

Puesta en marcha de un dispositivo de intervención con fundamentación psicoanalítica para la atención de mujeres hospitalizadas por pérdida gestacional¹.

Carry through an intervention device with psychoanalytic foundation for the attention to hospitalized women for gestational loss diagnosis.

Eunice Amor González Ochoa²

Instituto de Investigación y Posgrado de la Facultad de Psicología

Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

México.

Resumen

El propósito del presente artículo es dar cuenta de una investigación-intervención realizada con mujeres internadas en un hospital público por diagnósticos indicativos de pérdida gestacional. En cuanto a la investigación, el objetivo fue analizar los procesos psíquicos desencadenados ante la muerte súbita del hijo y lo ocasionado por las características del internamiento en la institución de salud; como resultado de lo anterior se muestra un análisis a la luz del dolor, la incertidumbre, la angustia y la culpabilidad por distinguirse como los tópicos de mayor relevancia en los hallazgos clínicos. Asimismo, conforme al objetivo de intervención, se puso en marcha un dispositivo de intervención con fundamentación psicoanalítica con la intención de propiciar las condiciones necesarias para el trabajo clínico con las pacientes hospitalizadas por pérdida gestacional. Los elementos de este dispositivo también se muestran en el desarrollo de este trabajo, los cuales son: la inser-

1 Artículo basado en el trabajo de tesis realizado por la autora: Gonzalez, E., (2013). Atención clínica psicoanalítica a mujeres diagnosticadas con pérdida gestacional. Procesos psíquicos desencadenados durante el pasaje hospitalario (tesis de maestría inédita). Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

2 Maestra por la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Correo electrónico: eunicea@hotmail.com

ción al terreno médico, los elementos preponderantes en la sesión clínica, y las discusiones teórico-clínicas en torno al objeto de investigación.

Palabras clave: pérdida gestacional, proceso psíquico, dispositivo de intervención con fundamentación psicoanalítica.

Abstract

The purpose of the next article is to account for a research-intervention made with hospitalized women in a public institution due to indicative diagnosis of gestational loss. Regarding the research, the objective was to analyze the unchained psychic processes triggered by the sudden death of a son and the outcomes given by the characteristics of admission in a health institution; the above brings to light an analysis of the pain, uncertainty, anxiety and guilt as stand out topics in the clinical findings. Likewise, according to the intervention's purpose, an intervention device with psychoanalytic foundations was developed in order to generate the needed conditions for the clinical work with hospitalized patients due to gestational loss. The elements involved in the device are also shown throughout the development of this work, which are the insertion to the medical field, the preponderant elements during the clinical session, and the theorem-clinical discussions around the object of discussion.

Key words: gestational loss, psychic processes, intervention device with psychoanalytic foundation.

Introducción

Durante el embarazo se producen movimientos psíquicos en los que se reeditan aspectos sobre la configuración preedípica y edípica, lo cual puede ubicarse a través de las fantasías en torno al hijo y al ser madre, representaciones del nuevo bebé, investidura libidinal en torno al hijo por parte de la futura madre, etc. De acuerdo con dicha configuración, se va a ir conformando el proceso que se lleve a cabo durante el embarazo y su posicionamiento ante este último. Este proceso sin embargo, puede verse interrumpido debido a la muerte del hijo durante el embarazo, de manera espontánea. Este evento sobreviene súbitamente pues no se percibe alguna suerte de signo o síntoma que indique con premeditación la ocurrencia de este fenómeno, que médicamente ha sido denominado como pérdida gestacional.

La muerte inesperada del hijo implica un desencadenamiento de conmociones pulsionales suscitadas por dos pérdidas, una real en el sentido que el hijo ha muerto, y otra de naturaleza ideal, pues además de enfrentarse a la muerte real, la mujer se siente en peligro de una pérdida de amor.

Dicho de otra forma, el evento inesperado de la muerte del hijo provoca necesariamente incidencias psíquicas; a lo anterior se suman ciertas condiciones y características de la institución de salud. Este trabajo expone los resultados a partir del desarrollo de dos objetivos, el primero fue reflexionar en torno a los procesos psíquicos desencadenados en el *pasaje hospitalario*,

término acuñado durante la experiencia clínica para intentar dar cuenta de lo acontecido en distintos momentos cruciales del internamiento de estas mujeres. El segundo objetivo -de intervención-, consistió en posibilitar la puesta en marcha de un dispositivo de intervención con fundamentación psicoanalítica³ ante la problemática mencionada.

La pérdida gestacional: marco de una atención a la urgencia durante el pasaje hospitalario.

La pérdida gestacional, según el Ministerio de Salud de Chile (2011, p. 8)⁴, se define como “aquel embarazo que no culmina en el nacimiento de un nuevo ser humano por su interrupción prematura; es decir, cuando el feto muere antes o durante el parto y el post parto”.

Este fenómeno incluye varias categorías diagnósticas que refieren a la edad gestacional y a las características presentadas por el embrión o feto al momento de la muerte; categorías que también pueden ubicarse como estadios de la pérdida gestacional, los cuales son: amenaza de aborto, aborto inevitable, aborto incompleto, aborto inminente, aborto completo, aborto diferido o huevo muerto y retenido, aborto séptico, óbito, y aborto habitual.

Los síntomas que se consideran indicadores de una posible pérdida gestacional, de acuerdo a Cassasco (2008), son el atraso menstrual, dolor cólico en hipogastrio y genitorragia. En cuanto a las causas relacionadas con la pérdida gestacional no se encuentran médicamente especificadas, aunque existen varios factores asociados a ello, no se puede hablar de alguna causa identificable.

Cifras de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), indican que en México, 66 de cada 100 mujeres en edad reproductiva han estado embarazadas por lo menos una vez, los abortos⁵ representaron el 7.6% del total de los eventos y el 1.1% correspondió a mortinatos (INEGI, 2011, p. 21).

Con lo que respecta a los tratamientos y procedimientos médicos, destacan la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y el Legrado Uterino Instrumental (LUI). El AMEU es un método de evacuación del contenido uterino; mientras que, el LUI se realiza en un ambiente quirúrgico con anestesia general. Para cada uno de los tratamientos, se consideran las características de la pérdida gestacional que justifiquen la elección de la técnica (Cassasco, 2008).

3 El dispositivo de intervención con fundamentación psicoanalítica ha sido adoptado de la línea de investigación Intervención clínica en Instituciones, dirigida por la Dra. Carmen Rojas Hernández.

4 Se hace referencia a un documento de Chile debido a que la pérdida gestacional, como diagnóstico, es definido haciendo alusión a la muerte del hijo en cualquier etapa de la gestación, lo cual abarca los distintos diagnósticos de las pacientes atendidas en la institución de salud donde se llevó a cabo la práctica clínica.

5 En esta fuente, el aborto es considerado como la muerte del hijo durante el embarazo, sin importar el momento de la gestación.

Lo anterior da cuenta tanto del fenómeno médico por el que atraviesan las pacientes hospitalizadas en este tipo de casos, como también de las estrategias institucionales que son necesarias ante este diagnóstico. De esa dilucidación, en el trabajo de investigación-intervención se ubicaron las posibilidades de inserción de la práctica clínica psicoanalítica, entendiendo que la relación que se establece con el hospital no es “natural”, como lo es la relación del médico y el hospital. La relación con el clínico surgirá en el vínculo de una relación social singularizada, en el contexto de un diálogo no institucionalizado, la cual aparece en la especificidad de cada situación clínica. En efecto, la atención médica tiende a ser inmediata y eficaz, dirigida a disminuir el riesgo para la salud dada la condición médica; se interviene sobre el cuerpo de la disección anatómica del que hablan Rojas y Loos (2007; como se cita en Rojas y Vega, 2008).

Dada la condición médica en la que llega la paciente, la intervención clínica psicoanalítica se insertó en una atención a la urgencia. Urgencia en el sentido que este fenómeno acontece sin ninguna premeditación que haga contemplar la idea de una posible muerte del hijo, pues en la mayoría de los casos se trata de una irrupción súbita.

Precisamente, sobre el término “urgencia”, es útil el aporte de Marrelo (1998), en cuanto a señalar que durante la práctica clínica se es testigo de algo que “no anda bien”, es decir, se trata del trauma que cuando se habla topa con lo indecible.

Las posibilidades de la intervención clínica psicoanalítica a este respecto, implican, de acuerdo con Rojas y Vega (2008), “entretejer una red de contención para hacer frente al vacío” (p. 7), asumiendo que debe generarse en un plano simbólico a partir de que otro le escucha y le habla.

Elementos del dispositivo de intervención con fundamentación psicoanalítica durante el pasaje hospitalario

En la intervención se privilegia la atención a los procesos psíquicos desencadenados en el pasaje hospitalario mediante los elementos del método psicoanalítico -la palabra y la escucha analítica-, articulándolo con los objetivos de esta investigación-intervención y además, con las condiciones -contextuales o implícitas- preponderantes en la institución. En este trabajo, se entiende que el dispositivo de intervención con fundamentación psicoanalítica, como metodología, implica la formalización de los elementos que movilizaron la práctica clínica en un hospital público de San Luis Potosí. Dichos elementos fueron tres: el primero consistió en la inserción al terreno médico, el segundo define los elementos preponderantes en la situación clínica, y finalmente, el tercero versa en las discusiones teórico-clínicas en torno al objeto de investigación-intervención. Estos permiten dar cuenta del desarrollo de esta investigación-intervención, teniendo presente que el elemento importante y el objetivo que no se debe perder de

vista es la atención a la singularidad.

Con respecto al primer elemento, por un lado, permitió analizar el contexto hospitalario y, por el otro, disponer de las condiciones necesarias para desplegar la intervención, pues el escenario institucional, terreno médico por excelencia, condicionó la forma en que se piensa una intervención clínica psicoanalítica, pues siendo en un contexto hospitalario, se tuvo que acudir a la cama de las pacientes -ubicada en una sala compartida con otros pacientes- y con las implicaciones que esto conlleva al posibilitar el despliegue del dispositivo en cuestión. Es decir, la naturaleza misma de la institución, centra su atención en lo real del cuerpo, los órganos; la pertinencia de la metodología propuesta se ubicó entonces, en aprovechar coyunturas en el discurso médico que justificaron la propuesta de una atención a la singularidad de las pacientes.

Los elementos preponderantes en la sesión clínica, fueron dos: (a) las funciones de contención y (b) la emergencia de la palabra y la escucha analítica; estos últimos consistieron en priorizar la reintroducción de la dimensión de la palabra como elemento discursivo, lo cual se explica debido a que en el contexto hospitalario generalmente el apremio por la atención al cuerpo deja de lado la atención a la singularidad durante el internamiento, de ahí que este segundo elemento del dispositivo de intervención con fundamentación psicoanalítica se haya enfocado a la atención de las conmociones pulsionales suscitadas por la muerte súbita del hijo y como consecuencia del pasaje hospitalario.

Garrido (2013), sostiene que la palabra obtiene una respuesta a condición de que haya una escucha, y que es precisamente a través de la función de la escucha y de la palabra que se puede interrogar la especificidad del dispositivo sustentado en el psicoanálisis. Es así que, de acuerdo con Rojas y De Ávila (2010), el establecimiento de una escucha analítica permite al paciente replantear construcciones simbólicas para sortear las amenazas que el padecimiento hace surgir, preservar su constitución psicológica, y en consecuencia, fortalecer su capacidad de retomar aspectos sobre lo que le acontece.

Es importante indicar que esta clínica, enmarcada en el escenario institucional, implica que no hay una demanda dirigida hacia quien ejerce como clínico, más bien el clínico se encuentra para darle un abordaje a una demanda puesta en la institución, y ante esa configuración y las condiciones específicas de cada encuentro se posibilite la emergencia de una situación clínica.

Respecto al tercer elemento, a saber, las discusiones teórico-clínicas en torno al objeto de investigación-intervención, los hallazgos clínicos fueron discutidos y supervisados con expertos en el área, respecto de los efectos producidos durante la práctica clínica, a partir del análisis y la sistematización. A partir de estas discusiones, se establecieron los tópicos de análisis

de los procesos psíquicos desencadenados en el pasaje hospitalario.

Lo anterior, apoyado en un argumento de Lacan, quien, en palabras de Cancina (2005): “dice del psicoanalista que es necesario que sea al menos dos: aquel que produce sus efectos y aquel que los teoriza. Para producir esos efectos, los teoriza” (parr. 40). Por este motivo, con la intención de teorizar, se acude a Freud (1919/1979), quien indica que el análisis significa la desintegración, descomposición, cuando se analiza, quiere decir que “se ha descompuesto su actividad anímica en sus ingredientes elementales, pesquisando en él esos elementos pulsionales separados y aislados” (p. 156).

Siguiendo a Rojas, Reyes y Méndez (2011), al presentar la propuesta de trabajo de investigación en psicoanálisis en la universidad, afirman que uno de los propósitos de la investigación realizada es precisamente la teorización del caso. De ahí resulta que es menester considerar tanto la singularidad del caso como su teorización. En ese orden de ideas, lo que aquí se pretende, es teorizar con un marco de referencia psicoanalítico los procesos psíquicos desencadenados en el pasaje hospitalario.

Procesos psíquicos desencadenados durante el pasaje hospitalario

Sucesos relevantes identificados en el pasaje hospitalario

El *pasaje hospitalario* hace referencia a tres sucesos cruciales vivenciados según las pacientes en distintos momentos del internamiento a causa de diagnósticos indicativos de pérdida gestacional, a partir de ello, se analizaron las incidencias a nivel psíquico. Dichos sucesos fueron los siguientes:

- La posibilidad de historizar el momento en el que ellas descubren una posible pérdida gestacional, o la posibilidad de simbolizar el indicador de la muerte del hijo, por ejemplo, sangrados, la expulsión del feto o restos placentarios.
- Las pacientes permanecen hospitalizadas en una condición de aislamiento, son apartadas de sus familiares desde el momento que ingresan a urgencias. Las horas que permanecen sin contacto con ellos genera una situación de incertidumbre en la que imaginan lo peor acerca de la reacción que tendrían sus familiares por la “falla” que supone ha cometido.
- El último acontecimiento se ubica al momento del reencuentro con sus familiares, aquí se identifica un cambio importante en el discurso de las pacientes, antes de encontrarse con ellos, se mantiene un discurso cargado de tragedia; mientras que en pacientes con quienes se desarrolló la sesión posterior al encuentro con familiares, en ellas pareciera que las incidencias a nivel psíquico han cedido y no manifiestan gran malestar.

Abordaje teórico psicoanalítico del pasaje hospitalario

Se desarrolló el análisis del pasaje hospitalario a la luz de las manifestaciones de dolor, la incertidumbre, la angustia y la culpabilidad, los cuales se distinguieron por ser los tópicos con mayor relevancia en los hallazgos clínicos.

En lo que sigue, se retoman aspectos cruciales de la obra de Freud que sirven de base teórica en las reflexiones alrededor de los tópicos, aludiendo así a procesos psíquicos elementales que se consideran fundamentales para abordar las incidencias psíquicas de la pérdida gestacional durante la hospitalización. En primera instancia, el tema de la elección de objeto resulta preponderante en cuanto al posicionamiento ante el hijo que espera durante el embarazo o antes y que éste, en algún momento de la gestación, se verá perdido. En *Tres ensayos de teoría sexual* (Freud, 1905/1978), se identifican dos tiempos de la elección de objeto, el primero se ubica en la niñez, y el segundo se configura en la pubertad. El primer tiempo se caracteriza por mantener una naturaleza infantil de sus metas sexuales; el segundo tiempo sobreviene durante la pubertad y se caracteriza por la conformación definitiva de la vida sexual.

Los resultados de esos dos tiempos van a toparse con su inaplicabilidad a consecuencia del proceso de la represión, entre esos avatares, la elección de objeto puede sufrir cambios, renovarse o mantenerse. Es lo que posteriormente, en *Consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica de los sexos* (Freud, 1925/1979), y en la *33ª conferencia* (Freud, 1933/1979), el autor examina las características de la evolución de la sexualidad en las mujeres; a grandes rasgos, se entiende que durante la fase preedípica el vínculo libidinoso entre la madre y la hija es de suma importancia y decisiva en la adquisición de las cualidades con las que cumplirá su papel y función sexual. Más adelante, durante la fase fálica hay un cambio de zona y objeto sexual, de este proceso de cambio se desprende el complejo de castración que será la introducción en el complejo de Edipo, donde el padre deviene objeto de amor para la niña; así, el descubrimiento de su castración es un punto de viraje en su desarrollo, ya que todo lo anterior puede reparar en dificultades al prefigurado desarrollo hacia la feminidad.

Como se puede percatar, los vínculos infantiles con los padres son de suma importancia para la posterior elección del objeto sexual, y de ahí se generan las consecuencias en su vida sexual como adulta. Una de ellas es el embarazo, reconocido como un momento crucial en el que se pone en juego simultáneamente el papel como madre e hija y donde además, se facilita la reedición de aspectos propios de su desarrollo psicosexual. Ante esto, se entiende que hay movimientos pulsionales encaminados a la preparación del encuentro entre ella y el hijo que viene, lo cual se torna crítico cuando se necesita una trasmudación de estos movimientos debido a la muerte del hijo, en el mejor de los casos, tendría que estar dirigido a iniciar un proceso de elaboración o tramitación de la pérdida.

En *Más allá del principio del placer* (Freud 1920/1979), a partir de la observación del juego infantil de un niño pequeño, el autor argumenta sobre el papel que mantiene en los adultos, el juego y la imitación artísticos en la elaboración de lo displacentero. A la letra, Freud indica:

Unas reflexiones para terminar: el juego y la imitación artísticos practicados por los adultos, que a diferencia de la conducta del niño apuntan a la persona del espectador, no ahorran a este último las impresiones más dolorosas (en la tragedia, por ejemplo), no obstante lo cual puede sentir las como un elevado goce. Así nos convencemos de que aún bajo el imperio del principio de placer existen suficientes medios y vías para convertir en objeto de recuerdo y elaboración anímica lo que en sí mismo es displacentero. (p. 17).

Es importante recordar que la madre del mismo niño observado, muere cuando él tiene 5 años y no mostró duelo alguno por la madre.

Sin embargo, en la misma obra en cuestión, Freud (1920/1979) repara que la experiencia más universal apoya la conclusión de que en el alma existe una fuerte tendencia al principio del placer, pero otras fuerzas la contrarían, lo cual no resulta en la tendencia al placer. Atendiendo a la pregunta sobre las circunstancias capaces de impedir que el principio del placer prevalezca, en primera instancia tiene que ver con el carácter de una ley, es decir, “bajo el influjo de las pulsiones de autoconservación del yo, es relevado por el principio de realidad” (p. 10), que consigue posponer la satisfacción. Otra fuente del desprendimiento del displacer no es tan sujeta a la ley, esta “surge de conflictos y escisiones producidas en el aparato anímico mientras el yo recorre su desarrollo hacia organizaciones de superior complejidad” (p. 10); ciertas pulsiones son segregadas por el proceso de represión y si luego consiguen procurarse por ciertos medios alguna satisfacción directa o sustitutiva, lo cual puede ser visto como una posibilidad de placer, es sentido por el yo como displacer. La mayor parte del displacer que se siente es un displacer de percepción, “puede tratarse de la percepción del esfuerzo de pulsiones insatisfechas, o de una percepción exterior penosa en sí misma o que excite expectativas displacenteras en el aparato anímico, por discernir la este como peligro” (p. 11).

Más adelante, Freud (1930/1979), en *El malestar en la cultura* ubica tres fuentes desde donde puede amenazar el sufrimiento, a saber:

Desde el cuerpo propio, que, destinado a la ruina y la disolución, no puede prescindir del dolor y la angustia como señales de alarma; desde el mundo exterior, que puede abatir sus furias sobre nosotros con fuerzas hiperpotentes, despiadadas, destructoras; por fin, desde los vínculos con otros seres humanos. (p. 77).

Esta última fuente, se le reconoce como la que puede ocasionar mayor sufrimiento, y según lo observado, es precisamente con la que las pacientes se enfrentan en los casos de pérdida gestacional, ubicados desde dos vertientes: la primera en relación al vínculo preestablecido con el hijo y la otra, en el vínculo con seres queridos como su pareja y/o padres.

El sentimiento yoico implica el deslindamiento de todo lo otro, percibir fronteras claras y netas respecto del yo. Esto último, según los elementos expuestos hasta el momento, no fue siempre igual, pues al comienzo del desarrollo, el lactante no separa su yo de un mundo exterior de donde afluyen las sensaciones. Es así que sobre la base de incitaciones que le proporcionen gran impresión aprende a discernir que sus órganos corporales pueden enviarle sensaciones y otras, el que le atribuye mayor satisfacción, el pecho, se le sustrae temporariamente y solo consigue recuperarlo reclamando su presencia. De esa manera, se le contrapone al yo un objeto ajeno, se da cuenta de que mucho de lo que no se quería resignar porque generaba displacer no era el yo, sino el objeto. Este último es el primer paso para instaurar el principio de realidad (Freud, 1920/1979).

Acudiendo a la afirmación de Freud (1905/1979): El hallazgo {encuentro} de objeto es propiamente un reencuentro” (p. 203); cuando este objeto se ve perdido, las reacciones ante ello pueden ser de dos tipos, como *duelo* o como *melancolía* (Freud, 1917/1979): el duelo lo define como “la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces” (p. 241). El cuadro que se presenta puede ser similar al de la melancolía, sin embargo la diferencia radica en que

Falta en él la perturbación del sentimiento de sí... también ella puede ser reacción frente a la pérdida de un objeto amado; en otras ocasiones, puede reconocerse que esa pérdida es de naturaleza más ideal. El objeto tal vez no está realmente muerto, pero se perdió como objeto de amor (p. 241).

Lo expuesto hasta ahora se ha basado en la alusión a procesos psíquicos elementales para ahora remitirse al análisis de los procesos psíquicos desencadenados durante el pasaje hospitalario por pérdida gestacional. Las incidencias a nivel psíquico que se pueden desencadenar a partir de la muerte del hijo pueden ser variadas, Orozco (2011), en sus desarrollos a partir de referentes legendarios nos ofrece una idea de las magnitudes que puede alcanzar este hecho en el caso concreto de la leyenda tan popular en México, *La llorona*:

¡Oh hijos míos, ya nos perdimos! ...La pérdida que se exclama implica a la propia madre y anoticia su impotencia ante un mal que se avecina, ante un mal que acecha (p. 19). La angustia encarnada en la Llorona es la de un dolor incommensurable, la de un llanto resonante, la de un

grito que va más allá de la angustia, que desborda la angustia, en tanto es el pesar de una pérdida a la que no es posible resignarse (p. 23).

Otro referente es el que ofrece Nasio (1996), cuando describe su experiencia analítica con una mujer que experimenta la muerte de su hijo a escasos días de nacido:

Descubrí a una mujer transformada por la angustia ...su cuerpo encarnaba perfectamente el yo exangüe del ser dolido, un yo abatido, suspendido en el recuerdo vivo del niño desaparecido; recuerdo machacado por una pregunta insistente: ¿De qué murió? ¿Por qué y cómo murió? ¿Por qué a mí? (p. 14).

Abordando el primer suceso del pasaje hospitalario, Nasio (1996), define al dolor precisamente como el afecto que sobreviene ante la pérdida de un objeto al cual nos encontramos vinculados de una manera tal, que ese lazo es constitutivo de uno mismo. Este afecto se expresa en la conciencia en un estado de conmoción pulsional provocado por la ruptura súbita del lazo que nos vincula con el Otro elegido.

En ese sentido, cuando la pérdida es súbita, el dolor es inasimilable por el yo y emana del ello. Aludiendo al caso de una paciente que con un estruendoso llanto afirma lo siguiente: “me quiero morir, mi bebé se me fue”. Al relatar el momento preciso del aborto, afirma quedarse paralizada observando a su bebé llorando en el piso, interpretando el llanto de la siguiente manera:

Mi bebé estaba ahí llorando en el piso, me pedía auxilio, protección porque está indefenso y aun no es su tiempo para nacer; después me gritó ¡mamá!, ya le platicué a mi mamá pero no me cree, cree que fue producto de mi imaginación, pero yo lo escuché.

Para ilustrarlo con otro caso, una de las pacientes intentó describir su experiencia sin lograr articular otra frase distinta a: “*está llorando el bebé, ¿dónde está?*”; su respiración se mantuvo notablemente acelerada, esforzándose por levantarse de su cama, dirigiendo su mirada a toda la sala tratando de encontrar al bebé que llora.

Pasando al segundo suceso, de acuerdo con Freud (1920/1979), en la neurosis traumática se destacan dos rasgos que se toman como punto de partida de la reflexión. El primero trata sobre el hecho de que el centro de gravedad de la causación se sitúa en el factor de la sorpresa, en el terror, y un simultáneo daño físico o herida contrarresta la producción de la neurosis:

Terror, miedo, angustia, se usan equivocadamente como expresiones sinónimas; se las puede distinguir muy bien en su relación con el pe-

ligro. La angustia designa cierto estado como de expectativa frente al peligro y preparación para él, aunque se trate de un peligro desconocido. (p. 12)

Ante esto, no se cree que la angustia pueda producir una neurosis traumática, debido a que en la angustia hay una suerte de protección contra el terror, por tanto, también contra la neurosis.

Regresando al planteamiento de Freud (1914/1979), en el que se sostiene que puede existir una pérdida de naturaleza ideal, en los casos de hospitalización por pérdida gestacional, también se observa que además de la muerte del hijo, tienen que vérselas con la angustia que se origina en una incertidumbre acerca de saber cómo han reaccionado sus familiares por la noticia de la muerte del hijo. En consecuencia, se manifiestan sentimientos de angustia y culpabilidad. Nasio (1996), ha definido a la primera como “reacción a la amenaza de una eventual pérdida del ser amado o de su amor” (p. 77), mientras que a la culpabilidad la define como “una variante de la angustia; reacción a la amenaza de que el ser amado me retire su amor, a guisa de castigo por una falta real o imaginaria que cometí o podría cometer” (p.77). Lo anterior puede ilustrarse mediante lo dicho por una paciente que hasta el momento de la sesión no había visto a sus familiares, específicamente su madre y su pareja: ¿Qué van a decir de mí? Dígame, ¿usted cree que tengo la culpa? Ellos me dijeron que comiera, que si le pasaba algo iba a ser mi culpa. Es mi culpa porque no les hice caso.

Tales expresiones remiten a lo señalado por Freud (1930/1979), al afirmar que se llega a tener un sentimiento de culpa cuando la persona ha hecho algo que discierne como malo o el propósito de obrar de ese modo. Se le descubre fácilmente en su desvalimiento y dependencia de otros; su mejor designación sería la angustia frente a la pérdida de amor. Si pierde el amor del otro, de quien depende, queda también desprotegido frente a diversas clases de peligro.

Sin embargo, cuando llega el momento en el que se tiene que ver de frente con sus familiares, elemento que remite al tercer suceso, los hallazgos indican que se confrontan las fantasías producidas en momentos anteriores y este, generalmente no coincide con las reacciones que observa en sus familiares durante los primeros encuentros con ellos. En ese momento deja de haber incertidumbre y las incidencias desencadenadas durante el pasaje hospitalario ceden, como la angustia, al igual que la culpa y el dolor.

Conclusiones

Recordando que los objetivos que movilizaron la investigación-intervención fueron por un lado, el de investigación, que consistió en dar cuenta de los procesos psíquicos emergentes en pacientes hospitalizadas por diagnósticos que indican pérdida gestacional y como clínico, posibilitar una in-

tervención a pacientes hospitalizadas por diagnósticos que indican pérdida gestacional.

Con respecto al objetivo de investigación, el planteamiento de este se dispuso a partir de lo señalado por Rojas, Reyes y Méndez (2011), al presentar la propuesta de trabajo de investigación en psicoanálisis en la universidad, afirman que uno de los propósitos de la investigación realizada es precisamente la teorización del caso. De acuerdo con Uzorskis (1995), el análisis de la intervención clínica psicoanalítica consiste en conceptualizar esa práctica clínica en la singularidad, desde el marco teórico del psicoanálisis. De ahí resulta que es menester considerar tanto la singularidad del caso como su teorización. En ese orden de ideas, lo que aquí se pretendió fue teorizar con un marco de referencia psicoanalítico los procesos psíquicos desencadenados en el pasaje hospitalario, pues los sucesos que lo conforman fueron identificados durante la práctica clínica

Asimismo, los procesos psíquicos de los que se dieron cuenta tuvieron que ver con las manifestaciones de dolor, la incertidumbre, la angustia y la culpabilidad durante el pasaje hospitalario, al cual, como ya se describió, afectaron las características de la institución de salud al no permitir visitas de familiares durante el internamiento en tococirugía, área en la que permanecen mayor tiempo, horas importantes del proceso de la pérdida gestacional.

Por el lado del objetivo clínico, vale decir que no se tienen elementos para afirmar que se observó alguna suerte de elaboración o tramitación de la pérdida; sin embargo es importante destacar que hay indicios de una simbolización por parte de algunas pacientes, notándose en expresiones como las siguientes:

Yo al principio no deseaba estar embarazada, pero conforme pasaban los días me iba haciendo a la idea y empecé a aceptarlo y quererlo, pero ahora que lo pienso, la caída que tuve no creo que haya sido tan accidentada, creo que fue porque yo de todas maneras seguía sin querer estar embarazada, yo no lo quería pero me duele, era mi hijo...

Esta paciente perdió a su hijo a los tres meses de gestación. Momentos antes de la expulsión del feto, ella estaba realizando tareas domésticas cuando cayó al piso por resbalar con un carro de juguete de uno de sus hijos, a lo cual atribuye la causa de esa pérdida gestacional.

En otro caso, una paciente que perdió a su hijo durante el sexto mes de gestación, además estaba diagnosticada con endometriosis, razón por la cual había transitado por largos y dolorosos tratamientos para lograr embarazarse por primera vez, en un momento de la situación clínica expresó lo siguiente:

Mi esposo y yo deseábamos mucho un hijo, por eso estuvimos en tratamientos pero eran muy difíciles y dolorosos, llegó un momento en el que solo teníamos relaciones sexuales porque era la indicación del médico, ya no sentíamos atracción ni ganas de hacerlo, nos decepcionamos y dejamos de acudir con el médico y abandonar el tratamiento, cuando volvimos a hacer el amor fue cuando quedé embarazada, y ahora resulta que se me murió. Creo que lo que yo tengo más bien tiene que ver con algo psicológico, algo de mí y no tiene que ver con una enfermedad porque nosotros solos, cuando volvimos a hacer el amor, pude quedar embarazada.

Con estas notas, se quiere transmitir el hecho de que, al margen de que la práctica clínica se llevara a cabo alejada de un encuadre tradicional, se trascendieron estas condiciones del espacio institucional y se logró una intervención donde es posible argumentar que se dispusieron los elementos necesarios para posibilitar procesos de simbolización.

Un punto que se considera importante a analizar tiene que ver con las cuestiones transferenciales; ya que tradicionalmente en las instituciones de salud se concibe la atención psicológica en espacios de consulta externa, espacios privados con sesiones cada cierto tiempo y duración determinada, con objetivos compartidos con las políticas de salud pública, por ejemplo, persuadir para que las mujeres elijan un método anticonceptivo (de preferencia un dispositivo intrauterino), convencer de los beneficios de la lactancia materna, etc. al margen de cuestionar la pertinencia en este ámbito sobre esas actividades que se demandan al personal de psicología, es indudable que cuando estas prácticas se llevan a cabo, se desestima el discurso del sujeto. La prioridad durante esta intervención, como se ha mencionado anteriormente, fue priorizar la emergencia de la palabra y la escucha analítica.

Atendiendo a lo anterior y volviendo al tema transferencial, vale la pena insistir en la cuestión, desde la teoría psicoanalítica, qué tipo de relación transferencial es posible que se establezca; considerando como un factor importante el hecho de que estas pacientes en particular, solo permanecen en hospital alrededor de 24 horas, y tomando en cuenta que al acudir a un servicio de urgencia la demanda se dirige al hospital, no al agente de una intervención clínica psicoanalítica.

Siguiendo con las precisiones respecto de la práctica clínica, se propusieron sesiones de seguimiento si alguna de ellas así lo deseaba, de modo que se establecieron citas después de emitida el alta hospitalaria, en términos de hallazgos clínicos. En estos casos se pudo inferir que el embarazo se había dado como un esfuerzo de encontrar una respuesta respecto de su lugar como sujeto, en este caso del embarazo, el ser madre. Es desde este ángulo que una de las pacientes, que pierde a su hijo a los seis meses de gestación, insistentemente durante cada sesión se pregunta *¿por qué a mí? ¿por qué yo?* y durante una sesión expresa lo siguiente:

Me he dado cuenta que no tengo nada, que no soy nada, no tengo nada para mí, ni siquiera un momento para mí, como esa sensación de vacío que tenía cuando estaba en el hospital, me descubrí que no puedo ni ir al baño sola porque mi niña me tiene que estar viendo, todo es para ella; si yo me estoy comiendo algo y me lo pide, se lo tengo que dar; si voy caminando en la calle y se me antoja algo, decido mejor no gastarme el dinero en mí y comprarle algo a mi niña.

En otro de los casos, una paciente que pierde a su hijo en el cuarto mes de embarazo, se impresiona al descubrir en una sesión lo siguiente:

Yo quisiera que mi mamá me vea cómo ve a mi hermano, de él sí espera algo, dice que va a ser alguien en la vida, pero ellos no esperan nada de mí y es que nunca hago nada bien, hasta mi hijito se me murió... Yo soy una simple ama de casa, ni eso, a una ama de casa la respetan y tiene un lugar en su casa, pero yo no, yo soy como una sirvienta, me tratan como su sirvienta y lo que yo quiero no es ni siquiera ser como mi hermano, quiero ganarme el lugar de hija.

Las notas anteriores, reflejan la importancia de dar un seguimiento clínico a las pacientes, incluso el personal médico en ese mismo tenor, expresó lo indispensable que resultaría promover procedimientos para facilitar que se logre una atención post hospitalaria. Además, se considera que actualmente es indispensable pensar en nuevas formas de intervención y modos de comprender la atención a la singularidad, el psicoanálisis, de acuerdo con Pinto (2008), “en tanto inserto en el mundo que nos rodea, no puede permanecer indiferente a los conflictos propios de la realidad social” (p.35). Lograr un diálogo y la interlocución entre las disciplinas respetando la posición epistémica y los objetivos de cada una de las prácticas tanto médica como la del psicoanálisis, podría enriquecer la puesta en marcha de otros dispositivos de intervención con fundamentación psicoanalítica.

Referencias

1. Breuer, J. y Freud, S. (1893/1979). Estudios sobre la histeria. En J. Strachey (Ed. & Trad.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 2, pp. 1-316).
2. Cueto, E. (2005). *Entrevista a Pura Cancina*. Recuperado de: <http://www.elsigma.com/entrevistas/entrevista-a-puracancina/8708>
3. Cassasco, G. y Pietrantonio, E. (2008). Aborto: guía de atención. *Revista del Hospital Infantil Ramón Sordá*. 27(001), 33-41. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/912/91227106.pdf>
4. Freud, S. (1905/1979). Tres ensayos de teoría sexual. En J. Strachey (Ed. y Trad.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 109-156).
5. Freud, S. (1917/1979). Duelo y melancolía. En J. Strachey (Ed. y Trad.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 14), (pp. 235-256). Buenos Aires: Amorrortu.
6. Freud, S. (1919/1979). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. En J. Strachey (Ed. y

- Trad.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 17, pp.151-164). Buenos Aires: Amorrortu.
7. Freud, S. (1920/1979). Más allá del principio del placer. En J. Strachey (Ed. y trad.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 1-62). Buenos Aires: Amorrortu.
 8. Freud, S. (1925/1979). Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos. En J. Strachey (Ed. y trad.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 259-276). Buenos Aires: Amorrortu.
 9. Freud, S. (1933/1979). Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. En J. Strachey (Ed. y trad.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 22, pp. 1-168). Buenos Aires: Amorrortu.
 10. Freud, S. (1939/1979). El malestar en la cultura. En J. Strachey (Ed. y trad.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 21, pp. 57-140). Buenos Aires: Amorrortu.
 11. Garrido, M. (2013). La especificidad del dispositivo analítico. *Revista Carta Psicoanalítica*. 18, s/p. Recuperado de <http://www.cartapsi.org/spip.php?article331>
 12. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2011). *Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica 2009. Panorama sociodemográfico de México. Principales resultados*. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/encuestas/hogares/enadid/enadid2009/ENADID_2009_Pan_Soc.pdf
 13. Ministerio de Salud de Chile. (2011). *Orientaciones técnicas para la atención integral de las mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas*. Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/b53faf5did527a52e040010e010ef5.pdf>
 14. Nasio, J. D. (1996). *El libro del dolor y del amor*. Barcelona: Gedisa
 15. Orozco, M. (2011). Entre los surcos de Medea y los avatares de La Llorona. En M. Orozco, F. Gamboa, D. Pavón, A. Huerta, y P. Cantoral (Eds.) *Configuraciones psicoanalíticas sobre espectros y fantasmas* (pp. 15-54). México: Plaza y Valdés.
 16. Pinto, S. (2008). *Psicoterapia psicoanalítica. Desataduras del alma*. Chile: Ediciones de la Universidad Santiago.
 17. Rojas, C., Vega, S. (2008). Las posibilidades del dispositivo psicoanalítico en el medio hospitalario analizadas a partir de una experiencia realizada en México. *Concurso Pierre Férida de Ensaíos Inéditos de Psicopatología Fundamental*. Recuperado de <http://www.psicopatologiafundamental.org/pagina-ano-2008-259>
 18. Rojas, C. y De Ávila, X. (2010). El acompañamiento terapéutico como dispositivo psicoanalítico para la atención a la subjetividad de niños hospitalizados por quemaduras. *Revista Otra Escena*. 1 (5), 120-139
 19. Rojas, C., Reyes, A., Méndez, L. (2011). Posibilidades del trabajo investigativo en la universidad. *Revista Uaricha*. 15. 1-12. Recuperado de: http://www.revistauaricha.umich.mx/Articulos/Uaricha_15_001-012.pdf

Recibido: 3 de julio de 2013
Revisado: 15 de agosto de 2013
Aceptado: 15 de noviembre de 2013