

**VII CONGRESO NACIONAL DE TANATOLOGÍA**  
**La Tanatología hoy, una esperanza para la vida**

**DUELO EN LA MUERTE DE CUNA**

*Dr. en Psicología Eduardo De la Fuente Rocha*

**Resumen**

Hoy en día, en muchos países, el Síndrome de Muerte Súbita Infantil, o mejor conocido como muerte de cuna, es la principal causa de defunción en bebés de hasta un año. Sin embargo, las causas de éste suceso aún son desconocidas, y aunque la medicina ha hecho un gran avance en indagar sobre estas aún no se ha llegado a una explicación certera. Por esta razón la psicología, específicamente desde el enfoque tanatológico, puede ayudarnos en la comprensión de tal suceso, y aunque ésta (al igual que la medicina) no nos da una respuesta concisa si brinda una nueva perspectiva, pues para ella, el hombre no es sólo su cuerpo, sino es una realidad integral en la que se encuentran fusionados cuerpo, sentimientos, emociones, pensamientos, etc. que al ser abordados nos permiten pensar al ser humano de manera diferente.

De esta manera, podemos que la muerte de cuna no sólo es un suceso fáctico, es decir la muerte de un bebé no es sólo el cese de sus funciones biológicas, sino representa algo más, pues en este suceso se condensan un sin fin de significados, de pensamiento, y sentimientos difíciles de desentrañar. Por dicha razón para superar la muerte de un ser querido es necesario un largo proceso en el que se puedan ir “resolviendo” e “integrando” aquello que sin saber esta haciendo mella en nuestra vida. En el caso de los familiares que han sufrido la muerte de un integrante de la familia a causa de la muerte de cuna, dicho proceso toma características peculiares, las cuales se abordarán con mayor detenimiento en el presente trabajo.

## **DUELO EN LA MUERTE DE CUNA**

*Dr. en Psicología Eduardo De la Fuente Rocha*

Gran parte de la información que encontramos al indagar acerca de lo que es la muerte de cuna se encuentra directamente relacionada con lo que es saber médico; el cual nos explica que la muerte de cuna o el “Síndrome de Muerte Súbita Infantil (SMSI)” es la muerte repentina e inexplicable de un niño menor a un año de edad (generalmente), muerte que consiste simplemente en el cese de la respiración. Generalmente se encuentra muerto al bebé después de haberlo puesto a dormir, no mostrando signos de haber sufrido. Se considera SMSI si, después de una investigación posmortem, la muerte permanece inexplicada.

Pero ¿Qué causa el SMSI? Ante esta pregunta podemos decir que no existe respuesta concreta, o más bien no existe “una respuesta” sino más bien suposiciones frente a un hecho desconocido. La medicina ha generado diversas teorías que permiten explicarlo. Una de ellas sugiere una anomalía neurológica, quizá en la química del encéfalo. Otras en cambio, apuntan hacia las dificultades en la regulación del control de la respiración al hacer la transición del sueño al estado consciente, o al despertarse y tener la habilidad de voltear la cabeza para evitar la sofocación. Un defecto biológico subyacente puede hacer que algunos infantes sean vulnerables, durante un periodo crítico de su desarrollo, ante ciertos factores que contribuyen o activan la condición, como exposición al humo, dormir boca abajo o anomalías en el control del ritmo cardíaco. La conexión con el hábito de fumar de los padres durante el embarazo es el único factor de riesgo que se asoció de manera independiente con el SMSI; la exposición pasiva con el humo del cigarrillo también es un factor de riesgo después del nacimiento, pues cuanto mayor sea el humo alrededor del bebé, mayor es el riesgo que éste corre. La falta de oxígeno y nutrientes durante el desarrollo y después del nacimiento; el exceso de proteínas producidas por el sistema inmunológico, pueden ser entre otros tantos algunas de las causas del SMSI.

Del mismo modo, los avances médicos proponen diversas medidas preventivas que ayuden a los padres a evitar aquel suceso fatal, por ejemplo: no dormirlo boca abajo, ni en superficies muy blandas; no poner cosas pequeñas que pueda llevar el bebé a la boca; no abrigar en demasía al niño; evitar un ambiente demasiado cálido en la habitación, dejando las ventanas entre abiertas o airear bien; no fumar cerca del infante; dejar que el niño duerma en la misma habitación de los padres todo el primer año de vida, así podrán detectar fácilmente sus señales; dejar que el niño chupe mucho, después de unas semanas, cuando la lactancia esté bien establecida podrán darle el chupón; cuidar que su carita pueda quedar tapada; usar un edredón

pequeño y ligero y sin gorrito para dormir; darle al niño leche materna, lo mejor es la lactancia exclusiva los primeros seis meses y después continuar la lactancia durante todo el primer año; evitar dormir en la misma cama que el niño si alguno de los padres fuma, está bajo la influencia de alcohol o somníferos, si se duerme en un sofá, una cama de agua o un colchón especialmente blando, si se está enfermo o mucho muy cansado, o si se está muy obeso.

De esta manera podemos iniciar un esbozo del cómo está definido el SMSI, con las complejidades y complicaciones que esto trae consigo, además es importante recordar que si bien el sujeto está constituido por un aparte biológica, ésta no es su totalidad, hablamos de un ser integral en el cual también actúan factores psíquicos y sociales, los cuales por la complejidad del tema no han sido abordados del todo. Por ello es que el presente trabajo intenta dar un acercamiento a esa otra faceta del sujeto; o más bien lo que se pretende es escudriñar sobre si existe factores psíquico que estén ligados a tal síndrome, a esa otra cara que puede tener el SMSI. En virtud de lo expresado es que se toma como eje de reflexión el sin fin de aportes que nos brinda la tanatología para pensar tal problemática, reconociendo que bajo tal mirada es que se nos abre un panorama más completo para la reflexión y la crítica.

La Tanatología, al ser estudio integral e interdisciplinario reúne en su quehacer elementos sociales, que influyen en cada sujeto y busca resolver las situaciones conflictivas que existen en torno a la muerte, como la eutanasia, el suicidio, el abandono de enfermos terminales, ancianos, etc. Esto, ya que dicha disciplina considera que la muerte humana tiene distintas dimensiones y por lo tanto la estudia apoyándose en diferentes ciencias considerando los factores que se relacionan con ella.

La muerte es una realidad innegable del ser humano, desde que nacemos estamos predestinados a perecer, es decir, la muerte es la única realidad segura e inevitable del hombre. Esta se erige como una sombra, como la eterna compañera de cada uno de nosotros. Generalmente, asociamos la idea de la muerte con aquellas personas mayores, quienes por “naturaleza” están más cercanos a ella.

Cuando tal suceso ocurre a alguna persona que no se encuentran en éste parámetro tal suceso toma un tinte diferente, pues deja de ser un suceso natural para convertirse en un hecho de contranatura, como algo aberrante, sobre todo cuando pensamos en niños pequeños, los cuales apenas han comenzando a vivir. Aunando también el mensaje social con el que son investidos los bebés, como portadores de vida, de crecimiento, de sujetos en formación, símbolo de renovación a los cuales tenemos que cuidar y proteger, más aún si el infante en cuestión puede ser hijo de cualquiera de nosotros ya que tal síndrome no respeta edad ni raza de los padres, no le pasa a otros le puede suceder a uno de nosotros.

Así, vemos como la muerte humana es un fenómeno multifacético que afecta la vida, y que encarna en sí un sin fin de significados que genera sentimientos contradictorios, no sólo para el que está cercano a ella, sino también para todos aquellos que se encuentran inmersos, personas involucradas afectivamente, para los cuales es difícil superar este hecho.

Ahora imaginemos lo siguiente: Una pareja ilusionada ante la llegada de un nuevo miembro comienza a tomar las primeras decisiones respecto al bebé, teniendo ya en cuenta el tipo de educación que desean para él, escogiendo el nombre con el mayor cuidado posible, previniendo todas aquellas situaciones que se le puedan presentar a lo largo de la vida, decorando su habitación, comprando todo lo que puede llegar a ser necesario para su venida, etc.

El bebé nace, todo ha salido bien, y comienza a desarrollarse perfectamente sano. Ya se han cumplido los primeros proyectos y las primeras ilusiones generando muchas más. Pero de pronto, cuando el bebé comienza a reconocerlos y comienza a regalar las primeras sonrisas... una mañana, encontramos al bebé muerto en la cuna.

El dolor de los padres no es mayor del que pierde a su hijo después de una larga enfermedad, pero la sorpresa ante lo inesperado produce sentimientos violentos, contradictorios, imposibles de definir. Sin embargo, ellos necesitan saber lo que ha ocurrido, pues hoy en día casi todo tiene una explicación lógica... algo se les escapó a los médicos, algo le sentó mal al bebé, alguna causa debe haber, pero en la autopsia no aparece razón alguna. Esto en lugar de sosegar a los padres les genera más angustia y desconcierto al no conocer la razón que originó la muerte del bebé. Finalmente aparecen los sentimientos de culpabilidad, comienzan los reproches hacia sí mismo y hacia la pareja por no haber cuidado bien al niño, por no haber visto lo que estaba ocurriendo, etc.

Podemos decir que, dentro de dicha experiencia existen elementos en común, pues ante la muerte de un hijo la mayoría de los padres o de las personas estrechamente relacionadas con el cuidado del bebé, experimentan sentimientos de culpa, un gran enojo, una profunda tristeza, etc. Sin embargo, aunque en cada uno de los miembros afectados existen sentimientos en común también tomarán diferentes posturas ante la muerte del infante, ya que la forma en la que cada uno lo vive estará estrechamente relacionada con los sentimientos, experiencias y significaciones que hayan depositado en el bebé, por lo que en cada uno de ellos se gestará un duelo particular.

Según Elisabeth Kübler-Ross, el duelo pasa por las siguientes fases: Negación, ira, negociación, depresión y aceptación, aunque cabe aclarar que no siempre se dan en ese orden. En cada una de estas fases el sujeto va a ir poco

a poco aceptando dicho suceso para así poderlo superar, tomando en cuenta que existen un sin fin de factores externos que llegan a dificultar o entorpecer la adecuada resolución de éste. Así, podemos concebir el duelo como un proceso es recorrido paulatino y variable, cuya resolución no es definitiva, sino que a través de las experiencias de cada uno de nosotros varía y se configura.

El duelo en el caso de los padres que han experimentado la muerte de un hijo a causa de la muerte de cuna, al igual que los demás duelos no es un proceso lineal, sin embargo, por cuestiones prácticas se encuentra dividido en diversas etapas, las cuales con frecuencia se presentan en el siguiente orden:

**Negación:** Es un mecanismo de defensa primario que consiste en ignorar el suceso doloroso o incluso afirmar que no es real. Después de que los padres ven al bebé en la cuna, y cuando el médico forense confirma la fatal noticia es muy común que los padres la nieguen y más aún en éste caso pues aparentemente no existía razón alguna para que su hijo pereciera. Al ignorar el evento intentan desarrollar sus vidas como si nada estuviera pasando, pero esto sólo es una verdad fabricada, es como caminar sobre hielo frágil, el cual en un momento u otro se rompe al no poder con el peso que carga, y al romperse, los padres se dan cuenta del aislamiento en el que comúnmente se hunden (pues consideran que nadie entiende su sufrimiento) y de la angustia que produce ese futuro incierto.

**Ira-Rabia:** Sentimiento de enojo por la impotencia que se experimenta, al enfrentar el sufrimiento, así surgen preguntas muy comunes entre éstos padres que suelen ser ¿Porqué a mi hijo? ó ¿Porqué a nosotros? No obstante dicho sentimiento no se juega sólo en el ámbito individual, sino que se extiende a gran parte de los ámbitos de nuestra vida, por ejemplo a nuestras relaciones interpersonales, por lo cual es muy común que dicho sentimiento se encuentre dirigido hacia una persona querida, involucrada sentimentalmente, por ejemplo hacia nuestra pareja o hacia la persona que nos ayudaba al cuidado del bebé (la abuela) o hacia quienes por una u otra razón se encuentran en correlación con nosotros (nuestros demás hijos, algún familiar cercano, etc.). Del mismo modo la ira también puede encontrarse dirigida hacia aquellos “expertos” que por “obligación” debería de habernos advertido acerca de lo que estaba pasando con nuestro hijo, es decir contra el equipo médico o contra Dios.

**Negación o Regateo:** Etapa en la que se pretende intercambiar algún bien presente o futuro por el bien que se ha perdido. Es el ofrecimiento de actitudes y sacrificios a cambio del regreso del bebé muerto, por pasar un día más con él. Así, lo que se va a negociar, son sentimientos de culpa, ocultos o manifiestos, sentimientos que en la gran mayoría de los padres quieren ser acallados mediante los diversos castigos y el sufrimiento.

**Depresión:** Se manifiesta a través de sentimientos de tristeza, decepción, desamparo y soledad. Es una etapa de un gran vacío, se tiende al llanto y a otro tipo de actitudes que actúan el dolor que se lleva dentro. La mayoría de los padres, o de los afectados en sí prefieren quedarse callados, guardar aquello que los aqueja, pues nadie es capaz de comprender lo que les pasa, su dolor, nadie sabe lo que significa la muerte de un bebé, y de todo lo que ha muerto con él.

**Aceptación:** Es la capacidad de reconstruir una nueva vida a pesar de las pérdidas y adoptando una actitud activa ante ellas, dándole un sentido positivo al sufrimiento, pues sólo cuando se acepta y se asume el hecho puede comenzar a superarse. Sin embargo, no todos llegan a este momento. Un ejemplo de esto puede ser el embarazo. Para muchas familias la llegada de un nuevo miembro puede ser el broche que cierre con aquel suceso, es decir, cuando nace el bebé, con él renacen nuevas esperanzas, y aunque aún quedan muchas cosas por superar, la etapa más difícil del duelo se ha concretado. No obstante, la llegada de un nuevo bebé no significa la superación del proceso, muchas de las familias lo buscan sólo para sustituir al bebé fallecido; así es común ver que si el nuevo integrante tiene el mismo sexo que el fallecido le ponen el mismo nombre y con ello se engañan a sí mismos pensando que nada ha ocurrido; otras veces cuando el bebé no es del mismo sexo buscan sucesivos embarazos hasta que éste coincida.

A partir de lo anterior se puede observar que si la muerte de una forma parte de los procesos de pérdida, se distingue del resto en especial porque está sustentado en una angustia basada en los sentimientos de ambivalencia que pueden tener para los otros y en especial para el propio hijo. Cada proceso de la vida conlleva ganancias y pérdidas y por lo mismo situaciones agradables y desagradables aceptadas o rechazadas. La compra de una casa implica la entrega de recursos económicos, cuando no el endeudamiento económico que gesta nuevas obligaciones y limitaciones. Un matrimonio implica la pérdida de formas de vida anterior al evento y el enfrentamiento con situaciones placenteras o displacenteras que conlleva la convivencia con la pareja. Lo mismo puede decirse en cuando a la llegada de un niño a la familia, pues viene aparejado con nuevos gastos, cuidados, limitaciones, pérdidas corporales, limitaciones en la disponibilidad del tiempo y postergación de proyectos que se tenían en etapas anteriores y que a partir del nacimiento del hijo ya no pueden ser realizados por lo pronto. Junto con éstas pérdidas viene la alegría de contar con un nuevo integrante de la familia en el que se vierten ilusiones y esperanzas, una nueva compañía, una nueva fuente de amor y de cariño y un sujeto del que puede alentarse el desarrollo y la ternura.

Los sentimientos ambivalentes antes mencionados se encuentran en todos y cada uno de los integrantes de la familia: en el padre, en la madre, en los hermanos del recién nacido cuando los hay y en otros familiares y amigos o

personas relacionados con el recién llegado. De éstos sentimientos ambivalentes los relacionados con pérdidas y limitaciones son reprimidos y el juicio social hace solamente referencia a los elementos positivos. Por lo anterior cuando sobreviene una muerte de cuna todos los sentimientos positivos y negativos de los padres se activan y se exageran haciendo que los sentimientos positivos ocupen un lugar preponderante. No obstante, dichos sentimientos en su lucha por posicionarse por delante, comienzan a agredir a los otros sentimientos, con lo que se gesta una lucha constante en la que, como resultado, se produce un gran sentimiento de culpa.

Dicho sentimiento puede tomar dos vertientes; o más bien dos formas de canalizarse, la primera hacia el exterior, es decir, hacia uno mismo; y la segunda hacia el interior, hacia esos otros que me rodean. Cabe señalar que estas dos posturas nos remiten a etapas diferentes del desarrollo psíquico humano, ya que la primera la podemos relacionar con la posición esquizo-paranoide descrita por Melanie Klein; mientras la segunda se relaciona estrechamente con la posición depresiva descrita por la misma autora.

Con respecto a la primera forma de canalizar la culpa podemos decir que la situación que la persona está viviendo es experimentada por el yo como una situación displacentera, sumamente angustiante, es decir, como una amenaza de fuerzas hostiles que lo atacan. Sin embargo, cabe resaltar que esta forma de vivir y sentir dicha experiencia tiene un origen principalmente interno (la pulsión de muerte actúa como una fuerza destructiva dentro del objeto) y también otro externo, la situación es sí que ha provocado una gran frustración y displacer.

Esta pulsión de muerte es proyectada como un mecanismo de defensa en un objeto externo, en este caso puede ser la pareja la receptora, con lo que se tiende a responsabilizarla de la situación, es decir, a culpabilizarla de todo lo que ha pasado, de la muerte del bebé. Así, se tiene una situación un tanto particular en la que la primera persona queda como alguien totalmente bueno pues no ha tenido nada que ver con el acontecimiento, mientras que la otra queda como un ser ominoso, responsable de la situación.

En el segundo caso, cuando la culpa se dirige hacia el interior del sujeto se puede decir que se caracteriza por una lucha constante entre los sentimientos de amor y de agresión. Como hemos mencionado con anterioridad la situación que vive el sujeto es hostil amenazante y sumamente angustiante. No obstante, ante esta angustia lo que hace el yo es sentirse culpable por el daño que ha ocasionado al objeto amado, por sus impulsos agresivos.

Los sentimientos que predominan en este momento son la tolerancia al dolor psíquico y la culpa por las fantasías agresivas hacia el objeto amado, lo que hace que el sujeto (el padre o la madre) se sienta como un ser monstruoso

o egoísta por ser capaz de pensar o sentir algo semejante, siendo aún mayor que antes la angustia y el sentimiento de culpa. Así, esta situación se caracteriza por que la persona afectada se vive como la causante de toda la situación, como el villano de la historia, que con su simple presencia y con su aparente descuido causo todo aquel sufrimiento; mientras que los demás involucrados son totalmente buenos, es decir, no tienen ninguna responsabilidad de lo ocurrido.

Hasta éste punto podría parecernos que estas maneras de canalizar la culpa son totalmente distintas. Sin embargo, dichas formas no son tan disimiles como podría parecernos, pues ambas comparten un elemento: la fantasía. Es decir, en ninguna existe visión integral de la realidad: en la primera lo malo se coloca en el mundo exterior, y el sujeto es totalmente bueno, mientras que en la segunda, el mal se coloca adentro del sujeto y el exterior representa la bondad. Así, uno de los puntos importantes a tratar en el proceso terapéutico de los padres o familiares que han sufrido la muerte de su bebé a causa de el SMSI es trabajar con este desequilibrio entre los juicios de realidad y fantasía, entre la realidad interna y el mundo externo, pues es esencial para la vida de cualquier ser humano que tal equilibrio exista.

Este trabajo de integración puede ser posible si el terapeuta logra mostrar al paciente que los demás y él mismo no son entes polarizados, no son tan buenos o tan malos como lo propone, o más bien como lo vivencia. Dicho trabajo de integración es de gran importancia en el proceso terapéutico, pues nos permite trabajar con la realidad externa del sujeto, pero sin olvidarnos de ese plano interno, de las emociones, pensamientos y sentimientos que conforma una parte esencial de cada uno de nosotros. En este caso en específico nos permite trabajar con los sentimientos aparentemente negativos, ya que mientras estos se mantengan en la sombra, mientras la pugna entre estos dos terrenos aparentemente antiatómicos exista, el malestar y la culpa persistirá y seguirá afectando el trabajo de duelo del sujeto y con ello su propia vida.

Por esta razón considero que en el trabajo de duelo de los padres o familiares afectados por el SMSI es de gran importancia el manejo de los sentimientos negativos de los padres hacia el infante, pues en gran medida, estos “sentimientos secretos” afectan de forma profunda a los involucrados, pues mientras estos no se acepten su vida y la de todos los que la rodean, se verán seriamente trastocadas; situación que se hace presente en las constantes peleas y en las distintas problemáticas que tienen lugar a partir de aquel suceso. Así, sólo cuando se acepta y se asume la situación puede comenzar a superarse. Es importante que los afectados hablen de sus sentimientos y de todo aquello que consideran importante, que los asusta, los encoleriza, los entristece, eso que se desearía olvidar pero que resulta imposible hacerlo.



## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Bleichmar, Norbertoy Bleichmar Celia Leiberman. El psicoanálisis después de Freud. Paidós psicología profunda, México, 2001. Pp. 93-161.
2. Hinshelwod, Robert; Robinson, Susan y otros, Melanie Klein para Principiantes, Era Naciente, México, 1997.
3. Kübler-Ross, Elisabeth y Kessler, David. Lecciones de vida. Vergara, México, 2002.
4. Nylander, Gro. Maternidad y Lactancia. Planeta, México, 2005.
5. Roudinesco, Élisabeth y Plon Michel. Diccionario de Psicoanálisis. Paidós México, 2003. Pp. 692 695.
6. Santrock, John. Infancia. Mc Graw Hill. España, 2003. Pp. 129-132.

.