

ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS

ASPECTOS GENERALES

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Etapa prenatal

Parto

Puerperio

CUADROS ESPECÍFICOS

Depresión postparto

Psicosis puerperal

Enfermedad psíquica preexistente

Enfermedad orgánica preexistente o como consecuencia del embarazo

Condiciones que amenacen el desarrollo del embarazo

Aborto habitual

Hiperemesis gravídica

Interrupción del embarazo o inducción del parto

Pérdida embrionaria y perinatal

CONCLUSIONES

REFERENCIAS

ASPECTOS GENERALES

El médico es quizás el individuo que, en su oficio, está en contacto con dos de los mayores misterios que acompañan al ser humano: el misterio de la vida y el misterio de la muerte. Sin embargo, aun hoy en día, cuesta reconocer las complejidades presentes en estos dos extremos y es quizás por esto que el hombre se aferra a desarrollar instrumentos tecnológicos cada vez más sofisticados y a profundizar en especialidades médicas. A través de éstas se pretende controlar la evolución y muchas veces el desenlace natural de estados mórbidos presentes en los pacientes. Esta tendencia, en muchos casos, desvirtúa la función del médico, por lo que mantener una conciencia sobre esto permita quizás dejar de ver al ser humano como un objeto que se puede manejar mecánicamente con herramientas e intervenciones muchas veces innecesarias.

La obstetricia, como especialidad médica, atiende una vivencia muy particular del ser humano que se enmarca en forma diferente con relación a las otras especialidades de la medicina. Éstas velan por el mantenimiento y restauración del equilibrio de los diferentes sistemas que conforman al hombre, mientras que la obstetricia se encarga de observar, acompañar y en ocasiones intervenir sobre un proceso natural muy particular: la gestación y el nacimiento de un ser humano. Esta diferencia obliga a conocer, además de los aspectos médicos, los aspectos psicológicos englobados en esta vivencia.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Etapa prenatal

Es importante diferenciar esta etapa como evento clínico y como evento psicológico. Como evento clínico, comienza con el reconocimiento de los distintos síntomas y signos que señalan un embarazo o con la constatación del mismo a través de exámenes parclínicos y culmina con el parto. Como evento psicológico, su origen se inicia cuando una mujer comienza a fantasear con la idea de quedar embarazada, e igualmente culmina con el parto.

Las motivaciones para quedar embarazada son múltiples y van desde la activación de una naturaleza materna que se necesita expresar a través de la gestación y cuidado de un hijo, hasta las creencias más diversas como que un hijo puede consolidar una

relación de pareja. El embarazo puede servir como un elemento para contrarrestar una sensación de soledad o de pérdida de un ser querido. Es una necesidad para demostrar su feminidad, una vía para garantizar su trascendencia o, como sucede frecuentemente en los últimos años, tener un hijo es algo que hay que cumplir antes de que el reloj biológico de la fertilidad se detenga. Por eso, la primera pregunta que hay que responder es: ¿Qué representa éste embarazo para esta mujer? y la primera acción es ayudar a que tome conciencia de lo que representa para ella.

El embarazo representa una crisis, si se entiende por crisis el estado emocional que se presenta frente a cualquier cambio en la vida en la que el equilibrio familiar es alterado y ocurren nuevas interacciones entre los padres y el bebé. Cualquier crisis exige un incremento en la utilización de los recursos internos como son: información, experiencia previa, autocontención, posibilidad de adaptación a cambios, tolerancia a la frustración. También existen recursos externos como son: contacto con expertos en el área, medios económicos y compañía. Todos estos recursos pueden ser necesarios para poder adaptarse a esta nueva situación (Murphy and Robbins, 1993).

Esto es importante de tener presente para poder evaluar los recursos existentes en cada situación particular porque así como pueden haber mujeres que no tienen recursos internos suficientes para tolerar las fantasías y exigencias que éste nuevo estado acarrea, también hay mujeres que no cuentan con los recursos externos para sobrellevarla. En estos casos es importante poder reconocer la realidad y, en la medida de las posibilidades, proveer el apoyo para enfrentarla o ayudarla a que encuentre dicho apoyo.

El reconocimiento de la realidad es fundamental porque permite manejar la frustración que aparece frente a la ausencia de elementos presentes en una imagen ideal. En la gran mayoría de las mujeres, el embarazo ideal es aquel que ocurre producto de la unión con un hombre que la ama y apoya, en un momento en que ambos se encuentran en la disposición anímica y con los medios económicos para tener a un hijo. Esta concepción ideal no es la más frecuente, por lo cual es de vital importancia reconocer el valor real que tienen los elementos faltantes. Dentro de estos elementos, merece especial atención lo referente a la pareja porque la concepción como elemento de descendencia tiene implícito la presencia de una pareja y ambos participantes tienen papeles diferentes.

El embarazo, como estado, implica una cantidad de exigencias que la viven en forma diferente la mujer y el hombre. En la mujer se desarrolla el nuevo ser, esto se hace a expensas de su propia energía y constituyentes, por lo que es natural que sienta que no es capaz de desenvolverse como acostumbra a hacerlo, lo que conlleva a una limitación en sus actividades cotidianas que, en ocasiones, pueden llegar a reducirse a un mínimo. Esta exigencia y reducción de actividades puede representar una sensación de frustración que, de no ser compensada, acarrea un gran malestar. En éste sentido, es importante que el hombre esté dispuesto a atender y a aliviar esta frustración.

El hombre, por su lado, también siente nuevas exigencias que pueden provenir del estado emocional de su compañera y de la limitación de sus actividades o de la posibilidad de conseguir los aportes extraordinarios para la adecuada manutención del hijo. Esta exigencia también puede alterar desfavorablemente el ambiente de la pareja.

Por todo lo anterior, se puede comprender lo difícil de la situación de una mujer embarazada en los casos en que no cuente con el apoyo de su pareja porque no existe lo que, en la mayoría de las ocasiones, genera una recriminación familiar y/o social. Por otra parte, la pareja puede que exista pero puede no ser capaz de cumplir con el papel que le corresponde.

A lo largo de la etapa prenatal, la mujer presenta diferentes manifestaciones psicológicas relacionadas con los cambios que ocurren durante la gestación, muchas de éstas pueden permanecer durante todo el período y pueden ser modificadas por la aparición de nuevos eventos. Una de las primeras manifestaciones que aparecen son las fantasías relacionadas con el embarazo, las cuales se van a modificar a lo largo del mismo. Inicialmente estas fantasías van a estar influenciadas por las condiciones en las que se produjo el embarazo, como son las siguientes.

1. El hecho de ser deseado o de haber sido una sorpresa.
2. La presencia o no de un compañero estable.
3. El hecho de ser primigesta o de haber tenido una experiencia previa.
4. Las experiencias vividas a través de relatos familiares o de personas cercanas.
5. Por su propia vivencia como hija y la relación con sus padres.

Como se ha señalado anteriormente, todo esto incide en que cada embarazo sea una vivencia particular que hay que considerar como tal. Sin embargo, hay fantasías que se repiten y reacciones frente a las mismas que se presentan en la generalidad de las mujeres embarazadas y que se pueden considerar como intentos de alcanzar una adaptación psicológica al embarazo (Nadelson, 1993).

En etapas tempranas del embarazo, a muchas mujeres se les presenta como algo irreal, como algo que no está sucediendo. Este mecanismo de negación permite asimilar gradualmente los cambios a que van a estar sometidas, sin que éstos produzcan alteraciones amenazantes del bienestar psicológico. Incluso les permite considerar la posibilidad de la interrupción del mismo en forma espontánea o provocada. Sin embargo, el proceso de adaptación más frecuente es el de identificarse con lo que acontece, lo cual facilita que el embarazo pase a ser una parte esencial de ella.

La identificación es una reacción de adaptación efectiva porque lo que es percibido y aceptado como una parte integral de la persona no tiene la carga amenazadora de lo que es percibido como ajeno o extraño. Se puede pensar que ocurrió éste proceso de identificación cuando la mujer habla de "mi embarazo" en lugar de "el embarazo". En esta etapa, la mujer pasa tiempo hablando de su embarazo con otras mujeres y tiene la tendencia a acercarse a mujeres de su familia, en especial a su mamá, para conocer acerca de sus vivencias, muchas veces identificándose con ellas. Por lo general, habla con su médico de sus síntomas con interés y no en tono quejumbroso. Es importante que, en esta fase, el médico le proporcione información sobre el proceso del embarazo y la aparición y causa de los diferentes síntomas, así como el tratamiento para aliviar algunos de ellos, si éste es el requerimiento de la paciente. Esto último reduce en cierto grado la sensación de exigencia a la cual se siente sometida. Hay que prestar gran atención a las mujeres que, en esta fase, se están quejando constantemente de su condición porque eso puede ser un signo de que el proceso de identificación no se ha producido o de que la experiencia sobrepasa sus recursos, lo cual puede ser un preámbulo para cualquier complicación.

Un evento que tiende a cambiar tanto sus fantasías como la relación con su embarazo, es la aparición de los movimientos fetales. Este hecho le brinda

la oportunidad de comenzar a diferenciarse de un ser que se está desarrollando en ella, lo cual se percibe cuando en lugar de referirse a "su embarazo" se refiere a "el bebé". A partir de éste momento, las fantasías se centran en el sexo, el desarrollo adecuado y la salud del bebé. Es importante estar atentos y brindarle información acerca de las diferentes inquietudes que pueda tener, para lo cual pueden servir de ayuda los diferentes procedimientos diagnósticos que se utilizan durante el control prenatal.

Las experiencias desfavorables que hayan podido ocurrir en embarazos anteriores influyen en que la mujer exija un monitoreo más frecuente lo cual, si no está contraindicado, puede resultar provechoso. Es importante responder a sus preguntas en forma directa y concreta, sin extenderse en explicaciones o dando información que a lo mejor la paciente no está en condiciones de procesar. En los casos en los que se detecta un problema en el desarrollo del bebé o alguna anomalía de cualquier tipo, es importante informarlo en forma clara y directa, así como vigilar la aparición de síntomas de depresión que son más frecuentes en estas mujeres y en sus hijos durante la infancia (Burger et al, 1993). En la medida en que el tiempo no sea un factor que ponga en peligro la vida de la madre, se debe permitir que ella procese esta situación y sea quien decida si proseguir o no con el embarazo.

No es extraño que debido a los cambios corporales que la mujer está sufriendo, se presente un conflicto entre sus roles como mujer-madre y mujer-hembra (Rísquez, 1983). Si las gratificaciones como mujer-madre no pueden compensar la metamorfosis de su figura previa, la paciente puede percibir estos cambios con una profunda sensación de amenaza y de pérdida. Esto, obviamente, se hace más intenso en aquellos casos en los que el embarazo aun no ha sido aceptado o su aceptación ha sido difícil. En éste sentido, una buena comunicación y relación con su pareja disminuyen las fantasías negativas.

Si la gestación ha cursado sin complicaciones, en el último trimestre, la embarazada comienza a desear que éste llegue a su término debido a la incomodidad física producto del sobrepeso, del abdomen distendido, de la poliuria, etc. y de los deseos de tener al bebé real en el lugar del imaginado. Esto la prepara psicológicamente para el momento del parto y para asumir las responsabilidades del puerperio y se manifiesta por la organización de los diferentes elementos para recibir al bebé: la cuna, su ropa, su espacio, etc.

Hasta ahora se ha evaluado el desarrollo de la etapa prenatal en mujeres que alcanzaron una adecuada adaptación al embarazo; sin embargo, hay un grupo de alto riesgo donde esta adaptación se hace difícil o imposible. Los antecedentes que hacen pensar en esta condición son los que se enumeran a continuación (Murphy and Robbins, 1993).

1. Mujeres menores de dieciocho años.
2. Mujeres sin pareja estable o con pareja disfuncional.
3. Multigesta con experiencia de embarazos previos con complicaciones.
4. Descendientes de una familia que presenta miembros con enfermedades congénitas o que hayan presentado complicaciones en el embarazo y/o parto.
5. Descendientes de una familia donde la relación madre-hijo es disfuncional.
6. Mujeres con antecedentes de patología psiquiátrica.
7. Mujeres sin apoyo familiar.
8. Embarazo no deseado.

Las manifestaciones que indican una condición de alto riesgo son las siguientes: angustia sostenida e irritabilidad frecuente, que es desproporcionada a los estímulos desencadenantes de la misma, síntomas somáticos permanentes sin una base orgánica que los explique, síntomas psiquiátricos y conducta que ponga en peligro o que afecte el desarrollo natural del embarazo, como el desinterés por el mismo.

Es importante que el tocólogo esté atento a pacientes en estas condiciones porque no es infrecuente que presenten complicaciones obstétricas o estados psicológicos difíciles de manejar, que requieran la inclusión de un psiquiatra o un psicólogo clínico en el equipo médico a cargo de estos casos.

Parto

El parto es el evento central para el que la mujer gestante y el equipo médico se han estado preparando. Los dos elementos significativos presentes en esta etapa son el miedo al dolor o a alguna complicación que pueda afectar la vida de su bebé o la suya propia.

Con relación al miedo, éste va estar modificado por diferentes factores como son: el grado de confian-

za que la paciente haya desarrollado con el equipo médico, sus experiencias previas, las experiencias de personas cercanas a ella, la presencia o ausencia de personas con las que se pueda sentir acompañada y apoyada y su nivel de tolerancia al dolor.

Con relación al dolor es necesario recordar que es una vivencia que varía de individuo a individuo y de situación a situación y en la cual interviene no sólo el nivel de tolerancia personal sino también el estado anímico de la mujer. Es importante señalar que tanto el miedo como el dolor colocan a los seres humanos en un estado regresivo donde los recursos presentes en otras situaciones se encuentran disminuidos, por lo que no es de extrañar que las exigencias por parte de la paciente tengan matices infantiles. Tener esto presente, permite acompañar y proveer los elementos para facilitar el trabajo de la paciente y del equipo médico.

Si no existe una complicación en el momento del parto, la única intervención del equipo médico debería estar dirigida a disminuir tanto el miedo como el dolor para lo cual es recomendable que la mujer pueda conocer con anterioridad a todo el equipo médico que la va a atender; esto incluye no sólo al obstetra que la ha venido controlando sino también al anéstiologo, las enfermeras, el pediatra y cualquier otro especialista que esté incluido en éste grupo. Si es posible, sería conveniente que conociese también las instalaciones donde se van a desarrollar las diferentes etapas del parto.

En los últimos años, hay escuelas que han insistido en la importancia de la presencia de alguien familiar y de incluir elementos (música, temperatura e iluminación confortables) que hagan del ambiente de la sala de partos o del quirófano un sitio más amable (Kennell et al, 1991). La aceptación o no de estas condiciones va a depender de la forma del trabajo del equipo médico y de las limitaciones de las instalaciones que utilizan.

Es importante que desde el momento en que comiencen los dolores, la paciente se encuentre acompañada ya sea por algún familiar o por alguien del equipo médico y que la tengan informada de los diferentes cambios que se vayan presentando a lo largo del proceso. Si se está utilizando cualquier equipo de monitoreo, es conveniente informar el significado de cualquier señal que emita, sobre todo en los casos en que sea cambiante. Si surge cualquier cambio en la conducta terapéutica que se haya planteado previamente, es importante explicar clara-

mente las razones y beneficios del mismo. En relación con la analgesia, esta debe depender de las exigencias de la paciente y no de pautas preestablecidas, recordando que mantener el dolor dentro de límites tolerables puede favorecer una participación más efectiva a lo largo del proceso y contribuir a mantener un adecuado estado anímico.

Muchos médicos olvidan que todo el esfuerzo desarrollado por la paciente y por el equipo médico tiene como única finalidad el nacimiento de un bebé, hasta ahora imaginado. Para esto es importante que se le permita a la madre contemplarlo y estar cerca de él el mayor tiempo posible antes de proceder a su limpieza y otras operaciones de rutina; siempre y cuando no existan indicaciones extraordinarias muy precisas que requieran de una rápida separación. Este contacto permite que ocurra el primer paso al reconocimiento del bebé como algo real y se comiencen a activar los mecanismos psicológicos para establecer un vínculo adecuado entre madre e hijo.

Existen múltiples experiencias que señalan las complicaciones en el reconocimiento posterior del bebé o en el establecimiento de vínculos tempranos cuando éste fue separado sin ser visto por la madre o en forma prematura, quedando la misma con una enorme sensación de vacío (Heymans, 1995; Asch, 1994; Kennell and Klaus, 1976). Así mismo, es importante recordar que el prolongado y doloroso proceso deja a la madre en un estado de agotamiento físico y psicológico, por lo cual es importante que se mantenga alguien cerca de ella, preferiblemente familiar, que le sirva de ayuda y referencia, sobre todo una vez que el bebé haya sido retirado.

Puerperio

En esta etapa el objetivo debe estar dirigido a favorecer un vínculo adecuado entre la madre y el hijo y a favorecer que la madre se sienta capacitada para encargarse de su bebé. Con relación a lo primero, es importante permitir y recomendar contactos prolongados e íntimos lo más temprano posible, con la presencia del menor número de personas que frecuentemente interfieren con éste proceso de vinculación.

No es infrecuente que en los primeros días la madre, sobre todo si es primigesta, se sienta confundida por emociones ambivalentes hacia el recién nacido, a quien puede percibir en ocasiones muy cercano y en otras muy extraño a ella. Es necesario que ella acepte esto como parte de un proceso natural y no como algo anormal que puede culpabilizarla o ate-

morizarla. Si la dificultad en establecer éste vínculo lleva hasta el punto de descuidar al bebé o los temores frente a esta dificultad son muy intensos, es importante considerar una ayuda profesional que evalúe y trate esta situación.

Es necesario estar atentos al desenvolvimiento de la madre en el cuidado de su hijo, sobre todo en lo referente a su alimentación y manipulación. Usualmente las madres inexpertas cuentan con mujeres cercanas a ellas que las inician en estos menésteres; sin embargo, en el caso que esto no suceda, se les debe proporcionar una información adecuada o recomendarle la ayuda de enfermeras entrenadas.

La etapa del puerperio está llena de exigencias físicas y psicológicas, por lo cual no es infrecuente ni hay que considerar como patológico que se presenten momentos de depresión, angustia, irritabilidad o agotamiento, que promueven emociones ambivalentes frente al bebé. Sin embargo, si éstos son constantes o prolongados o comienzan a interferir en la relación con el bebé, con la pareja o con su entorno, es conveniente evaluar la situación y considerar la necesidad de ayuda. En esta etapa, los recursos internos y externos con que cuenta la paciente son los que van a permitir una adecuada adaptación a su nueva situación y el hacer que la pareja participe de ello es fundamental para el bienestar de la familia. En aquellos casos en los que no exista la posibilidad de compensar las nuevas exigencias, es importante proporcionar o sugerir la ayuda para canalizar esta limitación.

CUADROS ESPECÍFICOS

Entre los cuadros patológicos que con mayor frecuencia aparecen durante el puerperio se encuentran la depresión postparto, conocida por los anglosajones como *Blues*, y la psicosis puerperal.

Depresión postparto (*Blues*)

Consiste en la aparición de rasgos depresivos en la personalidad de la paciente, usualmente en los primeros 2 a 5 días postparto. La incidencia es variable entre el 20% y el 50% de las púerperas y se caracteriza por periodos de llanto fácil, intercalados con periodos de irritabilidad, descuido del aspecto personal, hiporéxia y poca interacción con el recién nacido (Harris et al, 1994).

Las posibles bases etiológicas de esta condición son los drásticos cambios inducidos por el puerperio en la homeostasis hormonal y el cambio de papel asumido porque, cómo madre, tiene nuevas y grandes responsabilidades relacionadas con el cuidado y crianza del recién nacido. En la mayoría de los casos, los síntomas se resuelven en una semana sin necesidad de psicoterapia o antidepresivos, en muy pocos casos es necesario recurrir a una consulta con el especialista.

Psicosis puerperal

Se define así a un severo trastorno psiquiátrico que se presenta generalmente entre los 10 y 14 días del puerperio, que se caracteriza por confusión, alucinaciones, delirios, disociación de ideas, agitación y, en algunos casos, tendencias suicidas o infanticidas (Weissman and Olfson, 1995).

La etiología es idiopática, aunque algunos creen que en estas pacientes existen trastornos psiquiátricos crónicos subyacentes los cuales, ante la tensión psicológica del parto y los bruscos cambios hormonales del puerperio, desencadenan el cuadro psicótico.

El diagnóstico diferencial debe incluir intoxicación por medicamentos, hemorragia subaracnoidea, síndrome de Sheeham, encefalopatía por ésteroides, etc. El tratamiento es específico, dependiendo de las manifestaciones cardinales, pero generalmente consiste en psicoterapia y utilización de psicofármacos.

Enfermedad psíquica preexistente

Independientemente de la orientación acerca de la etiología de los cuadros psiquiátricos (organicista o psicologista), es importante tener presente que una paciente que haya presentado con anterioridad un estado psicótico o depresivo prolongado, es una persona cuyos recursos internos pueden ser insuficientes para mantener una relación adecuada con la realidad. En estos casos es importante incorporar a un psiquiatra o a un psicólogo clínico que pueda evaluar el caso y hacer un seguimiento del mismo para determinar la necesidad o no de cualquier intervención psicoterapéutica o psicofarmacológica.

Los síntomas como angustia intensa y permanente, cambios bruscos de la afectividad hacia el polo de la tristeza o de la euforia, irritabilidad exagerada, alteraciones en el pensamiento, descuido en el aspecto personal, modificaciones en los hábitos de sueño y alimentación y un rechazo manifiesto hacia el recién

nacido, son señales que el obstetra debe tomar en consideración para una intervención precoz (Oates, 1989).

Enfermedad orgánica preexistente o consecuencia del embarazo

El embarazo puede desencadenar un desequilibrio en cualquier enfermedad orgánica preexistente, lo cual hace más complejo el proceso de adaptación al mismo. En estos casos, es importante recomendar una restricción de las actividades que requieran de un esfuerzo físico o psicológico sostenido y hablar en forma clara y directa de las posibilidades de descompensación, de sus riesgos y de la posibilidad de una interrupción del embarazo en los casos en que esté amenazada la vida de la paciente.

No es de extrañar que, en esta situación, el mecanismo de negación presente en las primeras semanas del embarazo se prolongue, con enlentecimiento en el proceso de adaptación y la aparición de fantasías negativas y angustia. También puede suceder que, por el contrario, por la misma negación, la mujer presente una gran indiferencia ante situaciones que pueden desencadenar una descompensación de su enfermedad. Frente a estos casos, es necesario considerar una observación continua de la evolución de todo el proceso, evaluar tanto los componentes físicos como los psicológicos y establecer los correctivos necesarios.

Si la enfermedad es consecuencia del embarazo, además de lo anteriormente expuesto, las emociones ambivalentes con relación al mismo van a ser mucho más acentuadas porque, a las sensaciones de pérdida normalmente presentes, se le suma la referente a su salud. En estos casos, conviene mantener informada a la paciente de las consecuencias y riesgos de su nuevo estado morbo y de la reversibilidad o no del mismo.

Condiciones que amenacen el desarrollo del embarazo

En los casos en que el desarrollo del embarazo esté amenazado por antecedentes previos de abortos espontáneos, condiciones anatómicas o fisiológicas preexistentes o condiciones inherentes al actual, es importante mantener informada a la madre de los progresos en el proceso y de la aparición o desaparición de los riesgos que pueden culminar en una interrupción del mismo. Esta situación influye directamente en

la posibilidad de que la paciente se identifique con su embarazo porque, como se señaló en párrafos anteriores, psicológicamente la mujer se defenderá ante la posibilidad de una pérdida.

Aborto habitual. Un aparte especial merece el de las pacientes con antecedentes de abortos espontáneos donde, en la medida de lo posible, es importante identificar la presencia de alguna situación orgánica que los precipite. Esta condición produce una amenaza permanente en relación con su capacidad como pro-creadora, que frecuentemente se acompaña de intensos sentimientos de culpa y frustración, por lo cual, además de un exhaustivo estudio de la pareja y del feto que se está desarrollando, está indicado un apoyo psicoterapéutico que permita el reconocimiento de factores más profundos que puedan estar influyendo en esta situación o de consecuencias psicológicas desfavorables ante los mismos. Estudios en abortadoras habituales han señalado mayor índice de alteración emocional que en el grupo control, con una mayor agresividad y una menor adaptación al papel femenino (Salvatierra y Cuenca, 1975).

Actualmente se piensa que, en las mujeres con aborto habitual, lo más importante es la reacción ante las propias pérdidas, singularmente la pérdida inicial, que es un estresante evaluado y afrontado de forma individual (Guerra, 1997)

Hiperemesis gravídica. Este cuadro caracterizado por vómitos constantes que pueden provocar deshidratación y pérdida de peso continua, sin una causa orgánica que los explique, apunta a la presencia de factores no concientizados que pueden estar interfiriendo en una adecuada adaptación al embarazo. Es por ello que, además de una intervención médica para controlar los vómitos y corregir el desequilibrio producto de los mismos (ver cap. 16), es necesario evaluar las condiciones psicológicas y ambientales que están rodeando al embarazo. Esto se hace con el fin de identificar aquellas situaciones que estén obstaculizando el proceso de aceptación el cual es, en último término, el que activa los mecanismos naturales para que éste se desarrolle en forma satisfactoria.

Interrupción del embarazo o inducción del parto

Estos son procedimientos médicos que, independientemente de la indicación, deben ser discutidos con la embarazada para informarle las razones que los justifican. Se debe mostrar firmeza frente a la necesidad de ejecutarlos, pero también se debe permitir el tiem-

po necesario para asimilarlos, siempre y cuando no se ponga en peligro la vida de la paciente y/o el feto. En los casos en que esté indicada la interrupción del embarazo, es importante mantener un seguimiento de la paciente una vez practicado el mismo, por la profunda sensación de pérdida, frustración y culpa que se acompañan.

Por lo general, la inducción del parto no trae mayores objeciones porque la paciente ya está preparada para el momento del parto. Sin embargo, se puede presentar un conflicto ante la manipulación del final de un proceso que ha cursado en forma natural, por lo cual es igualmente importante aclarar sus indicaciones.

Pérdida embrionaria y perinatal

No se sabe en qué momento del embarazo la pérdida del feto producirá una reacción de duelo apreciable. Esto parece depender del momento en que la mujer aprecia su feto como un objeto específico y desarrolla un apego hacia él. Esta relación puede variar de acuerdo con cada mujer, entre un embarazo y otro, y según la edad gestacional en que se produjo la pérdida.

Si el bebé muere mientras es percibido como una parte de sí misma, la madre tendrá dificultades para deshacerse de esta parte propia. El proceso de identificación con el desaparecido, que normalmente capacita para asimilar los recuerdos de la persona muerta, puede no ocurrir cuando se pierde una parte de sí mismo.

La pena asociada con la muerte perinatal es única, porque la relación con el desaparecido no se basa en las experiencias o recuerdos de la persona, sino en los lazos afectivos que se desarrollan prenatalmente, anterior al contacto físico y al cuidado del bebé. Esta es una relación basada, en gran medida, en los deseos y las fantasías de los padres. El manejo del duelo que sigue a la pérdida embrionaria facilita el proceso normal para que no ocurra nada que atente y aisle a la familia y para protegerla de las consecuencias de la pérdida (Guerra, 1997).

Los padres quieren honestidad, sinceridad e información comprensible ante la primera sospecha de que algo va mal. La pareja debe ser informada en un lugar privado donde puedan expresar libremente sus sentimientos porque la información sobre la posible pérdida puede ser devastadora y activar mecanismos de defensa y de negación.

Quizá la tarea más importante para los padres que experimentan una pérdida embrionaria o muerte perinatal es reconocer la propia realidad de la existencia del niño y su muerte. Muchas mujeres han afirmado que la pérdida no fue real para ellas hasta que no vieron el feto/bebé. Una importante vía de ayuda es alentar a la familia a reconocer la pérdida. Los padres deben mantener una comunicación entre ellos para poder superar el proceso. Los padres con otros hijos deben ser advertidos de las posibles reacciones de los niños y las respuestas inapropiadas que indiquen la necesidad de un apoyo psicológico.

CONCLUSIONES

El embarazo como evento psicológico representa un período en el cual se producen grandes cambios en la pareja que exige la utilización de recursos tanto internos como externos para poder adaptarse, en forma satisfactoria, a la nueva etapa de ser padres. Al inicio del embarazo, las mujeres desarrollan procesos de adaptación que permiten reconocer al feto y aceptarlo como otro ser que se está desarrollando en forma independiente, éste proceso se desarrolla con mayor rapidez cuando se comienzan a sentir los movimientos fetales.

Durante el período prenatal puede ocurrir un conflicto entre la mujer-madre y la mujer-hembra. Si las gratificaciones como mujer-madre no pueden compensar la metamorfosis de su figura previa, la paciente puede percibir estos cambios como una profunda sensación de amenaza y de pérdida.

Al final del embarazo la mujer presenta incomodidad física y aumento en el deseo de tener al bebé real en lugar del imaginado, esto la prepara psicológicamente para el momento del parto y para asumir las responsabilidades del puerperio y se manifiesta por la organización de los diferentes elementos para recibir al bebé: la cuna, su ropa, su espacio, etc.

Durante la atención del parto, es recomendable que la mujer conozca todo el personal que va a estar presente durante el mismo, así como el ambiente físico. Es recomendable el apego precoz porque permite el desarrollo de mejores lazos afectivos entre la madre y el recién nacido.

La etapa del puerperio está llena de exigencias físicas y psicológicas, por lo cual no es infrecuente ni hay que considerar como patológico que se presenten momentos de depresión, angustia, irritabilidad o agotamiento que promueven emociones ambivalentes

frente al bebé. Sin embargo, si estos son constantes o prolongados o comienzan a interferir en la relación con el bebé, con la pareja o con su entorno, es conveniente evaluar la situación y considerar la necesidad de ayuda.

Existen una serie de cuadros específicos que se deben de tomar en cuenta y que requieren especial atención porque pueden alterar el bienestar psicológico de la pareja. Entre éstos se encuentran: las pacientes con enfermedad psíquica u orgánica preexistente o como consecuencia del embarazo, las condiciones que amenazan el desarrollo del embarazo, la interrupción del embarazo, la inducción del parto y la pérdida embrionaria y perinatal. Para el adecuado manejo de estos casos se requiere, en ocasiones, la ayuda de especialistas.

REFERENCIAS

- Asch SS. Postpartum reactions: some unrecognized variations. *Am J Psychiatry* 1994; 131:870-3.
- Burger J, Horwitz SM, Forsyth BWC, Leventahl JM, Leaf PJ. Psychological sequelae of medical complications during pregnancy. *Pediatrics* 1993; 91(3):566-71.
- Guerra D. Aspectos psicológicos de las pérdidas embrionarias. En: Carrera JM, Kurjak A, editores. *Medicina del embrión*. Barcelona: Masson S.A., 1997.
- Harris B, Lovett L, Newcombe RG, Read JF, Wlaker R, Riad-Famhy D. Maternity blues and mayor endocrine changes: cardiff puerperal mood and hormone study II. *BMJ* 1994; 38(6934):949-53.
- Heymans H. Fears during pregnancy: an interview study of 200 postpartum women. *Isr J Med Sci* 1995; 11:1219-22.
- Kennell J, Klaus M, McGrath S, Robertson S, Hinckey C. Continuous emotional support during labor in a US hospital: a randomized controlled trial [see comments]. *JAMA* 1991; 265(17):2197-201. Comment in: *JAMA* 1991; 265(17):2236-7.
- Kennell J, Klaus M. *Maternal-Infant bonding: the impact of early separation or loss on family development*. Philadelphia: Mosby, 1976.
- Murphy JM, Robbins D. Psychosocial implications of high-risk pregnancy. In: Knuppel RA, Drukker JE editors. *High-risk pregnancy: a team approach*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1993.
- Nadelson.C. Normal and special aspects of pregnancy. *Obstet Gynecol* 1993; 41:611-3.
- Oates M. Management of mayor mental illness in pregnancy and the puerperium. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1989; 3:905-8.
- Risquez F. *Aproximación a la feminidad*. Caracas: Monte Avila Editores, 1983.
- Salvatierra V, Cuenca C. Pruebas psicológicas en mujeres estériles y con aborto habitual. *Acta Obstet Gynecol Hisp-Lus* 1975; 23:459-70.
- Weissman MN, Olfson M. Depression in women: implication for heath care research. *Science* 1995; 269(5225):799-801.