

Aixandri, Núria
Ayala Cuevas, Beatriz
Azpiri, Miriam
Barahona, Nieves
Boullón Gómez, Alejandra
Brun, Josep M^a
Burillo Gonzalvo, María
Cabús, Gemma
Cruz, Daniel
Dangerfield, Mark
Estalayo Hernández, Ángel
Feduchi, Luis
García Rubio, María José
Garran, Encarni
González Serrano, Fernando
Gordo, Leire
Jorquera, Cristina
Martínez Pampliega, Ana
Merino, Laura
Mirabent Junyent, Vinyet
Morer Bamba, Bárbara
Montserrat Femenia, Alicia
Moreno García, M^a Victoria
Muñoz Guillén, Mayte
Olives, Susanna
Panera, Consuelo
Risco Lázaro, Ana
Rodríguez, María Irene
Rodríguez Ochoa, Olga
Solana, Begoña
Vaccari, Francisco

N.º 63
1º semestre

2017

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

SEΨPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Miembro de la International Association Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions
de la European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector y
de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.)

ISSN: 1575-5967

Cuadernos de Psiquiatría
y Psicoterapia del Niño
y del Adolescente

La Revista Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente es una publicación semestral dirigida a profesionales de la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia. Está especializada en las temáticas relacionadas con la psicología clínica, la psiquiatría y la psicoterapia de niños y adolescentes desde un punto de vista psicoanalítico.

La revista admite publicaciones presentadas en los Congresos anuales de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) así como las comunicaciones libres seleccionadas para su presentación en dichos congresos. También admite conferencias y aportaciones libres.

Su publicación es en castellano aunque permite la contribución original de trabajos en inglés.

Los editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

DIRECTOR DE PUBLICACIONES

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

CONSEJO DIRECCIÓN

Directora: Leire Iriarte Elejalde (Bilbao)

Director Adjunto: Francisco Vaccari Remolina (Bilbao)

COMITÉ EDITORIAL

Daniel Cruz Martínez (Barcelona)
Margarita Alcamí Pertejo (Madrid)
Ángeles Torner Hernández (Madrid)
Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Aurelio J. Alvarez Fernández (Asturias)

Ainara González Villanueva (Bilbao)
Fernando González Serrano (Bilbao)
Agustín Béjar Trancón (Badajoz)
María Dolores Gómez García (Sevilla)
Encarnación Mollejo Aparicio (Madrid)

COMITÉ ASESOR

Jaume Baró Universidad de Lleida (Lleida)
Michel Botbol Universidad de Bretaña Occidental (París)
Alain Braconnier Centro Alfre Binet (París)
M^a Luisa Castillo Asociación Psicoanalítica Madrid (Bilbao)
Miguel Cherro Aguerre Universidad del Desarrollo Montevideo
Ana Estevez Universidad de Deusto (Bilbao)
Graziela Fava Vizziello. Universidad Padova (Padova)
Marian Fernández Galindo (Madrid)
Osvaldo Frizzera Universidad UCES (Buenos Aires)
Pablo García Túnez (Granada)
Bernard Golse Universidad Paris Descartes (París)
Carmen González Noguera (Las Palmas)
Susana Gorbeña Etxebarria Universidad Deusto (Bilbao)
Leticia Escario Rodríguez (Barcelona)
Philippe Jeammet Universidad Paris VI (Francia)
Beatriz Janin Universidad UCES (Buenos Aires)
Paulina F. Kernberg University Cornell (Nueva York) †
Otto Kernberg University Cornell (Nueva York)
Cristina Molins Garrido (Madrid)

Juan Larbán ADISAMEF (Ibiza)
Alberto Lasa Zulueta Universidad del País Vasco (Bilbao)
Ana Jiménez Pascual Unidad USMIJ(Alcázar de San Juan)
Mercè Mabres Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)
Roger Misés (París)
Marie Rose Moro Univesidad Paris Descartes (París)
Francisco Palacio Espasa Universidad de Ginebra (Suiza)
Fátima Pegenaute Universitat Ramon LLull (Barcelona)
María Cristina Rojas Universidad UCES (Buenos Aires)
Rosa Silver (Universidad de Buenos Aires)
Mario Speranza Centro Hospitalario Versalles (Francia)
Remei Tarragò Riverola Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)
Jorge Tizón García (Barcelona)
Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián)
Koldo Totorika Pagaldai Universidad del País Vasco (Bilbao)
Eulalia Torras Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)
Mercedes Valle Trapero Hospital Clínica San Carlos (Madrid)
Francisco José Vaz Leal (Universidad de Extremadura)
Juan Manzano Garrido (Ginebra)

INDICE:

Dialogando con Luis Feduchi sobre Hospitales de Día de adolescentes <i>Luis Feduchi (entrevistado por Daniel Cruz)</i>	9
Retos creativos en las psicoterapias con niños y adolescentes adoptados <i>Alicia Monserrat Femenia y Mayte Muñoz Guillén</i>	17
Aportaciones del tratamiento basado en la mentalización (MBT-A) para adolescentes que han sufrido adversidades en la infancia <i>Mark Dangerfield</i>	29
Los padres de adolescentes adoptados en el trabajo clínico. Fantasías, inquietudes y conflictos <i>Vinyet Mirabent Junyent</i>	49
Programa AGIRA (2007-2015): Números para una reflexión <i>Josep M^a Brun, Núria Aixandri y Susanna Olives</i>	63
El sentido de la vida en universitarios españoles <i>M^a Victoria Moreno García, Ana Risco Lázaro y Nieves Barahona</i>	75
El duelo perinatal por muerte gestacional tardía <i>Bárbara Morer Bamba, Beatriz Ayala Cuevas, Alejandra Boullón Gómez, María Burillo Gonzalvo y María José García Rubio</i>	85
Desarrollo del programa de atención específica a los trastornos mentales graves infantiles en la red de salud mental de Bizkaia <i>Begoña Solana, Cristina Jorquera, Consuelo Panera, Encarni Garran, Francisco Vaccari, María Irene Rodríguez, Miriam Azpiri y Gemma Cabús</i>	91
Abordaje terapéutico de adolescentes con graves problemas de conducta en un centro de menores. Evolución de un caso <i>Olga Rodríguez Ochoa, Ángel Estalayo Hernández y Fernando González Serrano</i>	101
Egokitzen infantil: Análisis de la eficacia de un programa de intervención grupal con hijos/as de padres/madres divorciados <i>Leire Gordo, Laura Merino y Ana Martínez Pampliega</i>	113

Edición: Selene Editorial, S.L. C/ Jerez, 21 (28231) Las Rozas, Madrid. www.editorialselene.com

Impresión: Sorles, Leon

E-mail de información y envío de artículos: publicaciones@seypna.com

Página Web: <http://www.seypna.com/revista-seypna/>

Depósito Legal: M-35677-1985 / ISSN: 1575-5967

Periodicidad: semestral

Suscripción anual: 60 €

Precio por ejemplar: 35 €

La Revista **Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente** está incluida en los siguientes índices y bases de datos:

- LATINDEX: Sistema Regional de Información en línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. <http://www.latindex.unam.mx>
- PSICODOC: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. <http://www.psicodoc.org/acerca.htm>
- DIALNET: Portal bibliográfico sobre literatura científica hispana. Categoría B según los criterios de evaluación de revistas de CIRC (Clasificación Integrada de Revistas Científicas). <http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=16139>
- ISOC: Base de datos de sumarios ISOC-CSIC. <http://www.cindoc.csic.es/servicios/isocinf.html>
- DULCINEA: Acceso abierto a la producción científica en España. <http://www.accesoabierto.net/dulcinea/consulta.php?directorio=dulcinea&campo=ID&texto=1980>
- FEAP: Anuario de publicaciones de Psicoterapia en Lengua Española. <http://www.feap.es/anuarios/2010/html/RevSP13.html>
- IBECS: Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud. <http://ibecs.isciii.es/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&base=IBECS&lang=e>
- EBSCO: Base de datos que ofrece textos completos, índices y publicaciones periódicas académicas que cubren diferentes áreas de las ciencias y humanidades. <http://www.ebsco.com/>

Sistema de selección de los originales:

- Publicación de ponencias presentadas en los Congresos anuales de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.)
- Selección de comunicaciones presentadas en los Congresos de S.E.P.Y.P.N.A.
- Conferencias.
- Aportaciones libres

Los Editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

JUNTA DIRECTIVA DE SEPYRNA

Presidente:	Fernando González Serrano (Bilbao)
Vicepresidente-tesorera	Encarnación Mollejo Aparicio (Madrid)
Vicetesorero:	Margarita Alcamí Pertejo (Madrid)
Secretaria:	Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Vicesecretaria:	Angeles Torner Hernández (Madrid)
Vocales:	Aurelio J. Alvarez Fernández (Asturias)
	Agustín Bejar Trancón (Badajoz)
	Daniel Cruz Martínez (Barcelona)
	María Dolores Gómez Garcia (Sevilla)
	Leire Iriarte Elejalde (Bilbao)
Responsable de publicaciones:	Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

Página web: www.sepypna.com

INDEX:

Talking with Luis Feduchi about Day Care Units for adolescents <i>Luis Feduchi (interviewed by Daniel Cruz)</i>	9
Creative challenges in psychotherapies with adopted children and adolescents <i>Alicia Monserrat Femenia y Mayte Muñoz Guillén</i>	17
Mentalization-based treatment (MBT-A) contributions for adolescents who have suffered adversity in childhood <i>Mark Dangerfield</i>	29
Parents of adopted adolescents in clinical work: Fantasies, worries, and conflicts <i>Vinyet Mirabent Junyent</i>	49
AGIRA Program (2007-2015): Numbers for reflection <i>Josep Ma Brun, Núria Aixandri y Susanna Olives</i>	63
The meaning of life in Spanish university students <i>Ma Victoria Moreno García, Ana Risco Lázaro y Nieves Barahona</i>	75
Perinatal bereament for late gestational loss <i>Bárbara Morer Bamba, Beatriz Ayala Cuevas, Alejandra Boullón Gómez, María Burillo Gonzalvo y María José García Rubio</i>	85
Development of the specific attention program for children's serious mental disorders in the mental health network of Bizkaia <i>Begoña Solana, Cristina Jorquera, Consuelo Panera, Encarni Garran, Francisco Vaccari, Maria Irene Rodriguez, Miriam Azpiri y Gemma Cabús</i>	91
Therapy for adolescents with severe conduct disorders in a young residential center. A case evolution <i>Olga Rodríguez Ochoa, Ángel Estalayo Hernández y Fernando González Serrano</i>	101
Egokitzen infantil: The efficacy analysis of a group intervention program for children of divorced parents <i>Leire Gordo, Laura Merino y Ana Martínez Pampliega</i>	113

EL DUELO PERINATAL POR MUERTE GESTACIONAL TARDÍA

PERINATAL BEREAMMENT FOR LATE GESTATIONAL LOSS

Bárbara Morer Bamba*, Beatriz Ayala Cuevas**, Alejandra Boullón Gómez**,
María Burillo Gonzalvo* y María José García Rubio*

RESUMEN

El presente trabajo trata del duelo perinatal, concretamente, aquel que se da tras una muerte gestacional tardía. Las reflexiones que presentamos se enmarcan en el trabajo de interconsulta psicológica en un Hospital Materno-infantil. Los padres que pierden a un hijo antes del nacimiento se enfrentan a la difícil tarea de un duelo con ciertas particularidades. En la pérdida perinatal vida y muerte aparecen al mismo tiempo, no hay una historia compartida con el hijo esperado, no existe un reconocimiento social de esta pérdida y, a pesar de todo ello, se da un movimiento simbólico en la estructura familiar, quedando un lugar vacío, aquel que habría ocupado el recién nacido. Se señala la importancia de los primeros momentos en el acompañamiento a estos padres y su influencia en la elaboración posterior.

Palabras clave: duelo perinatal, pérdida gestacional tardía, muerte fetal, pérdida de embarazo

ABSTRACT

This work deals with the perinatal bereavement, but with a particular one that comes after a late gestational death. The reflections we present are framed in the work of psychological interconsultation in a Maternal and Child Hospital. Parents who lose a child before birth face

the difficult bereavement task with certain peculiarities. In the perinatal loss life and death appear at the same time, there is no shared history with the expected child, there is no social recognition of this loss and, despite all this, there is a symbolic movement in the family structure, leaving an empty place, that would have occupied the newborn. The importance of the first moments in the accompaniment to these parents and their influence in the later elaboration is indicated.

Key words: perinatal bereavement, late gestational loss, fetal death, pregnancy loss

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo trata del duelo perinatal, concretamente, aquel que se da tras una muerte gestacional tardía, muerte intrauterina o muerte fetal. Este acontecimiento es relevante en el campo de la Psicología Perinatal. Recordemos que ésta abarca el embarazo, el parto, el puerperio y los primeros meses del niño (Oiberman, 2013). En ocasiones, el proceso perinatal natural se detiene, bien por un parto prematuro, por la enfermedad o muerte del recién nacido, o bien porque la muerte llega antes del nacimiento.

Según la RAE (2017) la muerte perinatal es aquella “que precede o sigue inmediatamente al nacimiento”.

* Psicóloga Clínica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza (España). E-MAIL: bmorerbamba@gmail.com

** Psicóloga Interna Residente. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza (España)

Esta pérdida puede tener repercusiones, no solo en la madre, el padre, y en su relación, si no en los futuros hijos que vendrán.

Podemos afirmar que perder a un hijo es uno de los acontecimientos vitales más traumáticos y dolorosos que alguien puede experimentar. Pero, ¿qué sucede cuando el hijo perdido todavía no ha nacido?, ¿qué efecto tiene en los que iban a ser los futuros padres?

Si revisamos las estadísticas nacionales, vemos como la mortalidad infantil se ha ido reduciendo a lo largo de los años, gracias a los avances de la medicina actual. La tasa de mortalidad infantil en España pasó de 3,42 por cada 1000 nacidos en 2007, a 2,66 en 2015. En los últimos diez años la tasa sigue bajando. No ocurre así con la tasa de mortalidad fetal tardía, que se mantiene estable en los últimos años. En 2007 la tasa mortalidad fetal tardía por 1000 nacimientos era de 3,024, y en 2015 era de 3,066 (INE, 2017).

Vemos, por tanto, que la muerte fetal tardía supera en número a la mortalidad infantil, es decir, que hay más mujeres que pierden a su bebé antes de nacer, que madres que pierden a su hijo durante el primer año de vida. No se trata de una cuestión numérica, si no de señalar que la visibilidad social de este acontecimiento no va pareja a las cifras.

LA MUERTE GESTACIONAL TARDÍA EN UN HOSPITAL MATERNO-INFANTIL

Los psicólogos clínicos son profesionales con poca presencia en los hospitales generales y maternidades a lo largo de la historia. Es en los últimos años cuando las autoridades sanitarias empiezan a contemplar que los pacientes tienen necesidades emocionales, además de orgánicas, durante la hospitalización. Estas necesidades son detectadas, en primer lugar, por los profesionales sanitarios. En el campo perinatal son las enfermeras, ginecólogas, y sobretodo matronas, quienes detectan en los hospitales la necesidad de una orientación, de cómo acompañar mejor a estos padres en el duro momento en el que pierden al hijo esperado. Estos profesionales sensibilizados saben del impacto emocional de las actuaciones de los sanitarios que atienden a estos padres, y de las repercusiones en la elaboración posterior de la pérdida.

Las reflexiones que presentamos se enmarcan en el trabajo desde la Unidad de Psicopatología y Psiquiatría de Enlace del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Miguel Servet. Se trata de un programa de enlace con el Servicio de Obstetricia y Ginecología, en

concreto con la Unidad de Medicina Materno-fetal.

Cuando acude a urgencias una mujer en avanzado estado de gestación porque su bebé no se mueve dentro de su vientre y se confirman sus peores sospechas, debe ingresar para dar a luz a un bebé muerto. Otras veces, es durante una revisión cuando se descubre que el corazón del feto ha dejado de latir. Por protocolo, cada vez que ingresa una mujer que ha sufrido una muerte perinatal, se realiza una interconsulta a la Unidad de Psicopatología. Actualmente somos dos psicólogas clínicas quienes colaboramos en esta atención. A veces, se realiza una intervención en crisis, se ofrece un lugar de escucha u orientación durante la hospitalización, en otras ocasiones se realiza un seguimiento.

EL DUELO POR LA PÉRDIDA GESTACIONAL

Etimológicamente, la palabra duelo tiene dos acepciones. Del bajo latín encontramos *duellum*, que significa combate, guerra. Por otra parte, también del latín, tenemos *dolus*, dolor. Así, encontramos que el duelo es a la vez desafío y dolor.

Para Bowlby (1973) el duelo es el proceso psicológico que se pone en marcha debido a la pérdida de una persona amada.

Freud (1915) vio, tanto en el duelo como en la melancolía formas en la que los seres humanos respondemos ante la experiencia de una pérdida.

El duelo involucra la larga y dolorosa labor de separarnos del ser amado que hemos perdido. Su función es separar los recuerdos y esperanzas de los supervivientes de la persona muerta. El duelo, entonces, es diferente del dolor. El dolor es nuestra reacción a la pérdida, pero el duelo es cómo procesamos este dolor (Leader, 2011).

En el proceso de duelo es importante diferenciar entre la pérdida real, es decir, la pérdida de esa persona y la función subjetivante, que sería la relación particular que el sujeto tenía con lo perdido.

Dependerá también de los duelos aplazados que cada uno tenga. En la vida a veces no registramos, afectivamente, las pérdidas. Evitamos el duelo y lo reemplazamos por sustitutos: otros embarazos cuando se pierde un hijo, nuevas parejas tras una ruptura, hiperactividad profesional tras un fracaso laboral (Ubieto, 2015). Por eso es necesario elaborar la pérdida, en especial en este caso que tratamos, en vistas de un futuro nuevo embarazo.

Autores como Rando (1993) y Worden (1997) proponen vincular cada fase o momentos del duelo con una tarea o

tareas psicológicas que la persona en duelo debe realizar para progresar en el camino de la elaboración.

Por lo tanto, el duelo es un proceso activo, es íntimo y social, no se trata solo del tiempo, sino de lo que hacemos durante el transcurso de ese tiempo.

La pregunta que surge es: ¿Qué tiene de particular el duelo perinatal por muerte intrauterina?

Se junta la vida y la muerte.

Lo explica muy bien una mujer a la que hemos llamado Nuria, quien ha perdido a su primer hijo con 38 semanas de gestación. Dice: “Lo que tendría que haber sido el momento más feliz de mi vida ha sido el más triste”. No es solo que aparezca la muerte de forma repentina, por sorpresa, sin posibilidad de preparación psíquica, sino que además aparece en el momento en que se espera la vida. Nuria dice que cuando se dio cuenta de lo que realmente había pasado, cuando pudo asimilar la realidad de la pérdida, fue cuando al dar a luz, el bebé no lloró. Esto es algo que se repite en el discurso de las madres que dan a luz a un bebé muerto, en ocasiones como lo más traumático, ya que no sucede lo esperado, aparece el silencio en el lugar que debería estar el llanto, como signo de vida. Habla de este vacío: “cuando das a luz esperas tener algo y yo no he tenido nada”. Por no tener, no tiene ni recuerdos, eso, dice, le hace más difícil el duelo. No sabe qué sentir. Nuria perdió a su padre de adolescente, sabe lo que es la tarea del duelo. “Esto es diferente”, dice. No hay un saber sobre cómo elaborar esta pérdida. Es una pérdida socialmente invisible. “Nadie habla de esto”.

No hay una historia compartida con el hijo perdido.

Otra mujer, la llamaremos Mónica, que también ha perdido a su hija, dice: “no tengo nada de ella”, aunque “estaba conmigo siempre”. Habla de la tristeza por “lo que podría haber sido”. También dice que no es como otros duelos, “porque no tienes ningún recuerdo bueno”, eso le impide encontrarle un sentido o consuelo en “lo que vivimos juntos”. A los dos meses es cuando dice: “ahora es cuando soy más consciente: he perdido a una niña”. No es un duelo fácil de hacer, dice: “es como si no quisiera despedirme”.

David y Gosme-Séguret (1996) señalan que el duelo se complica por el aspecto crucial de que “el feto es perdido antes de ser conocido”. Es difícil hacer el duelo de una persona que no existe más allá de la imaginación (Ben Soussan, 1999).

No existe reconocimiento social.

No hay un significante universal para esta pérdida, un saber social, un ritual específico. Es un suceso íntimo, sin reconocimiento, algo de lo que nadie habla. Esto dificulta su simbolización.

Cuantas veces uno descubre que alguien ha sufrido “abortos” como un secreto.

Y ¿cómo llamamos a estas personas que han perdido al hijo esperado?, ¿son padres?, nosotras pensamos que sí, aunque no hayan podido ejercer la función, simbólicamente han ocupado el lugar parental.

Doka (2002) señala que se trata de una pérdida que no puede ser abiertamente reconocida, expresada en público o apoyada por la red social.

El bebé imaginado y fantaseado por los padres se encuentra brutalmente desinvertido, despojado del afecto, deseo y proyecto depositados en él. A diferencia de otros tipos de duelo en los que ese caudal afectivo progresivamente se vuelve a invertir sobre otra figura, en el caso del feto muerto no hay donde reubicarlo. Ante la ausencia de un referente real de la pérdida, algunos autores recomiendan que los padres tengan la posibilidad de nombrar a ese bebé, visualizarlo y realizar rituales de enterramiento (Boulot, 1993; Dumoulin, 1996 y David, 1996). Pero esto no siempre es recomendable. Debe prevalecer el deseo de los padres.

No existen tampoco rituales religiosos que legitimen y reconforten a los padres. A menudo familiares y amigos evitan hablar del tema, mientras los padres viven su pérdida en soledad. (Ridaura, Raich, y Werner, 2015). En otras ocasiones son los propios padres quienes no quieren hablar de ello, incluso no saben qué decir cuando alguien les pregunta.

Queda un lugar vacío.

Cuando el bebé muere hay un movimiento simbólico de la estructura familiar, queda un lugar vacío, el que venía a ocupar el recién nacido. En esta coyuntura, el duelo queda sin hacer, marcando el destino de los padres, haciendo difícil un nuevo embarazo o sobrecargando al niño por venir con las improntas de la historia que lo ha precedido (Ansermet, 1995).

Ante esta clínica, cobra importancia el momento de la pérdida donde no hay una demanda porque el sufrimiento es aceptado, a veces como un sentimiento de castigo por algo que queda pendiente, aun así, es un momento importante para resignificar otras pérdidas. Lo novedoso es la paralización que puede suponer para unos padres la pérdida de su bebé y la contradicción es la importancia

de mover el discurso, productivo (Boullón et al., 2015).

En un primer tiempo, se trata de acompañar con la presencia y la escucha, más allá de toda concepción preestablecida. En un segundo tiempo se podrá reanudar lo que ha precedido al traumatismo y posteriormente, reconstruir una historia, ayudándoles a elaborar la pérdida y resituar al sujeto dándole un lugar simbólico. Se trata de salir de una situación paralizante (Morer et al., 2017).

Muchas madres hablan de sentirse “vacías”, de sentir “un vacío”.

Nuria, la paciente que hemos presentado, cuenta que los peores momentos para ella fueron “salir del hospital sin nada” y “entrar a casa sin el bebé”. Encontramos que tienen algo en común. Son los momentos en los que aparece el vacío en el lugar donde debería estar el bebé. En todos sus planes de futuro aparecían los tres, había un lugar que ocupaba el niño en sus proyectos.

LA PRIMERA ATENCIÓN EN EL MEDIO HOSPITALARIO

Queremos señalar la importancia de los protocolos de actuación en estos casos, ya que ayudan a los profesionales a tener en cuenta los aspectos emocionales de la mujer y su familia. Con el protocolo se pretende humanizar el medio hospitalario, dar reconocimiento institucional a la pérdida perinatal y otorgar los mejores cuidados a los padres. Pero no debemos olvidar respetar las necesidades y decisiones individuales. Lo mismo no sirve para todos. Los protocolos deben ser flexibles y permeables, primando el caso por caso.

Cuando un feto muere dentro del útero de su madre su estatuto como resto o como sujeto está en duda. El hospital brinda la posibilidad de que los padres lleven consigo el cuerpo del nonato para realizar un funeral, darle sepultura o incinerarlo. Hacer un ritual de despedida de un niño que, aunque no nacido, ha tenido un lugar en la familia que esperaba recibirlo. La alternativa es dejar el cuerpo del feto en el hospital, donde será incinerado junto a otros restos biológicos. Los padres deberán firmar un documento en el que autorizan la cremación de esos restos que ya no recuperarán.

Para algunos padres esta decisión es sumamente difícil. Con dos casos pretendemos mostrar que las actuaciones son distintas en función de las personas con las que tratamos.

Conocemos a Aurora el día en que debe tomar esta decisión. Con veintiséis años y ocho meses de gestación

espera llorosa el momento del parto. Es su primera hija, ya sabe que ha muerto.

Aparecen sentimientos de culpa sobre la causa del fallecimiento. Se plantea si hizo algo, si pudo haberlo evitado. Duda sobre qué hacer con los restos, si dejar a su hija en el hospital y que sea incinerada en el crematorio hospitalario, o llevársela y preparar un funeral. Muestra ambivalencia en torno a esto. Siente que si la deja la “abandona”, dice que es como “no encargarme”. Le resulta muy difícil tomar la decisión, por un lado, quiere dejarla y seguir con su vida, cerrar esta etapa, por otro está este “no encargarse” de su hija y abandonarla, con la culpa. Finalmente dice que seguramente la dejará, aunque con esta ambivalencia. Existe en su discurso algo del orden del deseo, de darle un lugar simbólico a esta niña. Le señalamos que estas dudas, lo que se plantea, ya es encargarse de ella. Dice que no lo había pensado de esa manera. Más tarde contará que decidió llevársela e incinerarla sola.

Seis meses después todavía guarda sus cenizas. “Es lo último que me queda de ella”, dice. Se muestra ambivalente ante la idea de desprenderse de ellas, por un lado, dice que echar las cenizas “la dejaría libre”. Ha puesto en una caja objetos de la niña y quiere enmarcar una foto de la ecografía. Aurora habla a las cenizas de su hija, le dice “que lo siento”, “que le haya pasado esto a ella”. Le entristece el no tenerla, “lo que esperabas se ha ido”. Piensa “en lo que podría ser”. “No me queda más remedio que aceptarlo”, “espero que el siguiente me salga bien”, “si me quedara embarazada pensaría en que vuelva a pasar, me da pánico”. Su pareja quiere otro embarazo ya. Cree que tener otro hijo le ayudará a pasar página. Dice que le duele desprenderse de las cenizas. “Si las tiro se cierra todo, y no quiero”. Ha estado pensando mucho sobre qué hacer con ellas, hay días en que piensa que es buena idea, otros días, en los que está triste, cree que es mejor esperar. Lleva once meses esperando, con esta dificultad de desprenderse, separarse de los restos de su hija. En ese momento, se queda embarazada. Se muestra ambivalente, tiene miedo a perder a este hijo, vuelve a aparecer la culpa, incluso por si tiene ansiedad y puede dañar al feto. El pensamiento sobre que esté mal le impide alegrarse por este nuevo embarazo. Dice que “no quiere emocionarse”, por si sale mal. Tiene sueños sobre abortos. Predomina el miedo. No ha aceptado la pérdida de su primera hija, el duelo está sin hacer, y eso dificulta el recibimiento de un nuevo hijo. El trabajo aquí es separar, y cerrar con la muerte, para poder recibir la vida. Darle otro lugar a este hijo.

Una mujer de treinta y cinco años está embarazada de treinta y una semanas, le queda poco más de un mes para dar a luz, será su primer hijo. Una petición llega desde Maternidad: “feto muerto ante parto, espera de parto”. Todavía con el feto en su vientre, impactada por la pérdida, insiste en el deseo de no ver al bebé tras el parto ni obtener la huella de su pie que se ofrece como recuerdo en el hospital. Este no querer ver, no querer tener nada que recuerde lo que no está, es un rechazo de lo sucedido, la reacción de esta mujer ante lo real de la muerte. Aparece el marido en escena, le ha costado esperar fuera de la habitación. El esposo tampoco quiere saber nada, insiste con vehemencia en que ninguno de los dos quiere ver al niño, ha percibido que el personal de la planta le presionaba en esa dirección. Se señala que su elección será respetada y que nadie les obligará a ver lo que no desean. Él desea un nuevo embarazo que borre lo sucedido. Le dice a su mujer, con el vientre abultado que contiene aún al hijo perdido, que en unos meses estará de nuevo embarazada y será la niña que quería. Ella calla. El feto será incinerado en el hospital, junto a otros restos, sin estatuto de sujeto. Es la elección de estos padres ante una pérdida imposible de simbolizar. Ya no hay un lugar para este niño, queda en el lugar de resto, resto en lo real.

CONCLUSIONES

El presente trabajo se encamina a señalar la importancia de las vivencias de duelo perinatal por muerte gestacional tardía, recogiendo el decir de las madres que relatan sus experiencias. Ante la pérdida de un hijo no nacido, lo que no debería haberse presentado aparece, y lo que se esperaba finalmente no llega. La pérdida se presenta antes del nacimiento. En esta contradicción puede aparecer lo traumático, produciendo la paralización del sujeto y de su relato.

Las madres ingresadas en la planta de maternidad del Hospital Universitario Miguel Servet hablan de un duelo silenciado en la sociedad. Se enfrentan a la difícil tarea de simbolizar una pérdida de la que nadie habla, de la que no hay un saber transmitido. En esta situación surge la demanda de una intervención psicológica.

El trabajo se encamina en un primer momento a ofrecer un lugar de escucha en el que puedan poner en palabras lo ocurrido y les permita salir del estupor inicial. En ocasiones nos encontramos con la culpabilidad de estas madres que creen haber sido malas madres antes de ejercer esa función. Otras madres hablan de los preparativos para la llegada esperada y el vacío con el que ahora se encuentran. En un segundo momento la

intervención impulsa la elaboración y reubicación de la pérdida en el discurso familiar de los padres, permitiendo la posible construcción de un futuro como pareja que acoja nuevos nacimientos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ansermet, F. (1995). ¿De qué sufren los niños en neonatología? *El Niño. Revista del Instituto del Campo Freudiano*, 1, 18-25.
- Ben Soussan, P. (1999). *Le bébé imaginaire*. Ramonville Saint-Agne: Erés.
- Bowlby, J. (1973). *La separación afectiva*. Barcelona: Paidós.
- Boullón, A.; Burillo, M.; Morer, B.; Ayala, B. y Mancho, A. (2015). *Apoyo psicoterapéutico en un Servicio de Neonatología*. Comunicación oral presentada en el VII Simposio Sección de Psicoterapias Psicoanalíticas de FEAP, en colaboración con la Sección de Niños. Nuevas miradas sobre el qué hacer terapéutico. Zaragoza, España.
- Boulot, P., Bacherlard, B., Moénat, F. y Roy, J. (1993). *Sebattre pour le foetus*. En F. Molénat y M. Ateya. (Eds). *Cahier 4 de l'Afrée. Grossesse, naissance, deuil: les pratiques* (pp.28-42). Montpellier: Climats.
- David, D. y Gosme-Séguret, S. (1996). *Le diagnostic prenatal, aspects psychologiques*. Paris: ESF.
- Doka, K. (2000). *Disenfranchised grief. New directions, challenges and strategies for practice*. Champaign (Illinois): Research Press.
- Dumoulin, M. (1996). *L'enfant mort en maternité. Ses parents, les médecins, la loi*. En D. David y S. Gosme -Séguret (Coords.). *Le diagnostic prenatal, aspects psychologiques* (pp.93-99). Paris: ESF.
- Freud, S. (1917 [1915]). *Duelo y Melancolía*. En Freud, S., *Obras completas*, XIV (pp. 241-248). Buenos Aires: Amorrortu.
- Instituto Nacional de Estadística (2017). *Mortalidad infantil*. Recuperado de <http://www.ine.es>.
- Leader, D. (2011). *La moda negra. Duelo, Melancolía y Depresión*. Buenos Aires: Sexto piso.
- Morer, B., Ayala, B., Burillo, B., Boullón, A., Mancho, A. (2017). Apoyo psicoterapéutico en un servicio hospitalario de Neonatología. *Revista Pensamiento Psicoanalítico*, 1, 94-100.
- Oberman, A. (2013). *Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la Psicología Perinatal*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Rando, T. (1993). *Treatment of Complicated Mourning*. Champaign, IL: Research Press.

Real Academia Española (2017). *Diccionario de la lengua española. Perinatal*. Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=Sd9GW4G>

Ridaura, I., Raich, R. M., y Werner, P. (2015). *Estudio del duelo perinatal: interrupciones médicas del embarazo, muertes prenatales y muertes postnatales*.

Ubieto, J.R. (2015). El trauma de lo imprevisto. Consecuencias. *Revista digital de Psicoanálisis,*

arte y pensamiento, 15. Recuperado el 03/03/2016 de www.revconsecuencias.com.ar/ediciones/015/template.php?file=arts/Derivaciones/El-trauma-de-lo-imprevisto.html

Worden, J. W. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.