

## **Algunas consideraciones, desde la psicopatología perinatal, sobre las consecuencias de la muerte súbita del lactante en las siguientes gestaciones<sup>1</sup>.**

Pascual Palau Subiela

En el primer congreso internacional de psiquiatría perinatal que tuvo lugar en Mónaco en 1996, se hizo hincapié en la necesidad de desarrollar y generalizar una verdadera clínica de la perinatalidad ya que la psicopatología de este periodo contiene especificidades que es necesario conocer muy bien con el fin de favorecer no solamente la prevención sino también la atención más precoz posible de los trastornos que puedan afectar a la madre y a su bebé.

La muerte del recién nacido supone una experiencia extremadamente dolorosa, primero para los padres, pero también para el equipo que cuida. ¿Cómo anunciar a los padres esta muerte cuando ellos se encontraban, desde hacía meses, a la espera de la vida? ¿Como acompañarlos en su dolor y asistirles en su proceso de duelo? La necesidad de que los que cuidan sean formados para poder asumir acontecimientos de ésta naturaleza quedó patente.

En este congreso se subrayaba la frecuencia con la que los padres se marchan del hospital solos con su sufrimiento y sin que se les proponga un seguimiento psicológico sistematizado. La necesidad de este seguimiento, que requiere en algunos casos de una intervención psicoterapéutica, se fundamenta en las consecuencias traumatógenas que frecuentemente se derivan de una experiencia de pérdida de ésta naturaleza, tan inesperada como desgarradora, no solamente en los padres sino también en los hermanos ya presentes y sobre las gestaciones ulteriores.

### **Una nueva gestación:**

Una nueva gestación después de una muerte perinatal es muy frecuente y conlleva una serie de riesgos obstetricos conocidos, que ya se señalaban en aquel congreso: sufrimiento fetal, retraso del crecimiento y prematuridad entre otros. Por ello la colaboración, no sólo médico-psicológica sino pluridisciplinaria, es indispensable en estos casos a lo largo de la gestación así como en el acompañamiento de las relaciones precoces con el nuevo bebé, con el fin de cuidar la salud mental perinatal en toda su amplitud.

Aunque al inicio de la gestación el niño no es más que una simple idea acompañada de una expectativa emocional, al cabo de varias semanas, esta idea va siendo acompañada por las percepciones sensoriales. Progresivamente se desarrolla un proceso en el que se invierte la formación de un objeto imaginario, el bebé que viene, ligado al amor propio en

---

<sup>1</sup> Conferencia expuesta en el VI Simposium nacional sobre el Síndrome de la Muerte Súbita del Lactante, celebrado en Valencia (España) en el 2006.

una modalidad narcisística sana.

Esta vivencia íntima invade progresivamente el psiquismo de la futura madre con una intensidad tal que ninguna otra realidad, incluso aquélla que ofrece la imagen ecográfica del niño, podrá limitar hasta el día de su nacimiento. La intensidad de ésta vivencia es comparable a aquélla de un enamoramiento en el que, durante la gestación, el objeto del que se siente enamorada no es distinto del si-mismo.

Su pérdida produce, consecuentemente, un desgarramiento muy profundo en la intimidad del propio ser materno, es una parte de sí-misma lo que la madre siente que pierde y necesita recuperar. Tal desgarramiento se produce en un tiempo en el que, desde la natural "preocupación maternal primaria", la madre desarrolla una intensa identificación empática desde la que reconoce al bebé y se reconoce simultáneamente en él.

Su vitalidad queda seriamente afectada por una experiencia traumática que la deja sin la alegría vital de antaño y frecuentemente sin el recurso a una expresión abierta del dolor que la sigue lacerando años después.

Cuando la gestación discurre con predominio del enamoramiento y con el mínimo de vivencias ligadas a recuerdos perturbadores, la expectativa sobre el niño esperado se mantiene en el contexto de una intimidad placentera y resguardada. Se trata de un investimento amoroso y de una felicidad que no necesita comentarios. Se basta a sí misma.

Por el contrario, se dan situaciones donde se expresan y prevalecen intensas preocupaciones por el niño. Este es el caso de las gestaciones que sobrevienen después de una muerte súbita o después de una catástrofe obstétrica. La intensidad del discurso materno impregnado por la culpa de no haber podido evitar la muerte, está ligado entonces a la hiper vigilancia y a la ansiedad.

En general, a lo largo de la vida, las experiencias con cargas afectivas que pueden desbordar produciendo sufrimiento, se mantienen bien apartadas en el olvido.

Sin embargo en el tiempo de gestación los mecanismos que permiten mantener reprimidas aquellas vivencias del pasado se relajan y estas pueden volver fácilmente a la superficie.

Se trata de un proceso de "transparencia psíquica" que afecta doblemente a una mujer que gesta después de perder a un bebé, puesto que este proceso natural la vuelve más vulnerable.

No sólo se trata del recuerdo angustioso y desbordante de la experiencia de pérdida, no elaborada de su bebé, lo que va a tener que intentar contener, sino también aquellas vivencias dolorosas de los primeros tiempos de su propia vida, si las hubo, que la experiencia de pérdida ha reactivado.

La posibilidad de compartir con un terapeuta, en el nuevo tiempo de gestación, los recuerdos cargados de afectos penosos, favorecerá su elaboración y facilitará una mayor serenidad y disponibilidad afectiva de la madre para el nuevo bebé.

### **¿Por qué debemos de esforzarnos al máximo por tratar la depresión parental que puede producirse tras la muerte súbita del lactante?**

En el contexto general de la psicopatología perinatal, la depresión postnatal afecta entre el 10 y el 15% de las mujeres que dan a luz. Aunque la depresión maternal pueda, en ciertos casos, resolverse sin tratamiento en el intervalo de unos meses, ésta marca de

forma duradera la calidad de las interacciones madre-bebé. La depresión del postparto altera la calidad de la comunicación entre la madre y el bebé: no se trata sólo de la aptitud de la madre para comprender a su bebé sino sobre todo de su capacidad para adentrarse activamente en el juego con el, por el sólo placer.

Esta alteración tiende a producir:

- Un apego menos confiado que produce una problemática de separación-individuación más difícil de resolver entre ellos.
- Un menor desarrollo cognitivo, observado a los 18 meses y cinco años, así como una propensión menor hacia las actividades creativas. Los chicos son descritos como más hiperactivos y las chicas más bien híper vigilantes.
- También se observa una alteración en la capacidad de entrar en relación con otros niños: con cinco años se observa una menor iniciativa para el encuentro. Por otra parte la calidad de la interacción con el padre, no deprimido, parece proteger de las dificultades de adaptación en la escuela.

### **¿Qué signos pueden alertarnos sobre la presencia de una depresión cuando existe sin manifestarse claramente, en el tiempo de la nueva gestación?**

La gestante parece minimizar sus quejas, negar las angustias de muerte cuando está con el obstetra al que sin embargo comunica numerosos síntomas somáticos. Los síntomas que ella evoca en el curso de la consulta obstétrica materializan los temores psíquicos y evocan la existencia de un traumatismo.

En esas circunstancias se manifiestan quejas sobre la presencia de dolores físicos. Dolores producidos por contracciones uterinas, dolores abdominales, rampas en las piernas, cefaleas, estreñimiento, alteraciones del sueño. Los dolores multifocales evocan los trastornos psicósomáticos característicos de un duelo persistente, reactivado en la gestación.

La presencia de estas quejas supone que la mujer no puede expresar un dolor psíquico, una tristeza y deben ser objeto de atención, puesto que la vivencia de culpabilidad y el alto nivel de ansiedad impiden el trabajo de duelo suprimiendo la expresividad de los sentimientos.

El desarrollo de la gestación se encuentra frecuentemente perturbado y numerosas mujeres experimentan una dificultad para desarrollar proyectos de futuro, y permanecen en una actitud de espera, sin optimismo excesivo, que evoca una forma de inmunización contra un acontecimiento dramático al que temen vivirse reexpuestas.

En este mismo orden de cosas, el anuncio de una nueva gestación es vivido con cierta ambivalencia. Las mujeres temen la disminución de los movimientos activos del feto. Los movimientos fetales son percibidos sin placer, más bien como un signo de vitalidad. La multiplicación de exámenes médicos procura una tranquilidad transitoria pero refuerza la ansiedad.

Las representaciones del nuevo bebé no son evocadas espontáneamente. Las imágenes del niño muerto se superponen, frecuentemente, con el investimento del niño esperado dificultando un investimento diferenciado del nuevo ser.

En su primer año de vida, los trastornos psicossomáticos del bebé, en particular las manifestaciones alimentarias, pueden reenviar a una depresión maternal frecuentemente camuflada bajo una fatiga o dolores.

**En conclusión, la gestación que sigue a una pérdida por muerte súbita debe de ser objeto de un seguimiento muy particular.**

El duelo de la muerte súbita del lactante es diferente de aquel observado en otros fallecimientos; tiende a discurrir por vías patológicas y a producir una perturbación psíquica familiar que produce consecuencias sobre la evolución de los demás niños de la familia y muy probablemente también sobre el niño que pueda venir después.

Después del nuevo nacimiento, parece importante poder aportar, en muchos casos, una ayuda psicológica a la madre y de manera particular en el período de la depresión posparto y un poco más tardíamente entre el segundo y tercer mes, en el periodo de desinvertimiento del niño.

Una nueva gestación muy cercana del tiempo de pérdida, puede interferir en el proceso del duelo.

La participación de un psicólogo ó un psiquiatra con una gran experiencia en la interacción madre-bebé debería ser obtenida por el equipo médico que asume el seguimiento de estas familias. Mejor que otro profesional, será capaz de aportar una ayuda humana a unos padres cuyo comportamiento psíquico se encuentra muy afectado. La presencia de éste especialista supone un rol preventivo para el niño futuro y para los demás hijos.

Como ya he señalado antes, estudios retrospectivos señalan que cuando la situación de la pareja parental es frágil y el duelo, poco elaborado, del niño muerto se encuentra cerca de la concepción del niño siguiente, este corre ciertos riesgos. Las interacciones con su madre parecen organizarse mal y su coeficiente de desarrollo puede ser bajo.

El niño nacido de esa gestación, frecuentemente llamado “niño de reemplazo”, puede sufrir una confusión en su proceso de construcción identitaria, que los padres pueden entretener mucho más cuando los niños son del mismo sexo. En estos casos, el niño no puede alcanzar el pleno reconocimiento de sí mismo puesto que se le exige la supresión de su singularidad emocional, condenada al silencio, con el fin de dar vida al hijo muerto idealizado.

El nuevo hijo no podrá, pues, ser adecuadamente reconocido con existencia propia, salvo que el duelo del precedente haya sido elaborado. Los consejos de facultativos ó de amistades de tener otro hijo de inmediato son inadecuados puesto que pueden reforzar en los padres la idea de que hay que rehacer ése niño, aspecto a veces patente en la elección del mismo nombre.

El tiempo de elaboración del deseo de un nuevo hijo, de un hijo diferente, es por tanto necesario.

**El equipo médico y el dolor parental.**

El bebé que viene se encuentra por tanto cargado, a menudo, de la responsabilidad de

reparar las heridas parentales: es una carga muy pesada que el rol restaurador del equipo médico puede aliviar ó evitar, tolerando los procesos identificatorios que sustentan su capacidad de empatía con el sufrimiento de los padres, más aún cuando los padres demandan ayuda.

El conocimiento por parte del equipo médico de los procesos psíquicos en juego y el respeto a las defensas que los padres utilizan para asegurar su propia seguridad, puede salvaguardar la comunicación, facilitar el proceso de elaboración del duelo y evitar el aislamiento en el dolor hacia el que se puede tender, sin un entorno social suficientemente comprensivo y continente.

Esta función de acompañamiento, nada fácil, compromete el mundo emocional del equipo. El evitamiento del contacto, de los que cuidan, ante ésta realidad clínica, aumenta la herida narcisista y la experiencia de desamparo en los padres. Aunque el médico emocionado se sienta inútil, debe de saber que puede ayudar con su presencia, con un gesto de contacto físico y con su disponibilidad.

Es necesario entender el choque emocional de los padres con sus diferentes formas de reaccionar. Ayudar a hacer real la pérdida usando términos claros, permitirles ver y tocar a su hijo fallecido, facilitar un ambiente privado e íntimo y sobre todo permitirles la expresión del dolor, por muy duro que nos resulte.

Permitirles llorar al hijo muerto y llorarse a sí mismos favorece un proceso reconfortante de reencuentro en la dignidad del ser sensible y dolorido que se encuentra en ellos mismos.

### **Los hijos y el dolor parental.**

De modo contrario, la supresión de la expresión del dolor parental puede producir una reacción de supresión de la expresividad emocional en los hijos y dificultar que éstos accedan a poder compartir su propio sufrimiento con el de sus padres. Así pues favorecer la expresividad de los padres permitirá que estos toleren y favorezcan mejor la expresividad de sus hijos.

No elaborar el sufrimiento compartido con sus hijos puede conducir a éstos a suprimir su propia expresividad y adoptar una posición de niño dócil, que procura no hacer ruido con su vitalidad, para no molestar a unos padres sumidos en un dolor silenciador ó a desarrollar rasgos de carácter desde los que intenta rescatarse del sufrimiento en el que se viven atrapados.

Expuesto al dolor parental, el niño se esfuerza frecuentemente por reanimar a los padres mediante una abnegación que lo priva de su espontaneidad emocional y lo introduce silenciosamente en una depresión al vivirse expuesto ante la doble pérdida de la alegría de sus padres y de la suya.

Y por último, aunque la ansiedad parental parece disminuir cuando el niño ha sobrepasado la edad en la que murió el precedente, la fecha aniversario de su muerte también constituye una amenaza puesto que en ella pueden reactivarse la angustia traumática y el sentimiento de culpa, desencadenar una desorganización periódica en los padres y ésta producir también descompensación en los hijos.

Pascual Palau Subiela