

Problemas de conducta adicionales de la salud perinatal: alcoholismo, adicciones, trastornos de la alimentación y pérdidas perinatales

IAN BROCKINGTON^a

RESUMEN

Se describen algunas alteraciones psiquiátricas no descritas en otros artículos de esta serie. Un mal vínculo madre-feto es uno de los principales factores predictivos de una alteración en la relación entre la madre y el lactante; cuando la actitud de la madre hacia el embarazo es de rechazo pertinaz, se requiere psicoterapia. El abuso de sustancias es nocivo para el curso del embarazo y para el feto; por ejemplo, el etanol acorta el periodo de gestación, el bajo peso al nacer en los hijos de madres alcohólicas, no sólo se explica por prematuridad, sino que el bebé es pequeño para la edad gestacional. El bebé será adicto al alcohol y puede presentar síntomas de supresión en la etapa neonatal. Las mujeres adictas a los narcóticos tienen múltiples problemas emocionales, su bebé se verá afectado por la desnutrición materna y una proporción alta tendrá peso bajo al nacer; en la mayoría de estos bebés ocurrirá un síndrome de supresión poco después del nacimiento. Reconocer todos estos trastornos e implementar una intervención específica, puede aliviar el sufrimiento de la madre y ayudarla al facilitar su función materna.

PALABRAS GUÍA:Alcoholismo, adicciones, cocaína, abuso de sustancias.

INTRODUCCIÓN

La psiquiatría de la maternidad, cuyos sinónimos son psiquiatría madre-bebé y psiquiatría perinatal, ha avanzado enormemente en los últimos 20 años. La literatura mundial prácticamente se ha duplicado. En términos de sus múltiples complicaciones psiquiátricas, el proceso reproductivo femenino es más complejo que cualquiera otra experiencia humana.¹ Aquí se cubren algunas

alteraciones no descritas en otros artículos de esta serie.

ADAPTACIÓN AL EMBARAZO

La psicopatología del embarazo debe ser comprendida en términos del ajuste psicológico que toda mujer hace cuando concibe. El embarazo no sólo es un evento biológico, sino un proceso adaptativo. La gestante debe mantener al bebé y prepararse para el nacimiento; debe asegurarse que el bebé sea aceptado por la familia y establecer una relación un tanto diferente con el padre del niño o niña y su círculo íntimo de parientes y amigos.

La madre debe adaptarse a los sacrificios que demanda la maternidad y que incluyen la pérdida de su figura y cambios faciales, aumento de peso y aparición de estrías. Algunas se sienten orgullosas de estos cambios gozan

^a Profesor Emérito de la Universidad de Birmingham, Reino Unido.

Correspondencia:
Dr. Ian Brockington
University of Birmingham, Edgbaston, Birmingham, B152TTT, UK.

Correo electrónico: I.F.Brockington@bham.ac.uk.

Recibido: 17 de septiembre de 2007.
Aceptado: 28 de noviembre de 2007.

del grado mayor de atención por parte de los demás y sienten como que ha aumentado su sentimiento de femineidad. Otras, se sienten avergonzadas de tales cambios y manifiestan dismorfofobia y pueden revelar ideas acerca de que otros la critican (ideas de referencia) y evitar los intercambios sociales.¹

Más o menos la mitad de las concepciones no son planeadas, pero planear un embarazo y aceptarlo son dos cosas diferentes. Una proporción pequeña de mujeres que planean un embarazo lo lamentan más tarde. La mayoría de los embarazos no planeados finalmente suelen ser bien aceptados, algunas veces, después de algún tiempo y otras con ambivalencia. Los embarazos no deseados con frecuencia se interrumpen; sin embargo, una minoría importante, cerca del 10%, se llevan a término.²

Aunque hay dificultades en la definición, nomenclatura y metodología de los estudios, así como diferencia en el grado de sentimientos negativos, la cifra mediana de interrupción voluntaria del embarazo es de alrededor del 10%, aunque es mayor en algunos grupos, como las adolescentes, y menor en países donde tener un aborto es peligroso y difícil de conseguir.³

Hay una forma intensa de rechazo del embarazo, la cual tiene un riesgo alto de asociarse con complicaciones conductuales y emocionales mayores.

APEGO PRENATAL

La embarazada se apega o vincula con el bebé antes de su nacimiento, en forma análoga al establecimiento de la relación madre-neonato después del nacimiento. El vínculo preparto es catalizado al percibirse los movimientos fetales y aumenta al proseguir la gestación.⁴ La madre empieza a tener fantasías respecto al bebé y le habla afectuosamente. Puede que incluya a su esposo u otros hijos a “jugar” con el bebé. Al mismo tiempo se prepara para el nacimiento y la maternidad, conducta denominada de preparación del nido.

En algunas madres hay un apego mínimo aún al término del embarazo. Una pobre relación madre-feto, es uno de los factores predictivos de mala vinculación entre la madre

y el lactante.^{5,6} Cuando la actitud de la madre hacia el embarazo es de rechazo pertinaz, se ha sugerido proporcionar psicoterapia, pero la evaluación de sus resultados está aún en las etapas iniciales.

MALTRATO AL FETO

Algunas madres con profundo resentimiento debido a la gestación, perciben al feto como una intrusión, cuyos movimientos la molestan y perturban su sueño. Pueden intentar dañarlo golpeándose el abdomen, hasta el punto de causarse hemorragia: esta condición se conoce como maltrato fetal. Nuestros conocimientos de este fenómeno aún están en las etapas iniciales, pero en forma anecdótica, se considera un factor predictivo de maltrato más tarde al niño.

ABUSO DE SUSTANCIAS

1. Alcohol. El embarazo suele tener un efecto benéfico en la adicción al alcohol, pero si continúa su abuso, hay efectos graves para el feto. El principal efecto adverso es el retraso del crecimiento intrauterino.⁷ Aunque el etanol acorta el periodo de gestación, el bajo peso al nacer no es explicable por prematuridad, sino que el bebé es pequeño para la edad gestacional. También el bebé será adicto al alcohol y puede presentar síntomas de supresión en la etapa neonatal. También, el etanol es teratógeno y causa el síndrome de alcoholismo fetal.⁸ En la tabla 1 se presenta la definición de alcoholismo fetal propuesta por el Instituto de Medicina de los EUA.

También se presenta afectación del funcionamiento cognoscitivo y del lenguaje a largo plazo, además de asociarse con trastornos conductuales, como el trastorno por déficit de atención.¹⁰ Es útil usar métodos de tamizaje para detectar el abuso de alcohol durante el embarazo.

2. Abuso de narcóticos. Las mujeres adictas a los narcóticos, como las alcohólicas, tienen múltiples problemas emocionales y sociales y muchas no acudirán a recibir cuidados prenatales. El bebé puede verse

Tabla 1
Criterios diagnósticos de alcoholismo fetal

A Confirmación de haber estado expuesto al alcohol	
B Anomalías faciales menores características debidas a hipoplasia del maxilar (se requieren cuando menos dos).	Fisuras palpebrales horizontales cortas Borde bermellón delgado en el labio superior Filtrum plano (en el labio superior)
C Retraso del crecimiento prenatal o postnatal (peso o talla debajo del percentil diez)	
D Déficit del crecimiento cerebral o morfogénesis Microcefalia (circunferencia cefálica anormal (se requiere la presencia de uno de los dos).	Anomalías estructurales del cerebro menor del percentil diez)

Criterios del Instituto de Medicina para el Diagnóstico del Espectro de Alcoholismo Fetal de 1996. Revisados por Hoyme y cols. en 2005.⁹

afectado por la desnutrición materna, además de infecciones, tales como enfermedades venéreas, hepatitis, endocarditis y SIDA. Una proporción alta de bebés tendrán peso bajo, explicado en parte por prematuridad, pero también por retraso en el crecimiento intrauterino.

En la mayoría de bebés ocurrirá un síndrome de supresión poco después del nacimiento. El análisis de narcóticos en el cabello y el meconio ayudan a detectar los opiáceos y la cocaína en madres que se presentan inesperadamente para su parto. Hay un aumento en la mortalidad perinatal y en la frecuencia de muerte súbita del lactante. También hay una mayor incidencia de microcefalia, y puede verse afectado el desarollo intelectual, aunque otro factor en estos casos, es el estilo de vida de la madre. El tratamiento de manutención con metadona mejora el peso al nacer, pero puede deprimir el reflejo respiratorio del bebé y dar lugar a un síndrome de supresión más grave y prolongado,¹¹ además de una mayor frecuencia de convulsiones. La buprenorfina puede ser más adecuada para la terapia de sostentimiento, con menos efectos de supresión. De todas maneras, el bebé suele tener peso bajo al nacer y la mayoría requieren tratamiento para el síndrome de abstinencia neonatal.¹²

Si se decide suprimir el uso de heroína, debe intentarse en el segundo trimestre y

reemplazarla con metadona. La naloxona, que puede administrarse con un implante subcutáneo se ha utilizado para este propósito, aún así, existe preocupación por la aparición del síndrome de abstinencia fetal. El neonato debe mantenerse en el hospital por lo menos 14 días. La depresión respiratoria puede tratarse con naloxona, y las convulsiones y otros síntomas de supresión por medio de sedantes como el diacepam o la misma morfina. Todas las madres en cuestión deben recibir tratamiento psiquiátrico y apoyo psicosocial posparto.

3 . Cocaína. Es conflictiva la evidencia de teratogenicidad de la heroína. Algunos de los efectos de la cocaína son similares a los de los narcóticos, como ruptura prematura de membranas, parto prematuro, reducción del crecimiento intrauterino y aumento en la incidencia de microcefalia. También hay un síndrome de supresión, pero menos grave que con los narcóticos. Para el diagnóstico se puede medir el metabolito benzoilecgonina en el cabello del neonato.

Los efectos negativos específicos de la cocaína incluyen vasoconstricción uterina y puede dar lugar a desprendimiento placentario, además de infartos cerebrales en el feto. Los neonatos suelen mostrar anomalías neuroconductuales sutiles, tales como reducción del estado de alerta y mayor excitabilidad,¹³ pero puede haber efectos a largo plazo, como en el desarrollo del

lenguaje y alteraciones en la conducta. Sin embargo, se ha discutido si éstos se deben a la cocaína *per se* o a factores de confusión, como el bajo peso del bebé, depresión materna, dificultades para cuidar del bebé, abuso de otras drogas, educación de la madre y pobreza.¹⁴ La posibilidad de mayor riesgo de muerte súbita del bebé aún está *sub judice*.

4. Otras sustancias. Aunque existe poca literatura sobre el abuso de anfetamina en el embarazo, sus efectos son semejantes a los de la cocaína, incluyendo desprendimiento placentario e infartos cerebrales en el feto. Apenas están empezando a publicarse trabajos sobre los efectos de la metilenedioximetanfetamina (*ecstasy*) en el embarazo.^{3,4}

La marihuana es la droga ilícita que más frecuentemente usan las gestantes, ésta puede afectar el crecimiento fetal y tener efectos cognoscitivos y neuroconductuales a largo plazo. No obstante, en este momento es difícil excluir los efectos de factores de confusión, como el estilo de vida de la madre.

La dietilamida del ácido lisérgico puede tener efectos teratógenos o mutágenos, esta información se ha basado en reportes de casos de personas que viven en algunas subculturas alternativas, en que los padres usan múltiples drogas. La fenciclidina (polvo de ángel) da lugar a síntomas de supresión en el neonato.

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

La mayoría de mujeres anoréxicas se recuperan y vuelven a menstruar cuando su peso alcanza 80% de su peso estándar. Su deseo de ser madres es observable por la frecuencia con que buscan tratamientos contra la infertilidad, planean embarazos y desean amamantar a su bebé. En las mujeres que no menstrúan, la ovulación puede inducirse con clomifeno o gonadotropinas. Hay numerosos reportes de casos y varios estudios a largo plazo que demuestran que muchas mujeres con antecedente de anorexia nerviosa, dan a luz en forma normal.

Los informes previamente descritos de la asociación de la anorexia con menor fertilidad y reducción significativa del peso al nacer y prematurow,^{15,16} no fueron corroborados recientemente, por un estudio más grande.¹⁷ El único hallazgo consistente fue una mayor frecuencia de abortos espontáneos, lo cual ocurre en otras mujeres con bajo peso por otras razones.¹⁸

Una minoría se puede embarazar aún durante la fase intensa de la enfermedad. Como tienen amenorrea, se puede retrasar el diagnóstico de embarazo. En general, el embarazo tiene un efecto benéfico en la anorexia, pero si la mujer continúa restringiendo su dieta, el feto puede sufrir desnutrición. Ocionalmente, ha sido necesario rescatar a un feto por medio de una cesárea electiva, aunque existe una tendencia a la recaída en el puerperio.¹⁹ Cuando la madre está activamente anoréxica, a menudo hay conflicto con el niño durante las comidas. A veces el niño se envuelve activamente en el ascetismo de la madre respecto a la comida y sufrirá retraso del crecimiento.

El embarazo de la paciente con bulimia nervosa con frecuencia no es planeado, debido a la creencia errónea de que se es infértil pues la menstruación es irregular o muy escasa.²⁰ Los síntomas también tienden a mejorar durante la gestación, pues la presión del útero en crecimiento hace más difícil la ingesta abundante y rápida de comida. Tal vez debido a la preocupación con el aumento de peso, suele haber recaídas en el posparto, a veces a un grado peor que antes de la concepción.²¹ Varios estudios han encontrado que cuando la madre tiene un trastorno de alimentación el bebé tiene bajo peso al nacer,²²⁻²⁴ pero no hay acuerdo en este hallazgo.²⁵ Las madres bulímicas a veces manifiestan alteraciones en su capacidad de atender al niño, ignorando o excluyendo al niño mientras comen en exceso o vomitan, restringiéndole la comida o tratan de mantener demasiado control del niño durante el juego y las comidas;²⁶ se pueden utilizar videogramas de estas interacciones para ayudar a la madre a disminuir esta tendencia.²⁶

TRASTORNO FICTICIO OBSTÉTRICO

La conducta de autoinducirse un trastorno puede extenderse al área obstétrica.²⁷ Una mujer puede inducirse sangrado y simular una amenaza de aborto, placenta previa o hemorragia posparto. Puede estimular la ruptura de las membranas para precipitar un parto prematuro. Se ha observado a algunas mujeres manipulando instrumentos, tales como un tocodynamómetro externo, en algunos casos, debido al deseo de acelerar el momento del parto.

PÉRDIDA PERINATAL

Se puede perder a un hijo por una variedad de razones:

1. Terminación del embarazo por deseo de la madre.
2. Aborto espontáneo, embarazo ectópico o terminación por causas médicas.
3. Muerte fetal *in utero*, mortinato y después del nacimiento, muerte súbita del bebé.
4. Ceder al niño para su adopción.

TERMINACIÓN DEL EMBARAZO

Las indicaciones para un aborto inducido incluyen las siguientes:

1. **Médicas.** Para preservar la salud o la vida de la madre.
2. **Humanitarias.** Cuando el embarazo es producto de una violación o incesto.
3. **Eugenésicas.** Cuando hay un riesgo grave de una malformación congénita.
4. **Psiquiátricas.** Se percibe un riesgo de suicidio o enfermedad mental grave.
5. **Sociales.** Porque el embarazo alteraría gravemente la vida de la madre u ocurre en un momento inadecuado.
6. **Por deseo.** La mujer cree que debe estar en libertad de decidir cuándo tendrá hijos.

Ha habido debate sobre la validez de las indicaciones psiquiátricas, por ejemplo, sobre las consecuencias si se impidiera a una mujer terminar su embarazo. Son comunes las

amenazas de suicidio, que rara vez se llevan a efecto. Sin embargo, no cabe duda de que un embarazo no deseado es un factor en algunos suicidios.

El haber tenido antecedente de psicosis puerperal no es una indicación para interrumpir un embarazo, porque hay el mismo riesgo de que ocurra la psicosis después de un aborto. Sin embargo, sí hay otras indicaciones posiblemente más serias, como los trastornos en la relación madre-bebé, que son más comunes y graves cuando el embarazo no es deseado. Tales complicaciones son evitables si se da al niño en adopción, aunque no hay qué minimizar los efectos psicológicos de ceder a un niño.

Poco antes de la terminación misma, es común sentir enojo, culpa, vergüenza y depresión.²⁸ El aborto mismo a menudo va seguido de alivio y aun euforia y una reducción de síntomas. La mayoría de mujeres que han hecho esa elección personal no tienen efectos adversos, ni a corto ni a largo plazo. Una minoría siente remordimientos y autorreproches por el “asesinato” del bebé. Algunas se sienten como criminales y se preocupan por un castigo, temen la némesis de la ulterior esterilidad o de futuras malformaciones congénitas. Algunas tendrán depresión clínica. Un estudio en Finlandia mostró que la tasa de suicidio en pacientes con depresión clínica era tres veces más elevada que la frecuencia nacional de suicidio en mujeres.²⁹

Para minimizar el riesgo psicológico, la terapia de apoyo o consejería es útil. Muchas mujeres enfrentan su decisión en medio de situación de soledad y aislamiento. No informan a sus padres, y si lo hacen enfrentan su censura y presiones indebidas. La actitud del padre del bebé es crucial, pero a menudo no es útil. Es esencial que la mujer tome su propia decisión, una de las más difíciles que tendrá qué hacer en la vida. Con frecuencia tiene qué tomarse apresuradamente, en una atmósfera de conflicto y atormentada. Los mejores resultados ocurren cuando la decisión se hace en el contexto de respeto y apoyo por parte del padre del bebé, los padres de ella, sus amigos y/o un consejero o terapeuta.

Hay varias formas de psicosis orgánicas que pueden ocurrir después de un aborto, tales como un *delirium* infeccioso cuando se ha hecho el intento de aborto en condiciones insalubres; también se incluye el síndrome de Wernicke-Korsakoff, consecutivo a hiperemesis gravídica. Se han reportado psicosis psicógenas debidas a la vergüenza. También se han observado episodios de manía o polimorfos, especialmente en mujeres que han tenido episodios similares, después de partos previos. Algunas de estas psicosis han ocurrido cuando se indujo un aborto para evitar precisamente la recurrencia de una psicosis puerperal.

ABORTO ESPONTÁNEO

Se trata de un evento común, que ocurre en 40% de todas las concepciones, pero sólo en 10% de los casos se presenta una vez que se ha reconocido el embarazo a través de la amenorrea y otros signos. Un embarazo ectópico es más serio desde el punto de vista ginecológico, pero tiene los mismos efectos psicológicos. La reducción embrionaria también es traumática.³⁰ Las consecuencias emocionales están lejos de ser triviales, las que pueden compararse a las de la muerte perinatal, aunque menos graves. Tal vez esto se deba a que es demasiado pronto para establecer un apego intenso con el bebé apenas concebido, pero aún así, se trata de la pérdida de un niño deseado.

El evento mismo del aborto, repentina y dolorosamente, puede ser muy perturbador; algunos de los síntomas psicológicos semejan el trastorno por estrés post-traumático. Hay una sensación de fracaso, culpa y enojo. La incidencia de depresión es cuatro veces mayor que la de la población general y aún mayor en mujeres que no han tenido ningún hijo.

Puede haber episodios depresivos en el momento en que se hubiera esperado el parto, reacciones de aniversario y un mayor riesgo de un trastorno emocional posparto, después de un parto normal ulterior. Otra secuela es la neurosis obsesiva. No resulta sorprendente que haya una mayor ansiedad en la fase inicial del siguiente embarazo.³¹ Ayudar a una mujer que ha tenido un aborto espontáneo requerirá

una terapia de duelo, en que se comparte su tensión, y se ventilan sentimientos de tristeza, culpa y enojo.

La terminación de la gestación por razones médicas, aunque es una intervención deliberada, psicológicamente es semejante a un aborto espontáneo y a la muerte fetal *in utero*. Algunas mujeres desean continuar el embarazo aunque sepan que el bebé será anormal. La depresión es común y la pena es de larga duración. Estas mujeres requieren de terapia de apoyo, antes y después de la terminación.

MUERTE FETAL *IN UTERO*, MORTINATO, MUERTE NEONATAL Y MUERTE SÚBITA

Las reacciones a estos eventos son generalmente más graves que a un aborto espontáneo y cada uno tiene características especiales. Cuando el bebé muere hacia el final del embarazo, la madre lleva un cadáver dentro y deberá sufrir un trabajo de parto fútil. Si el bebé muere durante el parto, la muerte es súbita y hay una reacción de shock, con una fuerte sensación de algo irreal. Cuando el bebé muere en la primera semana, los padres sufren gran ansiedad, y cada vez menores esperanzas cuando el niño tiene una enfermedad que va empeorando. Pueden tener que participar en la decisión de apagar el respirador y presenciar la muerte de su hijo o hija. Cuando el bebé muere en los primeros meses de vida, cuando ya se ha desarrollado la respuesta emocional de la madre, la muerte súbita está en la cúspide del catálogo de calamidades. No hay signos de advertencia ni preparación, hay perplejidad respecto a la causa de la muerte y luego sobreviene la investigación forense.

El duelo de los padres ocurre de modo similar al de otros duelos, con una respuesta inicial enmudecida, seguida de una enorme tristeza duradera, y algunas veces con culpa y enojo. Pero el duelo tiene una característica especial. Puede haber alucinaciones de duelo en relación con el bebé, por ejemplo, de movimientos fetales, ver la cara del bebé, oír al bebé llorar o jugar en su cunita. Hay crisis en varios momentos, como al deshacerse de los



juguetes, las ropitas del bebé, y los muebles de su cuarto, también cuando se reúnen con parientes o amigos. Algunos de éstos se equivocan por no saber qué hacer, son evasivos, incapaces de confortar o mostrar compasión hacia los padres (“barrera del silencio”). Sobre todo después de una muerte súbita puede haber una sensación de vergüenza, estigma, y aun ostracismo y especulaciones malignas por parte de otros. También, la mujer puede sentir envidia de aquellas mujeres que han tenido un hijo con éxito, y aun puede haber la tentación de robar un bebé. Los hijos sobrevivientes pueden mostrarse confundidos por la pena de sus padres, alterados por la tormenta familiar y privados de atención y cuidados, también ellos están de duelo y buscan el significado de la muerte.³²

Para intervenir y ayudar a los padres cuyo hijo ha muerto en el hospital o poco después de su alta, son útiles los siguientes principios:

1. Decir la verdad y hablar con franqueza. Cuando ha habido errores en la atención, es mejor admitir que éstos se cometieron, aunque se trate de un asunto delicado, pero no se debe aumentar el sentimiento de culpa de los padres, porque el equipo obstétrico no acepte su responsabilidad en lo que sucedió. Son comunes las recriminaciones, quejas y el litigio. El personal debe aceptar todo esto como normal e intentar no ser muy defensivos. Es recomendable que haya una o más entrevistas con el obstetra envuelto en la situación.

2. Proveer apoyo. Después de un mortinato, casi todas las madres prefieren mantenerse un tanto aisladas y ser dadas de alta tan pronto como sea posible. Es esencial que la madre sea visitada en su hogar por un miembro del equipo de atención. Si la madre está produciendo leche materna, puede requerir bromocriptina para inhibir la producción láctea, o donarla a un banco de leche. Los medicamentos para inducir el sueño pueden ayudar a la que padece de insomnio. El médico debe estar alerta a la posibilidad de un trastorno psiquiátrico secundario.

3. Los padres quieren saber por qué murió el bebé. Una necropsia puede ser útil, pero debe advertirse a los padres que a menudo no se encuentra explicación. Las necropsias en los casos de muerte súbita son especializadas y el patólogo puede tener un papel vital, ya que debe estar dispuesto a hablar con los padres.

4. Recuerdos del niño. Los objetos o recuerdos del bebé deben conservarse, incluyendo una fotografía. Es útil que se le de un nombre al niño, así como que se realice una ceremonia de entierro, si la familia así lo desea. Algunos han cuestionado el valor de sostener al niño en brazos y verlo. Un estudio controlado mostró que las madres que no vieron a su hijo tuvieron más ansiedad, depresión y estrés postraumático que las madres que tuvieron contacto mínimo con el bebé que nació muerto.³³ Pero lo que puede ser benéfico para algunos padres puede no serlo para otros, y algunos han sentido gran alivio con aquellas acciones, y el profesional debe ser sensible a la complejidad y las necesidades individuales de los padres.³⁴

5. La madre en duelo necesita compartir su malestar. Alguien sensible y que escuche empáticamente puede ayudarla a manejar el duelo y aceptar su pérdida. Puede ser su esposo o compañero, el cual también está en duelo, un familiar o un amigo. Si no se cuenta con ellos, deben participar profesionales tales como una enfermera o un sacerdote. Para algunas madres son muy útiles los grupos de autoayuda y agencias de voluntarios.

6. El siguiente embarazo. No se puede dar una recomendación dogmática sobre el momento óptimo para el siguiente embarazo. Los padres van a estar muy ansiosos durante ese embarazo y en el periodo puerperal, así como en general acerca de su hijo o hija.

7. Los hermanos en duelo. La rutina y el ritmo de las actividades familiares deben alterarse lo menos posible. Los padres no deben temer mostrar sus emociones, reconocer su tristeza y demostrar qué tanto

extrañan al bebé. Deben dar a los otros hijos una explicación basada en hechos de lo que sucedió, evitando eufemismos. Deben tranquilizar a los niños indicándoles que no es su culpa y que no perderán el amor de sus padres, y que tampoco los padres están en peligro inminente de morirse. Se puede ayudar a los niños mostrándoles fotografías del bebé muerto, yendo al funeral o al visitar la tumba.

DAR AL BEBÉ EN ADOPCIÓN

Anteriormente, la adopción era la principal manera de satisfacer el deseo de criar niños y de responder ante un embarazo accidental. En los últimos 30 años ha aumentado considerablemente el número de niños de madres solteras. Las sociedades europeas y la norteamericana ahora tienen mayor tolerancia con la idea de tratar con madres solteras y ha disminuido el número de adopciones. Las adopciones internacionales han aumentado.

Aunque cada vez hay menos de aquellas adopciones, se han estudiado los efectos psicológicos de dar al niño en adopción. Para algunas madres adolescentes, ceder a su hijo es doloroso, pero es también un acto de amor y de altruismo. En otros casos, es la pérdida forzosa de un niño que sí querían, con la mascarada de que ella consintió para darlo en adopción. Como en el caso de la terminación de la gestación, suele haber un sentimiento de soledad y ostracismo, en vez de comprensión y apoyo.

El paso del tiempo no es curativo, el niño existe y puede ser visto de nuevo, y a menudo existe la fantasía de reunión o restitución del hijo. Despues del paso de una década hay un nuevo componente: el niño puede buscar a su madres biológica, un evento que ella puede anhelar, pero sobre el que no puede influir. Hay organizaciones para ayudar a las madres a encontrar a sus hijos, y ha sido necesario legislar tales reuniones. Para evitar efectos psicológicos adversos graves y prolongados, la madre que va a dar a su hijo en adopción necesita psicoterapia de apoyo o consejería durante el embarazo y, por lo menos, seis meses después del parto. Puede que ella dese

ver al neonato y deben guardarse las fotografías en un archivo. Los padres adoptivos habrán de aceptar cualquier regalo u objeto de la madre natural que ella deseé dar para mostrar su amor. Debe estar a su disposición la información sobre el progreso del niño o niña. Algunas madres desean hacer reciproca esa acción, haciéndole saber al hijo o hija que son ciudadanas respetables. Cada vez se considera más la posibilidad de una "adopción abierta" o una "adopción continuamente abierta", en la cual los dos grupos de padres permanecen en contacto. El objetivo es que la madre que ha cedido a su hijo o hija emerja de la experiencia con autorrespeto y dignidad.

El quitar legalmente su hijo a los padres cuando éstos lo han maltratado, con el resultado de una adopción, es una situación muy diferente. Cuando se da como pretexto para remover al niño la enfermedad mental de la madre, al aceptar ésta ceder al niño, se trata de uno de los eventos más estresantes y desafortunados que puede sufrir una madre.

EL PUERPERIO NORMAL

Para muchas madres, dar a luz es un momento supremo. Los sentimientos de euforia, paz y satisfacción las apoyan a hacer frente a las semanas de demandas y expectativas que las esperan. Las reacciones de euforia prolongada, que duran una semana o más, probablemente corresponden a una manía puerperal leve y pueden convertirse en depresión.³⁵

La madre que acaba de parir tiene un número de retos por delante:

- 1. Estar exhausta y con un trauma perineal.**
- 2. Alimentación al seno materno.** Aunque tiene muchas ventajas, a veces es difícil de establecer. Los abscesos mamarios y la sepsis uterina pueden causar delirium.
- 3. Insomnio.** Es común la privación y alteración del periodo de sueño, sobre todo en el primer mes. Aún no está claro cuáles son los efectos en la salud mental de la madre y los mecanismos envueltos.
- 4. Recuperación de la figura y ser atractiva.** Los cambios corporales, sobre todo el



aumento de peso, alteran a muchas madres, ocasionalmente al grado de producir dismorfofobia.

5. **Pérdida de la libido.** La episiotomía y el trauma vaginal a menudo causan disparesunia y la fatiga puede disminuir la actividad sexual. Las relaciones sexuales normalmente vuelven a iniciarse dentro de uno a tres meses, aunque con menor frecuencia y con retraso para alcanzar el orgasmo.
6. **Pérdida de empleo, recreación y privación social relativa.**

Con toda esta profusión de transiciones biológicas, emocionales y sociales, no es sorprendente que pueda haber las alteraciones emocionales y conductuales descritas en los otros artículos.

TRASTORNOS EN LA RELACIÓN MADRE-BEBÉ

El desenvolvimiento de la relación madre-lactante es el principal proceso psicológico del puerperio. El “vínculo” es un término popular. Los profesionales prefieren referirse a un “apego”, pero no hay que confundir las interacciones madre-bebé, con la relación de apego del bebé hacia la madre, que se desarrolla mucho más lentamente. La relación madre-lactante consiste esencialmente en las ideas y emociones que evoca el pequeño, y que encuentran su expresión en la conducta afectuosa y protectora. La presencia de estas emociones internas es revelada por los signos externos: tocar y acariciar, besar, acurrucar y confortar al bebé. La mamá lo mira en forma prolongada, le sonríe, le habla “como a un bebé” y le hace ruiditos, reconoce sus señales, tolera sus demandas, se resiste a ser separada del bebé. No hay una actividad única que la defina, las conductas específicas van y vienen, pero la relación persiste. Su poder se revela en los autosacrificios y el dolor ante la separación. Esta respuesta emocional permite a la madre tolerar cosas como estar siempre alerta de los cuidados exhaustivos que requiere el neonato.

No existe un periodo crítico como tal, en el desarrollo de la respuesta materna. Sin embargo, la proximidad física desde el

comienzo, como mantener al bebé en el cuarto, ayuda a la madre a tomar confianza y el iniciar la lactancia materna ayuda en este proceso. El bebé también tiene una parte importante, reacciona preferencialmente a la voz y las caras humanas. Se observa contacto de ojo a ojo y verse mutuamente es una actividad absorbente. La sonrisa del bebé es otro catalizador. Los estudios con videogrammaciones han mostrado que el bebé contribuye al diálogo con la que lo cuida. Algunas veces la respuesta materna es inmediata, preparada ya por la filiación con el feto, pero a veces hay un preocupante retraso en que aparezca tal respuesta. Durante las primeras tres a cuatro semanas, muchas madres se sienten adoloridas, cansadas e inseguras y el bebé les parece extraño y distante. Algunas madres se preocupan por la ausencia temporal de afecto por su bebé. A medida que el bebé empieza a responder socialmente, se desenvuelve rápidamente la relación.

El término de trastorno en la relación madre-bebé, se reserva para los estados graves y persistentes en que la respuesta emocional de la madre es dominada por una o las dos alternativas siguientes:

1. **Respuestas emocionales negativas.** La madre se arrepiente del embarazo y expresa que no le gusta o detesta al bebé. Puede intentar persuadir a su propia madre u otro pariente para que lo cuide, o pedir que sea colocado en un hogar sustituto o adoptado por alguien. La manifestación más dolorosa es el deseo secreto de que el bebé “desaparezca”, sea robado o muera. El rechazo debe considerarse como “amenaza de rechazo” cuando la madre quiere sólo una separación temporal del bebé, y como “establecida” cuando demanda su separación permanente.
2. **Enojo patológico.** Las demandas del bebé molestan a la madre y provocan en ella impulsos agresivos, que pueden dar lugar a gritos, a maldecirlo o a golpes.

Aunque no hay datos adecuados, la frecuencia de estos trastornos en la población general puede estimarse de alrededor de 1%

de todos los niños que nacen. Es mucho más alta en las madres que piden consulta para depresión posnatal, alrededor de 10% de aquéllas al nivel de rechazo establecido y 15% adicional de amenaza de rechazo.¹

Hay una relación estrecha entre estos trastornos y la depresión posparto. Ambos están presentes a menudo en madres que buscan atención. El tratamiento de la depresión, por ejemplo, con terapia electroconvulsiva, puede curar simultáneamente la aversión al bebé. Pero no es apropiado, clínica ni científicamente considerar a ambos trastornos como uno sólo, depresión posnatal. Algunas de las madres no están deprimidas,^{36,37} y en otras, la gravedad y el curso clínico y la respuesta al tratamiento de ambos fenómenos difieren considerablemente.³⁸

Clínicamente, es necesario diagnosticar el trastorno en la relación, porque generalmente requiere un tratamiento psicológico específico. Desde el punto de vista científico la relación madre-bebé merece ser estudiada de cerca, empezando con definiciones exactas y haciendo estudios de cohorte de embarazos de alto riesgo, tales como los de embarazos no deseados o con una filiación inadecuada con el feto. El otro foco de interés científico y prioridad social es la prevención del abuso y negligencia hacia el niño. El riesgo ciertamente es mayor en estas madres, porque el rechazo y el enojo patológico están relacionados estrechamente y algunas madres que se presentan con rechazo, ya han comenzado a maltratar al lactante.

El diagnóstico puede facilitarse con cuestionarios que llenen las madres mismas.³⁹⁻⁴¹ Sin embargo, el mejor recurso es una entrevista en que se inquiera sobre las respuestas emocionales y conducta de la madre. En casos graves y en investigación, el estándar de oro es la observación directa preferiblemente por un periodo substancial de tiempo, una videogramación de cinco minutos puede no ser suficiente para distinguir entre una anomalía en la interacción debida a aversión al niño, o debida a depresión o ansiedad en la madre. En un hospital de día o en una unidad madre-bebé, siete días a la semana las veinticuatro horas del día, las observaciones del personal

de enfermería son muy valiosas. En el futuro la imagenología con resonancia magnética podría proporcionar correlaciones objetivas entre la imagen y las respuestas emocionales de la madre.⁴²

La experiencia clínica muestra que sin tratamiento, muchos casos se harán crónicos y la evidencia empírica indica que los niños tendrán un apego inseguro⁴³ y desarrollarán dificultades de conducta.⁴⁴ El seguimiento de niños nacidos después de que se le negó a la madre realizar un aborto, da evidencia de efectos negativos a largo plazo en términos educativos, además de la afectación de las habilidades para relacionarse.⁴⁵ El tratamiento ha de proceder por etapas:

- Cuando sólo hay ausencia de una respuesta emocional materna, se puede tranquilizar a la nueva madre, señalándole que no hay tal período crítico y que a menudo hay retraso en la aparición de estos sentimientos.
- Cuando son prominentes el rechazo, el enojo y la hostilidad, la primera decisión es si se debe o no intentar un tratamiento. La seguridad del bebé ha de ser la primera consideración. La madre no debe sentirse atrapada en una maternidad que no desea. El padre también tiene derechos. La opción de dar al bebé en adopción debe ser reconocida abiertamente y hablar de ella con franqueza con ambos progenitores.
- Si se decide iniciar un tratamiento, cuando hay depresión, debe tratarse con psicoterapia, medicamentos o terapia electroconvulsiva.
- La terapia específica es trabajar en la relación diádica. Ésta, como otras, crece con el placer mutuo. El objetivo es crear las circunstancias en que la madre y el bebé puedan gozarse mutuamente. El separarlos completamente, por ejemplo hospitalizando a la madre solamente, sólo agrava el problema al añadir el elemento de la evitación. Pero, si hay alguna indicación de enojo patológico, no se la debe dejar nunca sola con el bebé y se la debe relevar de las molestias que representa el cuidado del niño. Cuando madre y bebé están en calma, se la estimula y ayuda a interactuar con el lactante,

a acurrucarlo, hablarle, jugar con él, hacer que sonría o esté contento. Pueden ser útiles la terapia de juego participativo con el niño y el masaje al bebé.⁴⁶

Reconocer todos estos trastornos e implementar una intervención específica pueden aliviar el sufrimiento de la madre y ayudarla facilitando su función materna.

ABSTRACT

The article describes some severe mental disorders not described in other articles of this series. An abnormal mother-fetus interaction is one of the principal predictive factors of a posterior alteration in the parent-infant relationship; when the attitude of the mother to the pregnancy is rejection, it is necessary to offer psychoterapy support. The addiction to substances is negative for the pregnancy and the fetus; for example, the offspring of alcoholic mothers frequently has low birth weight. Women addicted to narcotics have many emotional problems, and their infants usually will have withdrawal syndrome after birth. To identify all these behavioral disorders and to implement treatment strategies can improve the problems of these mothers and help them to develop their maternal function.

KEYWORDS: *Alcoholism, cocaine, narcotic addiction, psychoterapy support.*

REFERENCIAS

1. Brockington IF. Motherhood and Mental Health. Oxford: Oxford University Press; 1996.
2. Joyce TJ, Kaestner R, Korenman S. The effect of pregnancy intention on child development. *Demography* 2000; 37: 83-94.
3. Pinto e Silva JL. Pregnancy during adolescence, wanted vs. unwanted. *Int J Gynaecol Obstet* 1998; 63(Suppl. 1): S151-S156.
4. Righetti PL, Dell'Avanzo M, Grigio M, Nicolini U. Maternal/paternal antenatal attachment and fourth-dimensional ultrasound technique: a preliminary report. *Br J Psychol* 2005; 96: 129-37.
5. Siddiqui A, Hägglöf B. Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant Interaction? *Early Hum Dev* 2000; 59: 13-25.
6. Damato EG. Prenatal attachment and other correlates of postnatal maternal attachment to twins. *Adv Neonatal Care* 2004; 4: 274-91.
7. Ulleland CN. The offspring of alcoholic mothers. *Ann NY Acad Sci* 1972; 197: 167-9.
8. Lemoine P, Harousseau H, Borteyru JP, Menuet JC. Les enfants de parents alcooliques: anomalies observées (Las anomalías observadas en los hijos de padres alcohólicos). *Ouest-Médical* 1968; 25: 476-82.
9. Hoyme HE, May PA, Kalberg WO, Kodituwakku P, Gossage JP, Trujillo PM, et al. A practical clinical approach to diagnosis of fetal alcohol spectrum disorders: clarification of the 1996 Institute of Medicine Criteria. *Pediatrics* 2005; 115: 39-47.
10. Knopik VS, Heath AC, Jacob T, Slutske WS, Buchholz KK, Madden PAF y cols. Maternal alcohol use disorder and offspring ADHD: disentangling genetic and environmental effects using a children-of-twins design. *Psychol Med* 2006; 36: 1461-71.
11. Malpas TJ, Darlow BA, Lennox R, Horwood LJ. Maternal methadose dosage and neonatal withdrawal. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1995; 35: 175-7.

12. Kahila H, Saisto T, Kivistö-Kallio S, Haukkamaa M, Halmesmäki E. A prospective study on buprenorphine use during pregnancy: effects on maternal and neonatal outcome. *Acta Obstet Gynecol* 2007; 86: 185-90.
13. Lester B M, Tronick E Z, LaGasse L, Seifer R, Bauer C R, Shankarana S, Baa HS, et al. The Maternal Lifestyle Study: effects of substance exposure during pregnancy on neurodevelopmental outcome in 1-month-old infants. *Pediatric* 2002; 110: 1182-91.
14. Messinger DS, Bauer CR, Das A, Seifer R, Lester BM, Lagasse LL y cols. The Maternal Lifestyle Study: cognitive, motor and behavioral outcomes of cocaine-exposed and opiate-exposed infants through three years of age. *Pediatrics* 2004; 113: 1677-84.
15. Bulik CM, Sullivan PF, Fear JL, Pickering A, McCullin M. Fertility and reproduction in women with anorexia nervosa; a controlled study. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 130-4.
16. Micali N, Simonoff E, Treasure J. Risk of major adverse perinatal outcomes in women with eating disorders. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 255-9.
17. Ekéus C, Lindberg L, Lindblad F, Hjern A. Birth outcomes and pregnancy complications in women with a history of anorexia nervosa. *Br J Obstet Gynaecol* 2006; 113: 925-9.
18. Helgstrand S, Andersen AMN. Maternal underweight and the risk of spontaneous abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84: 1197-201.
19. Blais MA, Becker AE, Burwell RA, Flores AT, Nussbaum KM, Greenwood DN, et al. Pregnancy: outcome and impact on symptomatology in a cohort of eating-disordered women. *Int J Eating Dis* 2000; 27: 140-9.
20. Morgan JF, Lacey JH, Chung E. Risk of postnatal depression, miscarriage and preterm birth in bulimia nervosa: retrospective controlled study. *Psychosom Med* 2006; 68: 487-92.
21. Stein A, Fairburn CG. Eating habits and attitudes in the postpartum period. *Psychosom Med* 1996; 58: 321-5.
22. Conti J, Abraham S, Taylor A. Eating behavior and pregnancy outcome. *J Psychosom Res* 1998; 44: 465-77.
23. Sollid CP, Wisborg K, Hjort J, Secher NJ. Eating disorder that was diagnosed before pregnancy and pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190: 206-10.
24. Kouba S, Hällström T, Lindholm C, Hirschberg AL. Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Obstet Gynecol* 2005; 105: 255-60.
25. Franko DL, Blais MA, Becker AE, Delinsky SS, Greenwood DN, Flores A, et al. Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1461-6.
26. Stein A, Woolley H, Senior R, Hertzmann L, Lovel M, Lee J, et al. Treating disturbances in the relationship between mothers with bulimic eating disorders and their infants: a randomized, controlled trial of video feedback. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 899-906.
27. Jureidini J. Obstetric factitious disorder and Munchausen syndrome by proxy. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181: 135-7.
28. Bradshaw Z, Slade P. The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: a critical review of the literature. *Clin Psychol Rev* 2003; 23: 929-58.
29. Gissler M, Berg C, Bouvier-Colle MH, Buerkens P. Injury deaths, suicides and homicides associated with pregnancy, Finland 1987-2000. *Eur J Publ Health* 2005; 15: 459-63.
30. Lindblad F, Hjern A. Effets psychologiques des reductions embryonnaires (Los efectos psicológicos de las reducciones embrionarias) *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1995; 24: 119-24.
31. Tsartsara E, Johnson MP. The impact of miscarriage on women's pregnancy-specific anxiety and feelings of prenatal maternal-fetal attachment during the course of a subsequent pregnancy: an exploratory follow-up study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2006; 27: 173-82.



32. Nagy M. The child's theories concerning death. *J Genet Psychol* 1948; 73: 3-27.
33. Hughes P, Turton P, Hopper E, Evans CD. Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study. *Lancet* 2002; 360: 114-48.
34. Matthews M, Kohner N. Psychosocial care of mothers after stillbirth. *Lancet* 2002; 360: 1600.
35. Heron J, Craddock N, Jones I. Postnatal euphoria: are 'the highs' an indicator of bipolarity? *Bipolar Disord* 2005; 7: 103-10.
36. Righetti-Veltema M, Conne-Perréard E, Bousquet A, Manzano J. Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months. *J Affective Dis* 2002; 70: 291-306.
37. Bernazzani O, Marks M N, Bifulco A, Siddle K, Asten P, Conroy S. Assessing psychosocial risk in pregnant/postpartum women using the Contextual Assessment of Maternity Experience (CAME). *Soc Psychiat Psychiatric Epidemiol* 2005; 40: 497-508.
38. Forman DR, O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Larsen KE, Coy KC. Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. *Dev Psychopathol* 2007; 19: 585-602.
39. Nagata M, Nagai Y, Sobajima H, Ando T, Nishide Y, Honjo S. Maternity blues and attachment to children in mothers of full-term normal infants. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 209-17.
40. Brockington IF, Aucamp HM, Fraser C. Severe disorders of the mother-infant relationship: definitions and frequency. *Arch Women Ment Health* 2006; 9: 243-52.
41. Brockington IF, Fraser C, Wilson D. The postpartum bonding questionnaire: a validation. *Arch Women Ment Health* 2006; 9: 233-42.
42. Nitschke JB, Nelson EE, Rusch BD, Fox A S, Oakes TR, Davidson RJ. Orbitofrontal cortex tracks positive mood in mothers viewing pictures of their newborn infants. *Neuroimage* 2004; 21: 583-92.
43. Tomlinson M, Cooper P, Murray L. The mother-infant relationship and infant attachment in a South African peri-urban settlement. *Child Dev* 2005; 76: 1044-54.
44. Bor W, Brennan PA, Williams GM, Najman JM, O'Callaghan M. A mother's attitude towards her infant and child behaviour five years later. *Aust NZ J Psychiat* 2003; 37: 748-55.
45. David HP. Born unwanted, 35 years later: the Prague study. *Reprod Health Matters* 2006; 14: 181-90.
46. Field T, Grizzle N, Scafidi F, Abrams S, Richardson S, Kuhn C, et al. Massage therapy for infants of depressed mothers. *Infant Behav Dev* 1996; 19: 107-12.