

Salud mental del bebé, intervenciones durante el embarazo

J. MARTÍN MALDONADO-DURÁN,^a MARGOT FEINTUCH^b

RESUMEN

El artículo destaca la importancia de la prevención primaria, esto es la detección oportuna del riesgo de alteraciones en el desarrollo emocional del bebé y de su madre. Se describen los principales motivos de consulta durante el embarazo o puerperio de aproximadamente setenta mujeres que acudieron a una clínica de salud mental perinatal en el estado de Kansas (EUA). Entre las dificultades más frecuentes durante la gestación se encuentran en primer lugar la tensión y ansiedad excesivas, vinculadas a las dificultades matrimoniales y/ o la violencia doméstica, o al temor de la mujer frente al parto, o por un trastorno por estrés postraumático, o por el miedo a maltratar o rechazar al lactante. En segundo lugar la negación del embarazo; en tercer término el no aumentar de peso durante la gestación; en cuarto lugar la depresión; en quinto lo que se conoce como patología de destino y por último los diversos síntomas somáticos. Se proponen intervenciones para mejorar la salud mental de las mujeres y de sus hijos/as, susceptibles de ser instrumentadas por profesionales de la salud reproductiva y mental.

PALABRAS GUÍA: *alteraciones emocionales, embarazo, detección temprana.*

INTRODUCCIÓN

Comúnmente se considera que el campo de la salud mental del bebé, comprende al niño entre la etapa de recién nacido y los 36 meses de edad. Sin embargo, recientemente ha habido un mayor interés en instrumentar exploraciones e intervenciones, aún a edades más tempranas, por ejemplo, cuando el niño aún no ha nacido. De hecho, la organización

Cero a Tres (dedicada al estudio de temas del bebé hasta los tres años de edad) adoptó este nombre para indicar, que "cero", empieza en el momento de la concepción del futuro bebé.

Esto se encuentra relacionado con el hecho de que, en ocasiones, el niño enfrentará dificultades mayores después de su nacimiento y durante los primeros años de la vida. Además de que los futuros padres pueden enfrentar problemas desde el embarazo. Estos retos pueden estar relacionados con dificultades que se le presentan a la madre durante el embarazo; cuando la pareja está esperando a un bebé; en la familia en la cual el niño(a) vivirá; o ante la presencia de factores "ecológicos", es decir, de elementos ubicados en el medio ambiente físico y social en el que se espera que se desenvolverá el bebé. Por ejemplo, en familias en donde existe un nivel muy alto de estrés psicosocial.

^a Child and Family Center, Menninger Clinic, Topeka Kansas.

^b Profesora asistente de psiquiatría, Universidad de Pittsburgh, Western Psychiatric Institute and Clinic, Pittsburgh Pennsylvania

Correspondencia:

J. Martín Maldonado-Durán
The Menninger Clinic, PO Box 829, Topeka Kansas 66601
Tel: 7853505000
Correo electrónico: MALDO2000MOR@aol.com

Recibido: 5 de junio de 2000

Aceptado: 11 de octubre de 2000



Cada vez existe mayor información sobre la conducta y el repertorio cognoscitivo y conductual del bebé que aún no ha nacido, es decir, del feto *in utero*. Existe una asociación internacional dedicada al estudio de la conducta del feto, que se dedica a investigar los efectos de los cambios en el medio ambiente que rodea al niño *in utero*, y determinar cuáles son sus patrones de reacción ante estímulos, y la percepción que tiene de éstos, sus actos motrices y otros aspectos diversos del funcionamiento y la reactividad fetal.¹

¿Por qué intervenir en forma temprana?

En ocasiones resulta obvio para el clínico, que la madre, la pareja o la familia tienen altos niveles de incertidumbres, o bien dificultades fisiológicas y psicológicas durante la etapa de embarazo, o ante los retos de convertirse en progenitor de un bebé.

Es comprensible que cuando hay signos de alguna dificultad (aún cuando el niño no haya nacido) se pueda ofrecer a la mujer o la pareja, una exploración clínica en favor de la madre, el padre, la familia y que en última instancia, repercutirá también en favor del recién nacido. El punto central es que la familia genere las condiciones para crear un ambiente psicosocial, lo más favorable posible para el niño que nacerá y así contribuir a aliviar el malestar físico o emocional de los padres.

Esto no quiere decir que los clínicos piensen que todos los problemas que tiene un bebé sean causados por sus padres, sus prácticas en cuanto a cuidados, o bien por problemas emocionales de los adultos. Actualmente se sabe que un niño pequeño, aún en etapa de recién nacido y durante los primeros años de la vida, puede tener dificultades emocionales y conductuales, aunque sus padres pongan en práctica los mejores métodos de crianza y ellos no tengan ninguna alteración emocional o psicológica. Hay niños que tendrán alteraciones que les son inherentes, o bien, tendrán padecimientos difíciles de atender para cualquier progenitor.

Hecha esta aclaración, es necesario recordar que el bebé no crece en un vacío. Como lo señalaba Winnicott, en última instancia “no hay tal cosa: un bebé”.² Con esto, Winnicott quería decir que el bebé no se puede concebir como una entidad aislada, sino necesariamente como parte de una relación, que se da por lo menos, con una persona

más (quien lo cuidará) pues de otra forma el niño no sobreviviría.

La relación del bebé con quien lo cuida, determinará aspectos tan importantes para el lactante como el desarrollo de su lenguaje, de su habilidad sensoriomotriz, y emocional; así como su capacidad para relacionarse con los demás, es decir, la posibilidad de desarrollar actitudes como la compasión, la empatía y conductas pro-sociales.

De tal modo, que cuando se observa que una madre, el padre, o la familia que está esperando un bebé, tienen dificultades importantes, es necesario explorarlas e intervenir, si esto es posible. Esto favorecerá que el bebé al nacer tenga mayores oportunidades de desarrollarse sanamente.

El gineco-obstetra y el médico/a familiar están en posibilidad de encontrarse con estos problemas, con sólo investigar un poco sobre ellos con la paciente, o la pareja que espera un bebé. Esta actividad de detección temprana de problemas es decisiva para lograr una intervención psicosocial oportuna.³ Así como el obstetra se interesa en determinar si el examen de orina y la presión arterial de la embarazada son normales; sería conveniente también que explorara el estado de ánimo de la paciente, su nivel de estrés psicosocial y cómo se siente respecto a su embarazo y su futuro bebé.

Estas preguntas no son “un lujo”, desde nuestro punto de vista; ya que es tan importante detectar una depresión mayor en la embarazada, como lo es encontrar la presencia de proteínas en orina, o una alteración en la presión arterial.

Es posible que algunos gineco-obstetras piensen que no están capacitados para “diagnosticar” problemas que parecen – a primera vista – tan ajenos a la medicina. Dada la escasa oportunidad que la mayoría de gineco-obstetras y médicos familiares tienen para estudiar alteraciones emocionales y conductuales, no debe sorprender tal incomodidad. Es comprensible que se piense que el área de la salud mental de la embarazada se circunscribe sólo a problemas graves, como la esquizofrenia, o la depresión con ideas suicidas. Por ello, dificultades más comunes, pero menos obvias, pueden pasar desapercibidas.

En este trabajo se describen algunas de las situaciones más comunes desde el punto de riesgo vista psicosocial, con la esperanza de ayudar al

médico a detectar dificultades, aunque éstas no sean tan graves como la esquizofrenia. Como se verá más adelante, estas alteraciones pueden tener un efecto sumamente negativo en la calidad de vida de la mujer, la pareja y el niño; debido a que conllevan sufrimiento, insatisfacción y pueden alterar, a largo plazo, la relación padres-bebé.

En las situaciones que se describen a continuación, presentamos los aspectos sobresalientes del problema y algunas sugerencias para la intervención psico-social temprana, por el personal de salud.

1. TENSIONES Y PROBLEMAS ASOCIADOS CON EL EMBARAZO NORMAL

Existe una tendencia entre el público a pensar que el embarazo es un estado de plena felicidad, en el cual, todo lo que ocurre son buenas noticias, esperanzas y todo evoluciona de manera "natural". No obstante, la realidad del embarazo es que, como otras etapas de la vida, tiene también frustraciones, tensiones y demandas emocionales que pueden crear ansiedad, miedo y enojo, tanto en la mujer como en su pareja (en caso de tenerla). Simplemente, los cambios físicos son difíciles de procesar cognoscitivamente, pero también los emocionales.

Hay suficiente información que documenta el hecho de que la mujer embarazada enfrenta retos importantes.^{4,5} Algunos de ellos, son: cambios en su deseo de comer ciertos alimentos; desarrollar el deseo de comer alimentos inusuales (antojos); comer cosas no comestibles (pica del embarazo), tales como almidón, hielo, tierra.⁶ Estos cambios en el gusto y el olfato, son sólo una muestra, de los muchos otros que la mujer experimentará durante el embarazo.

En el tercer trimestre empieza a alterarse considerablemente la capacidad para dormir varias horas consecutivas y además, la mujer tiene que alimentarse con comidas más pequeñas y más frecuentes, debido a que el feto ocupa un gran espacio en el abdomen de la madre, lo cual no permite que ésta, coma grandes cantidades. También, suele tener que vaciar la vejiga urinaria con mayor frecuencia que antes. Hacia el final del embarazo, empieza a aparecer lo que Winnicott llamó "preocupación materna primaria", que es una sensación que prepara a la futura madre a dormir, de tal modo que su descanso fácilmente se interrumpa

con el menor movimiento o alteración de su bebé. De esta manera, que ella estará exquisitamente atenta a las necesidades de su niño o niña.

Además de estos aspectos más fisiológicos, hay una serie de tareas emocionales que la mujer embarazada y su pareja, tienen que enfrentar. Se describen sólo tres de las principales.

Una, es la necesidad de apegarse al bebé *in utero* y desarrollar sentimientos maternales hacia el bebé. La futura madre (y el futuro padre) reaccionaran primero, frente a la noticia del embarazo y la aceptarán con mayor o menor entusiasmo.

Otra, es cuando la mujer siente los movimientos fetales. Estos le ayudarán a darse cuenta de que "en verdad" existe un ser vivo dentro de su cuerpo y tendrá la conciencia de que su participación, resulta esencial para su supervivencia. Más tarde, cuando el área abdominal empieza a crecer y presenta dificultades para deambular, estar acostada o comer. Esto ocasiona que el bebé se haga notar cada vez más. El nacimiento es una etapa crucial de ese largo período, de apego entre los padres y el bebé. Los padres se han hecho preguntas, sobre cómo será su bebé y tal vez tengan deseos o fantasías de que va a ser de cierto modo. La realidad puede ser muy diferente. El trabajo psicológico consistirá entonces, en lograr que la mente de los padres de cabida al "bebé real", y deje atrás, al "bebé imaginario" (producto de los ensueños de la pareja durante el embarazo). Esto se da en el momento en que la pareja decida el nombre y otras cosas importantes sobre la vida futura de su hijo(a).

La mayoría de las parejas tendrán temores de que algo malo puede suceder durante el embarazo: que el bebé no esté del todo bien, nazca enfermo, muera *in utero*, sufra alguna enfermedad o malformación. Estos miedos casi nunca son verbalizados con el personal de salud, pero pueden contribuir a la tensión emocional de este período, o a la sensación de que hay imágenes o "fantasmas" alrededor del próximo bebé.⁷

Hacia el final del embarazo la mujer generalmente está más cansada, es más sensible a las interacciones con otras personas y llora más fácilmente. Sufre, por decir así, una "regresión relativa" que la hace más dependiente de su pareja, u otras personas de su alrededor (como su propia madre o algún miembro de la familia extendida).

En suma, la futura mamá necesita recibir cuidados maternos, que pueden ser proporcionados por su propia madre, su esposo u otras personas de la familia, que pueden brindar apoyo emocional. Por desgracia, en EUA estos apoyos a veces no existen y la mujer enfrentará su embarazo y parto, prácticamente sola.

Intervención

El poder verbalizar los temores, ansiedades y preocupaciones, en las diferentes etapas del embarazo, puede ayudar mucho a la mujer grávida. Una de las personas más importantes es su compañero. En las culturas latinoamericanas (y en muchas otras) los esposos o compañeros, no suelen hablar de ciertos sentimientos, ni suelen estar preparados para ayudar a la mujer a expresar sus temores o ansiedades. Por ello, sería deseable que hablaran abiertamente de tales tensiones, o que el compañero se diera cuenta de ellas. El apoyo psicosocial, el poder hablar con otros adultos (por ejemplo, otras mujeres embarazadas) sobre los temores y normalizar lo que la mujer está sintiendo, pueden ser acciones de gran ayuda. Los grupos de preparación para el parto, pueden también lograr una contribución notable. Es importante tratar de reducir los factores de estrés psicosocial. El escuchar las preocupaciones de la futura madre puede servir para contener su ansiedad y ayudarla a sentirse más tranquila y confiada en el futuro.

En nuestra clínica de salud mental perinatal, a menudo se nos pide consultar con pacientes embarazadas o parejas que están esperando un bebé. Al revisar aproximadamente 70 casos, se encontró que alrededor de la mitad de estas consultas, ocurrieron durante el embarazo, y la otra mitad, en el puerperio. De las consultas durante el embarazo, las dificultades más frecuentemente encontradas son ilustradas a continuación, con algunas breves viñetas clínicas, señalando la intervención psicosocial implementada.

2. TENSIÓN Y ANSIEDAD EXCESIVAS DURANTE EL EMBARAZO

Hay múltiples situaciones que pueden provocar a la mujer demasiada tensión y ansiedad durante su embarazo. Pueden existir problemas emocionales desde antes del embarazo y que se exacerban

durante la preñez y la maternidad. No es raro que también se presenten situacionales adversas, como experiencias traumáticas durante el embarazo. De gran importancia resultan los conflictos matrimoniales, o más aún, los episodios de violencia doméstica. Otros factores de estrés excesivo, pueden ser, las dificultades económicas, los problemas de vivienda, etc.

Dificultades matrimoniales y violencia doméstica

Cuando existe conflictos graves en la relación matrimonial, desacuerdos o confrontaciones, estos pueden exacerbarse debido al embarazo. Un ejemplo extremo es la violencia doméstica. En ocasiones puede tratarse de violencia recíproca (en donde tanto la mujer como el hombre se golpean mutuamente), pero en la mayoría de los casos, resulta ser el compañero o esposo quien golpea a la mujer. La información sobre si la violencia doméstica es menos o más frecuente durante el embarazo, es contradictoria, pero no hay duda de que es un problema importante y común. Varias encuestas en EUA y el Reino Unido,^{8, 9, 10} han sugerido que alrededor del 20 % de las mujeres embarazadas son víctimas de la violencia doméstica.^{8, 9, 10} El compañero puede sentirse celoso de la atención que la mujer presta a su embarazo, o enojarse porque la compañera no está interesada en tener relaciones sexuales, o por los cambios de la figura de la mujer, pero sobre todo, reaccionar de manera agresiva, ante las dificultades (nauseas, vómitos, cansancio, dolores) que con frecuencia acompañan al embarazo. Los problemas de la violencia doméstica tienen un efecto claramente negativo en el futuro bebé y en la mujer.

Ansiedad excesiva

La futura madre que sufre de ansiedad excesiva, puede estar demasiado preocupada por el curso del embarazo, o desarrollar un miedo excesivo e irracional al parto o tocofobia.¹¹ La tensión emocional constante puede favorecer que aumente la presión arterial y que la paciente no pueda disfrutar el embarazo, pues tiene temor a los más pequeños signos que le indiquen "que algo está mal". La paciente podría llamar al médico o al personal de enfermería constantemente, o acudir a múltiples consultas para asegurarse de que no está ocurriendo algo terrible. Es posible que estos

temores se asocian a la presencia de miedos anteriores e intensos conflictos psicológicos respecto a la sexualidad, al embarazo, a ser madre y tenga temores de ser castigada. Es necesario señalar que la ansiedad excesiva puede causar gran malestar en la futura madre que la padece, la cual no puede ser tranquilizada solamente con frases prefabricadas. Es necesario entender lo que le está pasando y tratar de aliviar su tensión.

Intervención

Una intervención útil, puede ser el dar un espacio a la mujer o a la pareja para hablar de todas sus preocupaciones y temores. El poder expresar temores secretos o no hablados, puede ayudar mucho, a que éstos, sean más manejables y menos aterradorizantes. También puede ser útil que la mujer encinta hable con otras mujeres que están pasando por la misma situación y puedan "comparar notas" entre ellas y compartir, por así decirlo, los temores con alguien más.

Las técnicas de relajación, como la bio-retroalimentación (calentamiento de manos, relajación muscular y respiración "abdominal") y la relajación profunda pueden ayudar a que la tensión y ansiedad disminuyan. La autohipnosis puede ayudar a la futura madre a imaginar que está en un lugar seguro y tranquilo, cuando se sienta particularmente nerviosa.

En casos de mayor ansiedad, es preferible intentar un proceso de psicoterapia que utilizar medicamentos ansiolíticos. Es decir, una terapia individual o de pareja formal que ayude a explorar la fuente de estos temores y ansiedades. Cuando es necesario utilizar medicamentos, los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (Paroxetina, Fluoxetina, Sertralina, etc.) son preferibles a los benzodiazepínicos (ya que éstos últimos, pueden afectar negativamente el desarrollo del embrión y también producir adicción en la madre y en el feto). Es preferible utilizar medicamentos, sólo después del primer trimestre del embarazo, solo si resultan necesarios.

Trastorno por estrés postraumático (TEPT)

Se trata de una situación particular de ansiedad excesiva. La futura madre ha sufrido previamente, de una experiencia traumática. Puede tratarse de una sola experiencia (por ejemplo, ser asaltada, ser

testigo de un asesinato, etc.) o bien, de una serie de vivencias negativas, experimentadas por largo tiempo (por ejemplo, haber sido maltratada emocional, física o sexualmente en su familia). La persona afectada sufre de recuerdos perturbadores, respecto a tales experiencias, los cuales irrumpen en su vida emocional sin poder controlarlos. La paciente trata de evitar pensar en esos recuerdos o imágenes, sin poder evitarlo. Cuando los recuerda, experimenta una intensa ansiedad o miedo, como si volviera a vivir esos eventos ("*flash-backs*"). Por el contrario, puede sentirse como "anestesiada emocionalmente", es decir, no poder sentir nada cuando sucede algo a su alrededor, lo que significa que se siente que está como paralizada interiormente y no experimenta emociones normales. Esto puede interpretarse, como un mecanismo de defensa contra el trauma psicológico.

El diagnóstico de esta entidad se hace por el cuadro clínico mencionado y por el antecedente de trauma psicológico. Es posible que al principio la mujer que sufre este trastorno, no revele lo que le ha pasado antes, por vergüenza o por miedo a ser despreciada. Sólo ganando la confianza de ella, o su familia, es cómo el médico podrá averiguar la razón de su constante ansiedad, pesadillas, dificultad para dormir, preocupaciones constantes, sobresalto fácil y tristeza. El embarazo puede hacer que empeoren los síntomas de ansiedad, por ser una situación desconocida y porqué la paciente no tiene realmente control, sobre su curso futuro.

La mujer con TEPT, puede tener dificultades para relajarse durante el embarazo y sufrir estados de ansiedad, en forma constante. Puede experimentar al momento del parto, como una re-traumatización. Cuando el bebé ya ha nacido, puede ser que el llanto del neonato al despertarse durante la noche para atenderlo(a), le ocasione sensaciones de temor, por no saber qué hacer exactamente para cuidar al niño(a); o bien, hacer que su ansiedad se exacerbe. Puede percibir el llanto como un estímulo muy adverso, o como una acusación, o como algo que puede reavivar, los recuerdos traumáticos del pasado. En algunas situaciones, esto le puede llevar a maltratar al bebé. En todo caso, se requiere que el médico identifique y dé un tratamiento adecuado para aliviar estos síntomas, e identifique el posible riesgo para ella y el bebé. En una situación más grave, el TPEP puede causar síntomas como

disociación de la personalidad o personalidad múltiple. En uno de los casos atendidos por nosotros, la situación fue la siguiente:

La Sra. O. trae a su bebé de un año y medio a la consulta porque el niño «se porta muy mal», es decir, llora mucho, se enoja intensamente y es difícil contentarlo, por lo cual sus padres le pegan cuando se enoja. Al investigar la vida familiar, el Sr. O. dice que desde que se casaron su esposa sufre de “pesadillas”. En la noche, ella se despierta y parece otra persona. Está muy enojada, le habla con una voz diferente a la normal y lo golpea; él trata de contenerla. Estas escenas han sido observadas por el bebé, quien se despierta con los gritos. La Sra. O. dice que ella tiene pesadillas que la despiertan y entonces le sucede eso. Habla de que cuando fue niña, fue violada sexualmente por su padrastro, quien abusó de ella durante varios años, chantajeándola para que mantuviera todo en secreto. Durante el embarazo sufría porque temía que iba a ser una mala madre y que iba a maltratar a su bebé, que no lo iba a cuidar bien y lo iba a lastimar. La intervención con el niño consistió en explicarles a los padres el efecto que tenía sobre el pequeño, presenciar la violencia física entre ellos y sugerir estrategias alternativas para ayudarlo a disminuir su enojo. La Sra. O. empezó a tomar medicamentos para disminuir su gran ansiedad y tuvo un tratamiento de relajación con la técnica de reprocesamiento del trauma, por medio de movimientos oculares.

Intervención

En situaciones de ansiedad postraumática grave, se recomienda utilizar técnicas para “reprocesar” psicológicamente el trauma y que éste pierda su capacidad de producir gran ansiedad en la paciente. Técnicas como el “reprocesamiento y la desensibilización por movimientos oculares” (RDMO)¹² pueden producir alivio a corto plazo. La técnica es simple, pero requiere de un entrenamiento especializado. Los medicamentos para inhibir la recaptación de la serotonina pueden ser útiles en casos graves, así como el uso de tranquilizantes como la buspirona. No se cree que éstos medicamentos tengan efectos negativos sobre el bebé, pero hay que abstenerse de usarlos si es posible.

Miedo a ser madre, temor de maltratar o rechazar al bebé

Con alguna frecuencia, la mujer que va a ser madre por primera vez expresa su temor de que va a ser una “mala madre”, para su hijo o hija, o de

que no va a poder enfrentar los retos y demandas del bebé, y siente temor de que no sabrá qué hacer, ni cómo cuidar a su hijo(a). Esto es más probable cuando la futura madre tiene conflictos internos, respecto a ella misma, al transformarse en madre. Este trabajo psicológico ha sido llamado “parentificación” por Lebovici y su grupo.¹³ Es decir, que cuando ha habido en la infancia o adolescencia de la futura madre experiencias negativas o una mala relación con la madre de ella, esto puede causar un gran conflicto interno y temor a “ser como ella” y repetir patrones como maltrato y abuso al hijo.

La futura madre puede tener sentimientos encontrados respecto a ser madre, que después de todo representa dejar de ser niña, pues sólo los adultos (psicológicamente hablando) son padres. El ser progenitor significa dejar atrás algunas libertades, pues el bebé es muy dependiente de los padres. Este proceso de convertirse en madre requiere de un trabajo de duelo de la adolescencia y niñez, adoptándose una nueva identidad. En palabras de Lebovici: al nacer el bebé, nace también su madre. Muchas mujeres tienen este temor en forma intensa, pero no se atreven a hablar de ello con nadie, pues temen que se les critique o juzgue como inmaduras. Cuando el temor es muy intenso, puede dañar totalmente la experiencia del embarazo y volverlo una tortura.

Intervención

El trabajo psicológico de llegar a ser madre, puede facilitarse hablando de los temores que tiene la mujer embarazada. Generalmente, el tener esta preocupación significa que precisamente la mujer no será abusadora. Muchas de las mujeres que en efecto maltratan a sus hijos, no tienen ese temor, ni piensan que están abusando del niño. El hablar de los temores y discutir cuáles son sus dudas, puede aliviar estos sentimientos. Cuando el bebé ha nacido, el instinto maternal puede ser de gran ayuda para la madre, dictándole qué debe hacer ante determinada situación. Las intervenciones grupales consistirán: en que se hable de las fantasías respecto al próximo bebé, se piense en qué nombres puede tener, se escriba una carta al bebé, o se haga un dibujo de cómo será físicamente. Esto puede ayudar a la mujer (o a la pareja) a verbalizar el temor de no poder cuidarlo.

Obtener información sobre asuntos prácticos sobre como cuidar al bebé, puede ayudar también. En algunos casos será necesaria la psicoterapia u otras intervenciones psicológicas, para ayudar a resolver estos conflictos sobre la maternidad.

3. NEGACIÓN DEL EMBARAZO

La preocupación principal del personal de salud, o de la familia de la mujer embarazada, puede ser que la mujer o la pareja actúen como si nada hubiera cambiado en sus vidas. Es decir, que no ocurren los cuidados y precauciones que la mayoría de las personas toma durante el embarazo, en casi todas las culturas. La mujer dice que “no siente nada”, ningún síntoma o ningún “antojo”, náusea, ni aumento de peso. Parece como si la mujer no estuviera embarazada. Se trata de un proceso sutil de negación de la realidad, en que por ejemplo, la mujer hace ejercicio intenso y no cambia en nada su rutina por estar embarazada y se le “olvida”, a menudo, que está encinta.

En ocasiones la familia también se colude con la persona embarazada y todos actúan como si no estuviera pasando nada. En relación con esto, un caso que ocurre con cierta frecuencia, es el de la madre soltera adolescente que vive con sus padres. Puede que no les diga nada del embarazo y que un buen día, la joven salga de la escuela para ir al hospital a tener su bebé, sin que horas antes “nadie supiera” (ni la familia) que estaba en ese estado.

El problema con esto, es que la mujer no tiene oportunidad de realizar el trabajo psicológico necesario para “hacer lugar”(físico y psicológico) para el bebé, ni para ella misma, convertirse en madre. El niño o niña llega sin que haya preparativos y sin que nadie se hubiera dado cuenta de su inminente llegada. Cuando la mujer niega tener cualquier síntoma, e insiste en ser autónoma e independiente, que no necesita nada, ni hace ajuste alguno, en su ritmo o naturaleza de su actividad o trabajo durante el embarazo, puede sufrir de esta dificultad. Un caso visto por nosotros ocurrió así:

Larisa, una joven afroamericana de 19 años, trae a su bebé de dos meses a un grupo de apoyo psicosocial para madres. Dice que la niña “nació en el retrete”, es decir, que ella tuvo deseos de defecar y cuando se dio cuenta, había allí en el retrete, una pequeña bebé. La recuperó y la llevó al hospital. Era una niña prematura de 7 meses de gestación. Larisa aseguró que nunca se había dado cuenta de estar

embarazada, ni tampoco su familia. No tuvo ningún síntoma, ni ninguna molestia, pensó que la falta de menstruación era sin importancia. En muchos otros aspectos de su vida, Larisa cierra la puerta a los sentimientos, las sensaciones y las emociones.

Intervención

Desde luego que es muy difícil intervenir, en ocasiones, durante el embarazo. En particular, cuando hay una negación como la descrita anteriormente. Sin embargo, es más frecuente que la mujer “sepa” que está embarazada, pero “actúe” como si no. La invitación a hablar de su estado, a admitir sentimientos de dependencia, ansiedades, ayudarla a imaginar el bebé y hacer preparativos para el nacimiento, pueden ayudarla a conectarse psicológicamente con el futuro bebé. Cuando hay una negación tan marcada de sentimientos y emociones, sería útil ayudar a esta mujer, o motivar a la pareja a participar en actividades psicosociales que los ayudarán a admitir sentimientos y emociones. Es posible que si no los reconocen en ellos mismos, tampoco lo harán en el bebé, colocando a este último, en riesgo de ser malentendido o ser tratado de ese modo por sus padres, es decir, sin empatía, ni interés por su vida emocional.

4. NO AUMENTAR DE PESO DURANTE EL EMBARAZO

Esto puede tener varias causas posibles: una de ellas es la falta de disponibilidad de comida por pobreza. No es un problema realmente sólo psicológico, sino más bien social. La descripción de programas para aliviar la pobreza está fuera del alcance de este trabajo; otras posibilidad diagnóstica, es que la mujer esté deprimida y no tenga apetito (ver más adelante); a veces se trata de problemas de la alimentación, tales como la anorexia y la bulimia nerviosa. En ambos trastornos, hay una distorsión importante de la imagen corporal, por lo que la mujer se ve “gorda”, aunque la evidencia sugiera lo contrario, o simplemente se tiene un temor exagerado al aumento de peso. En las áreas urbanas de Latinoamérica, es cada vez más frecuente encontrar estas alteraciones, ligadas a la cultura. Una de las complicaciones, es que el bebé no tenga suficientes nutrientes *in utero* y tenga bajo peso para su edad gestacional. Se ha sugerido

que la falta de nutrientes *in útero*, pueden dar lugar a dificultades mucho más tardías, por un efecto de "programación" del feto.¹⁴ Entre otros efectos, estaría la hipertensión arterial en la edad adulta. Además, la mujer embarazada con anorexia, tiene una tasa mucho más alta de lo normal, por complicaciones perinatales y partos prematuros.¹⁵

La mujer con este problema puede restringir su propia ingesta para no aumentar de peso y "volverse gorda". Más tarde, puede estar predispuesta a ver a su bebé como "gordo", aunque no lo esté y a restringirle la comida.

Intervención

Una revisión completa del tratamiento de los trastornos de alimentación, resulta innecesaria en el presente trabajo. Es importante reconocer y diagnosticar el problema e informar a la futura madre de los riesgos de la falta de nutrientes para su bebé. También es necesario ayudarla en su manejo nutricional y sugerir tratamiento para las distorsiones de la imagen corporal y la necesidad de controlar su peso, mejorar su autoestima, manejar sus emociones y estados mentales. Esto requerirá de terapia psicológica y posiblemente de medicamentos psicotrópicos, o del uso de antidepresivos del tipo de los inhibidores de la recaptación de la serotonina (IRS).

5. DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO

La depresión durante el embarazo (como en el postparto), es más bien un problema psicosocial, que hormonal (Kitamura y cols, 1996). Es decir, es un trastorno que tiene más relación con aspectos de la calidad de vida de la mujer embarazada, que con dificultades hormonales. Desde luego que cuando una mujer embarazada está deprimida, hay que descartar una causa puramente fisiológica (como el hipotiroidismo o la diabetes), sin embargo en la gran mayoría de casos, el problema no es de esta índole.^{16,17}

Los factores que predisponen a la depresión en esta etapa de la vida, son antecedentes de pérdidas durante la infancia, antecedente de maltrato físico, y dificultades psicosociales en el presente. Las principales causas son: estar sola o sin un compañero; tener un compañero (o esposo) que no brinda apoyo emocional o que está ausente la mayor parte del tiempo; tener otros niños pequeños

en la casa; la pobreza, y el aislamiento social (pocas amistades, poco contacto con el mundo exterior).

La depresión durante el embarazo tiende a correlacionarse con una mayor tasa de depresión, también en el marido o compañero de la mujer. Aumenta el riesgo de depresión postparto y crea una sombra desagradable sobre toda la experiencia del embarazo. En vez de haber alegría y esperanza, hay tristeza, pesimismo y sufrimiento.

Intervención

Es importante darse cuenta de estos factores de riesgo, porque muchos de ellos podrían ser remediabiles, o alguna acción podría hacerse para aliviarlos. Entre otras intervenciones, podría darse mayor vigilancia clínica a las mujeres que tienen algunos de estos factores de riesgo. Otra intervención sería crear grupos de apoyo psicosocial durante el embarazo, para que las mujeres o parejas puedan hablar de lo que les está sucediendo y se sientan escuchadas y comprendidas. También podrían crearse programas encaminados a ayudar al esposo o compañero, a interesarse por los aspectos emocionales del embarazo en su pareja. En casos graves será necesario usar antidepresivos ISRS y cuando hay melancolía grave o peligro de suicidio, puede utilizarse terapia electroconvulsiva, sin temor de dañar al feto.¹⁸

6. PATOLOGIA DE DESTINO

Lebovici y sus colaboradores,¹³ han llamado así, a la "predestinación" de un bebé que, en la mente de sus padres, nace con un destino fijo al cual debe adherirse. Lo llaman destino, porque inconscientemente los padres pueden presionar al bebé a ser lo que ellos esperan: el salvador de un matrimonio, el reemplazo de un hijo anterior muerto,¹⁹ la reencarnación de un hermano o pariente muerto, etc. A veces las atribuciones son menos obvias pero están presentes: el niño debe ser un gran deportista, la niña deberá cuidar a su madre en la vejez, etc.

Es posible, que ya desde el embarazo se haga obvio que el niño nacerá en un campo emocional "predeterminado" por estas atribuciones, que aquellos autores han llamado fantasmáticas, indicando con este término, la presencia de

expectativas y percepciones basadas en generaciones anteriores, temas que se repiten de una generación a la siguiente y que interferirán con el desarrollo libre del niño o niña.

Cuando se observa esto, es posible tratar de intervenir invitando a los padres a hablar de lo que esperan de su bebé y por qué esto es así. Es posible que al hacer conscientes expectativas mágicas o irreales, que no tienen qué ver con el "bebé real", pudieran modificarse esos mandatos. El ayudar a resolver una pérdida anterior, frustración en la infancia, resentimientos, etc., puede "liberar" al bebé de estos mandatos transgeneracionales.

7. SÍNTOMAS SOMÁTICOS REPETIDOS E INEXPLICABLES

En esta situación, la futura madre tiene una variedad de síntomas somáticos durante el embarazo, los cuales persisten, son cambiantes y parecen no graves, pero que motivan que ella esté en contacto frecuente, o casi constante, con el personal de salud, por ejemplo su médico o el enfermero(a) que lo asiste. El problema central reside en que en algunas familias del niño, aprenden que la mejor manera de lograr que se compadezcan de él, le pongan atención, o le muestren ternura, es por medio de la enfermedad. En el caso de la mujer

adulto, sus dolores de cabeza, de articulaciones, de la espalda, dolor abdominal, debilidad, cansancio, etc., parecen revelar más bien un malestar psicológico, que una enfermedad física que sea tratable por medios somáticos. En la situación en que la mujer embarazada tiene poco apoyo emocional, mucho estrés psicosocial y no tiene a nadie, o casi nadie, con quien compartir su angustia, los síntomas somáticos le permiten un "boleto de entrada" con el personal de salud. Lo más probable es que inconscientemente esté tratando de lograr que se le tenga compasión y empatía, y poder hablar, aunque sea indirectamente, de su malestar psicológico y sentimientos de estar aislada, etc.

Intervención

Más que confrontar a la futura madre con el hecho de que "está bien", es preferible entender el significado de sus llamadas de atención y la necesidad subyacente de contacto con otros seres humanos. Puede ser de utilidad tener citas regulares con ella, por ejemplo, cada semana durante unos 30 minutos, si esto es posible, para hablar de todas sus sensaciones somáticas, síntomas y preguntas. Este contacto regular puede evitar que necesite llamar constantemente al médico.

ABSTRACT

This article highlights the importance of primary prevention or early detection of risk factors for alterations in the emotional development of mother and child. The principal motives for seeking medical attention during and after pregnancy of approximately 70 women at the Perinatal Mental Health Clinic in Kansas, USA are described. The first reported problems were: anxiety linked to marriage problems or domestic violence, fear of labor, to post traumatic stress or to infant abuse or rejection. In second place: pregnancy denial, in third place weight gain during pregnancy, in fourth place depression, in fifth place "destination pathology" and finally different somatic symptoms. Interventions for health professionals to improve mental health of women and their children are proposed.

Key words: Emotional disorders, pregnancy, early detection.

REFERENCIAS

1. Krasnegor NA, Lecanuet JP. Behavioral development of the fetus. In: Lecanuet JP, Fifeer WP, Krasnegor NA, Smotherman WP (Editores). Fetal development. A psychobiological perspective. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1996. p. 3-14
2. Winnicott DW. Through paediatrics to psycho-analysis. London: Tavistock Publications; 1958. p. 99.
3. Maldonado-Durán JM, Lartigue T, Feintuch M. Perinatal Psychiatry: Infant mental health interventions during pregnancy. Bull the Menn Clin 2000; 64: 317-43.
4. Ammaniti M, Candelori C, Pola M, Tambelli R. Maternité et grossesse [Maternidad y embarazo]. Paris Presses Universitaires de France; 1999.
5. Maldonado MT. Psicología da gravidez [Psicología del embarazo] Sao Paulo, Brasil: 1997. p. 30-55.
6. Rumsey-Cooksey N. Pica and olfactory craving of pregnancy: How deep are the secrets? Birth 1995; 33: 129-37.
7. Fraiberg S, Shapiro V, Cherniss D. Treatment Modalities. En: Call JD, Galenson E, Tyson, RL (editors). Frontiers of infant psychiatry Vol. 1. New York: Basic Books Inc; 1983. p. 56-73.
8. Mezey GC, Bewley, S. Domestic violence and pregnancy. Br Med J 1997; 314: 1295.
9. Petersen R, Gazmararian JA, Spitz AM, Rowley DL, Goodwin MM, Saltzman LE, et al. Violence and adverse pregnancy outcomes: A review of the literature and directions for future research. Am J Prev Med 1997; 13: 366-73.
10. Reel SJ. Violence during pregnancy. Critical Care Nurs Clin North Am 1995; 9: 149-57.
11. Hofberg K, Brockington I. Tokophobia: An unreasoning dread of childbirth. Br J Psychiat 2000; 176: 83-5.
12. Shapiro, F. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and the anxiety disorders: Clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. J Anxiety Dis 1999; 13: 35-67.
13. Lebovici S. Les liens intergenerationnels: Les interactions fantasmatiques [Las ligas intergeneracionales: Las interacciones fantasmáticas] en Lebovici S y Weil-Halpern F (Editores). Psychopathologie du bébé [Psicopatología del bebé] Paris: Presses Universitaires de France; 1989. p. 128-42.
14. Lucas A. Role of nutritional programming in determining adult morbidity. Arch Dis Child 1994; 71: 88-90.
15. Brinch M, Isager T, Tolstrup, K. Anorexia nervosa and motherhood: Reproduction pattern of mothering behavior in 50 women. Act Psychiatr Scand 1988; 77: 611-7.
16. Kitamura T, Shima S, Sugawara M, Toda MA. Clinical and psychosocial correlates of ante-

- natal depression: A review. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1996; 65: 117-23.
17. Kitamura T, Toda MA, Shima S, Sugawara K, Sugawara M. Social support and pregnancy: II. Its relationship with depressive symptoms among Japanese women. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 1998; 52: 37-45.
18. Miller LJ. Psychotic denial of pregnancy: Phenomenology and clinical management. *Hosp Comm Psychiatr* 1990; 41: 1233-7.
19. Lartigue T, Maldonado-Durán JM. El hijo de reemplazo. En: Lartigue T, Maldonado-Durán JM, Ávila H (Editores), *La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo*. México: Asociación Psicoanalítica Mexicana A.C., Plaza y Valdés; 1998. p. 301-18.