

Pérdida gestacional y el proceso de su duelo. Lo que comparten las mujeres y sus parejas*

MERCEDES BECERRA GORDO¹

RESUMEN

Pérdida gestacional y el proceso de su duelo. Lo que comparten las mujeres y sus parejas. La interrupción del embarazo, ya sea espontánea como voluntaria, supone un impacto emocional intenso tanto en la mujer como en su pareja que altera su mundo emocional. El elevado porcentaje de mujeres que sufren una pérdida perinatal y las repercusiones emocionales que conlleva a corto y largo plazo hace necesario replantear el trabajo de las especialidades que atienden a población perinatal (psicología, pediatría, ginecología, obstetricia, psiquiatría, etc.) para conceder la importancia que tiene un proceso de duelo frecuente y especialmente silenciado. Nos centraremos en las pérdidas perinatales que ocurren a lo largo de la gestación, un proceso de duelo con idas y vueltas, con sintomatología propia y que requiere una atención, formación y escucha terapéutica también propia. Desde la reflexión y la práctica clínica abordaremos aspectos relevantes que ocurren durante este proceso terapéutico. Este acompañamiento profesional, necesario y escaso, tiene como objetivo que la mujer y su pareja, en caso de tenerla, puedan elaborar suficientemente el duelo, aliviar la sintomatología actual y, caso de una siguiente gestación, disminuir el riesgo de desajuste emocional tanto en la madre, como en su pareja y en el futuro bebé, que puede desembocar en una depresión perinatal en los padres o en problemas de desarrollo emocional en el bebé. **Palabras clave:** duelo gestacional, muerte perinatal, depresión perinatal, embarazo, aborto.

ABSTRACT

Pregnancy loss and the grieving process. What women and their partners share. The termination of pregnancy, whether spontaneous or voluntary, involves an intense emotional impact on both the woman and her partner which alters their emotional world. The high percentage of women who suffer a perinatal loss, and the emotional repercussions it entails in both the short and long term, make it necessary to rethink the work of the specialties which attend the perinatal population (psychology, pediatrics, gynecology, obstetrics, psychiatry ...) to acknowledge the importance of a frequent yet particularly silenced grieving process. In this article focus will be placed on the perinatal losses which occur during gestation, a mourning process which ebbs and flows, which has its own symptomatology and one which also requires its own bespoke attention, training, and therapeutic listening. From reflection and clinical practice, relevant aspects which occur during this therapeutic process will be addressed. This professional accompaniment, which is necessary yet scarce, aims to enable the woman and her partner to sufficiently work through their grief, alleviate the current symptomatology and, in the case of a subsequent pregnancy, reduce the risk of emotional imbalance in the mother, her partner and the future baby, which can lead to perinatal depression in the parents or emotional development problems in the baby. **Keywords:** gestational grief, perinatal death, perinatal depression, pregnancy, abortion.

RESUM

Pèrdua gestacional i el procés del dol. El que comparteixen les dones i les seves parelles. La interrupció de l'embaràs ja sigui espontània o voluntària suposa un impacte emocional intens tant en la dona com en la parella que altera el seu món emocional. L'elevat percentatge de dones que pateixen una pèrdua perinatal i les repercussions emocionals que comporta a curt i llarg termini fan necessari replantejar el treball de les especialitats que atenen la població perinatal (psicologia, pediatria, ginecologia, obstetricia, psiquiatria, etc.) per concedir la importància que té a un procés de dol freqüent i especialment silenciats. Ens centrarem en les pèrdues perinatals que esdevenen al llarg de la gestació, un procés de dol amb anades i tornades, amb simptomatologia pròpia i que requereix una atenció, formació i escolta terapèutica també pròpia. Des de la reflexió i la pràctica clínica abordarem aspectes rellevants que tenen lloc durant aquest procés terapèutic. Aquest acompanyament professional, necessari i escàs, té com a objectiu que la dona i la seva parella, en cas de tenir-la, puguin elaborar prou el dol, alleujar la simptomatologia actual i, en cas d'una següent gestació, disminuir el risc de desajust emocional tant en la mare, com en la seva parella i en el futur nadó, que pot desembocar en una depressió perinatal als pares o en problemes de desenvolupament emocional al nadó. **Paraules clau:** dol gestacional, mort perinatal, depressió perinatal, embaràs, avortament.

*Este artículo ha sido adaptado de la versión en inglés, publicada originalmente en *Journal of Child, Infant and Adolescent Psychotherapy*, editada por Taylor y Francis: Becerra Gordo, M. (2022), *Pregnancy Loss and the Grieving Process. What Women and Their Partners Share*, *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 21(3), 252-261, DOI: 10.1080/15289168.2022.2090213.

¹Psicóloga y Psicoterapeuta especializada en psicología perinatal. Consulta de psicología perinatal y primera infancia, Valencia, España. Contacto: atelier@cop.es

Mi gratitud a todas las mujeres, y a sus parejas, que me van enseñando a leer entre sus palabras, que me han dejado mirar dentro de su dolor, que me han dejado acompañarlas en sus procesos terapéuticos. Toda esta enseñanza sirve –y servirá– para acompañar a otras mujeres, y a sus parejas, si las hay, que pasan por el duro momento de perder a su bebé.

Son muchas las veces que el aprendizaje terapéutico va acompañado de las vivencias que comparten los pacientes. Podemos estudiar y teorizar, pero no es hasta que se escucha la vivencia del paciente narrada desde su subjetividad, con sus saltos en el discurso y su emocionalidad, cuando se puede llegar a comprender todo aquello que se ha aprendido; y, aun así, es posible que, si no se ha tenido la experiencia, no lleguemos a comprender su magnitud.

Hay aprendizajes que están impregnados de la experiencia. Las mujeres que han perdido a sus bebés durante la gestación me han enseñado que se puede estar cerca de entenderlas, pero sólo el impacto emocional que producen sus vivencias y el dolor que expresan se puede acercar al sentimiento vivido por ellas.

En una sesión, una mujer, psicóloga de profesión, que había perdido a su bebé durante la gestación, me dijo: “Y yo que pensaba que era capaz de empatizar con el dolor de los demás, que era capaz de ponerme en su lugar y de acompañarlos en sus pérdidas... ahora veo lo lejos que estaba de entenderlos”.

El presente artículo se centrará en el duelo gestacional y posterior gestación dentro del abanico de una pérdida perinatal. La CIE-11 (OMS, 2019) considera el periodo que abarca desde la semana 22 de gestación hasta siete días completos después del nacimiento, mientras que el periodo neonatal es el que comienza en el nacimiento y finaliza 28 días después. Sin embargo, desde la psicología, el concepto de perinatalidad abarca el periodo de desarrollo desde la concepción, gestación, nacimiento y los dos primeros años de vida (Golse y Stern, 1998).

Según elabora el Grupo Interinstitucional para las Estimaciones sobre Mortalidad Infantil de las Naciones Unidas (The World Bank, 2022), en 2019, un 28,38 % de los embarazos no llegaron a término. La variabilidad entre los países es

grande y hay que añadir, además, que, según este grupo, la tasa de mortalidad fetal se recoge a partir de la semana 22.

En España, según recoge Cassidy (2021), la muerte fetal a partir de la semana 22 es un 6,58 % cada 1000 embarazos, pero se estima que, antes de esta semana, entre un 20 y un 30 % de estos se habrán interrumpido por pérdidas espontáneas o no espontáneas. De este porcentaje, del 20 al 30 %, un 2,5 % de estas pérdidas se darán entre la semana 13-21 y un 97 % de estas muertes intrauterinas se darán antes de la semana 13. Vemos, por tanto, el porcentaje tan elevado de mujeres que han perdido a su bebé en el transcurso de la gestación si contamos desde la concepción y, sin embargo, este 20-30 % está significativamente silenciado.

Hay mujeres que este proceso de pérdida lo abordan de manera bastante saludable, solas, junto con su pareja, o su red extensa. Con buena capacidad de afrontamiento de esta situación, conseguirán aceptar la pérdida y hacer un lugar a un futuro bebé. En cambio, otras, por razones diversas, no podrán hacerlo y necesitarán de profesionales que las escuchen, entiendan y acompañen a realizar este proceso. Este artículo se centrará en estas últimas.

¿Duelo o duelo gestacional?

El duelo es, como sabemos, una reacción normal ante una pérdida. Su afrontamiento variará según la individualidad, las estrategias, la estructura psíquica y la red de apoyo, entre otras variables. Durante el duelo, la persona tiende a aislarse para elaborar y aceptar esta pérdida, aunque en ocasiones se produce un efecto justamente contrario: al no poder soportar el dolor emocional, se inicia un funcionamiento de hacer, de estar activo, con la finalidad, muchas veces inconsciente, de no parar y, de esta manera, no contactar con el dolor. En el proceso de duelo, se experimentarán reacciones negativas; internamente, se irá aceptando la pérdida y, finalmente, si todo va bien, se continuará con la vida incorporando el recuerdo de lo perdido. Si este proceso de duelo llamado *normal* no se cierra, aparece el llamado *duelo complejo* o *complicado*, que afectará no sólo a la persona, sino también a su vida familiar, social y laboral. En la

práctica clínica, nos encontramos con mujeres que arrastran, durante años, duelos gestacionales no resueltos (Mota, 2018).

El DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) describe el *trastorno por duelo complejo persistente*, donde expone como primer criterio que “el individuo ha experimentado la muerte de alguien cercano con quien mantenía una relación cercana”. ¿Cómo se interpreta esto? ¿Quién más cercano que alguien que muere estando dentro del propio cuerpo? Además, el DSM-5 también requiere que hayan pasado más de 12 meses. Pero, como hemos aprendido en nuestra práctica clínica, la intensidad emocional vivida tras una pérdida gestacional es tan alta y el dolor es tan profundo que determina que se detenga un área de la vida de las personas que lo han sufrido.

El duelo gestacional, un duelo desautorizado

Hay duelos que no se pueden pensar, duelos que no se pueden entender y duelos que no se pueden compartir. Son los llamados “duelos desautorizados”. Doka (2009) nos habla de este tipo de duelos de los que no se puede hablar: el duelo por la pérdida de un amante, el de la pérdida por enfermedad de transmisión sexual (el SIDA durante mucho tiempo) y el duelo por la pérdida gestacional.

Históricamente, familiares y profesionales de la salud han evitado afrontar, acompañar y escuchar estos últimos duelos. Bourne (1968) abordó los efectos psicológicos que sucedían en las mujeres cuando fallecía su bebé en el periodo de gestación y nombraba la existencia de un “ángulo ciego” en los profesionales, quienes pasaban por el trance como si nada hubiera ocurrido, sin dar la oportunidad de despedir al hijo fallecido y recurriendo, con una intención protectora, al “no te preocupes, en breve estarás nuevamente embarazada y olvidarás todo esto”, otorgando este suceso como no-ocurrido, para el que la mejor salida era el olvido. Por desgracia, 60 años después y a pesar de la existencia de abundante investigación al respecto, así como de guías de buenas prácticas (Asociación Umamanita y Asociación El Parto es nuestro, 2009), muy necesarias y acertadas, todavía escuchamos a algunos profesionales de la salud recurrir a aquel

discurso pseudoprotector que ubica la pérdida gestacional en una posición de no-suceso.

“Ya ha pasado -me dijeron- y lo mejor es que lo olvides y, en breve, lo volváis a intentar. No es posible que olvide lo sucedido, ya que olvidar me parecería una falta de respeto a mi bebé”, me decía una madre con un sentimiento entre rabia y pena.

Callahan y McCluskey (1983) plantearon que “la pérdida perinatal es distinta a las otras por la reticencia del sistema de apoyo a hablar de ello”. Y, efectivamente, se trata de un duelo diferente, pues comporta una complejidad mayor que requiere un abordaje que no es lineal, sino repleto de numerosas idas y vueltas. Es un duelo de duelos, y es precisamente eso lo que le dota de un carácter diferente.

Calderer et al. (2018) realizaron una revisión bibliográfica de los últimos 10 años sobre las intervenciones empleadas para mejorar la atención a parejas que han perdido un hijo y concluyen, entre otras, que es necesario mejorar la formación y recursos de los profesionales para ofrecer una atención de calidad. En este sentido, Leon (1992) comenta que “los padres nunca olvidan la comprensión, el respeto, el calor genuino que recibieron de los cuidadores, que llega a ser tan duradero e importante como los recuerdos materiales del embarazo perdido y de la corta vida de su bebé”. Y advierte de un aspecto que es importante resaltar: el riesgo de instrumentalización de esas buenas prácticas, necesarias y valiosísimas por otra parte, pero que mal utilizadas, es decir, aplicadas de manera estandarizada, corren el riesgo de no ver la individualidad de cada caso, la estructura psíquica que apuntala a cada miembro de la pareja y los aspectos de su historia familiar previa, elementos que van a determinar que este duelo se realice de una manera u otra. Individualidad, escucha, respeto y formación serán el hilo conductor de todo acompañamiento que, necesariamente, tendrá que estar dotado de una flexibilidad a las idas y vueltas terapéuticas que necesita cada caso.

Acompañamiento terapéutico. Las idas y venidas del proceso

Como la práctica clínica nos enseña, cada

caso es individual y en los casos de duelos gestacionales se ve muy bien. Hay tantos aspectos para tener en cuenta que es esta complejidad la que los hace únicos. En qué condiciones emocionales llegan al embarazo -deseado, peleado, natural, reproducción asistida, etc.-. Qué fantasías, proyecciones, renunciaciones, decisiones han acompañado los primeros tiempos del embarazo. Qué relación de pareja tienen estos futuros padres, de dónde parten y cómo están ahora. Si fue una decisión sola, como futura madre monoparental, por poner unos ejemplos. Una serie de piezas que se irán colocando y recolocando en un puzzle que podemos llamar proceso terapéutico en este duelo gestacional. No obstante, existen dos escenarios terapéuticos con sus características propias.

Carmen llega a la consulta embarazada de nueve semanas y cuenta que hace dos años estuvo embarazada de su primer hijo. “En la ecografía de la semana 12 me dicen que algo no iba bien. Yo me encontraba físicamente mal, tenía náuseas, estaba incómoda y, sobre todo, tenía la intuición de que algo no iba bien”.

Este pensamiento lo he escuchado en muchos casos de pérdida gestacional donde, aparentemente, es un pensamiento irracional que luego se confirma a modo de profecía autocumplida y que recuerda a la explicación freudiana del fenómeno de los sueños premonitores (Freud, 2004).

“En esa visita, me confirmaron que el bebé tenía malformaciones y agenesia del cuerpo calloso. Era un varón. En la semana 15 me hicieron otra ecografía y me informaron de que faltaban algunos órganos. Me derivaron al hospital, donde tardaron una semana más en darme cita. Nos dijeron que el bebé no sería viable una vez naciera y los dos teníamos clara la decisión de interrumpir el embarazo. Eso fue dos días después. Estaba de 17 semanas (cinco semanas después del primer anuncio de que algo no iba bien). Cuando llegó el momento de la interrupción, me pusieron oxitocina, creo, pero nadie me dijo que sería un parto. Fue una experiencia terrible. Cuando nació, yo no lo quería ver, mi marido sí que lo hizo y me animó a despedirme. Tengo que agradecer a la matrona o ginecóloga, no sé, que estaba conmigo, que esperó hasta que estuve preparada para verlo y fue lo mejor que hice, despedirme de él. Era tan pequeño”.

Rota de dolor, va haciendo este relato. Poco a poco intenta reponerse para que le salgan las palabras. Y así empieza el trabajo terapéutico con una mujer que ha perdido a su bebé anterior y que no tiene ninguna ilusión por el bebé que está gestando. Dos años después, continúa como si todo lo que cuenta hubiese pasado hace una semana, con una intensidad emocional intacta, sin elaborar, anclada en lo que pasó, sin poder incorporar lo que está pasando, su nuevo embarazo. Cuando el trabajo psicoterapéutico comienza una vez ya iniciada una siguiente gestación, requiere de un trabajo en paralelo, de despedida del bebé perdido y de creación de un espacio nuevo, diferenciado, para este nuevo bebé, no solo físico sino psíquico.

En otras ocasiones, el tratamiento se inicia cuando la mujer ha perdido a su bebé y todavía no se ha quedado embarazada nuevamente. Alicia acude a la consulta 10 días después de interrumpir su embarazo. Ella, junto con su compañero, también tomaron la decisión de no seguir adelante ante el anuncio de la cromosomopatía grave que portaba el bebé. Ella tampoco sabía que pariría a su bebé y también tuvo que esperar tres semanas de pruebas antes de que se produjera la interrupción. “¿Nos hemos equivocado?”, decía, “¿Y si finalmente había un error y no tenía esa enfermedad? ¡Fue tan duro!”. En estos casos, podemos abordar el duelo de la pérdida: elaborar que el bebé ya no está y reelaborar la construcción psíquica hecha hasta el momento. Un duelo exclusivo por y para el bebé que ya no está.

Matos (2019), en su artículo, cita el trabajo *La cuna vacía* de Soubieud (2010), donde habla de la pérdida durante la gestación como un sismo en la familia y, en el caso concreto de la mujer, cita: “el bebé que muere no permite a la futura madre el acceso a la representación psíquica de lo femenino materno. La mujer se transformó en el cuerpo de madre, pero el bebé de la parte de fuera que debería llenar el vacío dejado por el bebé de la parte de dentro desapareció.”

Aspectos del tratamiento que van a circular de forma común

Los primeros encuentros son fundamentales para que la mujer se sienta cómoda. Si lo desea,

puede venir acompañada de su pareja y, a mi modo de entender el trabajo, esa flexibilidad será uno de los elementos articuladores del tratamiento. La voz es para ella, ya que la experiencia traumática de dar a luz un bebé muerto es única, pero no podemos olvidar que la pareja, en caso de tenerla, también iba a tener un hijo, aunque no lo estuviera gestando y, por tanto, el dolor también necesita ser reconocido y compartido en la sesión. Pondremos en común la vivencia subjetiva de cada parte y, en el relato, valoraremos cómo se va dando el proceso individual de duelo. Un trabajo de la pareja en paralelo y en común a la vez, con ritmos y vivencias individuales, aunque compartan espacio terapéutico. Esta flexibilidad de la que hablaba antes es la que va a permitir que la mujer pueda tener, si así lo desea, un proceso terapéutico individual, aunque a lo largo del trabajo pueda compartirlo en diferentes sesiones con la pareja.

Con un “cuéntame, contadme” iniciamos el proceso terapéutico. El relato va a variar: en unas ocasiones empezarán con la descripción pormenorizada del momento del aborto, en otras entrarán a relatar el conjunto de fantasías maternas que giraban alrededor de ese embarazo y, en algunos otros casos, el “no sé cómo me encuentro” formará parte de las primeras sesiones. Todos son válidos, no hay prisa... ni juicio. Cada mujer se irá adentrando en el dolor a su manera y ritmo, cómo esté preparada y, en la medida en que se sienta acompañada, se atreverá a penetrar en su interior.

En muchas de ellas circula la fantasía de si es posible que hayan enloquecido. No se reconocen y la sintomatología que presentan les desborda. Sin pretender ser exhaustiva ni generalizar síntomas, algunos de los que recoge Moscarello (1989) nos serán de utilidad para iniciar el trabajo. Así, en la mayoría de los casos, aparece un porcentaje significativo de síntomas físicos, como vacío en el estómago, opresión en el pecho y garganta, dificultad para respirar, debilidad, fatiga, sudoración; sentimientos como shock, culpa, vacío, rabia, ansiedad, tristeza, reproche, confusión, soledad; pensamientos como reexperimentación del trauma con ideas intensivas y fantasías sobre el feto, oscilaciones en el nivel de conciencia, dificultades de concentración y para la toma de decisiones; y síntomas

conductuales como dificultad para dormir, pesadillas, aislamiento social, uso y abuso de sustancias, funcionamiento social y laboral limitado.

“Siempre quise ser mamá. ¿Sabes la ilusión que tenía? Fue como sentirme plena, mi barriga iba creciendo y, con ella, mis ganas de ver a mi bebé. Ahora no puedo dormir y, cuando lo consigo, me despierto sobresaltada, la cabeza se me acelera y me entra una presión en el pecho que me asusta. ¿Por qué me ha pasado esto?”.

Quando el duelo gestacional interrumpe el duelo de la parentalidad

Con el anuncio de la futura llegada de un bebé, se pone en marcha en los futuros padres unos cambios no solo físicos, sino también psicológicos. Durante el tiempo de embarazo, tales cambios psíquicos, necesarios, continuarán para que, cuando llegue el bebé, los nuevos padres estén preparados. ¿Preparados para qué? Para la difícil tarea de criar: renuncias de “su vida anterior” donde ocupaban un lugar más parecido a la adolescencia; afrontamiento de las dudas, los miedos y la preocupación acerca de cómo ser buenos padres “sin libro de instrucciones”; reajuste en la organización de la logística familiar; y, lo más importante, aceptación de que ya nunca más serán sólo hijos, pues ahora hay alguien en su línea generacional: aparece su descendencia. Ya no volverán a existir como lo que fueron, ya que ahora serán también padres. A esta crisis, que supone la emergencia de la parentalidad, Manzano, Palacio-Espasa y Zilkha (1999) le llamaron *duelo del desarrollo*. Este duelo de la parentalidad conllevaría, parafraseando a Blos (1967, 2018) a propósito de Mahler (1990), un tercer proceso de *separación-individuación* (Dualde Beltrán, 2022).

La pérdida del bebé durante la gestación interrumpe de manera drástica este proceso. Este duelo del desarrollo que se hace cargado de ilusión se detiene para iniciar otro duelo cargado de dolor. Son los momentos de shock, de despersonalización, de incredulidad de lo que está sucediendo.

“En ese momento no era yo, parecía un robot, mi cuerpo no me pertenecía. Y luego viene el parto y sé que ya no hay vuelta atrás, mi bebé se va y, con él, mi maternidad. Yo no quería verla, no

recuerdo qué sentí, pero no quería verla... Supongo que tenía miedo de no poder soportar más sufrimiento, pero le vi, me despedí de ella y pensé que la había dejado marchar. Pero no es así, todavía soy la mamá de esa niña que no llegó a nacer. Estuvo peleando por la vida hasta el final, pero desde el inicio del embarazo las cosas no fueron bien y yo no pude hacerlo mejor.”.

Parte del proceso de duelo va a circular en este doble movimiento: iniciaron el trabajo para ser padres y ahora hay que desandar el camino.

Una pérdida en la gestación no solo interrumpe el nacimiento de un bebé sino también el nacimiento de unos nuevos padres. El proceso de embarazo produce unos cambios emocionales no solo en el cuerpo de la mujer sino en la psique de los futuros papás. La mujer va percibiendo poco a poco una sensibilidad que le deja más expuesta a lo emocional. Caprichosa, irritable, exigente, temerosa, infantil, popularmente se dice que está más antojadiza. La mujer, si todo va bien, hace una apertura emocional mediante la cual adquiere una alta sensibilidad que, con sus defensas psíquicas más atenuadas, le va a permitir vincularse y entender a su futuro bebé. Es lo que Bydlowski (2007) denominó “transparencia psíquica”. Dicha transparencia contribuye, además, a que la embarazada pueda pasar mucho tiempo fantaseando con el niño que va a nacer y recordando su propia niñez (Becerra Gordo, 2020).

Todo ese proceso de desarrollo emocional queda, por tanto, interrumpido en una fase en que la mujer está abierta, vulnerable y sensible, en una fase más regresiva, que le hubiera permitido en un futuro conectar emocionalmente con su bebé. Su aparato psíquico, que estaba trabajando para leer a su bebé cuando hubiera nacido, queda a merced de una intensidad emocional que la invade. Esta es una de las razones por la que nos encontramos mujeres que, tras la pérdida, están infantilizadas, muy necesitadas de sus madres, dejando de lado a sus parejas y centradas en ser cuidadas por ellas. Una de mis pacientes me pidió que viniera a consulta su madre. Al preguntarle por qué no prefería venir con su pareja me dijo que “ella la necesitaba y quería que supiera por lo que estaba pasando y que él estaba mejor trabajando”.

Una vez más, vemos cómo esta flexibilidad en

el abordaje nos facilita el acceso a una riqueza de contenidos psíquicos que, con encuadres rígidos y sobredeterminados, nos perderíamos y no tendríamos ocasión de trabajar.

En la siguiente visita, esta paciente llega con su madre, quien me comenta, preocupada, que no reconoce a su hija: “Parece una niña pequeña pegada a mi falda, necesita que le acompañe a todo. Entiendo que ha perdido a su bebé, y entiendo su tristeza, pero ¿y esto? Le digo que es adulta y me preocupa su dependencia. Nunca ha sido así”.

He visto esta dependencia más de una vez, y se trata de otra de las funciones de esta apertura emocional: a parte del futuro encuentro con su bebé, permite a la mujer reencontrarse con la propia infancia y recolocarse con la propia madre ahora como futura nueva madre de su criatura, ocupando así un lugar definitivamente adulto donde la línea generacional continúa después de ella. Pero en la medida en que este proceso -la resignificación de su infancia y la relación con su propia madre- también queda interrumpido en una primera fase, parte del trabajo de duelo será acompañar en la elaboración de que este proceso, por el momento, no va a tener lugar y, por tanto, habrá que ayudarle a salir de esta posición infantil, en caso de que se haya quedado instalada, para recuperar su lugar de adulta y de pareja.

Duelos que se abren y duelos que se cierran. La importancia de las fechas

Se dice que un duelo necesita un año para empezar a cerrarse: un año donde la persona que se ha ido no celebrará su siguiente cumpleaños, no pasará las navidades entre nosotros y las vacaciones de verano tendrán que ser sin ella. Las fechas son un elemento simbólico que nos permite encontrar una estructura en una relación. Cuántas parejas celebran el aniversario de cuando se conocieron.

En el proceso terapéutico de una pérdida gestacional, las fechas van a ocupar un lugar relevante: la fecha del aborto, sin importar que este haya sido espontáneo o programado; las fechas de los anuncios previos; la fecha prevista del parto que nunca llegó. Con cada rememoración de lo que aconteció estaremos más

cerca de dejar ir al bebé.

“Hoy hace un año que perdí a mi hijo, tal día como hoy me inducían el parto y... ya está, se fue. Estas dos semanas he estado muy triste. En mi cabeza llegaban recuerdos de nuestra decisión, de la última ecografía en que le vi... se movía, ¿sabes? Lo intentó hasta el último momento, pero no pudo ser, su corazón se paró. Te agradezco que hoy hablemos de él, es nuestro pequeño homenaje.”

Hay parejas que guardan sus escasos recuerdos, otras hacen pequeños altares, algunas otras buscan un lugar bonito donde enterrar todo aquello que formó parte de su corta vida y, de esta manera, tener un lugar al que visitar. Son muchas las diferentes fórmulas para iniciar la despedida, que no el olvido. Nuestro objetivo no es olvidar sino incorporar dentro de sí su existencia como recuerdo para ser evocado cuando se necesite, pero dejando ir el dolor y, sobre todo, permitirse que la vida siga. Tal y como Fraiberg reflexiona en su artículo *Ghost in the Nursery* (Fraiberg et al., 1975), situaciones duras o traumáticas vividas por los padres podrán influir en las relaciones con los hijos. Por tanto, estamos en una situación de alto riesgo emocional para futuras gestaciones y, como sabemos, incorporar al fallecido no es tarea fácil. Conservamos esa pulsera que pertenecía a nuestra madre, ese jersey de la pareja fallecida, o esas cenizas que en su urna ocupan un lugar privilegiado en la casa. Sabemos cuánto cuesta dejar estos objetos, ya que su presencia nos recuerda que nuestro ser querido ya no está. También sabemos cuánto trabajo se requiere para no necesitar dichos objetos y que la persona que ya no está forme parte de nuestro recuerdo y no de nuestro dolor. Cuando esto no se consigue, corremos el riesgo de que la pena colme nuestra existencia. Este proceso también podemos verlo en estos duelos, aferrándose a objetos que formaban parte de la existencia del bebé - “¿Y si lo olvido?” -. Qué difícil es encontrar el equilibrio entre dejarlo marchar y no olvidar.

A partir de recorrer las fechas significativas, soltamos un poco más de lastre de ese duelo que se reactivará en la siguiente gestación. Hay fases de este duelo que sólo podrán ser trabajadas entonces. No se puede transitar un dolor que sólo aparecerá cuando se espera un nuevo

bebé, un bebé que quizás no habría existido de no haber fallecido el anterior. Un nuevo bebé que representa que el bebé anterior ya no está. Un difícil inicio para esta nueva gestación.

Revisitando la sexualidad. ¿Cómo puede entrar placer si de ahí salió muerte?

El momento de retomar la sexualidad y, más concretamente, la relación genital se suele postergar. Son muchas las causas: falta de deseo, dolor físico, apatía, culpa por volver a sentir placer como si fuera una falta de respeto, no guardar el luto, o no “estar para eso”.

Sin intención de generalizar, me he encontrado con numerosas mujeres para quienes el primer encuentro sexual tras la pérdida ha terminado con un llanto profundo, inconsolable. Una mezcla de placer y dolor. Si la mujer tiene un espacio terapéutico con suficiente confianza lo podrá compartir, lo que, a su vez, le permitirá abordar la dificultad de restablecer el valor y la función de una zona, la genital, tan significada y, al mismo tiempo, tan traumatizada. Una zona que casi es mejor olvidar.

“Fuimos despacio, estaba totalmente cerrada y con reservas, pero finalmente pudimos tener un encuentro sexual. No fue bien del todo, pero pude empezar a reencontrarme con mi cuerpo. Después lloré con tristeza, un llanto inconsolable. Él me preguntaba que qué podía hacer y yo le dije: estar ahí”.

Reencontrarse sexualmente también forma parte del proceso de duelo. Podemos hipotetizar que algunas de las dificultades sexuales posteriores que pueden aparecer en la pareja puedan tener un origen en duelos gestacionales no resueltos. Es importante poner especial atención a la existencia de abortos en la historia personal, aunque estos hayan ocurrido años atrás. Si abordamos este aspecto como parte del duelo gestacional, si le cedemos un espacio para hablar, podremos ayudar a que no se cierre el deseo y el placer. En ocasiones, como he comentado antes, las dificultades van a persistir, dejando las próximas relaciones sexuales sólo para nuevas gestaciones. La pareja, expuesta al riesgo de no poder reencontrarse, queda sólo como pareja de padres en caso de que venga un nuevo bebé.

Un espacio propio para un nuevo bebé. Riesgo psíquico en la siguiente gestación

El anuncio social del nuevo embarazo suele ser tardío. Los futuros padres de nuevo tuvieron que anunciar que su bebé ya no estaba apenas poco tiempo después de anunciar con alegría que esperaban un hijo. Por eso, en la siguiente gestación, este nuevo bebé no va a ser anunciado con la ilusión deseada, ya que una sombra de miedo va a acompañar todo el proceso. Vamos a convivir con esto todo el embarazo y es algo que, como terapeutas, tenemos que aceptar. Aprender a respetar esos tiempos y entender que quizás la ilusión plena no se va a dar en este nuevo embarazo es un trabajo que tenemos que hacer los propios terapeutas. Parte de este consistirá en estar muy atentos a cómo van apareciendo las nuevas fantasías fetales y las representaciones maternas propias de este embarazo (Grimalt y Heresi, 2012), aunque, como digo, no podemos olvidar que este nuevo embarazo será de alto riesgo emocional. Es, sobre todo, al inicio de este cuando podrán aparecer más fantasías de muerte, pensamientos, sueños y miedo a que este bebé también muera o a no poderlo cuidar.

“Soñé que me dejaban un bebé y, cuando me di cuenta, no respiraba. La angustia me hizo despertar. ¿No voy a ser capaz de cuidar de mi bebé?”. “Mi bebé nacía sin cabeza, lo tenía en mis brazos y oía su llanto, pero no tenía cabeza.”. “Me desangraba, pasaban por mi lado y nadie me ayudaba y, poco a poco, moría.”.

El bebé fallecido suele ocupar todo el espacio terapéutico en el inicio del siguiente embarazo. Como terapeutas, podemos alarmarnos del poco espacio mental que tiene el nuevo bebé en la mente de la madre, pero sólo podremos pensar en este nuevo bebé si hemos dejado ir al fallecido. En numerosas ocasiones, el trabajo va en paralelo. Conforme se va trabajando este duelo, se va haciendo sitio a este nuevo bebé, pero cada ecografía, cada visita médica, cada prueba, cada semana que avance este nuevo embarazo va a caminar en paralelo con las semanas en que sí se estuvo embarazada con anterioridad. Se podrán comparar los embarazos, o reactivar la pena cuando la visita médica confirma que todo va bien. Paradójico, pero real.

Hasta llegar a la que coincide con la semana de gestación donde se perdió al anterior bebé. Es a partir de entonces cuando el nuevo bebé camina solo, sin recuerdos, con fechas propias, con ecografías propias y es a partir de ahí donde la futura madre empieza a ilusionarse, con miedo, pero con mayor capacidad de ver a este bebé como diferente, con entidad propia y, en la mayoría de los casos, puede empezar a pensar un nombre para él. Un nuevo nombre. No es un bebé de remplazo, es un bebé con una identidad propia y debemos ayudar a que esto suceda. Si todo va bien, el dolor se irá marchando para dejar entrar la ilusión; el miedo dejará paso a la esperanza, pero la sombra de que algo pueda ir mal, aunque de manera tenue, no llegará a desaparecer del todo.

El proceso de duelo en una pérdida gestacional no concluye aquí. Cuando todo parece que ha pasado, llega el del nacimiento. Y este nuevo bebé, por fin, da el lugar de padres a esta pareja. Sabemos que para las parejas que ya son padres de un hijo fallecido, este no desaparece en la línea de hijos y, en caso de primeros, la siguiente gestación será su segundo hijo. Pero en el momento de tener en brazos a este nuevo hijo y, sobre todo, en los días posteriores al parto, muchas de las mujeres colapsan: este bebé es la prueba clara de que el otro bebé no existe. Este bebé representa que, aunque sintió que ya era madre, no amamantó como ahora, no mecía ni tuvo la ocasión de oírlo entre sus brazos, y entonces se reactiva de nuevo el duelo. Idas y venidas que sólo se podrán transitar en este momento concreto y no antes. Tendremos que estar atentos a cómo se siente esta madre, qué necesita y, sobre todo, permitirle que pueda integrar que aquel bebé que perdió ya no estará con ella, y que este nuevo bebé es el hijo al que cuidar y el que va a formar parte de su nueva biografía familiar.

Carmen llega a la consulta una semana después de haber nacido su bebé. Hemos trabajado un duelo intenso para darle a este bebé un lugar propio, pero Carmen está desenchajada.

“Estoy fatal, tengo miedo de no reconocer a mi hijo. Lo miro y tengo miedo de ver al otro, de confundir su nombre. Estoy en una montaña rusa. ¿Cuándo va a terminar esto?”.

Con la llegada del bebé se inicia la última fase

de la despedida: la de ilusionarse con este nuevo bebé sin la culpa por el que no llegó a nacer. Formará parte del recuerdo sin ocupar el espacio creado para el siguiente hijo. Veo recomendable acompañar a estos nuevos bebés un poco más en este proceso terapéutico y velar por que su desarrollo tenga lugar de manera saludable. No podemos olvidar que los bebés nacidos tras duelos perinatales están expuestos a un riesgo mayor de presentar sintomatología desde el inicio de la vida y, si no se resuelve a tiempo, serán susceptibles de presentar diversos grados de desajuste en su desarrollo futuro (Becerra Gordo, 2018; Dualde Beltrán, 2018; Dualde Beltrán y Becerra Gordo, 2018; Nanzer et al., 2017).

Conclusiones

Es necesario un acompañamiento tras una pérdida gestacional. A pesar del esfuerzo de numerosos profesionales de la salud por dar visibilidad al duelo perinatal, no es suficiente para dar voz al sufrimiento de estas familias. Las repercusiones que su no elaboración conlleva a corto plazo, con una sintomatología propia, como a largo plazo, con posible afectación a la salud mental de la mujer y su familia así como en futuras gestaciones, parece que todavía no ha llegado a generar una conciencia profesional y social. Mientras algunas tienen conciencia de ello, todavía son muchas las mujeres y sus parejas que, tras una pérdida, no son acompañadas e informadas de que pueden iniciar un proceso terapéutico en caso de necesitarlo. En ocasiones, son los propios profesionales de la salud quienes desconocen la trascendencia del proceso y refieren una falta de formación.

El duelo perinatal no es un proceso lineal, de forma que el profesional que acompaña debe ser flexible en su encuadre. Dicha flexibilidad no significa una falta de modelo, sino la posibilidad de adaptarlo a las necesidades que van surgiendo en los progenitores a lo largo de este. Parte de esa flexibilidad permitirá que la mujer pueda tener, si así lo desea, un proceso terapéutico individual, aunque a lo largo del trabajo pueda compartirlo en diferentes sesiones con la pareja.

El embarazo que tiene lugar tras una pérdida gestacional será de alto riesgo emocional, ya que hay una alta probabilidad de que se reactive

todo el proceso de pérdida. Encontramos parejas que inician el trabajo nada más perder a su bebé. Esta prontitud ayuda a prevenir el establecimiento de sintomatología asociada a este tipo de pérdidas. En otras ocasiones, el tratamiento tiene lugar una vez iniciada una siguiente gestación y el motivo de consulta es la falta de ilusión o los episodios de ansiedad (Nanzer, 2016). En tales casos, podemos ver cómo el duelo por la pérdida anterior no ha sido elaborado, ha quedado intacto. Realizar una escucha consciente de la historia pasada puede contribuir a detectar parte del origen y elaborar la sintomatología asociada a esa gestación. Otras mujeres, sin embargo, no llegarán a saber que necesitan ayuda y podrán disociar su sentimiento para volver rápidamente a la normalidad como defensa ante el dolor.

El trabajo psicoterapéutico que comienza una vez iniciada una siguiente gestación requiere, además, de un trabajo en paralelo de despedida del bebé perdido y de creación de un espacio nuevo, diferenciado, para este nuevo bebé, no sólo físico sino psíquico.

Parte de este trabajo de duelo gestacional tendrá que ver, además, con la interrupción del duelo propio de la parentalidad. El no nacimiento del bebé interrumpe de manera drástica también el nacimiento de los nuevos padres, por lo que una parte de nuestro trabajo circulará en paralelo con un duelo por la no parentalidad, así como por la no gestación.

Por último, hay que señalar que la sexualidad será otro de los aspectos a trabajar en muchos de los casos, ya que el cuerpo de la mujer queda resignificado, en ocasiones negativamente, tras la experiencia traumática.

Agradecimientos

A Norka Malberg, por darme el último impulso para enfrentarme al reto de escribir sobre algo tan complejo.

Al grupo de supervisión de Valencia, con quienes compartí, en una de nuestras citas mensuales, uno de los casos que me ha ayudado a pensar en este artículo.

Al Dr. Fernando Dualde, por sus aportaciones y correcciones, que han conseguido dar forma al texto definitivo.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5ª edición)*. APA.
- Asociación Umamanita y Asociación El Parto es nuestro. (2009). *Guía Para La Atención a La Muerte Perinatal y Neonatal*.
- Becerra Gordo, M. (2018). Mecanismos autorregulatorios en el bebé y sus interacciones tempranas. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 65(1), 105-109. Recuperado de: <https://www.sepyrna.com/revista-sepyrna/articulos/mecanismos-autorregulatorios-bebe-interacciones-tempranas/>
- Becerra Gordo, M. (2020). Del embarazo a los 18 meses. Cuatro momentos claves en el desarrollo emocional del bebé. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 37, 25-34. Recuperado de: <https://www.fundacioorienta.com/es/producto/del-embarazo-a-los-18-meses-cuatro-momentos-clave-en-el-desarrollo-emocional-del-bebe/>
- Blos, P. (1967). The second individuation process of adolescence. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 22(1), 162-186. <https://doi.org/10.1080/00797308.1967.11822595>
- Bourne, S. (1968). The psychological effects of stillbirths on women and their doctors. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 16(2), 103-112. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2236635/>
- Bydlowski, M. (2007). *La deuda de vida. Itinerario psicoanalítico de la maternidad*. Biblioteca Nueva.
- Calderer, A., Obregón, N., Cobo, J. V. y Goberna, J. (2018). Muerte perinatal: Acompañamiento a mujeres y parejas *Matronas Prof*, 19(3), 41-47. Recuperado de: https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/10/RevBiblio_Muerte-perinatal.pdf
- Callahan, E. J. y McCluskey, K. A. (1983). *Life-span developmental psychology. Nonnormative life events*. Elsevier.
- Cassidy, P. R. (2021). *Estadísticas de mortalidad intrauterina, perinatal e infantil en España 1996-2020*. [en línea]. Recuperado de: <https://www.umamanita.es/estadisticas-de-mortalidad-perinatal-e-infantil-en-espana/>
- Cassidy, P. R. (2021). The Disenfranchisement of perinatal grief: How silence, silencing and selfcensorship complicate bereavement (a mixed methods study). *Omega - Journal of Death and Dying*, 0(0).
- Doka, K. J. (2009). Disenfranchised grief. *Bereavement Care*, 18(3), 37-39. <https://doi.org/10.1080/02682629908657467>
- Dualde Beltrán, F. y Becerra Gordo, M. (2018). *Una mirada diferente al niño en pediatría. Desarrollo y psicopatología*. Sociedad Valenciana de Pediatría.
- Dualde Beltrán, F. (2018). El niño que sufre emocionalmente. El aumento de la psicopatología en la infancia del siglo XXI. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 32, 43-55. Recuperado de: <https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/12/Dualde-F-32.pdf>
- Dualde Beltrán, F. (2022). *Comunicación personal*. Valencia.
- Fraiberg, S., Adelson, E. y Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14(3), 387-421.
- Freud, S. (2004). *La interpretación de los sueños (primera parte) (1900)*. Obras Completas, volumen IV. Amorrortu editores.
- Golse, B. y Stern, D. (1998). Psicopatología en la Perinatalidad. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 26, 39-58. Recuperado de: <https://www.sepyrna.com/documentos/articulos/golse-psicopatologia-perinatalidad.pdf>
- Grimalt, O. L. y Heresi, M. E. (2012). Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. *Revista Chilena de Pediatría*, 83(3), 239-246. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062012000300005>
- Leon, I. G. (1992). Perinatal loss: A critique of current hospital practices. *Clinical Pediatrics*, 31(6), 366-374.
- Mahler, M. S. (1979). *The selected papers of Margaret S. Mahler. Volume two. Separation-individuation*. Jason Aronson.
- Manzano, J., Palacio-Espasa, F. y Zilkha, N. (1999). *Los escenarios narcisistas de la*

personalidad. SEPYPNA

Matos, M. (2019). El nacimiento de la madre en el contexto de la perinatalidad. *Clínica e Investigación Relacional*, 13(1), 65-85.

<https://doi.org/10.21110/19882939.2019.130105>

Moscarello, R. (1989). Perinatal bereavement support service: three-year review. *Journal of Palliative Care*, 5(4), 12-18.

Mota, C. (2018). Morir antes de nacer: Una revisión del duelo perinatal. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 23(1), 37-44.

Nanzer, N. (2016). *La depresión postparto*.

Ediciones Octaedro.

Nanzer, N., Knauer, D., Palacio Espasa, F., Qayoom-boulvain, Z., Hentsch, F., Clinton, P., ... Scouezec, I. L. E. (2017). *Manual de psicoterapia centrada en la parentalidad*. Ediciones Octaedro.

Soubieux, M. J. (2010). *Le deuil périnatal*. Fabert.

The World Bank. (2022). *Mortality rate, neonatal (per 1,000 live births)*.

WHO (2019). *International classification of diseases, eleventh revision (ICD-11). Reference guide*.