the twins or the presence of living children is no guarantee that the grieving mother's mental health will be less affected.

Keywords: bereavement, grief, monochorionic twins, perinatal loss psychological difficulties, stillbirth, twins

Approximately 20% to 25% of all twin pregnancies are *monochorionic*, which means that the fetuses share the same placenta. If abnormal blood vessel connections form in the placenta, blood may flow disproportionately from one twin to the other, resulting in severe complications associated with greater morbidity and mortality. The most common complications are twin-to-twin transfusion syndrome and selective intrauterine growth restriction, which, unless treated, will likely lead to the death of one or both fetuses (Carreras et al., 2012; Ruano et al., 2013).

When complications arise in a monochorionic gestation, fetal surgery can enable at least one of the fetuses to survive in 80% to 90% of cases or both fetuses in 52% to 75% of cases, although there is a risk of neurologic impairment in 3% to 5% of neonates who survive treatment (Akkermans et al., 2015). There also is a risk of spontaneous preterm birth, immature birth before 24 weeks gestation (considered the limit of viability in our setting) or premature birth at 24 to 37 completed weeks gestation. The rate of prematurity in twin gestation is fivefold greater than in singletons pregnancies (Goldenberg, Culhane, Iams & Romero, 2008).

The death of a child is one of the most distressing and traumatic psychological events a woman may experience. When such a loss occurs during pregnancy, it takes on particular connotations because the woman's identity, hopes, and expectations about future parenting are interrupted by multiple losses: the loss of a normal pregnancy, of a healthy newborn, and of future parenting (Beauquier-Maccota et al., 2016; Bennett, Ehrenreich-May, Litz, Boisseau, & Barlow, 2012). Consequently, the grief associated with such a loss also has particular characteristics that make it an especially

complex experience. However, this kind of grief is often dismissed, ignored, or underplayed. In many cases it will be neither publicly expressed nor socially recognized, and cultural rituals that usually form part of the grieving process, such as funerals, are not conducted by most families who experience a perinatal loss (Kersting & Wagner, 2012). Together, these factors can make it difficult to work through the grieving process, and the mother may require professional help to prevent complicated grief and the emergence of psychological disorders or to treat any such problems that she is already experiencing (Ellis et al., 2016; Huttu, Armstrong, Myers, & Hall, 2015; Lisy, Peters, Riitano, Jordan, & Aromataris, 2016).

Researchers found that the intensity of grief after perinatal loss was not related to whether one fetus in a multiple pregnancy survived (McGrath, Butt, & Samra, 2011; Richards, Graham, Embleton, Campbell, & Rankin, 2015). In fact, grief may be more intense among mothers who lose fetuses in a multiple pregnancy than in those who lose singletons (McGrath et al., 2011; Swanson, Kane, Pearsall-Jones, Swanson, & Croft, 2009; Swanson, Pearsall-Jones, & Hay, 2002). Research findings are inconsistent about the influence of having living children before the perinatal loss on maternal grief. Some findings indicated that childlessness confers vulnerability to psychological problems after pregnancy loss (Burden et al., 2016; McSpedden, Mullan, Sharpe, Breen, & Lobb, 2017), whereas others findings did not support an association between these two factors (Swanson et al., 2002). Research is also inconclusive with regard to the effect of previous miscarriage. Although the weight of evidence suggested that women who previously lost fetuses were more likely to develop anxiety and depressive symptoms (McCarthy et al., 2015), some authors found no relationship between these variables (Bennett, Litz, Maguen, & Ehrenreich, 2008). Consensus is also lacking about the effect of gestational age at the time of fetal loss on psychological symptoms.

Although some authors found that fetal loss at an advanced stage of pregnancy was associated with greater levels of distress and grief than

when a fetus dies at earlier stages (Burden et al., 2016; Lasker & Toedter, 1991), other reserchers found no relationship between psychological distress and gestational age (Bennett et al., 2008; Kersting & Wagner, 2012). The mother's previous mental health and personality characteristics were identified as vulnerability factors with respect to psychological problems after the loss of a fetus. Kersting and Wagner (2012) noted that neurotic personality traits and a history of psychological and/or psychiatric problems were reported to predict an intense grief reaction after such a loss. However, sociodemographic factors, such as maternal age have not been associated with the intensity of grief after fetal loss (Huttu et al., 2017; McSpedden et al., 2017).

There is broad research consensus on the association between the availability of social and/or family support and the ability to effectively process grief (Kersting & Wagner, 2012). Indeed, acknowledgement by the social and family network of the loss and validation of the emotions it has generated can play key roles during the mourning process (Burden et al., 2016). However, as already noted, the experience of perinatal grief is often dismissed, ignored, or underplayed; it is neither publicly expressed nor socially recognized (Heazell et al., 2016; Pastor, 2016). For instance, when one of fetus in a monochorionic twin pregnancy survives, it may be falsely assumed that the mother's mental and emotional health will be less affected than if neither survives. As attention becomes focused on the well-being of the surviving twin, the lost twin may easily be forgotten within the mother's family and social context, and friends and relatives may treat the pregnancy as if it were a singleton gestation from the onset. This denial of the reality of loss can make it more difficult for the mother to work through her grief and to develop an adequate bond with the surviving baby (McGrath et al., 2011; Richards et al., 2015).

When a fetus dies during a multiple pregnancy, grief, including feelings of anxiety and depression, is a common and normal response that generally diminishes after a year or so. However, the aforementioned factors

and the inherently complex nature of such an event mean that this grief often becomes complicated and chronic, and the symptoms of anxiety and depression may persist and reach levels that indicate a psychological disorder (Richards et al., 2015). In fact, approximately one fifth of women who lose a fetus continue to present clinical-level symptoms 12 months later (Bennett et al., 2008). A deeper understanding of the factors that may confer vulnerability to chronic psychological problems in such a situation is therefore important.

SPECIFIC AIM AND HYPOTHESES

The aim of our study was to add to current understanding of the grieving process after the death of one or both fetuses in the specific context of monochorionic twin pregnancy by examining whether the grief reaction of women who experience this is influenced by certain sociodemographic (e.g., the woman's age and level of education), psychological (e.g., symptoms of anxiety or depression), and clinical (e.g., number of fetal losses) variables. More specifically, and based on previous research on perinatal grief, the study hypotheses were as follows: (a) The intensity of grief will be positively associated with the presence of psychological problems (e.g., symptoms of anxiety, depression, and posttraumatic stress); (b) the intensity of grief will be associated with gestational age at the time of the loss, with a history of miscarriage, and with the level of family and social support; (c) the intensity of grief will not be associated with the number of perinatal losses (one or both fetuses) or the presence of living children; and (d) the intensity of grief will not be associated with the mother's age or level of education.

METHODS

Design: This was a descriptive, cross-sectional, correlational study. The study was approved by the Ethics Committee of the Vall d'Hebron University Hospital in Barcelona.

Sample: Study participants were selected according to the following inclusion criteria: women who lost one or both fetuses in a monochorionic twin pregnancy after fetal surgery because of complications, experienced the loss 1 to 3 years previously, were White and of Spanish nationality, and spoke and read Spanish sufficiently for them to complete the questionnaires.

Measures: We devised an interview schedule to gather sociodemographic information, including age, marital status, level of education, employment status, and life stressors, and the participant's perception of family and social support (direct question with a *yes/no* answer). Data were also collected about personal and family psychiatric history and about the woman's obstetric history. The final section of the interview inquired about any complications and treatment experienced during the monochorionic twin pregnancy, the development of the fetuses, the birth, and the clinical follow-up of any surviving newborn. In addition, the women were asked to complete four questionnaires.

Spanish Short Version of the Perinatal Grief Scale. The Spanish Short Version of the Perinatal Grief Scale (SpSVPGS; Capitulo, Cornelio, & Lenz, 2001), originally developed by Potvin, Lasker, and Toedter (1989), was designed to measure perinatal grief and comprises three subscales: Active Grief, Difficulty Coping, and Despair. Construct validity of the SvPGS was assessed using factor analysis, which yielding a three-factor solution that accounted for 49.8% of the total item variance. Reliability coefficients (Cronbach's alpha) were .95 for the total scale and .92 (Active Grief), .91 (Difficulty Coping), and .86 (Despair) for the subscales. In our study, Cronbach's alphas reliability coefficients were .96 for the total scale and .89 (Active Grief), .93 (Difficulty Coping), and .91 (Despair) for the subscales, indicating that the reliability of the SpSVPGS was high and comparable with that of the original instrument.

Beck Depression Inventory. We used the validated Spanish adaptation (Vázquez & Sanz, 1999) of the Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) to assess symptoms of depression.

The BDI has good internal consistency with a Cronbach's alpha of .81 (Beck, Steer, & Garbin, 1988). In the Spanish population, the reliability coefficient obtained in clinical and research settings are greater than .85 (Vázquez & Sanz 1999). In our study, the instrument had a Cronbach's alpha reliability coefficient of .89.

State-Trait Anxiety Inventory. We used the Spanish version (Guillén-Riquelme & Buela-Casal, 2011) of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970) to assess state anxiety (a transitory emotional experience) and trait anxiety (a relatively enduring disposition to feelings of anxiety). The internal consistency reliability of the two scales is excellent, with Cronbach's alpha coefficients consistently greater than .90. Construct validity has been shown (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983). In our sample, the Cronbach alpha coefficients were .95 for the STAI-Trait (STAI-T) scale and .97 for the STAI-State (STAI-S) scale.

Impact of Event Scale-Revised. The Impact of Event Scale-Revised (IES-R; Weiss & Marmar, 1997) is used to measure the subjective distress caused by traumatic events and comprises three subscales: Intrusion, Avoidance, and Hyperarousal. We used the Spanish version of this scale, which showed good psychometric properties of convergent validity and reliability (Cronbach's α of .95; Báguena et al., 2001). In our study, the IES-R had Cronbach's alpha reliability coefficients of .90 for the Intrusion subscale, .88 for the Hyperarousal subscale, .84 for the Avoidance subscale, and .95 for the total scale.

Procedure: Of women who attend the maternity unit of the Vall d'Hebron University Hospital in Barcelona between February 2009 and May 2012, 51 met the inclusion criteria. These 51 women were contacted by telephone and invited to participate in the study. Those who accepted were asked to give verbal informed consent before collection of sociodemographic information, psychiatric history, and clinical data regarding their pregnancies. Overall, 23 (45.1%) declined to participate in the study. The final sample was 28

women, which represents a participation rate of 54.9%. Subsequent to the individual interviews, the women were sent by post or email copies of the four questionnaires (SpSVPGS, BDI, STAI, and IES-R). Once they completed the questionnaires, they returned them by email or in prepaid envelopes, together with a signed informed consent form.

Data analysis: Quantitative variables were described as mean, standard deviation, median, minimum, and maximum; categoric variables were described as frequencies and percentages. Before conducting hypothesis tests, we checked the normality of the variables using the Shapiro-Wilk test ($n < 30$). To study the relationship between quantitative variables, we calculated Pearson's correlation coefficient or, in the case of non-normal variables, Spearman's rho. The relationship between quantitative and categoric variables was studied by means of the Student's t test, the non-parametric Mann-Whitney U test, or analysis of variance with Bonferroni correction, depending on whether the assumption of homogeneity of variances was fulfilled. For all procedures we checked the corresponding statistical assumptions. The level of significance for hypothesis testing was $\alpha = .05$, and all the analyses were performed with SPSS, version 19.

RESULTS

Sample: The mean age of participants was 35.7 years (range = 25-43 years), and they all had partners. Half of the participants ($n = 14$) had higher education. Three-quarters ($n = 20$) of the participants had no previous children, and 64.3% ($n = 18$) considered themselves to have access to social and family support. With respect to clinical variables, 34 of the 56 initial fetuses died. In 19 cases this was due to umbilical cord occlusion and in 10 to surgical complications associated with laser coagulation therapy. In the remaining five cases, death occurred after birth because of complications associated with a immature birth (before 24 weeks: two cases) or a premature birth (24+ weeks: three cases). For the 22 fetuses who survived, the mean number of weeks of gestation at the time of the birth was 34.55 weeks. They

all remained alive at the time of study assessments, which were carried out between 1 and 3 years after the time of birth in the monochorionic twin pregnancy (mean = 822 days, range = 376-1.273 days).

Approximately half the participants ($n = 12$) previously experienced one or more miscarriages. A similar proportion ($n = 12$) reported histories of psychological or psychiatric problems, and six were receiving psychological treatment at the time of the study interview. The descriptive data for the sample are summarized in Table 1. The 23 women who declined to participate (45.1% of the eligible sample) did not differ from the final study sample in age, type of complication experienced during pregnancy, or number of fetal losses.

Table 1. Descriptive data for the sociodemographic, clinical, and psychological variables ($N = 28$)

Variable	Value	
Sociodemographic variables		
Education		
Elementary school	2	(7.1)
High school	12	(42.9)
College	14	(50.0)
Previous children	8	(25.0)
Family and social support	18	(64.3)
Clinical variables		
Weeks at birth of surviving fetus, mean (<i>SD</i>)	34.5	(4.5)
Week of pregnancy when fetal loss occurred, mean (<i>SD</i>)	20.3	(3.1)
Previous miscarriages, n (%)	12	(42.8)
Number of fetal losses, n (%)		
2	6	(21.4)
1	22	(78.6)
Psychological variables, n (%)		
History of psychological problems	12	(42.9)
Current psychological treatment	6	(21.5)

Note. *SD* = standard deviation.

Difficulty Coping, and Despair) were significantly and positively correlated with score on the hyperarousal subscale of the IES-R, scores on both scales of the STAI (STAI-S and STAI-T), and total scores on the BDI. There was also

CORRELATION ANALYSIS

The correlation coefficients between the SpSVPGS and the STAI-S, STAI-T, BDI, and IES-R are shown in Table 2. Greater levels of grief (as measured by the total score on the SpSVPGS), were significantly and positively correlated with greater levels of state anxiety (STAI-S), trait anxiety (STAI-T), symptoms of depression (BDI score), and post-traumatic stress (IES-R total, IES-R Intrusion and IES-R Hyperarousal scores). Similarly, scores on each subscale of the SpSVPGS (Active grief,

Table 2. Correlations between scores on the SpSVPGS and those on the IES-R, BDI, and STAI

Instrument	SpSVPGS		SpSVPGS	
	Total score (TS)	Active grief	Difficulty coping	Despair
IES-R: Total	.374 ^a	.347	.359	.405 ^a
IES-R: Avoidance	.142	.069	.175	.290
IES-R: Intrusion	.392 ^a	.420 ^a	.372	.332
IES-R: Hyperarousal	.486 ^b	.436 ^a	.495 ^b	.429 ^a
BDI: Total	.800 ^b	.750 ^b	.606 ^b	.679 ^b
STAI-State	.698 ^b	.569 ^b	.568 ^b	.704 ^b
STAI-Trait	.772 ^b	.636 ^b	.724 ^b	.696 ^b

Note. BDI = Beck Depression Inventory; IES-R = Impact of Event Scale-

Revised; SpSVPGS: Spanish Short Version of the Perinatal Grief Scale; STAI =

State-Trait Anxiety Index. ^aCorrelation significant at the .05 level;

^bCorrelation significant at the .01 level.

a significant association between the Active Grief subscale of the SpSVPGS and the Intrusion subscale of the IES-R and between the Despair subscale of the SpSVPGS and the IES-R total score. All these results support our first study hypothesis.

We found no association between the intensity of grief (total score on the SpSVPGS) and the number of weeks of pregnancy at the time of the loss ($r = -.165, p = .411$) or the mother's age ($r = -.043, p = .827$). The results obtained when we analyzed the relationships between the intensity of grief and history of miscarriage, the presence of family and social support, the number of perinatal losses, and level of education are shown in Table 3. In the case of a history of miscarriage, we made three comparisons (0 vs. 1, 1 vs. 2-3, and 0 vs. 2-3 miscarriages). No association was found between individual subscale scores on the SpSVPGS and any of these variables. Therefore, the results do not provide support for our second study hypothesis, but they do support the third and fourth hypotheses.

DISCUSSION

Research on the grieving process and associated variables in the context of prenatal and perinatal loss in twin pregnancies is limited, and few researches have focused on women who underwent fetal surgery before the loss. We aimed to increase knowledge in this field by examining the emotional effect on mothers of losing one or both fetuses in a monochorionic twin pregnancy.

In line with previous studies (Cacciatore, 2013; Hutti et al., 2017; Kersting & Wagner, 2012), we found that greater levels of grief were associated with

Table 3. Associations Between the Intensity of Grief (Total Score on the SpSVPGS) and the Sociodemographic and Clinical Variables Considered

Comparison Group	n	U de Mann-Whitney	P
History of miscarriage			
0 previous miscarriage	16	35,5	.367
1 previous miscarriage	6		
1 previous miscarriage	6	11,0	.310
2-3 previous miscarriage	6		
0 previous miscarriage	16	45,5	.914
2-3 previous miscarriage	6		
Social Support			
Support available	18	79,5	.621
No support	10		
Number perinatal losses			
1 fetus lost	22	52,5	.460
2 fetuses lost	6		
Presence of living children			
Yes	6	61,0	.907
No	21		
Level of education			
High school	12	66,0	.374
College	14		

Note. SpSVPGS = Spanish Short Version of the Perinatal Grief Scale.

greater levels of anxiety (state and trait), depression, and post-traumatic stress. Thus, although grief is a normal and adaptive reaction in situations of this kind, the presence of highly intense grief may lead a mother to experience psychological or psychiatric problems and a profound sense of subjective distress. In terms of the specific dimensions of the constructs analyzed, the three dimensions of grief (Active grief, Difficulty Coping, and Despair) showed similar degrees of association with depression and anxiety. The results for post-traumatic stress were slightly different, because the three aspects of grief were more strongly

related to the hyperarousal dimension of post-traumatic stress, which suggests that intense grief is primarily associated with a persistent state of alertness and hypervigilance.

Consistent with previous research (Lee, 2012; McGrath et al., 2011; Richards et al., 2015), self-reported grief ratings did not differ according to whether a woman lost one or both twins during pregnancy. To work through her grief in response to a loss of this kind, a mother must be able to give each of the twins a distinct identity and place in life, however short, and allow herself to mourn the deceased fetus. In line with the findings of Swanson et al. (2002), we observed no association between the intensity of grief and the presence of living children. This suggests that if one of the twins survives or the mother has other living children, the fetal death is not any easier to bear; each child and each loss is unique. We also found no relationship between the intensity of grief and the point in the pregnancy at which the loss occurred. As a result of the latest technology (e.g., four-dimensional ultrasonography, high-resolution photographs), women are able to visualize the fetus or fetuses at very early stages of gestation, and this fosters attachment from the beginning of pregnancy (de Jong-Pleig et al., 2013; Øyen & Aune 2016). Finally, we observed no association between the intensity of grief and sociodemographic variables such as the mother’s age and level of education, which indicates that the grieving process is independent of these factors. Given the size of our study sample, these nonsignificant results should be interpreted with caution, because a lack of statistical power may have resulted in false nonsignificant findings. Thus, although our results are consistent with those of previous research, they require further corroboration by investigators who take these aspects into account.

The loss of a fetus during a twin pregnancy is an extremely complex experience for the mother to process. While she mourns the deceased fetus, she also must go on with the pregnancy and continue to develop an attachment to the surviving twin. This process can lead to contradictory and

ambivalent feelings and increase her sense of distress. Acknowledging the loss is therefore an essential first step in the grieving process, because the mother needs to regard the two twins as distinct individuals. This means that the feelings and emotions she has toward the deceased fetus must be processed separately and not confused with feelings for the surviving twin. In this way, she will be able to bond with her remaining newborn as a separate individual (Beauquier-Macotta, 2016). Hence, the survival of one twin is not a protective factor in the grieving process.

Although the presence of family and social support has been reported to protect against the development of complicated grief symptoms, it was not a factor that influenced the reported intensity of grief in our sample. Overall, 18 of the 28 women in our study stated that they felt supported by friends and family. However, it cannot be assumed that this support was sufficient or effective to reduce their psychological distress and help them cope with the loss. For instance, family support that does not include acknowledgement of the deceased fetus can leave the mother to mourn alone. In the event that one twin survives, those close to the mother may underplay or even ignore the loss. This lack of acknowledgement can impede the mother's grieving process because it makes it difficult for her to express her feelings openly. She may feel a social pressure to forget and to simply carry on and try to become pregnant again (Burden et al., 2016; Cacciatore, 2013). Hence, social support will be a protective factor only if there is also social recognition of the death.

All these issues highlight the importance of considering the specific needs of this group of women at the time of fetal death and throughout the grieving process. These women are faced with unique, complex, and highly intense emotional experiences, and they should be offered whatever help they need to work through their grief.

LIMITATIONS AND CLINICAL IMPLICATIONS

The main limitation of our study was the small sample size, a consequence of the low prevalence of the phenomenon being considered. This limitation is shared with other studies in which researchers investigated fetal death caused by complications during pregnancy, whether single or multiple, all of which reported similar sample size to our own (Benute et al., 2013; Cote-Arsenault & Denney-Koelsch, 2016; Richards et al., 2015). We also acknowledge that the cross-sectional nature of our study prevents us from drawing causal inferences about the grieving process. Another limitation was the large percentage of eligible women who declined to participate. Although it was not possible to investigate all the characteristics that might potentially distinguish this group of women from those we included, we did verify that there were no differences between the two groups in terms of age, the type of complication experienced during pregnancy, or the number of fetal losses.

A further issue to consider is that because our sample was composed solely of White, Spanish women, the results are not generalizable to other populations. In the future, researchers should aim to recruit larger samples and to achieve a greater rate of participation to examine further the protective and risk factors associated with complicated grief and the emergence of psychological difficulties in this population. A final limitation concerns the fact that we focused solely on the effect of perinatal loss on the mother. Research is now needed to examine the effect of such loss on fathers and any differences in the ways that mothers and fathers respond to their grief.

Despite these limitations, our study had several strengths and important clinical implications. Women who experience intense grief related to loss of this kind are at risk of developing psychological disorders that may negatively affect a surviving newborn. The intervention of health professionals is therefore crucial to prevent what could become a public health problem. Awareness-raising campaigns and training programs for

professionals who work with women who experience fetal loss could be a first step toward acknowledging the effect of perinatal loss and ensuring that mothers receive the help they need. Input by specialist psychologists could also be useful in neonatal and intensive care units and included in maternity services (Burden et al., 2016). Women who experience complicated grief and intense symptoms of anxiety and/or depression may require referrals to mental health professionals who specialize in perinatal loss.

CONCLUSION

The loss of a fetus during a multiple pregnancy is a relatively uncommon event whose unique characteristics make it a singular experience for the mother. The survival of one newborn and the difficulty of acknowledging the loss at the individual and social levels can complicate the grieving process and lead to the emergence of psychological symptoms. It is therefore crucial to recognize that these women have a heightened vulnerability to psychopathology and to identify the associated risk factors. Some women may require professional help to express their emotions and work through their grief. Care of this kind can serve not only to reduce their personal distress but also to enable them to develop attachment to a surviving newborn.

REFERENCES

Akkermans, J., Peeters, S.H., Klumper, F.J., Middeldorp, J.M., Lopriore, E., & Oepkes, D. (2015). Is the sequential laser technique for twin-to-twin transfusion syndrome truly superior in the standard selective technique? A meta-analysis. *Fetal Diagnosis & Therapy*, 37(4), 251-258. <https://doi.org/10.1159/000365212>

Báguena, M.J., Villarroya, E., Beleña, A., Díaz, A., Roldán, C., & Reig, R. (2001). Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala Revisada de Impacto del Estresor (EIES-R). *Análisis y Modificación de Conducta*, 115, 581-604.

Beauquier-Maccotta, B., Chalouhi, G.E., Picquet, A., Carrier, A., Bussièrès, L., Golsè, B., & Ville, Y. (2016). Impact of monochorionicity and twin to twin transfusion syndrome on prenatal attachment, post traumatic stress disorder, anxiety and depressive symptoms. *Plos One*, 1-17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145649>

Beck, A.T., Steer, R.A., & Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>

Bennett, S.M., Ehrenreich-May, J., Litz, B.T., Boisseau, C.L., & Barlow, D.H. (2012). Development and preliminary evaluation of a cognitive-behavioral intervention for perinatal grief. *Cognitive & Behavioral Practice*, 19(1), 161-173. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.002>

Bennett, S.M., Litz, B.T., Maguen, S., & Ehrenreich, J.T. (2008). An exploratory study of the psychological impact and clinical care of perinatal loss. *Journal of Loss & Trauma*, 13(6), 485-510. <https://doi.org/10.1080/15325020802171268>

Benute, G.R., Nozzella, D.C., Prohaska, C., Liao, A., de Lucia, M.C., & Zugaib, M. (2013). Twin pregnancies: evaluation of major depression, stress, and social support. *Twin Research and Human Genetics*, 16(2), 629-33. <https://doi.org/10.1017/thg.2012.153>

Burden, C., Bradley, S., Storey, C., Ellis, A., Heazell, A.E.P. & Downe, S., ... Siassakos, D. (2016). From grief, guilt pain and stigma to hope and pride - a systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth. *BMC Pregnancy & Childbirth* 16, 9. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0800-8>

Cacciatore, J. (2013). Psychological effects of stillbirth. *Clinical Obstetrics & Gynecology*, 53(3), 691-699. <https://doi.org/10.1097/GRF.ob013e3181eba1c6>

Capitulo, K.L., Cornelio, M.A., & Lenz E.R. (2001). Translating the short version of the Perinatal Grief Scale: process and challenges. *Applied Nursing Research*, 14(3), 165-170. <https://doi.org/10.1053/apnr.2001.22377>

Carreras, E., Arévalo, S., Bello-Muñoz, J.C., Goya, M., Rodó, C. & Sánchez-Duran, M.A., ... Cabero, L. (2012). Arabin cervical pessary to prevent preterm birth in severe twin-to-twin transfusion syndrome treated by laser surgery. *Prenatal Diagnosis*, 32(12), 1181-1185. <https://doi.org/10.1002/pd.3982>

Côte-Arsenault, D., & Denney-Koelsch, E. (2016). "Have no regrets": Parents' experiences and developmental tasks in pregnancy with a lethal fetal diagnosis. *Social Science & Medicine*, 154, 100-109. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2016.02.033>

de Jong-Pleig, E.A., Ribbert, L.S., Pistorius, L.R., Tromp, E. Mulder, E.J., & Bilardo, C.M. (2013). Three-dimensional ultrasound and maternal bonding, a third trimester study and a review. *Prenatal Diagnosis*, 33(1), 81-88. <https://doi.org/10.1002/pd.4013>

Ellis, A., Chebsey, C., Storey, C., Bradley, S., Jackson, S., Flenady, V., ... Siassakos, D. (2016). Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0806-2>

Goldenberg, R.L., Culhane, J.F., Iams, J.D., & Romero, R. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. *The Lancet*, 371(9606), 75-84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60074-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60074-4)

Guillén-Riquelme, A., & Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515.

Heazell, A.E.P., Siassakos, D., Blencowe, H., Burden, C., Bhutta, Z.A., Cacciatore, J., ... Downe, S. (2026). Stillbirths: economic and psychosocial consequences. *The Lancet*, 387, 604-616. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00836-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00836-3)

Hutti, M.H., Armstrong, D.S., Myers, J.A., & Hall, L.A. (2015). Grief intensity, psychological well-being, and the intimate partner relationship in the subsequent pregnancy after a perinatal loss. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 44(1), 42-50. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12539>

Hutti, M.H., Myers, J., Hall, L.A., Polivka, B.J., White, S., Hill, J., ... Grisanti, M.M. (2017). Predicting grief intensity after recent perinatal loss. *Journal of Psychosomatic Research*, 101, 128-134. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.07.016>

Kersting, A., & Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 187-194.

Lasker, J.N., & Toedter, L.J. (1991). Acute versus chronic grief: the case of pregnancy loss. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(4), 510-522. <https://doi.org/10.1037/h0079288>

Lee, K.E. (2012). Critical review of the literature: parental grief after the loss of a multiple. *Journal of Neonatal Nursing*, 18(6), 226-231. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2011.12.002>

Lisy, K., Peters, M.D., Riitano, D., Jordan, Z., & Aromataris, E. (2016). Provision of meaningful care at diagnosis, birth, and after stillbirth: a qualitative synthesis of parents' experiences. *Birth*, 43(1), 6-19. <https://doi.org/10.1111/birt.12217>

McCarthy, F.P., Moss-Morris, R., Khashan, A.S., North, R.A., Baker, P.N. & Dekker, G., ... O'Donoghue, K. (2015). Previous pregnancy loss has an adverse impact on distress and behavior in subsequent pregnancy.

British Journal of Obstetrics & Gynaecology, 122(13), 1757-1764. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13233>

McGrath, J.M., Butt, M.L., & Samra, H. (2011). Supporting parents who lose a child of a multiple birth: a critical review of research in the neonatal intensive care unit. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 11(4), 203-14. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2011.09.011>

McSpedden, M., Mullan, B., Sharpe, L., Breen, L.J., & Lobb, E.A. (2017). The presence and predictors of complicated grief symptoms in perinatally bereaved mothers from a bereavement support organization. *Death Studies*, 41(2), 112-117. <https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1210696>

Øyen, L., & Aune, I. (2016). Viewing the unborn child – pregnant women's expectations, attitudes and experiences regarding fetal ultrasound examination. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 7, 8-13. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.10.003>

Pastor, S.M. (2016). *Abordaje de la pérdida perinatal. Un enfoque desde la investigación acción participativa* [Dealing with perinatal loss: An approach based on participatory action research] (Doctoral thesis). Alicante: Universidad de Alicante.

Potvin, L., Lasker, J.N., & Toedter, L.J. (1989). Measuring grief: a short version of Perinatal Grief Scale. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 11(1), 29-45.

Richards, J., Graham, R., Embleton, N.D., Campbell, C., & Rankin, J. (2015). Mothers' perspectives on the perinatal loss of a co-twin: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 143. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0579-z>

Ruano, R., Rodó, C., Peiró, J.L., Shamshirsaz, A.A., Haeri, S. & Nomura, M.L., ... Belfort, M.A. (2013). Fetoscopic laser ablation of placental anastomoses in twin-twin transfusion syndrome using "Salomon

technique". *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 42(4), 434-439. <https://doi.org/10.1002/uog.12492>

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State/trait anxiety inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R., Vagg, P.R., & Jacobs, G.A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Swanson, P.B., Kane, R.T., Pearsall-Jones, J.G., Swanson, C.F., & Croft, M.L. (2009). How couples cope with the death of a twin or higher multiple. *Twin Research & Human Genetics*, 12(4), 392-402. <https://doi.org/10.1375/twin.12.4.392>

Swanson, P.B., Pearsall-Jones, J.G., & Hay, D.A. (2002). How mothers cope with the death of a twin or higher multiple. *Twin Research*, 5(3), 156-164.

Vázquez, C., & Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. [Reliability and validity of the Spanish version of Beck's Depression Inventory (1978) in patients with psychological disorders]. *Clínica y Salud*, 10, 59-81

Weiss, D.S., & Marmar, C.R. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. In J.P. Wilson & T.M. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (pp.399-411). New York, NY: Guilford.

3.2.3 ESTUDIO II: *Influence of farewell rituals and psychological vulnerability on grief following perinatal loss in monochorionic twin pregnancy*

El segundo estudio analizó si la vulnerabilidad psicológica previa de las madres y la ausencia de los rituales de despedida se relacionaban con el proceso de duelo.

Primeramente, se estudió la relación entre los niveles de duelo, depresión, ansiedad y estrés post-traumático con los antecedentes de haber recibido atención terapéutica psicológica y/o psicofarmacológica, hallándose una relación estadísticamente significativa entre haber recibido ambas atenciones terapéuticas con los niveles de ansiedad rasgo. Los antecedentes de atención psicológica también se asociaron con la intensidad del duelo y con el estrés post-traumático.

Así se confirma que las mujeres que en algún momento de su vida han necesitado un tratamiento psicológico y/o psicofarmacológico, se muestran más vulnerables a padecer una reacción de duelo más complicada tras experimentar una pérdida perinatal.

Respecto a los rituales de despedida, se compararon las diferentes opciones de respuesta entre sí, no encontrándose una relación estadísticamente significativa entre la ausencia de la realización de los rituales de ver, sostener o poner nombre al bebé y los niveles de duelo. Tampoco se halló relación entre el nivel de duelo y haber realizado una entrevista con un terapeuta tras la pérdida. No se pudo analizar la relación del duelo con la posibilidad de realizar un funeral por la escasa variabilidad.

Los resultados de este estudio volvieron a confirmar la complejidad de la pérdida perinatal en el contexto de un embarazo gemelar monocorial. Son necesarios más estudios para explorar el impacto que pueden tener los rituales de despedida con el objetivo de diseñar intervenciones específicas dirigidas a las mujeres con mayor riesgo de sufrir un duelo complicado.

INFLUENCE OF FAREWELL RITUALS AND PSYCHOLOGICAL VULNERABILITY ON GRIEF FOLLOWING PERINATAL LOSS IN MONOCHORIONIC TWIN PREGNANCY

Mònica Druguet^a, Laura Nuño^{a,b}, Carlota Rodó^c, Silvia Arévalo^c, Elena Carreras^c, & Juana Gómez-Benito^{a,b}

a Quantitative Psychology Unit, Faculty of Psychology, University of Barcelona, Ps. Vall d'Hebron 171, 08035-Barcelona, Spain, e-mail: juanagomez@ub.edu

b Clinical Institute of Neuroscience (ICN), Hospital Clinic, Villarroel 170, 08036, Barcelona, Spain, e-mail: nuno@clinic.cat

c Maternal-Fetal Medicine Unit, Department of Obstetrics, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Universitat Autònoma de Barcelona, Ps. Vall d'Hebron 119-129, 08035 Barcelona Spain. Email: crodo@vhebron.net

d Group on Measurement Invariance and Analysis of Change (GEIMAC), Institute of Neurosciences (NeuroUB), University of Barcelona, Barcelona, Spain

*Correspondence should be addressed to Juana Gómez-Benito, e-mail: juanagomez@ub.edu, ORCID 0000-0002-4280-3106

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to analyze whether the absence of farewell rituals and previous psychological vulnerability are associated with the intensity of grief following perinatal loss in monochorionic twin pregnancy.

Method: The sample comprised 28 women who experienced perinatal loss following fetal surgery. Sociodemographic and clinical data and information about farewell rituals were collected through interview. The women also completed a questionnaire about perinatal grief.

Results: A history of psychological and/or psychopharmacological treatment was associated with more intense grief following perinatal loss.

Conclusion: Women with a history of psychological difficulties are particularly vulnerable to a complicated grief reaction after experiencing perinatal loss. However, the intensity of grief did not differ significantly according to whether or not the women performed some kind of farewell ritual. Further studies are needed to investigate these relationships and to encourage and facilitate the development of specific interventions for this population.

Keywords: grief, monochorionic twins, perinatal loss, psychosocial care, rituals

INTRODUCTION

Around 20-25% of all twin pregnancies are monochorionic, and the morbidity and mortality associated with them is higher than in other types of pregnancies. When serious complications arise, such as twin to twin transfusion syndrome (TTTS), selective intrauterine growth restriction (sIUGR), or malformation of one of the fetuses, intrauterine surgery can enable the survival of one of the fetuses in 80-90% of cases, and of both fetuses in 52-75% [1,2].

The loss of one baby and the survival of the other is a highly complex and stressful psychological situation for the mother. There is currently some controversy as to what kind of contact a mother should ideally have with her deceased baby. In a recent review, Burden et al. [3] noted that parents often have mixed feelings regarding the decisions they made at the time of a stillbirth. Some reported feeling scared or unsure about what was appropriate, although many of them saw farewell or memory-making rituals as helping them to grieve [4,5].

Evidence is also limited regarding the impact that previous psychological difficulties may have on a mother's response to perinatal loss. In their review, Kersting and Wagner [6] note that preloss mental health problems [5,7] and previous experience of psychological/psychiatric counseling [7] have been reported to be possible predictors of an intense grief reaction.

The aim of the present study was to analyze whether the absence of farewell rituals and previous psychological vulnerability are associated with a complicated grief reaction following perinatal loss in a monochorionic twin pregnancy.

MATERIALS AND METHODS

The sample comprised women seen in the Maternal-Fetal Unit of the Vall d'Hebron University Hospital (Barcelona) between February 2009 and May 2012 and who lost one or both fetuses due to complications in

a monochorionic twin pregnancy. When women present with perinatal complications the team of health professionals in the Unit inform them about the diagnosis, treatment, and prognosis, explaining to them the different options available. If a fetus dies, the same team offers support to the mother in an attempt to facilitate the grieving process and to ensure she is aware of her rights (e.g., possibility of seeing the deceased baby). All mothers with surviving babies are followed up medically.

The study was approved by the hospital's Ethics Committee. In an individual interview we collected sociodemographic information, clinical data regarding the monochorionic twin pregnancy and any resulting live birth, information about any farewell rituals performed and whether counseling had been offered, and information about any previous psychological problems/treatment. The women also completed the short version of the Perinatal Grief Scale (SVPGS) [8], the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) [9], and the Impact of Event Scale-Revised (IES-R) [10]. All participants signed the informed consent form and their data were anonymized. One woman did not respond to the questions about farewell rituals.

Six months later the women were contacted by telephone for a psychological follow-up. In the event that this contact suggested difficulties with the grieving process or a heightened risk of a psychopathological disorder, the woman in question was referred to a specialist in her local area for assessment and, if necessary, treatment.

Data were analyzed using either the Student's t or the non-parametric Mann-Whitney U test, with Cohen's d or Cliff's delta being computed, respectively, as a measure of effect size. The significance level for all tests was $\alpha = .05$.

RESULTS

Of the 52 women who underwent fetal surgery for complications in a monochorionic twin pregnancy during the study period, 53.8% (28 women,

mean age 35.7 years; range 25-43; SD 4.73) lost one or both babies following the surgery. Of these 28 women, who comprised the sample for the present study, 75% had no previous children, and 42.8% had previously experienced one or more miscarriages. Fetal surgery enabled one of the twins to survive in 78.6% of cases. In the remaining cases, both fetuses died. The mean gestation at delivery was 34.55 weeks (SD 4.48), this being the mother's first opportunity for contact with her babies, whether deceased or surviving.

Regarding the cause of death in the cases of fetal loss, 55.9% were due to umbilical cord occlusion (44.1% following an intervention for sIUGR and 11.8% after an intervention for malformation) and 29.4% to surgical complications associated with laser coagulation therapy. In the remaining 14.7% of cases, death occurred after the mother gave birth due to complications associated with either an immature (prior to 24 weeks: 5.9% of cases) or premature birth (24+ weeks: 8.8% of cases).

Table 1. Farewell rituals and counseling following perinatal loss (*N* = 28)

Questions	Response Options		
	Yes (%)	No, I didn't want to (%)	No, I was not given the opportunity (%)
Did you see your baby/babies?	5 (18.5)	9 (33.3)	13 (48.1)
Did you hold your baby/babies?	2 (7.4)	12 (44.4)	13 (48.1)
Did you give your baby/babies a name?	21 (77.8)	6 (22.2)	0 (0)
Did you have any kind of funeral for your baby/babies?	2 (7.4)	22 (81.5)	3 (11.1)
Did you see a counselor after the loss?	9 (33.3)	8 (29.6)	10 (37)

Table 1 shows descriptive data regarding farewell rituals and whether the mother was offered counseling. There was no significant association between the intensity of reported grief and the rituals of seeing ($p = .14$) or holding ($p = .64$) the deceased baby or giving him/her a name ($p = .62$). Neither was there a relationship between the intensity of grief nor seeing a counselor after the loss ($p = .12$). The possible influence of a funeral ritual could not be analyzed due to the lack of variability in responses to this question.

There was a significant association between state anxiety and previous experience of psychological counseling ($p = .042$, Cohen's $d = .97$) or psychopharmacological treatment ($p = .017$, Cohen's $d = 1.074$). Previous psychological treatment was also associated with both the intensity of grief (SVPGS: $p = .025$, Cliff's delta = .532) and post-traumatic stress (avoidance subscale of the IES-R: $p = .018$, Cliff's delta = .529).

DISCUSSION

Very few of the mothers we interviewed performed a funeral ritual or even saw or held their deceased baby. When one of the fetuses in a twin pregnancy is lost, the mother has the difficult task of building an attachment to the surviving baby amid the distress of what has happened, and she may try to cope by avoiding or denying painful feelings. This can influence her decisions regarding farewell rituals, and may also make it difficult for her to seek or accept psychological help. Health professionals should therefore aim to validate and give meaning to the mother's experience of loss, offering her support and helping her to express her pain and to perform any rituals she considers necessary [7]. Many of the mothers in our study reported that they had not been given the opportunity to perform certain rituals, such as seeing or holding the deceased baby. Although the team of health professionals followed the usual protocol with the mothers in our sample (i.e., informing them of the different options available and supporting them so as to facilitate the grieving process), the emotional impact of losing a baby may make it difficult for some mothers to fully process the information they receive [11], thereby hindering their understanding of the associated implications and options, as well as of the choices or decisions they might make. This highlights the importance of ensuring that health professionals are sufficiently trained to offer adequate support to mothers that is consistent with their emotional state, providing them with information in such a way that they are able to take it on board, and helping them with any decisions they may have to make.

Perinatal loss is a stressful and traumatic event, but it does not impact all women in the same way. Our results suggest that a history of psychological difficulties or treatment predisposes women to greater distress and more intense grief following the loss of a baby. This is consistent with the findings of Lok and Neugebauer [12], who reported that women with previous mental health problems were more likely to experience psychological morbidity following miscarriage.

Given the complex nature of perinatal loss in the context of a monochorionic twin pregnancy, further studies are needed to examine both the impact that farewell rituals may have and the factors that leave women vulnerable to psychological problems. This would enable specific interventions to be targeted at those women most at risk.

DISCLOSURE STATEMENT

No potential conflict of interest was reported by the authors.

ACKNOWLEDGMENTS

The authors are grateful to all the women who shared with us their suffering and experiences concerning their twins, some of whom continue to grow, while others remain only in their mother's heart.

REFERENCES

1. Carreras E, Arévalo S, Bello-Muñoz JC, et al. Arabin cervical pessary to prevent preterm birth in severe twin-to-twin transfusion syndrome treated by laser surgery. *Prenat Diagn.* 2012;32(12):1181–1185.
2. Bernabeu A, Goya M, Martra M, et al. Physical examination-indicated cerclage in singleton and twin pregnancies: maternal–fetal outcomes. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2016;29(13):2009-2013.
3. Burden C, Bradley S, Storey C, et al. From grief, guilt pain and stigma to hope and pride – a systematic review and meta-analysis of mixed-method

research of the psychosocial impact of stillbirth. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016;16:9.

4. Richards J, Graham R, Embleton ND, et al. Mothers' perspectives on the perinatal loss of a co-twin: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15:143.
5. Badenhorst W, Hughes P. Psychological Aspects of Perinatal Loss. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2007;21(2):249–259.
6. Kersting A, Wagner B. Complicated grief after perinatal loss. *Dial Clin Neurosci.* 2012;14(2):187–194.
7. Söderquist J, Wijma B, Thorbert G, et al. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG.* 2009;116(5):672–680.
8. Capitulo KL, Cornelio MA, Lenz ER. Translating the short version of the perinatal grief scale: Process and challenges. *Appl Nurs Res.* 2001;14(3):165-170.
9. Spielberger CD. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y1-Y2). Palo Alto, CA: *Consulting Psychologists Press*, 1983.
10. Weiss DS, Marmar CR. The Impact of Event Scale – Revised (IES-R). In: Wilson J, Keane TM, editors, *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press; 1997, p.399-411.
11. Inati V, Matic M, Phillips C, et al. A survey of the experiences of families with bereavement support services following a perinatal loss. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* *Forthcoming.* [cited 28 June 2017]. doi: 10.1111/ajo.12661
12. Lok IH, Neugebauer R. Psychological morbidity following miscarriage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2007;21(2):229-247.

4. DISCUSIÓN

Cuando se produce una pérdida durante el embarazo, la vida y la muerte caminan juntas. La muerte de un hijo es considerada una pérdida inconcebible e insuperable, y en este tipo de duelos, la ausencia del fallecido no solo implica la pérdida de su presencia física, sino también la pérdida del futuro, sueños, proyectos y la identificación con ser madre (Beauquier-Maccotta *et al.*, 2016 y Bennett, Ehrenreich-May, Litz, Boisseau, y Barlow, 2012). Su pérdida sacude la estructura interna de la mujer manifestándose con un gran sufrimiento emocional que se traducirá en diferentes síntomas. Por este motivo, el duelo será más complicado y más prolongado; mas allá de lo singular de cada persona que marca las diferencias en el proceso y su elaboración. Por ello, el duelo por la muerte de un hijo es un duelo especial con características específicas que marca un antes y un después en la vida de sus progenitores, constituyendo un acontecimiento insoslayable (Roitman *et al.*, 2002).

A pesar de los esfuerzos de los especialistas y los avances tecnológicos que permiten realizar intervenciones intrauterinas para aumentar las probabilidades de supervivencia de uno o de los dos fetos cuando se diagnostican complicaciones graves (STFF y RCIU) en las GGM, aún actualmente, la tasa de supervivencia no es del 100%. Tras la cirugía fetal o en el transcurso de la gestación, se puede producir la muerte de los dos fetos o la de uno de ellos con la posibilidad de continuidad del embarazo por el bebé superviviente. Combinar el proceso de duelo por la pérdida de un hijo fallecido, con el proceso de gestación, y después del parto, con el cuidado de un gemelo superviviente, es una situación compleja y dolorosa.

La investigación sobre el proceso de duelo y las variables asociadas en el contexto de la pérdida perinatal en los embarazos gemelares es limitada.

Con los resultados de este proyecto se amplía el conocimiento que existe sobre la pérdida perinatal, estudiando el duelo y la comorbilidad psicológica de las madres que sufren este tipo de pérdida en gestaciones múltiples, y la complejidad de la implicación de los factores que pueden incidir en el proceso de duelo.

En primer lugar, nuestros hallazgos confirman la existencia de un gran impacto psicológico cuando se produce una pérdida perinatal, ya que la mayoría de las mujeres inmersas en un proceso de duelo, presentan de forma concomitante otra sintomatología psicológica, coincidiendo con los resultados de otros estudios (Cacciatore, 2013; Hutti *et al.*, 2017 y Kersting y Wagner, 2012). Se ha encontrado que la intensidad del duelo está asociada a niveles más altos de ansiedad (estado y rasgo), depresión, y estrés postraumático, coincidiendo con lo reportado por la literatura (Maccallum y Bryant, 2018; Marques *et al.*, 2013; Scheidt, Waller, Wangler, Hasenburg y Kersting, 2007 y Zisook *et al.*, 2014). Sentimientos de culpa, inferioridad, aislamiento, pérdida de identidad personal son también frecuentes en las personas que pierden un hijo durante la etapa perinatal, por lo que la muerte fetal puede constituir una experiencia devastadora para las mujeres, generando dificultades a largo plazo en su vida cotidiana y pudiendo repercutir significativamente en la vinculación con los hijos supervivientes y en la relación de pareja (McSpedden, 2014 y Ryninks, Roberts-Collins, McKenzie-McHarg, Horsch, 2014).

A pesar de que el duelo es una reacción normal y adaptativa, si la sintomatología es prevalente y persistente se puede cronificar, desarrollando un duelo complicado y la aparición de trastornos psicopatológicos (Ellis *et al.*, 2016; Hutti *et al.*, 2015 y Lisy *et al.*, 2016).

A lo largo de este trabajo también se ha estudiado la implicación de otras variables en la sintomatología del duelo por una pérdida perinatal.

Uno de los factores estudiados por su posible efecto sobre los síntomas psicológicos ha sido la edad gestacional. Los resultados de nuestro estudio

no muestran diferencias en la intensidad del duelo según el momento de la gestación en el que se produce la pérdida, confirmando los datos obtenidos por otros trabajos (Bennett *et al.*, 2008 y Kersting y Wagner, 2012). Los avances tecnológicos actuales (ecografías 4D, fotos de gran resolución...) permiten tener contacto con los fetos en fases muy tempranas de la gestación, facilitando la construcción del vínculo entre la madre y sus futuros hijos desde el inicio del embarazo (Jong-Pleij *et al.*, 2013 y Øyen y Aune, 2016), por lo que los sentimientos e identificaciones que facilitan el proceso de vinculación son los que se tendrán que reubicar en el proceso de duelo, y serán independientes del momento en que se produce la pérdida y para cada uno de los bebés que se pierdan.

Los estudios realizados con pérdidas perinatales donde fallece un gemelo señalan que la presencia de un gemelo superviviente no disminuye la intensidad del duelo de los padres (Richards *et al.*, 2015), incluso comparándolo con parejas que han perdido un hijo único (Kollantai, 2012 y Netzer y Arad, 1999). El gemelo superviviente no podrá nunca sustituir al fallecido. El fallecido es insustituible físicamente y en todas las atribuciones que la madre le proyectó durante el embarazo, a pesar de que son atribuciones que quedaron en su imaginario y que no pudieron ser corroboradas en lo real (Braier *et al.*, 2003).

Los escasos estudios actuales que contemplan esta situación vital devastadora para las mujeres y sus familias, detallan los sentimientos ambivalentes y contradictorios en los que se encuentran inmersas y que responden a movimientos psíquicos enormemente intensos que se producen de forma simultánea (Bitouze *et al.*, 2004). Las madres, por un lado, tienen que tramitar la pérdida de uno de sus hijos, y simultáneamente, continuar con la construcción del vínculo con su otro hijo superviviente.

La madre se encuentra en un estado de conflictividad psíquica muy compleja, ¿cómo elaborar dos situaciones tan dispares de dos personas engendradas y que estaban creciendo juntas...?. El desconocimiento de los procesos psíquicos que se ponen en funcionamiento puede producir

además desconcierto y confusión, tanto a la madre como a los profesionales y familiares. ¿Cómo se puede estar contento e ilusionado por un hijo que se verá crecer, si al mismo tiempo, se está triste y desolado por el gemelo al que se tiene que despedir? La comprensión de esta conflictividad y la posibilidad de acompañarla ayudará tanto al proceso de duelo como al proceso de vinculación. Procesos ambos que se deben desplegar simultáneamente, de manera que ninguno prevalezca. A pesar de todo, las madres siempre serán madres de gemelos y sentirán la añoranza por el gemelo al que no tuvieron oportunidad de conocer vivo y a quién no verán crecer (Sloan *et al.*, 2008).

Cabe destacar que la pérdida perinatal como evento estresante y traumático no impacta de la misma manera en todas las mujeres. Las características previas de salud mental y personalidad de la madre se identificaron como factores de vulnerabilidad con respecto a los problemas psicológicos después de la pérdida de un feto. Kersting y Wagner (2012) destacaron que los rasgos de la personalidad y una historia de dificultades psicológicas (Badenhorst y Hugges, 2007 y Söderquist, Wijma B, Thorbert y Wijma K, 2009) podían predecir una intensa reacción de duelo después de este tipo de pérdida. Siguiendo estos resultados, los hallazgos del presente estudio muestran que las mujeres que tenían antecedentes de haber recibido atención terapéutica (psicológica y/o psicofarmacológica), fueron las que presentaron mayor malestar y vulnerabilidad psicológica ante la pérdida perinatal. Estos resultados concuerdan con el estudio de Lok y Neugebauer (2007), que describen que una historia de enfermedad psicológica deja a la mujer en una situación de mayor vulnerabilidad para la morbilidad psiquiátrica recurrente.

La literatura científica muestra resultados inconsistentes sobre la influencia de otras variables clínicas como los antecedentes de pérdidas perinatales o variables sociodemográficas, como es la presencia de hijos vivos, la edad o el nivel de estudios. Los resultados de nuestro estudio corroboran los obtenidos por otros trabajos (Bennett *et al.*, 2008; Hutti y otros, 2017; McSpedden *et al.*, 2017 y Swanson *et al.*, 2002, 2009), no

encontrándose ninguna relación significativa entre la intensidad del duelo y las variables mencionadas.

En esta tesis también se investigó la relación de los rituales de despedida en el proceso de duelo. Pocas madres realizaron rituales de despedida como un funeral, o vieron o sostuvieron al bebé fallecido. Como se ha señalado anteriormente, ante la pérdida perinatal en embarazos gemelares, cuando sobrevive uno de los gemelos, la necesidad de vinculación hacia al hijo superviviente, junto con la conmoción por lo sucedido, puede llevar a la utilización de mecanismos de evitación y negación de los sentimientos dolorosos. Éstos pueden repercutir en las decisiones que las madres toman entorno a los rituales de despedida y pueden dificultar la aceptación y búsqueda de ayuda psicológica.

Muchas de las madres en nuestro estudio informaron que no se les había dado la oportunidad de realizar ciertos rituales, como ver o sostener al bebé fallecido. Aunque el equipo de profesionales de la salud siguió el protocolo habitual con las mujeres de nuestra muestra (es decir, informándoles sobre las diferentes opciones disponibles y apoyándolas para facilitar el proceso de duelo), el impacto emocional de perder un hijo pudo dificultar que algunas madres procesaran completamente la información que recibieron. Integrar y elaborar este tipo de información requiere tiempo, pudiendo surgir sentimientos confusos y contradictorios que no les permita recordar exactamente la información detallada cuando se les pregunta, o plantearse según que tipo de decisión (Inati *et al.*, 2018).

El proceso de duelo perinatal puede entenderse como un proceso de reconstrucción del significado. Las representaciones mentales internas del hijo fallecido y de la familia se deben transformar para adaptarse a otra realidad. Se tienen que crear nuevos significados y nuevas historias familiares que permitan a las mujeres continuar en un mundo que cambia para siempre. Los rituales de despedida (ver, sostener, nombrar y realizar un funeral de despedida ya sea religioso o simbólico) y la creación de recuerdos (fotografía, huella de los pies/manos, mechón de pelo, ecografías, ropa,

etc.) pueden facilitar este proceso de transformación para algunas mujeres. Como ya se ha señalado, se debe tener en cuenta el estado emocional de la madre para que pueda comprender las opciones que tiene, y pueda integrar la información para que pueda tomar la decisión que considere más adecuada para ella y su familia. La intervención de los profesionales de la salud debería centrarse en ofrecer un apoyo adecuado a las mujeres que sea coherente con su estado emocional, brindándolas información de tal manera que puedan incorporarla, y apoyándolas con cualquier decisión que deseen tomar para despedir a su hijo.

A pesar de que en la literatura científica existe un amplio consenso sobre la asociación entre la disponibilidad de apoyo social y/o familiar y la capacidad de procesar efectivamente el duelo (Burden *et al.*, 2016; Kersting y Wagner, 2012; Lobb *et al.*, 2010 y Maguire *et al.*, 2015), en el presente estudio no fue un factor que influyó en la intensidad del duelo en las mujeres. Aunque la mayoría de las dolientes manifestaron que se sentían apoyadas por la familia y su entorno social, no puede suponerse que este apoyo fuera suficiente o efectivo para disminuir el malestar psicológico y ayudarlas a sobrellevar la pérdida. Como ya se señaló, la experiencia del duelo perinatal suele descartarse, ignorarse o minimizarse; no se expresa públicamente ni se reconoce socialmente (Heazell *et al.*, 2016 y Pastor, 2016). Por ejemplo, cuando un feto en una GGM sobrevive, se puede asumir falsamente que la salud mental y emocional de la madre se verá menos afectada que si ninguno de los dos sobreviviera. A medida que la atención se centra en el bienestar del gemelo superviviente, el gemelo fallecido puede olvidarse fácilmente dentro de la familia y el contexto social de la madre, y los amigos y parientes pueden tratar el embarazo, y al niño después del nacimiento, como si fuera una gestación única desde el inicio. Esta falta de reconocimiento de la pérdida hace que las madres no puedan manifestar abiertamente sus sentimientos, se sientan presionadas socialmente a olvidar, a continuar adelante y a tratar de quedarse embarazadas de nuevo (Burden *et al.*, 2016 y Cacciatore, 2013), dificultando o bloqueando la elaboración del duelo y el desarrollo de un apego seguro con el recién

nacido superviviente (McGrath *et al.*, 2011 y Richards *et al.*, 2015). Por ello, para que el apoyo familiar y social tenga un papel clave durante el proceso de duelo, debe haber una validación de las emociones y un reconocimiento social de la pérdida (Burden *et al.*, 2016).

En este contexto, toma especial relevancia el apoyo que pueden proporcionar los profesionales de la salud a las madres dolientes a lo largo de este proceso y especialmente tras la pérdida perinatal, pudiéndose convertir en figuras de apoyo imprescindibles en las primeras fases del duelo.

Actualmente, uno de los temas de más relevancia es qué debe hacer el personal médico cuando se enfrenta a una pérdida perinatal. Las guías de actuación pueden orientar la práctica clínica, pero en ningún momento deben sustituir la relación y la subjetividad de cada familia. Por ello, cada caso debe de tratarse con la mayor individualidad posible, teniendo en cuenta todas las variables que puedan influir. Por lo tanto, el aprendizaje de los profesionales para desenvolverse en estas situaciones tiene que ver con saber estar, escuchar y comprender la pena de sus pacientes, validando la pérdida y facilitando de esta manera la expresión emocional (Callister, 2006; Capitulo, 2005; Generalitat de Catalunya, 2016 y Peters *et al.*, 2016). Sin embargo, hay que ser conscientes de que la intervención hospitalaria es muy limitada, y que en la mayoría de los casos solo da un tiempo para prestar unos «primeros auxilios psicológicos», que no eliminan el dolor de la pérdida, pero sí facilitan el comienzo del proceso de duelo. En una revisión realizada por Donovan, Wakefield, Russell y Cohn (2015) sobre los servicios hospitalarios de apoyo en el duelo, los autores encontraron una disminución en el sentimiento de aislamiento y un mejor afrontamiento y crecimiento personal en los miembros de la familia que describieron sentirse atendidos y apoyados por el personal sanitario. Por otra parte, hallaron que los servicios de atención en el duelo tenían más efecto para las madres que experimentaban un duelo más complejo.

Por todo ello, se deberían tener en cuenta las necesidades específicas de esta población, tanto en el momento de la muerte del feto como a lo largo

de todo el proceso de duelo. Y si se produce el fallecimiento de un bebé y la supervivencia del otro, se debería acompañar a la madre en este proceso único, complejo y de alta intensidad emocional, para que ésta pueda realizar su proceso de duelo y, después del nacimiento del niño superviviente, pueda desarrollar su función materna adecuadamente. El equipo hospitalario debería gestionar que tras el alta de la madre tenga unos cuidados físicos y emocionales que den continuidad a los iniciados durante el ingreso para poder asimilar progresivamente lo vivido y seguir adelante con su vida (López, 2011).

La principal limitación de nuestro estudio fue el pequeño tamaño de la muestra, consecuencia de la baja prevalencia del fenómeno considerado. Esta limitación se comparte con otros trabajos en los que los investigadores estudiaron la muerte fetal causada por complicaciones durante el embarazo, ya sean únicas o múltiples, todas las cuales informaron de tamaños de muestra similares a los nuestros (Benute *et al.*, 2013; Côte-Arsenault y Denney-Koelsch, 2016 y Richards *et al.*, 2015). Otra limitación fue el gran porcentaje de mujeres elegibles que se negaron a participar. Aunque no fue posible investigar todas las características que podrían distinguir a este grupo de mujeres de las que incluimos, verificamos que no hubo diferencias entre los dos grupos en términos de edad, tipo de complicación experimentada durante el embarazo o el número de pérdidas fetales. También reconocemos que la naturaleza transversal y retrospectiva del estudio, nos impide hacer inferencias causales sobre el proceso de duelo. Resulta necesario plantear análisis prospectivos para conocer mejor el papel de las variables intervinientes; estableciendo pautas de intervención claras que faciliten la prevención de un duelo con complicaciones. De momento, es fundamental el seguimiento de todas las mujeres que han sufrido una pérdida perinatal. En el futuro, los investigadores deberían tratar de reclutar muestras más grandes y lograr una mayor tasa de participación para examinar más a fondo los factores de protección y de riesgo asociados con el duelo complicado y la aparición de dificultades psicológicas en esta población. Por otra parte, también sería interesante conocer el impacto de

estas pérdidas y los factores intervinientes en el proceso de duelo de los padres y familiares más allegados.

De la principal limitación se deriva la mayor fortaleza de esta tesis. El reclutamiento de la muestra fue costoso y la participación menor de lo esperado, pero es una consecuencia de lo valiosa que ha sido cada una de las respuestas de estas mujeres. Se ha estudiado un fenómeno de baja prevalencia pero que conlleva mucho sufrimiento a las madres que tienen que vivirlo. Con estos artículos se pretende dar visibilidad a un proceso que durante muchos años ha sido socialmente silenciado e invisible y a unas madres expuestas a una conflictividad única, de gran impacto emocional y de difícil reconocimiento. Se destaca la paradoja existente entre el sufrimiento que padecen las mujeres por el fallecimiento de un hijo, y al mismo tiempo, el tener que seguir vinculándose y cuidar a su otro hijo fruto de la misma gestación y que es idéntico al gemelo que ha muerto. Las implicaciones que este hecho conlleva pueden ser cruciales en el tipo de vinculación madre-hijo, el neurodesarrollo del bebé superviviente y la salud mental de la madre.

5. CONCLUSIONES

La pérdida perinatal constituye un fenómeno complejo que progresivamente va teniendo más relevancia y visibilidad por su impacto emocional y las implicaciones psicosociales que tiene en las personas afectadas y en su entorno.

Los estudios presentados en esta tesis proporcionan nuevos conocimientos sobre la pérdida perinatal. Las principales conclusiones de este trabajo son las siguientes:

- Cuando se produce la pérdida de un hijo en un embarazo gemelar monocorial, la supervivencia del otro gemelo no disminuye la intensidad del proceso de duelo.
- La comorbilidad psiquiátrica del duelo es común en las pérdidas perinatales acontecidas en las gestaciones gemelares monocoriales con complicaciones. La mayoría de las mujeres dolientes padecían otros síntomas psicológicos, además de la sintomatología propia del duelo.
- Al examinar la influencia de ciertos factores clínicos y sociodemográficos en el proceso de duelo de las mujeres que sufrieron este tipo de pérdidas, se observó que la intensidad del duelo no depende del número de las semanas de gestación en el momento del fallecimiento del feto/s ni de haber sufrido anteriormente pérdidas gestacionales. Como tampoco de la ausencia de apoyo familiar y social, tener hijos previos ni otras variables sociodemográficas.
- Las mujeres que en algún momento de su vida han necesitado un tratamiento psicológico y/o psicofarmacológico se muestran más vulnerables a padecer una reacción de duelo más intensa tras

experimentar una pérdida perinatal, más sintomatología ansiosa y mayores niveles de estrés post-traumático.

- La intensidad de duelo no se relaciona con la ausencia de la realización de los rituales de despedida, ni con no haberse entrevistado con una terapeuta tras la pérdida.

Los resultados de este estudio confirman la complejidad de la pérdida perinatal en el contexto de un embarazo gemelar monocorial. Las mujeres que experimentan un dolor intenso relacionado con este tipo de pérdidas corren el riesgo de desarrollar duelos complicados y trastornos psicológicos concomitantes. Este trabajo sugiere que el impacto psicológico de este tipo de pérdidas es considerable, sin encontrar variables clínicas o sociodemográficas significativas, moduladoras del proceso de duelo. Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar las necesidades específicas de este grupo de mujeres que se enfrentan a experiencias emocionales únicas, complejas y altamente intensas, ofreciéndoles la ayuda necesaria para superar su dolor.

6. IMPLICACIONES DE LA TESIS

Los intentos de proporcionar una mejor atención integral a todas las mujeres afectadas por una pérdida perinatal, apoyados por los resultados de algunos estudios, se han podido reflejar en nuestro entorno a partir de 2015 con varias iniciativas. Por una parte, se han organizado grupos de duelo dirigidos a madres y familiares dolientes, ofreciéndoles un espacio para compartir su experiencia y acompañarlos en la elaboración del duelo. Y por otra, en el año 2016, la Generalitat de Catalunya desarrolló una Guía de Acompañamiento al Duelo Perinatal, a partir de un trabajo coordinado por los diferentes servicios de ginecología, obstetricia y neonatología de los hospitales, realizada con la ayuda de madres y padres en duelo. Esta guía pretende proporcionar toda la información detallada y por escrito a las mujeres que tienen que afrontar un duelo tan doloroso y complejo como es la pérdida de un hijo antes de conocerlo. La guía facilita información sobre el duelo, estrategias de afrontamiento, recursos de ayuda e información sobre los trámites a realizar ante la pérdida.

Pero estas estrategias de ayuda no contemplan la realidad que afrontan las mujeres ante una pérdida perinatal por un embarazo gemelar monocorial, como se ha ido desarrollando a lo largo de este estudio. A diferencia de otras gestaciones, estas mujeres afrontan una situación paradójica, es decir, deben tramitar un proceso de duelo por la pérdida de un hijo, y al mismo tiempo, seguir vinculándose al bebé superviviente durante la gestación y tras el nacimiento.

Los resultados de este estudio ponen de relieve que todavía se debe avanzar más en el reconocimiento de la pérdida perinatal, adquiriendo un estatus similar a la muerte de un niño o adulto. Por otra parte, los resultados

obtenidos sugieren que aún existen muchos aspectos del duelo perinatal que necesitan más investigación. Hecho que se pone de mayor relevancia cuando se habla de la pérdida perinatal en embarazos gemelares monocoriales. Al mismo tiempo, la investigación en este campo nos permitiría desarrollar estrategias de intervención más adecuadas para este tipo de población.

En esta dirección, se está trabajando en un tercer artículo titulado: *Perinatal loss and maternal satisfaction with healthcare in monochorionic twin pregnancy*. La complejidad de este tipo de embarazos, los riesgos que supone y las múltiples complicaciones que pueden surgir, junto al papel del profesional de la salud como figura de apoyo, implican que la atención recibida durante todo el proceso tiene un papel fundamental en el bienestar de las madres. Además, el análisis de la satisfacción global de las pacientes con la asistencia recibida por parte de los servicios de salud es reconocido como un instrumento útil para la valoración de los resultados del proceso asistencial y la calidad percibida (Britton, 2006), siendo un aspecto muy poco estudiado en la pérdida perinatal (Basile & Thorsteinsson, 2015). Por todo ello, es fundamental conocer el grado de satisfacción de estas madres con la asistencia recibida, y estudiar qué variables están relacionadas con una mayor satisfacción.

En este tercer estudio se comparó a una muestra de madres que no habían sufrido ninguna pérdida, con la muestra de mujeres que sí habían sufrido una o dos pérdidas por las complicaciones de la gestación gemelar monocorial. Los resultados preliminares muestran que la muestra en su conjunto reporta niveles elevados de satisfacción con la atención recibida, siendo significativamente más elevada en el subgrupo que no había sufrido ninguna pérdida perinatal. Concretamente, la satisfacción con el equipo médico no depende del resultado de la gestación, mientras que el grado de satisfacción relacionada con la atención indirecta es inferior en las mujeres con pérdida fetal.

En definitiva, el estudio del duelo perinatal en el campo de los embarazos gemelares monocoriales, los factores intervinientes y el papel de los rituales de despedida han permitido ampliar el conocimiento en esta temática, pero aún sería necesaria más investigación.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Akkermans, J., Peeters, S.H., Klumper, F.J., Middeldorp, J.M., Lopriore, E., y Oepkes, D. (2015). Is the sequential laser technique for twin-to-twin transfusion syndrome truly superior in the standard selective technique? A meta-analysis. *Fetal Diagnosis & Therapy*, 37(4), 251–258. doi: 10.1159/000365212
2. APA (American Psychiatric Association) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA, US: American Psychiatric Association.
3. Asplin, N., Wessel, H., Marions, L., y Georgsson Öhman, S. (2014). Pregnancy termination due to fetal anomaly: women's reactions, satisfaction and experiences of care. *Midwifery*, 30(6), 620-627. doi: 10.1016/j.midw.2013.10.013
4. Avelin, P., Rådestad, I., Säflund, K., Wredling, R., y Erlandsson, K. (2013). Parental grief and relationships after the loss of a stillborn baby. *Midwifery*, 29(6), 668-673. doi: 10.1016/j.midw.2012.06.007
5. Badenhorst, W., y Hughes, P. (2007). Psychological aspects of perinatal loss. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 249–259. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.11.004>
6. Badenhorst, W., Riches, S., Turton, P., y Hughes, P. (2007). Perinatal death and fathers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(4), 193. doi: 10.1080/01674820701535340

7. Baena-Antequera, F., y Jurado-García, E. (2015). The women at the termination of pregnancy for fetal anomalies: clinical case. *Enfermería Clínica*, 25(5), 276-281. doi: 10.1016/j.enfcli.2015.07.003
8. Barreto, P., de la Torre, O., y Pérez-Marín, M. (2010). Detección del duelo complicado. *Psicooncología*, 9(2-3), 355-368. doi: 10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40902
9. Barreto, P., y Soler, M.C. (2007). *Muerte y duelo*. Madrid, España: Síntesis.
10. Basile, M.L., & Thorsteinsson, E.B. (2015). Parents' evaluation of support in Australian hospitals following stillbirth. *PeerJ*, 3, e1049. doi: 10.7717/peerj.1049
11. Beauquier-Maccotta, B., Chalouhi, G.E., Picquet, A.L., Carrier, A., Bussièrès, L., Golse, B., y Ville, Y. (2016). Impact of mono-chorionicity and twin to twin transfusion syndrome on prenatal attachment, post traumatic stress disorder, anxiety and depressive symptoms. *PLoS One*, 11(1), e0145649. doi: 10.1371/journal.pone.0145649
12. Bennett, J., Dutcher, J., y Snyders, M. (2011). Embrace: addressing anticipatory grief and bereavement in the perinatal population: a palliative care case study. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 25(1), 72-76. doi: 10.1097/JPN.0b013e318208cb8e
13. Bennett, S.M., Ehrenreich-May, J., Litz, B.T., Boisseau, C.L., y Barlow, D.H. (2012). Development and preliminary evaluation of a cognitive-behavioral intervention for perinatal grief. *Cognitive & Behavioral Practice*, 19(1), 161-173. [https://doi.org/ 10.1016/j.cbpra.2011.01.002](https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.002)

14. Bennett, S.M., Litz, B.T., Maguen, S., y Ehrenreich, J.T. (2008). An exploratory study of the psychological impact and clinical care of perinatal loss. *Journal of Loss & Trauma*, 13(6), 485-510. doi: 10.1080/15325020802171268
15. Benute, G.R., Nozzella, D.C., Prohaska, C., Liao, A., de Lucia, M.C., y Zugaib, M. (2013). Twin pregnancies: evaluation of major depression, stress, and social support. *Twin Research & Human Genetics*, 16(2), 629-633. doi: 10.1017/thg.2012.153
16. Bitouze, V., Vaast, P., Houfflin-Debarge, V., y Puech F. (2004). La mort périnatale d'un enfant jumeau: vivre entre perte et attachement. *Archives de Pédiatrie*, 11, 661-662. doi: 10.1016/j.arcped.2004.03.043
17. Blood, C., y Cacciatore, J. (2014). Parental grief and memento mori photography: narrative, meaning, culture, and context. *Death Studies*, 38(1-5), 224-233. doi: 10.1080/07481187.2013.788584
18. Boelen, P.A., y Van den Bout, J. (2008). Complicated grief and uncomplicated grief are distinguishable constructs. *Psychiatry Research*, 157(1-3), 311-314. doi: 10.1016/j.psychres.2007.05.013
19. Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
20. Bonanno, G.A. (2010). *The other side of sadness: what the new science of 129 bereavement tell us about life after loss*. New York, US: Basic Books.

21. Bonanno, G.A., y Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 705-734. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(00\)00062-3](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(00)00062-3)
22. Bowlby, J. (1980). *Loss: Sadness and depression*. Vol.3. New York, US: Basic Books.
23. Braier, E., Blinder, C., Kancyper, L., Kijak, M., Maldavsky, D., Salzberg, B.,... y Beceiro, A.M. (2003). *Gemelos. Narcisismo y dobles*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
24. Britton, J.R. (2006). Global satisfaction with perinatal hospital care: stability and relationship to anxiety, depression, and stressful medical events. *American Journal of Medical Quality*, 21(3), 200-205. doi: 10.1177/1062860606287191
25. Bryan, E.M. (2002). Loss in higher múltiple pregnancy and multifetal pregnancy reduction. *Twin Research & Human Genetics*, 5(3), 169-174.
26. Burden, C., Bradley, S., Storey, C., Ellis, A., Heazell, A.E.P., Downe, S.,... y Siassakos, D. (2016). From grief, guilt pain and stigma to hope and pride - a systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 16, 9. doi: 10.1186/s12884-016-0800-8
27. Cacciatore, J. (2010). The unique experiences of women and their families after the death of a baby. *Social Work in Health Care*, 49(2), 134-148. doi: 10.1080/00981380903158078
28. Cacciatore, J. (2013). Psychological effects of stillbirth. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 18(2), 76-82. doi: 10.1016/j.siny.2012.09.001
29. Callister, L.C. (2006). Perinatal loss: a family perspective. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 20(3), 227-234.
30. Capitulo, K.L. (2005). Evidence for healing interventions with perinatal bereavement. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, 30(6), 389-396.
31. Carreras, E., Arévalo, S., Bello-Muñoz, J.C., Goya, M., Rodó, C., Sánchez-Duran, M.A., y Cabero, L. (2012). Arabin cervical pessary to prevent preterm birth in severe twin-to-twin transfusion syndrome treated by laser surgery. *Prenatal Diagnosis*, 32(12), 1181-1185. doi: 10.1002/pd.3982
32. Chaurand, A. (2015). *Historia de pérdidas, depresión y duelo complicado. Una perspectiva desde los constructos personales* (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona, España.
33. Clossick, E. (2016). The impact of perinatal loss on parents and the family. *Journal of Family Health*, 26(3), 11-15.
34. Côte-Arsenault, D., y Denney-Koelsch, E. (2016). «Have no regrets»: Parents' experiences and developmental tasks in pregnancy with a lethal fetal diagnosis. *Social Science & Medicine*, 154, 100-109. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.02.033
35. Cowchock, F.S., Ellestad, S.E., Meador, K.G., Koenig, H.G., Hooten, E.G., y Swamy, G.K. (2011). Religiosity is an important part of coping with grief in pregnancy after a traumatic second trimester loss. *Journal of Religion & Health*, 50(4), 901-910. doi: 10.1007/s10943-011-9528-y
36. DeBackere, K.J., Hill, P.D., y Kavanaugh, K.L. (2008). The parental experience of pregnancy after perinatal loss. *Journal of*

- Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37(5), 525-537. doi: 10.1111/j.1552-6909.2008.00275.x
37. Deutsch, H., y Jackson, E. (1937). Absence of grief. *The Psychoanalytic Quarterly*, 6(1), 12-22.
38. Ellis, A., Chebsey, C., Storey, C., Bradley, S., Jackson, S., Flenady, V., ... y Siassakos, D. (2016). Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 16(1), 16. doi: 10.1186/s12884-016-0806-2
39. 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. doi: 10.1016/j.midw.2012.01.007
40. Fenstermacher, K., y Hupcey, J.E. (2013). Perinatal bereavement: a principle-based concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 69(11), 2389-2400. doi: 10.1111/jan.12119
41. Flenady, V., King, J., Charles, A., Gardener, G., Ellwood, D., Day, K., ... y Khong, Y. (2009). *Clinical practice guideline for perinatal mortality*. The Perinatal Society of Australia and New Zealand (PSANZ). Perinatal Mortality Group PSANZ. Version 2.2. Brisbane: Australia. Recuperado de www.psanzpnmsig.org
42. Folkman, S. (2001). Revised coping theory and the process of the bereavement. En M.S. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe y H. Schut. (Eds.), *Handbook of bereavement research. Consequences, coping and care* (pp. 563-583). Washington, DC, US: American Psychological Association.
43. Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía*. *Obras Completas*. Tomo XIV. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
44. Freud, S. (1962). Carta a Binswanger. (de 12/4/1929). En E. Freud. (Org.), *Epistolario 1873-1939* (p. 431). Madrid, España: Biblioteca Nueva.
45. Generalitat de Catalunya (2016). *Guía de acompañamiento al duelo perinatal*. Dirección General de Planificación en Salud. Departament de Salut.
46. Goldenberg, R.L., Culhane, J.F., Iams, J.D., y Romero, R. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. *The Lancet*, 371(9606), 75-84. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60074-4
47. Granek, L. (2010). Grief as pathology: the evolution of grief theory in psychology from Freud to present. *History of Psychology*, 13(1), 46-73. doi: 10.1037/a0016991
48. Heazell, A.E.P., Siassakos, D., Blencowe, H., Burden, C., Bhutta, Z.A., Cacciatore, J., ... y Downe S. (2016). Stillbirths: economic and psychosocial consequences. *The Lancet*, 387, 604-616. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00836-3
49. Hennegan, J.M., Henderson, J., y Redshaw M. (2015). Contact with the baby following stillbirth and parental mental health and well-being: a systematic review. *BMJ Open*, 5(11), e008616. doi: 10.1136/bmjopen-2015-008616
50. Hensley, P.L. (2006). Treatment of bereavement-related depression and traumatic grief. *Journal of Affective Disorders*, 92(1), 117-124. doi: 10.1016/j.jad.2005.12.041

51. Horowitz, M.J., Bonanno, G.A., y Holen, A. (1993). A pathological grief: diagnosis and explanation. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 260-273.
52. Horowitz, M.J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G.A., Milbrath, C., y Stinson, C.H. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorders. *American Journal of Psychiatry*, 154(7), 904-910.
53. Hughes, P., Turton, P., Hopper, E., y Evans, C.D.H. (2002). Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study. *The Lancet*, 360(9327), 114-118.
54. Hutti, M.H., Armstrong, D.S., Myers, J.A., y Hall, L.A. (2015). Grief intensity, psychological well-being, and the intimate partner relationship in the subsequent pregnancy after a perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 44(1), 42-50. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12539>
55. Hutti, M.H., Myers, J., Hall, L.A., Polivka, B.J., White, S., Hill, J., ... y Grisanti, M.M. (2017). Predicting grief intensity after recent perinatal loss. *Journal of Psychosomatic Research*, 101, 128-134. doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.07.016
56. Inati, V., Matic, M., Phillips, C., Maconachie, N., Vanderhook, F., y Kent, A.L. (2018). A survey of the experiences of families with bereavement support services following a perinatal loss. *The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 58(1), 54-63. doi: 10.1111/ajo.12661
57. Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: towards a new psychology of trauma*. New York, US: The Free Press.
58. Jong-Pleij, E.A.P., Ribbert, L.S.M., Pistorius, L.R., Tromp, E., Mulder, E.J.H., y Bilardo, C.M. (2013). Three-dimensional ultrasound and maternal bonding, a third trimester study and a review. *Prenatal Diagnosis*, 33(1), 81-88. doi: 10.1002/pd.4013
59. Keese, N.J., Currier, J.M., y Neimeyer, R.A. (2008). Predictors of grief following the death of one's child: the contribution of finding meaning. *Journal of Clinical Psychology*, 64(10), 1145-1163. doi: 10.1002/jclp.20502
60. Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., y Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, 131(1-3), 339-343. doi: 10.1016/j.jad.2010.11.032
61. Kersting, A., Kroker, K., Horstmann, J., Ohrmann, P., Baune, B.T., Arolt, V., y Suslow, T. (2009). Complicated grief in patients with unipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, 118(1-3), 201-204. doi: 10.1016/j.jad.2009.01.033
62. Kersting, A., y Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in Clinical Neurosciences*, 14(2), 187-194.
63. Kingdon, C., O'Donnell, E., Givens, J., y Turner, M. (2015). The role of healthcare professionals in encouraging parents to see and hold their stillborn baby: a meta-synthesis of qualitative studies. *PLoS One*, 10(7), e0130059. doi: 10.1371/journal.pone.0130059
64. Kollantai, J.A. (2012). Loss and grief in twin pregnancy and birth. *International Journal of Childbirth Education*, 27(2), 39-43.
65. Korenromp, M.J., Christiaens, G.C.M.L., Van den Bout, J., Mulder, E.J.H., Hunfeld, J.A.M., Bilardo, C.M., ... y Visser, G.H.A. (2005).

- Long-term psychological consequences of pregnancy termination for fetal abnormality: a cross-sectional study. *Prenatal Diagnosis*, 25(3), 253-260. doi: 10.1002/pd.1127
66. Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York, US: Mac-Millan Publications.
67. Lacasta, M.A., y Soler, M.C. (2004). El duelo: prevención y tratamiento del duelo patológico. Cuidados después de la muerte. En C. Camps, J. Carrulla, A. Casas, M. González Barón, J. Sanz y V. Valentín. (Eds.), *Manual SEOM de Cuidados Continuos* (pp. 713-730). Madrid, España: Dispublic, SL.
68. Lasker, J.N., y Toedter, L.J. (1991). Acute versus chronic grief: the case of pregnancy loss. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 61(4), 510-522. doi: 10.1037/h0079288.
69. Lazarus, R., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York, US: Springer Publishing Company.
70. Lindemann, E. (1994). Symptomatology and management of acute grief. *The American Journal of Psychiatry*, 151(6, Suppl.), 155-160.
71. Lisy, K., Peters, M.D., Riitano, D., Jordan, Z., y Aromataris, E. (2016). Provision of meaningful care at diagnosis, birth, and after stillbirth: a qualitative synthesis of parents' experiences. *Birth*, 43(1), 6-19. doi: 10.1111/birt.12217
72. Lobb, E.A., Kristjanson, L.J., Aoun, S.M., Monterosso, L., Halkett, G.K., y Davies, A. (2010). Predictors of complicated grief: a systematic review of empirical studies. *Death Studies*, 34(8), 678-698. doi: 10.1080/07481187.2010.496686
73. Lok I.H., y Neugebauer, R. (2007). Psychological morbidity following miscarriage. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 229-247. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2006.11.007
74. López, A.P. (2011). Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(109), 53-70.
75. Maccallum, F., y Bryant, R.A. (2018). Symptoms of prolonged grief and posttraumatic stress following loss: a latent class analysis. *The Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 4867418768429. doi: 10.1177/0004867418768429
76. Maguire, M., Light, A., Kuppermann, M., Dalton, V.K., Steinauer, J.E., y Kerns, J.L. (2015). Grief after second-trimester termination for fetal anomaly: a qualitative study. *Contraception*, 91(3), 234-239. doi: 10.1016/j.contraception.2014.11.015
77. Marques, L., Bui, E., LeBlanc, N., Porter, E., Robinaugh, D., Dryman, M.T., ... y Simon, N. (2013). Complicated grief symptoms in anxiety disorders: prevalence and associated impairment. *Depression & Anxiety*, 30(12), 1211-1216. doi: 10.1002/da.22093
78. McCarthy, F.P., Moss-Morris, R., Khashan, A.S., North, R.A., Baker, P.N., Dekker, G., ... y O'Donoghue, K. (2015). Previous pregnancy loss has an adverse impact on distress and behavior in subsequent pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122(13), 1757-1764. doi: 10.1111/1471-0528.13233
79. McGrath, J.M., Butt, M.L., y Samra, H. (2011). Supporting parents who lose a child of a multiple birth: a critical review of research in the neonatal intensive care unit. *Newborn & Infant*

- Nursing Reviews*, 11(4), 203-214. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2011.09.011>
80. McSpedden, M. (2014). *Perinatal grief: complicated or what? An analysis of the symptoms of perinatal grief in two samples of bereaved mothers in Australia* (Tesis doctoral). University of Sydney, Australia.
81. McSpedden, M., Mullan, B., Sharpe, L., Breen, L.J., y Lobb, E.A. (2017). The presence and predictors of complicated grief symptoms in perinatally bereaved mothers from a bereavement support organization. *Death Studies*, 41(2), 112-117. doi: 10.1080/07481187.2016.1210696
82. Meaney, S., Corcoran, P., Spillane, N., y O'Donoghue, K. (2017). Experience of miscarriage: an interpretative phenomenological analysis. *BMJ Open*, 7(3), e011382. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011382
83. Mills, T.A., Ricklesford, C., Cooke, A., Heazell, A.E.P., Whitworth, M., y Lavender, T. (2014). Parents' experiences and expectations of care in pregnancy after stillbirth or neonatal death: a metasynthesis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(8), 943-950. doi: 10.1111/1471-0528.12656
84. Neimeyer, R.A. (Ed.). (2001). *Meaning reconstruction and the experience of loss*. Washington, US: American Psychological Association.
85. Neimeyer, R.A. (2005). From death anxiety to meaning making at the end of life: recommendations for psychological assessment. *Clinical Psychology*, 12(3), 354-357. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpio36>
86. Neimeyer, R.A., Herrero, O., y Botella, L. (2006). Chaos to coherence: psychotherapeutic integration of traumatic loss. *Journal of Constructivist Psychology*, 19(2), 127-145. <https://doi.org/10.1080/10720530500508738>
87. Netzer, D., y Arad, I. (1999). Premature singleton versus a twin or triplet infant death: parental adjustment studied through a personal interview. *Twin Research*, 2(4), 258-263.
88. O'Connor, M.F. (2012). Immunological and neuroimaging biomarkers of complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 141-148.
89. Øyen, L., y Aune, I. (2016). Viewing the unborn child—Pregnant women's expectations, attitudes and experiences regarding fetal ultrasound examination. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 7, 8-13. doi: 10.1016/j.srhc.2015.10.003
90. Pace, J.C., y Mobley, T.S. (2016). Rituals at end-of-life. *The Nursing Clinics of North America*, 51(3), 471-487. doi: 10.1016/j.cnur.2016.05.004
91. Pargament, K.I. (1997). *Psychology of religion and coping. Theory, research and practice*. New York, US: The Guilford Press.
92. Parkes, C.M. (1998). Bereavement in adult life. *BMJ*, 316(7134), 856-859.
93. Parkes, C.M., y Weiss, R.S. (1983). *Recovery from bereavement*. New York, US: Basic Books.
94. Pastor, S.M. (2016). *Abordaje de la pérdida perinatal. Un enfoque desde la investigación acción participativa* (Tesis doctoral). Universidad de Alicante, España.

95. Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo: psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo relacional*. Barcelona, España: Paidós.
96. Pector, E.A. (2004). How bereaved multiple-birth parents cope with hospitalization, homecoming, disposition for deceased, and attachment to survivors. *Journal of Perinatology*, 24(11), 714-722. doi: 10.1038/sj.jp.7211170
97. Pector, E.A., y Smith-Levitin, M. (2002). Mourning and psychological issues in multiple birth loss. *Seminars in Neonatology*, 7(3), 247-256. <https://doi.org/10.1053/siny.2002.0112>
98. Peiró, J.L., Carreras, E., Guillén, G., Arévalo, S., Sánchez-Durán, M.A., Higuera, T., ... y Martínez-Ibáñez, V. (2009). Therapeutic Indications of fetoscopy: a 5-year institutional experience. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques. Tech A*, 19(2), 229-236. doi: 10.1089/lap.2007.0149
99. Pennebaker, J.W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8(3), 162-166.
100. Peters, M.D., Lisy, K., Riitano, D., Jordan, Z., y Aromataris, E. (2016). Providing meaningful care for families experiencing stillbirth: a meta-synthesis of qualitative evidence. *Journal of Perinatology*, 36(1), 3-9. doi: 10.1038/jp.2015.97
101. Prigerson, H.G., Horowitz, M.J., Jacobs, S.C., Parkes, C.M., Aslan, M., Goodkin, K., ... y Bonanno, G.A. (2009). Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, 6(8), e1000121. doi: 10.1371/journal.pmed.1000121
102. Quintero, R.A., Morales, W.J., Allen, M.H., Bornick, P.W., Johnson, P.K., y Kruger, M. (1999). Staging of twin-twin transfusion syndrome. *Journal of Perinatology*, 19(8), 550-555.
103. Rando, T.A. (1993). The increasing prevalence of complicated mourning: the onslaught is just beginning. *OMEGA- Journal of Death and Dying*, 26(1), 43-59. doi: 10.2190/7MDL-RJTF-NA2D-NPQF
104. Richards, J., Graham, R., Embleton, N.D., Campbell, C., y Rankin, J. (2015). Mothers' perspectives on the perinatal loss of a co-twin: a qualitative study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 15, 143. doi: 10.1186/s12884-015-0579-z
105. Roberts, L.R., Montgomery, S., Lee, J.W., y Anderson, B.A. (2012). Social and cultural factors associated with perinatal grief in Chhattisgarh, India. *Journal of Community Health*, 37(3), 572-582. doi: 10.1007/s10900-011-9485-0
106. Roitman, A., Armus, M., y Swarc, N. (2002). El duelo por la muerte de un hijo. *Aperturas Psicoanalíticas: Revista de Psicoanálisis*, 12, 5.
107. Roseblatt, P. (2001). A social constructionist perspective on cultural differences in grief. En M.S. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe y H. Schut. (Eds.), *Handbook of bereavement research. Consequences, coping and care* (pp. 285-300). Washington, DC, US: American Psychological Association.
108. Roseblatt, P.C., Walsh, R.P., y Jackson, D.A. (1976). *Grief and mourning in cross-cultural perspective*. New Haven, CT, US: HRAF Press.

109. Ruano, R., Rodó, C., Peiró, J.L., Shamshirsaz, A.A., Haeri, S., Nomura, M.L., ... y Belfort, M.A. (2013). Fetoscopic laser ablation of placental anastomoses in twin-twin transfusion syndrome using "Salomon technique". *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 42(4), 434-439. doi: 10.1002/uog.12492
110. Ryninks, K., Roberts-Collins, C., McKenzie-McHarg, K., y Horsch A. (2014). Mothers' experience of their contact with stillborn infant: an interpretative phenomenological analysis. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 14, 203. doi: 10.1186/1471-2393-14-203
111. Scheidt, C.E., Hasenburg, A., Kunze, M., Waller, E., Pfeifer, R., Zimmermann, P., ... y Waller, N. (2012). Are individual differences of attachment predicting bereavement outcome after perinatal loss? A prospective cohort study. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(5), 375-382. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.08.017
112. Scheidt, C.E., Waller, N., Wangler, J., Hasenburg, A., y Kersting, A. (2007). Mourning after perinatal death - prevalence symptoms and treatment - A review of the literature. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 57(1), 4-11. doi: 10.1055/s-2006-951906
113. Schultze-Florey, C.R., Martínez-Maza, O., Magpantay, L., Breen, E.C., Irwin, M.R., Gündel, H., y O'Connor, M.F. (2012). When grief makes you sick: bereavement induced systemic inflammation is a question of genotype. *Brain, Behavior, & Immunity*, 26(7), 1066-1071. doi: 10.1016/j.bbi.2012.06.009
114. Shah, S.N., y Meeks, S. (2012). Late-life bereavement and complicated grief: a proposed comprehensive framework. *Aging & Mental Health*, 16(1), 39-56. doi: 10.1080/13607863.2011.605054
115. Shear, K., y Shair, H. (2005). Attachment, loss, and complicated grief. *Developmental Psychobiology*, 47(3), 253-267. doi: 10.1002/dev.20091
116. Shear, M.K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., ... y Gorscak, B. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression & Anxiety*, 28(2), 103-117. doi: 10.1002/da.20780
117. Sloan, E.P., Kirsh, S., y Mowbray, M. (2008). Viewing the fetus following termination of pregnancy for fetal anomaly. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing: JOGNN*, 37(4), 395-404. doi: 10.1111/j.1552-6909.2008.00260.x
118. Söderquist, J., Wijma, B., Thorbert, G., y Wijma, K. (2009). et al. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(5), 672-680. doi: 10.1111/j.1471-0528.2008.02083.x
119. Stroebe, M.S., Hansson, R.O., Schut, H. y Stroebe, W. (2008). *Handbook of bereavement research and practice: advances in theory and intervention*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
120. Stroebe, M.S., Hansson, R.O., Stroebe W., y Schut H. (Eds.). (2001). *Handbook of bereavement research. Consequences, coping and care*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
121. Stroebe, M.S., y Schut, H. (2001). Models of coping with bereavement. En M.S. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe y H. Schut. (Eds.), *Handbook of bereavement research. Consequences,*

- coping and care* (pp. 375-404). Washington, DC, US: American Psychological Association.
122. Stroebe, M.S., Schut, H., y Van den Bout, J. (Eds.). (2013). *Complicated grief: scientific foundations for health care professionals*. New York, US: Routledge.
123. Swanson, P.B., Kane, R.T., Pearsall-Jones, J.G., Swanson, C.F., y Croft, M.L. (2009). How couples cope with the death of a twin or higher order multiple. *Twin Research & Human Genetics*, 12(4), 392-402. doi: 10.1375/twin.12.4.392
124. Swanson, P.B., Pearsall-Jones, J.G., y Hay, D.A. (2002). How mothers cope with the death of a twin or higher multiple. *Twin Research*, 5(3), 156-164.
125. Tedeschi, R.G., y Calhoun, L.G. (1995). *Trauma and transformation: growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA, US: Sage.
126. Vasilescu, C., Garel, M., y Caeymaex, L. (2013). Experience of parents after the loss of a newborn twin in the NICU: a qualitative study 3 years after the death. *Archives de Pédiatrie*, 20(4), 356-363. doi: 10.1016/j.arcped.2013.01.010
127. Velasco, M., Pérez, G., Benavides, J.A., López, R., y Hernández-Andrade, E. (2010). Evaluación y conducta clínica ante el embarazo gemelar monocorial complicado. *Perinatología y Reproducción Humana*, 24(4), 248-256.
128. Vohs, K.D., Aaker, J.L., y Catapano, R. (2019). It's not going to be that fun: negative experiences can add meaning to life. *Current Opinion in Psychology*, 26, 11-14. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2018.04.014>
129. Wilson, P.A., Boyle, F.M., y Ware, R.S. (2015). Holding a stillborn baby: the view from a specialist perinatal bereavement service. *The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 55(4), 337-343. doi: 10.1111/ajog.12327
130. Worden, J.W. (1991). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. New York, US: Springer.
131. Zisook, S., Iglewicz, A., Avanzino, J., Maglione, J., Glorioso, D., Zetumer, S., ... y Shear, M.K. (2014). Bereavement: course, consequences, and care. *Current Psychiatry Reports*, 16(10), 482. doi: 10.1007/s11920-014-0482-8

