DUELO PERINATAL: HACIENDO VISIBLE LO INVISIBLE[1]

Sabina del Río Ripoll[2]

"Te vas, amor
Pero te quedas
Porque formas parte de mí
Y en mi casa y en mi alma
Hay un sitio para ti
Sé que mañana al despertar
No hallaré a quien hallaba
Y en su sitio habrá un vacío
Grande y mudo como el alba"
Camilo Blanes

Cuando decidí trabajar en Psicología Perinatal, lo hice pensando en la ausencia de recursos dedicados al apoyo de la mujer en esta etapa tan importante y a la vez tan vulnerable de su vida. Supuse que mi consulta se llenaría de mujeres con trastornos del ánimo en el periodo puerperal o bien de otras que estuvieran atravesando dificultades con su gestación, o que, probablemente también llegarían parejas con un diagnóstico de infertilidad.Cuál fue mi sorpresa cuando tras atender un primer caso de crisis de pareja tras el nacimiento de un hijo, vino otro, derivado por una ginecóloga, de una mujer que había perdido a su hijo en la semana treinta y ocho de gestación.Este fue mi primer contacto con la muerte perinatal: algo inesperado y para lo

1 Artículo inédito.

2 Psicóloga Perinatal. Directora de CALMA: Centro de Psicología y Especialistas en Maternidad. info@calmapsi.es.

que pensé no estaba preparada (en aquel entonces ya llevaba más de diez años trabajando en un hospital psiquiátrico con pacientes graves donde había visto sufrimiento, violencia, muertes y suicidios). Pero esto era otra cosa, era una realidad como inexistente para mí. Yo sabía que algunos abortos ocurrían en el primer trimestre (con esto cuentan casi todas las mujeres y además es algo bastante frecuente) y que el parto tenía lugar en torno a la semana cuarenta, algunos bebés nacían prematuros, e históricamente otros fallecían tras el parto –hemos visto muchas películas en las que esto era algo bastante habitual en las mujeres del siglo pasado–, pero la muerte intraútero en el tercer trimestre de embarazo era entonces, una gran desconocida. Ahora, mirando hacia atrás y con la experiencia y formación de todos estos años, sé por qué era para mí una realidad tan "invisible": en esos momentos ni quería, ni podía mirarla…

Perspectiva general

La muerte perinatal es invisible, tanto a nivel sanitario, jurídico, religioso, social como familiar. Pero no lo es para los padres que han perdido a su hijo.A nivel médico, está descrita como aquella que sucede entre la semana veintiocho de gestación (muerte fetal tardía), y el séptimo día de vida tras el nacimiento (mortalidad neonatal precoz). Además desde la medicina obstétrica, parece que se quiere negar que para una madre, desde el primer momento que se queda embarazada, lo hace de su hijo, no de un cigoto, embrión o feto. Este era el caso de Patricia, asustada ante una hemorragia en el primer trimestre, acudió a urgencias y preguntó angustiada mientras la examinaban: "¿Pero está bien mi bebé?". La respuesta fue: "Sí, está todo bien, pero no es un bebé, es un embrión". ¿Qué estaba intentando decirle este médico a esta madre?, ¿qué le estaba transmitiendo esta madre a este médico? Indudablemente no estaban hablando el mismo idioma: la mujer hablaba de la vida o muerte de su hijo y el médico estaba ciñéndose a la descripción terminológica de unas células en evolución. Es como si le estuviera arrancando todo el contenido afectivo, como si desvistiera a ese embrión del ropaje emocional que

su madre le había puesto. No es un bebé, ni siquiera es un feto, es un embrión; y como es un embrión, no es para angustiarse tanto…

El parto invisible

Otro de los aspectos que se tiende a silenciar es el alumbramiento del feto fallecido. Sabemos que el parto es una de las experiencias más impactantes a nivel psíquico por las que ha de pasar una mujer. Para integrar esta experiencia, a veces traumática, las mujeres que dan a luz necesitan relatar su parto una y otra vez. Pero, una vez más, esto no ocurre en la muerte gestacional y neonatal, no hay quien se preste a escuchar cómo ha sido y se ha vivido ese parto. Y esto es necesario e imprescindible para ir asumiendo la realidad de lo sucedido. Así relataba esta sensación, Teresa sobre su parto: "Esta mañana me he sentido fatal, en el Facebook todo el mundo estaban felicitando a mi amiga por lo bien que lo había hecho en su parto, yo también lo he hecho bien, también he sufrido contracciones y empujado con gran esfuerzo, me hicieron la episiotomía y tengo cinco puntos, pero nadie me ha dado la enhorabuena, no soy una campeona, es como si mi parto no hubiera sucedido, necesito hablar de ello pero nadie me pregunta cómo fue".

A nivel jurídico, en España, si un bebé muere antes de nacer no tiene derecho a figurar en el libro de familia, aunque sí se ha conseguido que pueda inscribirse en el registro civil en el "legajo de criaturas abortivas". Las familias continúan en la lucha para que su hijo fallecido pueda figurar en el Libro de Familia como un miembro más que no llegó a nacer con vida, pero que sí forma parte de su familia.

Los amigos invisibles

Otro de los aspectos que más hablan las parejas que han perdido un hijo y que más tristeza, y rabia les produce, es la incomprensión de los más allegados.Es muy común en boca de muchos familiares, con la intención de consolar a los padres cuando sufren una pérdida en el primer trimestre, escuchar frases del tipo: "Bueno, peor hubiera

sido más adelante, peor hubiera sido si le hubierais conocido, si ha pasado es porque venía mal y es mejor esto que tener un hijo con problemas para toda la vida…".

¿Por qué se silencia, por qué es tan incómodo y por qué se presiona para la no exteriorización del dolor de una madre?: porque es el dolor más desgarrador que nadie tolera y puede ver. "No te llamé porque no sabía si ibas a querer hablar…", "es como si tuviéramos la peste, como si fuese algo contagioso, se sienten incómodos en nuestra presencia, nos evitan", "yo antes de que nos pasara esto pensaba que tenía amigos…".

Si bien es cierto, que en nuestra sociedad cada vez más la enfermedad y la muerte en general son negadas y ocultadas, la muerte perinatal es especialmente silenciada y no avalada socialmente. Cuando muere un adulto, un padre, un tío, un abuelo o una pareja, todos los seres cercanos suelen volcarse en dar apoyo y consuelo al doliente, se celebran rituales, los familiares, compañeros y amigos acuden al tanatorio, posteriormente hay un entierro o incineración donde la persona suele estar también acompañada por los más allegados, y como acto social y/o religioso, unas semanas después también se puede celebrar un funeral al que suelen acudir las personas que no son tan cercanas pero quieren transmitir sus condolencias a la familia (en los pueblos pequeños suele acudir todo el pueblo). Hace ya bastantes años, en España, existía la figura de las plañideras, mujeres que acudían a velar al muerto y a llorar por él, expresando y dejando patente el dolor por la pérdida del difunto, se rasgaban las vestiduras, se arrancaban mechones de pelo y se golpeaban fuertemente el pecho entre llantos y gritos desgarrados. Pero esto era hace ya muchos años, hoy en día, socialmente, la muerte y su visibilidad pública, en general, han ido dejando espacio a la intimidad y la ocultación a todos los niveles.En el caso del duelo perinatal, como decía, este silencio e invisibilidad es aún más patente, negando la posibilidad a los padres de poder expresar su dolor, elaborar su trauma y sentirse reconfortados con el apoyo, comprensión y cercanía de sus allegados.Sabemos que los rituales funerarios tienen su función, permiten ir integrando la pérdida, asumiendo su realidad en la medida en la que se va expresando y dando voz a la importancia que esa

persona fallecida tuvo para los que se quedan. Se valida por tanto, el dolor por la pérdida de una relación que existió y el vacío que queda en las personas que lo quisieron. Se tratará de mitigar dándole trascendencia o bien con creencias religiosas (ahora está en el cielo, está con Dios, está con los que ya se fueron, algún día volveremos a estar juntos…), o bien en forma de recuerdos: nos queda todo lo que vivimos con él, lo que aprendimos de él…

En España, a pesar de ser un estado aconfesional, la religión imperante en nuestra cultura es el catolicismo, y aunque muchas personas no se declaren practicantes, ante la muerte de su hijo, sí que encuentran consuelo en pensar que su bebé es un angelito que está en un lugar bonito y protegido junto a personas de la familia que ya se fueron.Sin embargo, parece que hasta la religión, se empeña también en invisibilizar el dolor por la muerte perinatal. Como todo en esta vida, dependerá de la flexibilidad o rigidez del sacerdote; pero varios son los casos de familias creyentes y practicantes, que han pedido que se bautice a sus hijos o que se ofrezca una ceremonia en su nombre o se les pueda enterrar junto a sus familiares y se les ha negado. Para la religión católica, el bautismo es solo para los bebés vivos y el entierro o incineración sin ceremonia ni bendición está permitido solo a partir de las veinticuatro semanas de gestación. En mi consulta me he encontrado con un caso en el que sí se ha permitido el bautizo y el entierro de un feto de veinticinco semanas en un cementerio en la fosa familiar y con ceremonia. Y también un caso en que una familia contó con un sacerdote que no permitió ni una ceremonia de su hijo muerto intraútero de cuarenta y una semanas de gestación. Sólo permitió celebrar una misa por los familiares, no por el bebé muerto. En el islamismo, a partir de los cuatro meses de gestación ya se le da nombre y se celebra rito funerario. En el judaísmo no se practican rituales salvo que haya vivido treinta días.En el budismo también se considera como ser humano al feto de más de cuatro meses. En Japón, existe el Templo Hase-Dera, el santuario japonés de los no nacidos, lleno de estatuillas Jizo, deidad guardiana de los niños, tanto vivos como muertos, incluyendo a los bebés nacidos muertos y aquellos fetos que han sido abortados. A él acuden anualmente miles

de mujeres, tras perder a sus hijos antes de que nacieran, a colocar las estatuillas y a rezar para brindarles protección.

Perspectiva psíquica: El duelo

Hasta aquí hemos hecho una introducción a nivel global de cómo es tratada la muerte perinatal en los diferentes ámbitos. Ahora vamos a entrar en el componente psicológico, en lo que sucede a nivel psíquico, consciente e inconsciente en los padres, fundamentalmente en la madre.Si bien, la muerte perinatal es la que ocurre entre la semana veintiocho de gestación y el séptimo día de vida, el duelo perinatal va mucho más allá y comprende el proceso psicológico y emocional que acontece tras la muerte de un feto en cualquier momento de la gestación, después de la interrupción "voluntaria" de un embarazo ante malformaciones o tras la pérdida o reducción selectiva de uno o varios de los embriones en un embarazo múltiple.Muchos son los factores que van a influir en el particular desarrollo de un duelo. Este proceso fluctuará mucho en función de cómo sea la estructura psíquica de cada individuo, su fortaleza yoica o el tipo de relación más narcisista o de objeto que se tenía con el futuro hijo. También influirá si la madre ha pasado por duelos previos y/o pérdidas perinatales, el sexo del bebé esperado y su significado para los padres y si este hijo era el primero o había otros hijos ya en la familia.También hay que tener en cuenta el momento de la gestación en el que sucede la muerte, así como si es inesperada o no. Este hecho podrá hacer que al dolor por la pérdida, se sume el que pueda convertirse en traumática.Además, el duelo perinatal tiene unas características que lo hacen diferentes de otros duelos, incluso del duelo por la muerte de un hijo en cualquier otra etapa de la vida.Para muchos de los progenitores, por su juventud, suele suponer su primer contacto con la muerte. Otro de los aspectos que dificultan asumir esta realidad es la proximidad entre el nacimiento y la muerte, estamos preparados para entender el ciclo de la vida en una dirección lógica, y cuando ésta sucede alrededor del nacimiento, algo en nuestro psiquismo se siente incapacitado para integrarlo.Mander, afirmará que la madre siente un desgarro muy profundo en la intimidad de su ser materno,

junto a su bebé también siente que ha perdido una parte de sí misma que necesita recuperar.

Y es que la mujer, a lo largo del embarazo se va a ir representando mentalmente como madre y desarrollando su parentalidad, en lo que D. Stern define como el "proceso de convertirse en madre".A su vez, va a ir desarrollando un estado de sensibilidad especial, sobre todo en el último trimestre, que durará unas cuantas semanas después del nacimiento del bebé. Es como un estado de disociación, en el que la madre se identificará y confundirá con su hijo y sus necesidades y que fue descrito por Winnicott como Preocupación Maternal Primaria. Este estado de conexión psíquica entre madre y bebé explicaría la sensación que narran algunas mujeres de que ellas también han muerto, se saben vivas, pero se sienten muertas por dentro.Al no haber experiencias de vida fuera del útero con el bebé, la pérdida es más simbólica que real, está basada en necesidades, deseos y expectativas. Ilusiones que se proyectaron en torno a la figura del hijo, la familia y su papel como padres.Actualmente, muchas parejas se plantean el hecho de tener un hijo como el momento de asentar la cabeza, estabilizarse y mirar hacia el futuro, dejar de vivir el día a día del presente para iniciar un proyecto en común hacia el mañana. Y todo esto, abruptamente, queda interrumpido dejando un enorme vacío y confusión hacia la vida esperada.

El padre invisible

Si hay algo más invisible que el dolor por la pérdida de un hijo en una madre, ese es el del padre. Los pocos familiares y amigos presentes van a volcarse en los cuidados y apoyos hacia la madre, a él le harán depositario de todas las decisiones a tomar y le tendrán como portavoz del dolor de la mujer. Pocas son las personas que tienen en cuenta que él también ha perdido un bebé, también su vida y sus proyectos junto a ese hijo se han visto truncados. A él se le presupone fortaleza para sostener a su mujer y esa es la función que todos le encomiendan: "Ahora tienes que ser fuerte por ella, cuídala mucho…", pero, ¿quién le sostiene a él?, ¿cómo enfrenta el hombre su dolor? No sufren menos, pero sí reaccionan al dolor y lo expresan de muy

diferente modo. “Yo lo pasé fatal un día en el hospital, me harté a llorar, pero desde entonces ya no más, sé que mi hijo ha muerto pero no se puede hacer más”, “yo no quiero llorar delante de ella, me bajo al trastero y ahí lo pasó mal yo solo viendo su cunita…”, “para mí el trabajo es un desahogo, me sirve para estar distraído y no todo el día pensándolo. Se me hace duro llegar a casa porque me recuerda inevitablemente todo lo que nos ha pasado, es como un bofetón de realidad”, “yo, para estar bien lo que necesito es que ella esté bien, a mí lo que me derrumba es verla tirada en el sofá llorando, no sé qué hacer para ayudarla. Me siento muy impotente, no le vale nada de lo que le digo”.

Como vemos, muchos hombres tienden a dar salida a su dolor a través de la acción, no encontrándole mucho sentido a hablar sobre lo que ya no tiene solución. Esto trae consigo muchas desavenencias en las parejas, ya que tanto los ritmos como el modo de enfrentar la muerte del hijo son diferentes y a menudo no son comprendidos por el otro.

Los hermanos invisibles

En el caso de los hermanos, sobre todo pequeños, vemos que la “capa de invisibilidad” se hace también extensible a ellos, nadie les dice, nadie les cuenta, se les suele ocultar lo que ha pasado. Se hace como si no hubiera pasado nada y se disimula el llanto delante de ellos. Qué importante es hablarles, decirles que papá y mamá están tristes porque esperaban al bebé y ya no está; acompañarles en la expresión de sus emociones, de tristeza, de miedo, de culpa –no olvidemos las fantasías agresivas y las rivalidades– a través del juego o del dibujo, o sugiriéndoles hacer su particular ritual de despedida al hermanito con un dibujo, una cajita…

Hemos de tener en cuenta que la madre que acaba de perder a su bebé, es probable que “desaparezca” y no sea capaz de estar disponible afectivamente para los demás hijos. Igual puede hacerse cargo de la rutina de alimentarles o vestirles, pero dejará de estar presente durante un tiempo más o menos largo. Así relataba una paciente res-

pecto a la reacción que tuvo su madre cuando volvió a casa sin su bebé: "Mi hermano y yo estábamos enfadados preguntando por el bebé que estábamos esperando para cuidar, pero mi madre no decía nada, su mirada era como transparente, es como si hubiera desaparecido, no podía ni vernos".

La invisibilidad del dolor en la reducción selectiva en embarazos múltiples y en pérdidas gemelares

Si la supervivencia de todos los fetos es inviable, se practica una reducción entre las semanas diez y doce, por inyección letal. Las familias sienten incomprensión y soledad, pues la mayoría lleva lo ocurrido en secreto, sin dar explicaciones a su entorno para evitar ser enjuiciados. Muchas parejas se preguntan cómo habrían sido los hijos que no llegaron a gestar, o se sienten culpables por no haberse arriesgado y haberles salvado a todos.

Lo mismo ocurre ante la pérdida durante la gestación de uno de los gemelos que se estaban esperando.No hay tiempo de pasar por el duelo, hay una gran dificultad para encontrar un momento en el que permitirse sentir dolor. Aunque uno de los fetos haya muerto, hay que cuidar al otro. Esto no deja mucho tiempo para llorar la muerte del bebé que ya no está.

Este estado, genera una gran confusión y ambivalencia entre sentir alegría por el bebé que sobrevive y tristeza por el que murió. Inevitablemente, una vez nacido, el bebé que sobrevivió recordará constantemente al bebé que murió. La madre, se preguntará cómo hubiera sido si el bebé hubiera vivido. Quizás sea difícil celebrar los primeros cumpleaños y fiestas porque estará pensando en el bebé que murió.

La culpa

Otro sentimiento muy presente en la madre en duelo es la culpa, tienen la sensación de haber fallado a su hijo, haberlo desamparado, haber fracasado como madre. "Siento que no le he podido proteger,

mi útero, su casita estaba defectuosa y por eso se ha ido". Así mismo, dejar de sentir dolor constantemente y comenzar a reestablecerse, es sentido como falta de lealtad, traición o abandono al hijo muerto. La fidelidad al hijo actúa como un mandato superyoico que obliga a mantener el contacto con él, a no dejar de extrañarlo, sin posibilidad de desligarse del objeto perdido. Por ello, a veces las madres se resisten a cualquier intento terapéutico de disminuir su dolor y tristeza, ya que creen que son testimonio del amor hacia su hijo fallecido. "Estábamos todos juntos en el salón y de repente me descubrí riéndome con los chistes de mi cuñado, me sentí fatal, cómo podía estar disfrutando con lo que había pasado hace sólo dos meses".

El psicoanálisis en el duelo perinatal

Los psicoanalistas estamos acostumbrados a trabajar con lo invisible y con lo no dicho. Trabajamos con los fantasmas, con el pasado, con el inconsciente, y con el peso, presencia e influencia de nuestros muertos en nuestro modo de actuar, relacionarnos y estar en el mundo. Sabemos que lo ocultado siempre retorna y lo que no se nombra daña, que en la medida en la que ayudamos a poner palabras y hacer presente el dolor de unos padres ante la muerte de su hijo, estamos ayudándoles, no solo a ellos, sino también a los hermanos, que vendrán más adelante.Los ritmos del psiquismo son diferentes y más lentos de lo que le gustaría a la sociedad, empeñada en pasar página rápidamente. El duelo tiene sus fases, su ritmo y es necesario disponer de un tiempo para poder elaborarlo. Este era el caso de Ana, que tras haber perdido a su hija en la semana treinta y siete, se quedó embarazada tan solo a los cuatro meses: "En el aniversario de la muerte de mi hija estaba embarazada, compré una vela blanca, la encendí y me quedé tranquila, no podía hacer otra cosa, estaba embarazada. Me siento bloqueada, no me permito sentir el dolor por su pérdida, no quiero destapar el dique de todo lo que me ha pasado". Es necesario un tiempo y un gran esfuerzo psíquico para conseguir desinvestir un objeto con el que se estaba ligado para poder desear otro. En el duelo perinatal es especialmente importante respetarlo, porque ya no estará solo implicada la madre, sino también el

siguiente bebé cuya salud mental también tenemos que cuidar. Si aceleramos los ritmos y no damos el espacio y tiempo necesario para elaborar esta pérdida buscando rápidamente un nuevo embarazo, corremos el riesgo de superponer las dos realidades, de vida y muerte, generando confusión, ambivalencia y miedo que estarán presentes durante todo el embarazo y crianza del siguiente bebé. En este caso, puede que no se acepte la pérdida y la realidad de que el hijo que se ha ido es irremplazable.Si bien es necesario asumir que el hijo fallecido va a ser insustituible para poder colocar la libido en otro objeto, si los padres se quedan fijados en él, pueden entrar en una patología de corte melancólico. Y si, por el contrario, se tiende a sustituir un hijo muerto por otro que ha de venir, entramos en el duelo patológico que probablemente traerá consigo patología en el siguiente bebé que no será capaz de sentirse sujeto, puesto que su identidad irá ligada al hermano que no llegó a nacer.

Antes, al poco tiempo de morir un bebé o haber tenido un aborto, se recomendaba volver a quedarse embarazada a la mayor brevedad posible. En estos casos, muchas eran las parejas que incluso llamaban al nuevo recién nacido como se iba a llamar o llamaba su hermano fallecido.Freud, cuando escribe la carta a Binswanger tras la muerte de su hijo, le dice: "*Sabemos que el agudo dolor que sentimos después de una pérdida semejante llegará a su fin, pero permaneceremos inconsolables y nunca encontraremos un sustituto*". Aquí Freud, a pesar de que previamente había defendido la idea de que el duelo termina cuando la libido queda libre para investir nuevos objetos que sustituyan al perdido, habla de que, en el duelo por un hijo el objeto no va a poder ser reemplazado por uno nuevo. Esto es algo que las madres que han perdido un bebé tienen muy claro, sobre todo cuando reciben palabras de consuelo en las que se les dice que pronto podrán volver a tener otro hijo. Para ellas esta frase no hace más que acrecentar su dolor, no quieren otro hijo, quieren al que han perdido.Freud, en "Duelo y Melancolía" describe que en la melancolía, el sujeto realmente no sabe lo que pierde. Es por esto que en la pérdida de un hijo intraútero, se corre más riesgo de quedarse fijado a un dolor de tipo melancólico, puesto que lo que se ha perdido está en el terreno de lo ilusorio, de lo imaginado, de

lo esperado, pero no de lo vivido, no se puede saber con certeza qué es lo que se ha perdido. Por eso es tan importante hablar de esto en las sesiones de psicoterapia, que la madre pueda hablar por un lado de lo que ha perdido de un modo tangible (un feto que se movía, un hijo al que hablaba, al que acariciaba y cantaba a través de la tripa), y por otro, que pueda hablar también de lo que ha perdido, pero que estaba proyectado en un futuro: su papel como madre, sus proyectos familiares, su trascendencia, su autoestima como mujer…

Para Lacan, la elaboración del duelo no tendría que ver con la sustitución del objeto, sino con la modificación del vínculo que se tenía con él, qué implica para la madre la pérdida de su hijo. No solo es lo que se pierde, es lo que se pierde en uno mismo, en la experiencia subjetiva. ¿Qué es lo que pierde la madre de sí misma junto a su hijo?En consecuencia, el duelo en una madre que ha perdido su hijo se procesaría en la representación mental de ese hijo, representación que ella ha elaborado a partir de sus propias estructuras psíquicas. El hijo, entonces, estaría teñido por sus vivencias, su ideal de hijo y lo que ha proyectado en él, como continuidad generacional.

Por otro lado, el duelo podría estar vinculado a su construcción narcisista y al vínculo entre ambos. Desde esta perspectiva se puede comprender qué pierde la madre cuando pierde a su hijo.

M. Klein apunta que en el duelo, junto a la pérdida real, también se pierden los objetos buenos internos, por lo tanto la madre sentirá que su mundo interno se vacía y sólo quedan objetos malos. En el discurso de las madres en duelo perinatal aparecen intensas fantasías agresivas y de muerte, algunas proyectadas hacia fuera retornan de forma persecutoria. En esos momentos aparecen los miedos a que su pareja o padres puedan morir también en algún accidente. Para reestablecerse, la mujer tendrá que recuperar la confianza en los objetos buenos con los que en su momento construyó parte de su mundo interno.La gran presencia de la pulsión de muerte en estos momentos, lleva a la persona en duelo a organizar sus defensas contra el peligro interno, apareciendo el temor a la muerte: “Es como si de repente todo me diera miedo, estoy llena de angustia hasta que mi marido llega a casa, le pido que me mande un mensaje cuando llega

al trabajo, tengo miedo a que mi madre muera…, y yo nunca he sido así".Mientras el objeto existe, la pulsión de muerte estaría latente, pero cuando el objeto deja de existir, la pulsión de muerte entraría en juego generando en las personas una intensa sensación de vacío.

La representación del objeto a nivel interno, se transformaría en algo destructivo que afectaría también a la madre que se sentirá totalmente devastada.Para Lacan, no es posible que el duelo se supere por la sustitución del objeto perdido por otro objeto, ya que cada objeto es único y para ello habrá que reconocerlo y nombrarlo. Pero esto justo es lo que se tiende a negar e impedir en el duelo perinatal, que se reconozca, que se nombre, que se signifique.Hablábamos antes de que el duelo es un proceso, largo y tedioso, no es un dejar pasar el tiempo para que el dolor vaya amortiguándose, se trata de todo un trabajo activo en el que el psiquismo va acometiendo distintas tareas conforme va sintiéndose preparado. Tras el impacto inicial, que suele dejar a los padres en estado de shock, estos tendrán que ir asumiendo la realidad de lo acontecido. El principio de realidad muestra a los padres que el objeto está perdido y que es necesario ir retirando la libido de él. Poco a poco, con un gran gasto de tiempo y energía, irán deshaciendo cada recuerdo, y cada ilusión a través de la cual la libido estaba ligada al objeto. Esto sucede con los aniversarios: "En este mes me estaba haciendo la ecografía, en este día nos dijeron el sexo, en este día le compré el bodie para cuando saliera del hospital…"

Cuando se ha conseguido hacer todo el trabajo de duelo, un nuevo objeto ya podría ser investido, puesto que la libido ya no estaría ligada al antiguo y se ha asumido que era insustituible. Pero como veníamos diciendo, si este duelo no se ha elaborado adecuadamente, corremos el riesgo de depositar esa misma energía en un nuevo hijo. Este nuevo bebé vendrá cargado con la responsabilidad de reparar las heridas parentales y podrá sufrir una confusión en su proceso de construcción de identidad, no pudiendo alcanzar el pleno reconocimiento de sí mismo ya que tiene que dar vida a su hermano idealizado.

En su libro, el Síndrome del Yacente, el Dr. Solomon Sellam describe un proceso inconsciente de reparación transgeneracional tras la muerte prematura de un hijo.

Él afirma que este duelo, tan difícil de enfrentar en un primer momento, puede llevar a una pronta concepción de un nuevo hijo, que inconscientemente será el encargado de representar al fallecido. Este niño mostrará una sintomatología particular en relación con el sentir no poder vivir su propia vida, sino encarnar la del hermano ausente. Este fenómeno que él define como el Síndrome del Yacente, también es nombrado como el síndrome del hijo de sustitución o de reemplazo.Un aspecto más de la psicopatología del duelo perinatal es el que describe Green y Solnit (1964) como el Síndrome del Niño Vulnerable. Algunas madres que han sufrido una pérdida, tienen una especial relación con el siguiente hijo, presentan dificultades para apegarse por temor a volver a sufrir una muerte, y a la vez tienden a una sobreprotección e hipervigilancia del niño con serias dificultades para separarse de él y fomentar su autonomía. Los padres acostumbran a estar muy pendientes y preocupados por la salud del niño sin motivo aparente. Este exceso de protección, acaba retrasando u obstaculizando su desarrollo, tanto a nivel motor, como cognitivo y afectivo.

Para ver de un modo práctico lo expuesto últimamente, a continuación presento un caso clínico en el que veremos cómo se van concatenando acontecimientos, como consecuencia de las pérdidas de una madre que no dio tiempo ni espacio a elaborar el duelo por su hija fallecida.Paula es una paciente que acude a la consulta tras un aborto espontáneo en la semana octava de gestación. El motivo de su visita, es para que la ayude a procesar todo lo que hasta el momento no se ha permitido sentir. Ella dice tener miedo a destapar el dique emocional que ha construido en estos últimos tres años. Por otro lado, la paciente es consciente de que toda su historia ha hecho que tenga a su actual hijo en una burbuja por sus miedos, y quiere poder darle una vida lo más normal posible.

Paula, tras un año de intentar quedarse embarazada sin éxito, acude a una clínica de reproducción asistida donde le diagnostican infer-

tilidad. Se ponen en lista de espera para iniciar un tratamiento, pero al mes se queda embarazada de forma natural.

En la semana treinta y cuatro y sin causa médica conocida, el feto fallece intraútero. Tras el parto vaginal, los padres deciden no ver a su hija, y ceden su cuerpo al hospital para que investiguen por si puede ser de ayuda a otras familias. Tampoco deciden hacer ningún tipo de rito funerario (de esto la paciente manifiesta arrepentirse, y a lo largo del tratamiento entendemos la necesidad de realizar un rito simbólico cuando esté preparada).

A los cuatro meses vuelve a quedarse embarazada de forma natural: "Sin pensarlo, teníamos claro que queríamos tener un hijo y fuimos a por ello en cuanto el ginecólogo nos dio vía libre".Esto hace que viva todo el embarazo como en estado de "shock", sin querer enterarse de nada, ni del dolor por el hijo fallecido ni de que estaba gestando otra vida en su vientre.

No quiso saber el sexo de este nuevo bebé hasta el momento del nacimiento, tampoco le puso nombre, ni le compró nada de ropa ni preparó nada de su cuarto. Negó cualquier posibilidad de investimento ante la angustia omnipresente de la muerte de su hermana.

Una vez que nació el bebé, la paciente desarrolló una depresión postparto, mostrando un abierto rechazo al recién nacido, no pudiendo hacerse cargo de él, no queriendo quedarse a solas con él y sintiendo una angustia desbordante cada vez que el niño lloraba. El niño nunca se calmaba con ella, y esto era algo que alimentaba su miedo a cogerle.

Actualmente el niño tiene dieciocho meses y aún no ha empezado a andar. La paciente relata que desde que ha nacido no le ha dejado jugar a solas ni un solo segundo. Por las noches duerme en la cama junto a los padres, y la madre se despierta, como mínimo, una vez cada noche a comprobar si respira. Se observa en el niño un patrón de apego de tipo ansioso, necesitando confirmar constantemente la presencia de la madre y angustiándose ante la más mínima separación. A nivel de desarrollo psicoevolutivo también se ve cierto grado de retraso.

Tras un intensivo trabajo psicoterapéutico, donde pudo descargar todo el miedo y el dolor acumulados durante tanto tiempo, consiguió un nuevo embarazo en el que se trabajó la diferenciación con su hermano fallecido y la construcción de un nuevo vínculo real con este nuevo bebé.A su vez fuimos trabajando, también, cómo ir permitiendo que su hijo mayor fuera más autónomo, separándose progresivamente de ella. Le pasan a dormir a otra habitación. Consiguió ser ella la que le acompañara a urgencias y ser ella la que conseguía calmarle (hasta el momento era el padre el que se hacía cargo ante la incapacidad de la madre de contener su propia angustia y mucho menos la de su hijo).El niño cada vez la demanda más, frente al padre en los momentos de necesidad, sabedor de que su madre iba a ser capaz de contenerle y calmarle sin angustiarse.

Respecto al nuevo bebé, la paciente da a luz en un parto natural sin problemas y consigue establecer una adecuada vinculación desde el momento del nacimiento, se instaura la lactancia materna sin problemas, el recién nacido va cogiendo peso y no presenta hasta el momento señal de psicopatología alguna.Para terminar, me gustaría aprovechar el setenta y cinco aniversario de la publicación de El Principito en 1943 y su tan famosa cita, ya que me parece que describe y condensa a la perfección lo que hemos tratado a lo largo de todo este artículo.

"Lo esencial es invisible a los ojos;
fue el tiempo que pasaste con tu rosa
lo que la hizo tan importante"

El principito
Antoine de Saint-Exupéry

RESUMEN

La muerte gestacional y neonatal se rodea de un halo de invisibilidad, es una realidad muy difícil de mirar pero que necesita ser vista. Sufre la madre, el padre, los hermanos, también es necesario mirar por el siguiente hermano que vendrá después. Si no miramos, acompañamos y ponemos nombre a este dolor y tendemos a negarlo, se multiplican las posibilidades de que la madre se quede instalada en un duelo patológico o que el siguiente bebé sea el depositario de reparar esa herida parental y sustituir al hermano fallecido, lo que a menudo también conlleva una hiperprotección basada en el miedo provocado por la muerte de su hermano.

Palabras clave

Duelo perinatal. Aborto. Perdida gemelar. Mortalidad gestacional y neonatal. Hijo de sustitución. Síndrome hijo vulnerable.

BIBLIOGRAFÍA

Asociaciones Umamanita y El Parto es Nuestro (2009). Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal. Disponible en: http://www.umamanita.es/Contenidos/Profesionales/Guia%20Combined.pdf.

Badinter, E (1991). ¿Existe el instinto matern*al? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX.* Barcelona: Paidós.

Blázquez, Mª J (2015). *Abrazar la muerte cuando se espera la vida*. Ed. Ob Stare.

Freud, S. (1917 [1915]). *Duelo y melancolía* en Obras completas, Vol XIV. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S (1972). Carta a Binswanger, en Epistolario 1873-1939 Barcelona: Plaza & Janés.

Gerez, M (2005). El incurable luto en psicoanálisis. *Psicologia em Revista, (Belo Horizonte)* vol 11, nº 18: 179-187. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682005000200003&lng=pt&tlng=es.

León-López, P (2011). El duelo, entre la falta y la pérdida. *Revista Desde el Jardín de Freud*, n º11: 67-76. Disponible en: https://revistas.unal.edu.co/index.php/jardin/article/view/27217.

López, AP y Zuazo, J. I (2015). Brazos vacíos: programa de enfermería de salud mental de acompañamiento en duelo perinatal desde un centro de salud mental. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/BBPP_2015/Estrategia_Parto_y_Salud_Reproductiva/BBPP_PARTO_Pais_Vasco_2.pdf.

López, AP. Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n1/05.pdf.

Mota, C y Calleja, N (2011). Escala de duelo perinatal: validación en mujeres mexicanas con pérdida gestacional. *Revista latinoamericana psicol*. v.43. nº3.

O´Leary, J. El embarazo después de perder a un bebé. Disponible en: http://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2015/05/embarazo_despuesaborto.pdf.

Pastor, SM. et al, (2011). La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/es_18.pdf.

Roitman, A. et al (2002). El duelo por la muerte de un hijo. Aperturas psicoanalíticas: *Revista internacional de psicoanálisis*, N°12. Disponible en: http://www.aperturas.org/articulos.php?id=216&aEl-duelo-por-la-muerte-de-unhijo.Santos, P et al (2015). Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad. S. Extremeño de Salud.Sellam, S. (2010). *El síndrome del yacente: un sutil hijo de reemplazo*. Francia: Berangel.Silvente, C (2012). El padre también está en duelo. Disponible en: https://cristinasilvente.wordpress.com/2012/04/26/elpadre-tambien-esta-en-duelo/

Stern, D (1998). *La primera relación madre-hijo.* Madrid: Morata. (1999). *El nacimiento de una madre.* Barcelona: Paidós.Umpierrez, G (2015). El duelo en madres que pierden hijos. T. Doctoral. Disponible en: http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tesis_-_duelo_en_madres_que_pierden_hijos_-_gaston_umpierrez.pdf.

Valverde, N y del Río S (2016). *Ante todo mucha calma*. Cap. 7: 203-222, Madrid: La Esfera de los libros.Whiting, B y Ward, L: Cuidado emocional de la muerte perinatal y su impacto para las enfermeras y matronas. Disponible en: http://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2015/05/Perspectivas-de-enfermeria.pdf.

Winnicott, D (1998). *Los bebés y sus madres.* Barcelona: Paidós Ibérica.Zelaya, C R et al (2015). *La maternidad y sus vicisitudes hoy*. Perú: Cauces Editores.