

# PÉRDIDAS PERINATALES Y DUELO: UNA APROXIMACIÓN A LA GESTACIÓN GEMELAR MONOCORIAL

PERINATAL LOSS AND GRIEF: AN APPROACH TO MONOCHORIONIC TWIN PREGNACY

Mònica DRUGUET SERRA

1. Doctora en psicología. Psicoterapeuta acreditada por la FEAP. Psicóloga y miembro del Consell Rector de BAULA, Centre pel Desenvolupament i Atenció Precoç de l'Hospitalet, SCCL

## Resumen

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 en los primeros días de vida, adquiere unas connotaciones especiales. No solo implica la pérdida de la presencia física del futuro hijo, sino también una ruptura con su futuro imaginado, sus sueños y sus proyectos. Por ello, los duelos asociados a esta situación y estas pérdidas tienen unas características específicas, y son de elevada complejidad; concretamente, la pérdida perinatal en las gestaciones gemelares monocoriales representa un fenómeno de estrés emocional intenso, con importantes repercusiones en las dimensiones individual, social y familiar. En la mayoría de los casos, 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 extremadamente dificultoso.

Por lo tanto, cuando se produce una pérdida perinatal, ya sea en una gestación única como una gestación gemelar, se deberían tener en cuenta las necesidades específicas de las madres, tanto en el momento de la muerte del feto como a lo largo de todo el proceso de duelo.

**Palabras clave:** *pérdida perinatal, duelo perinatal, gestación gemelar monocorial, profesionales de la salud.*

## Summary

The death of a child is one of the most psychologically shocking and traumatic experiences in a woman's life.

When the loss occurs during the gestational stage, or the first days of life, it acquires special connotations. It not only implies the loss of the physical presence of the future child, but also a break with his imagined future, his dreams and his projects. Therefore, duels associated with this situation and these losses, have specific characteristics, and are highly complex; specifically, the perinatal loss in monochorionic twin gestations represents a phenomenon of intense emotional stress, with important repercussions on the individual, social and family dimensions. In most cases, combining the loss of a deceased child, with the continuity of the gestation process, and after delivery, with the care of a surviving baby, is extremely difficult.

Therefore, when a perinatal loss occurs, whether in a single gestation or a twin gestation, the specific needs of the mothers should be taken into account, both at the time of the death of the fetus and throughout the entire grieving process.

**Key words:** *Perinatal loss, perinatal grief, monochorionic twin pregnancy, healthcare professionals.*

## Introducción

Para una madre, el fallecimiento de un hijo es una de las experiencias psicológicamente más impactantes y traumáticas que puede vivir a lo largo de su vida.

Cuando la pérdida se produce durante la etapa gestacional o en 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 (Côte-Arsenault y Denney-Koelsch, 2011).

El proceso de duelo para elaborar la pérdida perinatal engloba el proceso de dolor por el que pasan una madre y toda la familia, tras la muerte de un niño antes de su nacimiento o a los pocos días de este.

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). 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 una gestación gemelar monocorial (McGrath, Butt y Samra, 2011).

La gestación gemelar monocorial (GGM) representa el 20-25% de todos los embarazos gemelares. La GGM es un embarazo de gemelos idénticos que comparten placenta y la mayoría presentará comunicaciones intravasculares placentarias que conectan las circulaciones sanguíneas de ambos gemelos (anastomosis vasculares). Concretamente, las anastomosis vasculares pueden provocar complicaciones particulares y severas, como es el síndrome de transfusión feto-fetal (STFF), que puede provocar la muerte de uno o ambos fetos si no se trata. Estas complicaciones afectan a uno de cada cinco embarazos monocoriales. Para el STFF, la cirugía intrauterina puede permitir la supervivencia de al menos uno de los dos fetos en el 80-90% de los casos, y de los dos fetos entre el 50 y el 75% (Akkermans et al., 2014; Carreras et al., 2012; Ruano et al., 2013).

La pérdida perinatal en la GGM supone una situación con unas características particulares que la hacen única. La supervivencia de uno de los bebés, 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 por parte de la madre.

En definitiva, ante la pérdida perinatal, el duelo, junto a la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, es una respuesta normal y adaptativa. 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 crónico (Barreto y Soler, 2007; Kersting, Brähler, Glaesmer y Wagner, 2011; Lacasta y Soler, 2004, y Roitman, Armus y Swarc, 2002). Esto hace indispensable profundizar en el conocimiento del impacto de este tipo de pérdidas y en los factores que pueden intervenir en la elaboración del duelo, ya sea de gestaciones únicas como de gestaciones gemelares.

## Impacto emocional en la pérdida perinatal y en el proceso de duelo

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 en un cúmulo de emociones ligadas a lo que el embarazo y el futuro hijo representan para cada mujer.

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 sustituir simbó-

licamente 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 solo será posible después de aceptar que el que se ha perdido es insustituible (Freud, 1962).

La pérdida perinatal supone un tipo de duelo especial con características específicas. No solo 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 (Barreto y Soler, 2007; Kersting et al., 2011; Lacasta y Soler, 2004, y Roitman et al., 2002).

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 en 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 difi-

culta 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).

### Aspectos diferenciales del duelo perinatal en la gestación gemelar monocorial

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.

Tras la cirugía intrauterina para tratar las complicaciones de la GGM, se puede producir la muerte de los dos fetos o la de uno de ellos con la continuidad del embarazo por el otro bebé. Combinar la pérdida de un bebé fallecido con la continuidad del proceso de gestación y, después del parto, con el cuidado de un hijo superviviente, es muy complejo. 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 (McGrath, Butt y Samra, 2011; 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 quien 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 (Bitouze et al., 2004).

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 de 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 verán resentidos 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, libe-

rando 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 al 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).

## Factores que influyen en el proceso de duelo perinatal

En los últimos años, a través de un aumento de las publicaciones científicas, se ha ampliado el conocimiento sobre los factores que pueden influir en las complicaciones del proceso de duelo perinatal. El principal objetivo es mejorar la atención a las madres y familias que se enfrentan a esta difícil situación (Basile y Thorsteinson, 2015; Druguet et al., 2018; McSpedden, Mullan, Sharpe, Breen y Lobb, 2017; Wenzel y Battle, 2018).

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 de 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 estudios anteriores se encontró relación entre la edad de la madre y mayor intensidad del duelo perinatal (Roberts, Montgomery, Lee y Anderson, 2012); en cambio, en estudios más actuales no se ha encontrado dicha asociación ni con la edad, ni con el nivel de estudios académicos, ni con la presencia de hijos vivos previos (Bennett et al., 2008; Hutti et al., 2017; McSpedden et al., 2017; Swanson et al., 2002, y Swanson, Kane, Pearsall-Jones, Swanson 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 en torno a este tipo de pérdidas, los resultados de los estudios hallan que la intensidad de la pena después de 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 concluyen 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, Aaker y Catapano, 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.

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.

## Profesionales de la salud ante la pérdida perinatal en el ámbito hospitalario

El hecho de que la pérdida perinatal a menudo no se reconozca socialmente y que muchas de estas mujeres no reciban el apoyo que necesitan de amigos y familiares destaca el papel clave de los profesionales de la salud en tales situaciones, un papel que abarca no solo aspectos médicos y sanitarios, sino también la provisión de apoyo emocional adecuado durante las primeras etapas del duelo en el ámbito asistencial hospitalario.

Actualmente, uno de los temas de más relevancia es qué deben hacer los profesionales cuando se enfrentan 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 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.

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).

Los programas de formación para profesionales y personal hospitalario que trabajan con mujeres que experimentan pérdida fetal podrían ser un primer paso para reconocer el efecto de la pérdida perinatal y garantizar que las madres reciban la atención adecuada. Por lo tanto, los profesionales de la salud deben apuntar a validar y dar sentido a la experiencia de pérdida de la madre, ofreciéndole apoyo y ayudándola a expresar su dolor (Druguet et al., 2017). Se recomienda tener cuidado para respetar los deseos y necesidades individuales de la madre, ya que la estandarización de la atención de duelo corre el riesgo de alterar el estilo único de afrontamiento de la madre (Basile y Thorsteinsson, 2015).

## Conclusiones

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

Las mujeres que experimentan un dolor intenso relacionado con este tipo de pérdidas corren el riesgo de desarrollar duelos complicados y trastornos psicológicos concomitantes. Por este motivo, a pesar de que se han estudiado varios factores que pueden influir en el proceso de duelo, se deben considerar las necesidades espe-

cíficas de este grupo de mujeres que se enfrentan a experiencias emocionales únicas, complejas y altamente intensas, ofreciéndoles la ayuda necesaria para superar su dolor.

Dar visibilidad a estas madres, a sus vivencias y a su sufrimiento aporta un reconocimiento social de lo sucedido, hecho imprescindible actualmente tanto para ellas como para sus parejas, familiares y profesionales de la salud, como primer paso para que puedan elaborar el duelo de sus amados hijos. Esto subraya la importancia tanto de la formación especializada para profesionales como de la atención individualizada para estas mujeres.

En definitiva, es necesario avanzar más en la investigación y en el reconocimiento de la pérdida perinatal, adquiriendo un estatus similar a la muerte de un niño o adulto. Hecho que se pone de mayor relevancia cuando se habla de la pérdida perinatal en gestaciones gemelares monocoriales.

## Referencias

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. <https://doi.org/10.1159/000365212>

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

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

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

- 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
- BARRETO, P. y SOLER, M.C. (2007). Muerte y duelo. Madrid, España: Síntesis.
- 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
- 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
- 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
- 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.
- BRYAN, E.M. (2002). Loss in higher múltiple pregnancy and multifetal pregnancy reduction. *Twin Research & Human Genetics*, 5(3), 169-174.
- 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
- 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

- CALLISTER, L.C. (2006). Perinatal loss: a family perspective. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 20(3), 227-234.
- CAPITULO, K.L. (2005). Evidence for healing interventions with perinatal bereavement. MCN. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 30(6), 389-396.
- 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. <https://doi.org/10.1002/pd.3982>
- CLOSSICK, E. (2016). The impact of perinatal loss on parents and the family. *Journal of Family Health*, 26(3), 11-15.
- 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
- 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
- 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
- DONOVAN, L.A., WAKEFIELD, C.E., RUSSELL, V. y COHN, R.J. (2015). Hospital-based bereavement services following the death of a child: A mixed study review. *Palliative Medicine*, 29(3), 193-210. <https://doi.org/10.1177/0269216314556851>
- DRUGUET, M., NUÑO, L., RODÓ, C., ARÉVALO, S., CARRERAS, E. y GÓMEZ-BENITO, J. (2017). Influence of farewell rituals and previous

- psychological vulnerability on grief following perinatal loss in monozygotic twin pregnancy. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 1-3.
- DRUGUET, M., NUÑO, L., RODÓ, C., ARÉVALO, S., CARRERAS, E. y GÓMEZ-BENITO, J. (2018). Emotional Effect of the Loss of One or Both Fetuses in a Monozygotic Twin Pregnancy. *JOGNN*, 47, 137-145.
- 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
- FREUD, S. (1962). Carta a Binswanger (de 12/4/1929). En: E. Freud (org.), *Epistolario 1873-1939* (p. 431). Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Generalitat de Catalunya (2016). *Guía de acompañamiento al duelo perinatal*. Dirección General de Planificación en Salud. Departament de Salut.
- 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
- 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
- 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
- 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
- KERSTING, A. y WAGNER, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in Clinical Neurosciences*, 14 (2), 187-194.

- KOLLANTAI, J.A. (2012). Loss and grief in twin pregnancy and birth. *International Journal of Childbirth Education*, 27(2), 39-43.
- 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
- 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.
- 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
- 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
- LÓPEZ, A.P. (2011). Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(109), 53-70.
- 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
- 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

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>

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.

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

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

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

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.

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

PASTOR, S.M. (2016). Abordaje de la pérdida perinatal. Un enfoque desde la investigación acción participativa (Tesis doctoral). Universidad de Alicante, España.

- 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
- 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>
- 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
- 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
- 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
- ROITMAN, A., ARMUS, M. y SWARC, N. (2002). El duelo por la muerte de un hijo. *Aperturas Psicoanalíticas: Revista de Psicoanálisis*, 12, 5.
- 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. <https://doi.org/10.1002/uog.12492>
- 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
- 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: JOGGN*, 37(4), 395-404. doi: 10.1111/j.1552-6909.2008.00260.x
- 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
- 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.
- 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
- 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.copsyc.2018.04.014>
- WENZE, S.J. y BATTLE, C.L. (2018). Perinatal Mental Health Treatment Needs, Preferences, and Barriers in Parents of Multiples. *Journal of Psychiatric Practice*, 24(3):158.

Recepción: 20.05.2019 / Aceptación: 24.08.2019